



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

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

Punkt 2 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC50/4
4. Juli 2000
00857
ORIGINAL: ENGLISCH

EXTERNE EVALUATION DES EUROHEALTH-PROGRAMMS BERICHT DER EXTERNEN GUTACHTER

Wie vom Regionalkomitee auf dessen 45. Tagung (mit Resolution EUR/RC45/R6) erbeten, wurde eine externe Evaluation des EUROHEALTH-Programms durchgeführt. Dazu gehörten eine umfassende Suche nach Informationen und Daten über die Gesundheitssysteme der betreffenden Länder und die Analyse dieser Informationen sowie Besuche in sieben ausgewählten Mitgliedstaaten. Die Gutachter gelangten zu dem Schluss, dass das EUROHEALTH-Programm in allen untersuchten Ländern ein voller oder zumindest ein teilweiser Erfolg war. Man ermittelte jedoch allgemeine Schwächen und Hindernisse, die bei künftigen Interventionsmaßnahmen beseitigt werden müssen.

Der Regionaldirektor hat die im Bericht enthaltenen Kommentare und Empfehlungen würdigend zur Kenntnis genommen. Die für künftige Maßnahmen herausgehobenen Probleme werden im Rahmen der Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern, an der zur Zeit gearbeitet wird, aufgegriffen (siehe Dokument EUR/RC50/10).

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Evaluationsmethode	1
Gesamtbeurteilung des EUROHEALTH-Programms	2
Fortschritte in den vorrangigen Arbeitsbereichen des EUROHEALTH-Programms	2
Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte	2
Gesundheitsreform	3
Gesundheit von Frauen und Kindern	3
Infektionskrankheiten	3
Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung	4
Umwelt und Gesundheit	4
Eingehende Analyse ausgewählter Länder	5
Management und Verwaltung des EUROHEALTH-Programms	5
Managementstruktur	5
Budget- und Programmplanung	5
Verbindungsbüros in den Ländern	6
Zusammenarbeit zwischen der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern und den anderen Fachabteilungen	7
Nationale Ansprechpartner	7
Public-Health-Berater	8
Koordination der Arbeit des Regionalbüros und des WHO-Hauptbüros	8
Koordination der von Organisationen der Vereinten Nationen und anderen internationalen Organisationen im Gesundheitsbereich geleisteten Arbeit	8
Erfolgreiche Beschaffung von ausserordentlichen Ressourcen für das EUROHEALTH-Programm	10
Empfehlungen	10
Länderarbeit am WHO-Regionalbüro für Europa	10
Vorrangige Bereiche der Länderarbeit im Zeitraum 2000–2005	11
Organisation der Länderarbeit	11
Haushalts- und Programmplanung	12
Weiterentwicklung des Systems der Verbindungsbüros in den Ländern	12
Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen	13

EINLEITUNG

1. In den letzten zehn Jahren ist die Europäische Region der WHO um zwanzig Länder gewachsen, von denen die meisten immer noch ungeheure politische, soziale und wirtschaftliche Veränderungen durchmachen. Eine Reihe von Ländern in der Region hat deshalb eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ihrer Bevölkerungen erlebt. Dagegen musste kurzfristig etwas getan werden, als alte Systeme und Strukturen zusammenbrachen, zugleich aber mussten langfristige Reformen unterstützt werden. Als Reaktion auf diese Herausforderungen verabschiedete das Regionalkomitee 1990 eine Resolution, mit der die bald darauf unter der Bezeichnung EUROHEALTH-Programm laufende Initiative ins Leben gerufen wurde, in deren Rahmen länderspezifische Programme angeregt und koordiniert werden sollten, wobei die Prioritäten von den Ländern selbst zu ermitteln waren.

2. Auf Ersuchen des Regionalkomitees wurde das EUROHEALTH-Programm 1994 einer externen Evaluation unterzogen. Ausgehend von den Empfehlungen der Gutachter wurde das Programm anschließend aktualisiert, so dass die sich wandelnde Situation in Europa und die aus den ersten drei Jahren des Programms gezogenen Lehren berücksichtigt werden konnten. Außerdem ermittelte man sechs vorrangige Arbeitsbereiche, nämlich Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte, Gesundheitsreform, Gesundheit von Frauen und Kindern, Infektionskrankheiten, nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung sowie Umwelt und Gesundheit.

3. Auf der 48. Tagung des Regionalkomitees baten die Delegierten 1998 darum, das EUROHEALTH-Programm im Jahr 2000 erneut einer Evaluation zu unterziehen. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) einigte sich auf seiner Tagung im April 1999 auf die Methodik der Evaluation und bestimmte Dr. Danguole Jankauskiene und Professor Jussi Huttunen zu externen Gutachtern.

Evaluationsmethode

4. Diese Evaluation stützt sich auf die gründliche Auswertung des Hintergrundmaterials, auf Interviews mit Mitarbeitern der Länder- und der Mehrländerprogramme des WHO-Regionalbüros für Europa (EURO) sowie auf die eingehende Analyse der in sieben am EUROHEALTH-Programm beteiligten Ländern gemachten Fortschritte.

5. Die Gutachter statteten den folgenden sieben EUROHEALTH-Ländern einen jeweils zwei bis vier Tage dauernden Besuch ab: Armenien, Bosnien-Herzegowina, Georgien, Litauen, Tadschikistan, Tschechische Republik und Usbekistan. In allen Ländern trafen sich die Gutachter mindestens einmal mit dem Gesundheitsminister und mit leitenden ministeriellen Mitarbeitern. Weitere Gespräche wurden mit Vertretern des jeweiligen Außenministeriums und der Weltbank, anderer Organisationen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union und verschiedener nichtstaatlicher Organisationen geführt.

6. In einem strukturierten Interview erörterten die externen Gutachter die Probleme der Länderarbeit mit den Mitarbeitern der WHO-Verbindungsbüros in den Ländern. Sie trafen sich mit den nationalen Ansprechpartnern der betreffenden WHO-Programme. Bei diesen Gesprächen ging es schwerpunktmäßig um die Stärken und Schwächen der WHO-Arbeit in den Ländern und um die konkreten Probleme und Herausforderungen für einzelne Programme. In allen Ländern besuchten die Gutachter Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Entbindungsstationen, Hochschulen, Hochschulen bzw. Fakultäten für Gesundheitswissenschaften und Pflegefachschulen und erörterten die Probleme des Landes mit Entscheidungsträgern, führenden Akteuren und interessierten Bürgern ohne spezifische Funktion.

7. Als Ergänzung der aus dieser eingehenden Analyse gewonnenen Informationen sichteten die Gutachter gründlich alle aus den restlichen 19 Ländern verfügbaren Hintergrunddokumente.

GESAMTBEURTEILUNG DES EUROHEALTH-PROGRAMMS

8. Ausgehend von der kritischen Durchsicht aller im Verlauf ihrer Arbeit gesammelten Informationen sind die externen Gutachter der Überzeugung, dass das EUROHEALTH-Programm in Anbetracht der begrenzten dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen, der schwierigen politischen und wirtschaftlichen Lage in den EUROHEALTH-Ländern und der komplizierten Managementstruktur der Länderarbeit des Regionalbüros seine Ziele erfolgreich verwirklichen konnte.

9. Nachdem die Gesundheitsindikatoren Anfang der 1990er Jahre eine anfängliche Verschlechterung des Gesundheitszustands anzeigten, verbessert sich dieser mittlerweile in den meisten EUROHEALTH-Ländern. In der Entwicklung sich auf die Prinzipien der „Gesundheit für alle“ gründender nationaler gesundheitspolitischer Konzepte wurden wesentliche Fortschritte erzielt. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist in allen Ländern rückläufig. Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten funktioniert besser, wobei allerdings auch negative Entwicklungstendenzen zu verzeichnen sind, beispielsweise in einigen Ländern die zunehmende Inzidenz von Aids und der arzneimittelresistenten Tuberkulose. Die meisten EUROHEALTH-Länder haben ihre eigenen nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit aufgestellt. Große Probleme bestehen andererseits noch im Bereich der Gesundheitsreform, und der Gesundheitsförderung sowie der Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten hat man auf nationaler Ebene bisher nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.

10. Die Länderarbeit von EURO wurde durch die nicht zufriedenstellende Koordination des Länderprogramms und der („Mehrländer“-)Fachprogramme des Regionalbüros behindert. Größere Probleme waren auch hinsichtlich der Koordination der Gesundheitsinitiativen verschiedener anderer Geberorganisationen (sowohl der Vereinten Nationen als auch anderer Organe) in den Ländern zu beobachten.

11. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die in den letzten zehn Jahren in das EUROHEALTH-Programm geflossenen Ressourcen gut ausgegeben waren. Viele der für das EUROHEALTH-Programm entwickelten und dort angewendeten Prinzipien und Methoden werden auch für die vom Regionalbüro in der künftigen gesundheitlichen Zusammenarbeit mit den Ländern eingesetzten Strategie nützlich sein. Die externen Gutachter möchten der Direktorin des Programms Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern und den Mitarbeitern des EUROHEALTH-Programms im Regionalbüro und in den Länderverbindungsbüros ein Lob aussprechen für ihre engagierte Arbeit.

FORTSCHRITTE IN DEN VORRANGIGEN ARBEITSBEREICHEN DES EUROHEALTH-PROGRAMMS

Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte

Ziel: Bis zum Jahr 2000 werden mindestens 80% der EUROHEALTH-Länder ihre eigene Politik zur „Gesundheit für alle“ erarbeitet haben, und mindestens die Hälfte der Länder wird auf dieser Grundlage einen Plan für die Gesundheitssystementwicklung aufgestellt haben.

12. Die Erarbeitung von einzelstaatlichen gesundheitspolitischen Konzepten ist in allen EUROHEALTH-Ländern gut vorangekommen, und das trotz großer Schwierigkeiten, die u. a. aufgrund rasch wechselnder Regierungen und Minister mit unterschiedlicher politischer Haltung entstanden, aber auch weil man sich statt auf die langfristige Politikgestaltung eher auf die Lösung kurzfristiger Probleme konzentrierte und weil auf nationaler, regionaler und örtlicher Ebene ausreichend geschulte Mitarbeiter fehlen, die eine kritische Masse für Veränderungen abgeben könnten.

13. Ein großes Problem in Bezug auf die Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte war die Tatsache, dass EURO für diese Aufgabe keine ausreichende Kapazität hat. Das EURO-Referat Gesundheitspolitik ist klein und konnte nur einer begrenzten Zahl von EUROHEALTH-Ländern Hilfestellung leisten.

14. Die Mehrheit der EUROHEALTH-Länder wird demnächst ihre eigenen gesundheitspolitischen Grundsatzdokumente angenommen haben. Eine wichtige künftige Aufgabe ist es, diesen Konzepten Wirkung zu verleihen. Das WHO-Länderprogramm sollte alle Anstrengungen unternehmen, um die in diesem Prozess befindlichen Länder inhaltlich und auch sonst ausreichend unterstützen zu können.

Gesundheitsreform

Ziel: Bis zum Jahr 2000 wird das EUROHEALTH-Programm mindestens 80% der Zielländer bei der Umgestaltung ihrer Gesundheitsversorgungssysteme auf eine rationellere Krankenhausinfrastruktur und eine familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung geholfen haben, so dass mindestens ein einzelstaatliches Gesundheitsprogramm in Übereinstimmung mit dem Konzept des Zugewinns an Gesundheit und unter Ausnutzung messbarer Qualitätsindikatoren geleitet wird.

15. Trotz der aktiven Arbeit und einer Reihe von Erfolgen ist es in diesem Bereich nicht gelungen, die dem Programm bis zum Jahr 2000 gesetzten Ziele zu erreichen. Der Fehlschlag lässt sich teilweise durch die schwierigen Umstände in den Ländern erklären, aber die WHO hat nur sehr begrenzt zu dieser Arbeit beigetragen und wurde zum Teil durch andere Akteure ersetzt. Mehrere Organisationen der Vereinten Nationen und andere Geber haben zwar einen lobenswerten Beitrag zu diesem wichtigen Arbeitsbereich geleistet, doch das hatte auch seine „Schattenseiten“. Die Gutachter beobachteten mehrmals Situationen, in denen verschiedene Organisationen widersprüchliche Ratschläge erteilt hatten und die Arbeit schlecht koordiniert worden war.

16. Ziel der Gesundheitsreform ist es, eine auf das Konzept des Hausarztes gegründete primäre Gesundheitsversorgung aufzubauen, das überdimensionierte Krankenhaussystem zu verkleinern und die Verbindung zwischen der spezialisierten Versorgung, der Primärversorgung und der sozialen Betreuung wieder herzustellen. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Weiterentwicklung der Humanressourcen. Die Curricula für die Grundausbildung des Gesundheitspersonals müssten modernisiert werden. Ärzte und Pflegefachkräfte müssen umgeschult werden und Gesundheitsadministratoren auf allen Ebenen müssen das Management des Wandels lernen.

17. Die WHO sollte die Länder führend zu Fragen der Finanzierung der Gesundheitsversorgung beraten. Marktwirtschaftliche Reformexperimente und der sich immer wieder ändernde und oftmals widersprüchliche Rat unterschiedlicher Experten und verschiedener Organisationen hat viele der Länder in eine unhaltbare Situation gebracht.

Gesundheit von Frauen und Kindern

Ziel: Bis zum Jahr 2000 sollte die Säuglings- und Müttersterblichkeit in mindestens 90% der EUROHEALTH-Länder nicht über 15 pro 1000 bzw. nicht über 15 pro 100 000 Lebendgeburten betragen.

18. Die Arbeit im Bereich Gesundheit von Frauen und Kindern war in den EUROHEALTH-Ländern erfolgreich. Mehrere Länder haben die Ziele erreicht, andere machen diesbezüglich erhebliche Fortschritte. Die Rolle des Hausarztes sollte noch stärker betont werden, um die Aufsplitterung der Versorgung einzuschränken und zu unterstreichen, dass die Sorge um die Gesundheit von Frauen eine ganzheitliche, das gesamte Leben umfassende Sichtweise erforderlich macht. Im Übrigen wirken die derzeitigen Strategien jedoch zufriedenstellend.

Infektionskrankheiten

Ziel: Bis zum Jahr 2000 wird es in den EUROHEALTH-Ländern keine Poliovirusübertragung mehr geben, die unter das EPI fallenden Programme werden routinemäßig mindestens 90% der Zielbevölkerung erreichen, und für die Probleme der Impfstoffversorgung wird man eine dauerhafte Lösung gefunden haben.

In allen EUROHEALTH-Ländern wird die Umsetzung eines einzelstaatlichen Plans für die Tuberkulosebekämpfung angelaufen sein. Die EUROHEALTH-Länder sollten bei der Aids-Prävention und -Bekämpfung

in Übereinstimmung mit internationalen Prinzipien und Standards unabhängig sein. Auch das System des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird wieder so funktionieren, dass die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sichergestellt ist.

19. Sehr erfolgreich hat die WHO die EUROHEALTH-Länder in deren Bemühungen um die Bekämpfung von Infektionskrankheiten unterstützt. Auch hier gibt es jedoch noch einige Probleme, andere zeichnen sich erst allmählich ab. Nur wenige Länder sind in der Impfstoffversorgung mittlerweile unabhängig. Es sollten alle Schritte unternommen werden, um die Impfstoffverfügbarkeit unter allen erdenklichen Umständen zu garantieren.

20. Problematisch ist im Hinblick auf die Infektionskrankheiten auch die zunehmende Inzidenz der Tuberkulose, insbesondere in ihrer arzneimittelresistenten Form. Die WHO sollte sich weiterhin darum bemühen, in allen EUROHEALTH-Ländern die DOTS-Strategie für die ambulante Kurzzeitbehandlung umzusetzen. Aids nimmt in einigen Ländern des Gebiets rasch zu und erfordert in Zukunft mehr Aufmerksamkeit. Die Epidemie zeigt einen engen Zusammenhang mit dem intravenösen Drogengebrauch und der Prostitution und lässt sich ohne Berücksichtigung dieser Probleme nicht in den Griff bekommen.

Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung

Ziel: Bis zum Jahr 2000 werden alle EUROHEALTH-Länder die Gesundheitsförderung zum spezifischen Bestandteil ihrer nationalen Politik gemacht haben, und in mindestens 90% der Länder wird es konkrete Programme geben, die sich auf die Prinzipien der regionalen Programme zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums gründen.

21. Gegen Ende der 1990er Jahre intensivierte das Regionalbüro seine Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten. Bedenkt man jedoch, wie wichtig diese Thematik für die Gesundheit der Nationen ist, so wird dieser Bereich immer noch vernachlässigt. Die Prävalenz von Risikofaktoren und die Krankheitsinzidenz sind hoch, positive Trendwenden dagegen selten. Nur wenige Länder kümmern sich aktiv um eine Lösung dieser Probleme.

22. Nach Auffassung der externen Gutachter sollte EURO mehr in Gesundheitsförderung investieren. Besonders wichtige Aufgabengebiete sind Rauchen, Alkoholmissbrauch und vor allem der Drogenmissbrauch. Stärkere Aufmerksamkeit sollte man auch den psychischen Erkrankungen und deren Ursachen widmen. Man sollte sich darum bemühen, aus dem örtlichen bzw. regionalen Pilotprojekt des Länderprogramms für integrierte Interventionen bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) ein Instrument zu machen, mit dem man die nationalen Konzepte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung beeinflussen kann.

Umwelt und Gesundheit

Ziel: Bis zum Jahr 1997 sollten die EUROHEALTH-Länder in Übereinstimmung mit der Helsinki-Erklärung über Umwelt- und Gesundheitsmaßnahmen in Europa einzelstaatliche Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit aufgestellt haben. Bis zum Jahr 2000 wird es einzelstaatliche Programme für die Verkehrssicherheit geben, die sich in mindestens 80% der Länder in der Umsetzungsphase befinden. Es werden Projekte zur Verbesserung der Trinkwasserqualität laufen, und alle EUROHEALTH-Länder werden ihre institutionelle Kapazität für das Management von Umwelt- und Gesundheitsmaßnahmen auf nationaler und örtlicher Ebene ausreichend ausgebaut haben.

23. Das Regionalbüro hat die EUROHEALTH-Länder bei der Ausarbeitung ihrer nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit sehr erfolgreich unterstützt. In diesem Bereich bestehen zur Zeit erhebliche Probleme, da ausreichende technische Unterstützung fehlt und nicht genügend wirtschaftliche Ressourcen für die Umsetzung vorhanden sind. Man sollte alles versuchen, um Ressourcen zu beschaffen, damit die Arbeit in diesem Bereich, der kurzfristig und auf lange Sicht für die Gesundheit äußerst wichtig ist, weitergehen kann.

EINGEHENDE ANALYSE AUSGEWÄHLTER LÄNDER

24. Die Ergebnisse der eingehenden Analyse der gesundheitlichen Lage und der im Gesundheitsbereich in Armenien, Bosnien-Herzegowina, Georgien, Litauen, Tadschikistan, der Tschechischen Republik und in Usbekistan gemachten Fortschritte werden in einem gesonderten Dokument dargelegt.

MANAGEMENT UND VERWALTUNG DES EUROHEALTH-PROGRAMMS

Managementstruktur

25. Die Managementstruktur des EUROHEALTH-Programms besteht aus der Direktorin der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern, EUROHEALTH-Mitarbeitern in Kopenhagen und einem Verbund von WHO-Verbindungsbüros in den Ländern, die mit Mitarbeitern aus dem jeweiligen Land und international angeworbenen Mitarbeitern besetzt sind. Zum EUROHEALTH-Programm in Kopenhagen gehören die Programmleiterin, drei für Teilgebiete zuständige Regionalbeauftragte („subregional desks“) und technisches Personal. Die Finanzierung der Managementstruktur umfasst Gehälter und andere Kosten des EUROHEALTH-Programms in Kopenhagen sowie die Unterhaltung der Verbindungsbüros.

26. Die externen Gutachter sind der Ansicht, dass die bestehende Managementstruktur kostenwirksam ist und auch künftig beibehalten werden sollte. Allerdings brauchen die EU-Beitrittsländer vielleicht keine Verbindungsbüros mehr, wenn sie erst in der EU sind. Die Zahl der Regionalbeauftragten sollte auf dem derzeitigen Niveau beibehalten werden.

Budget- und Programmplanung

27. Der Erfolg des EUROHEALTH-Programms wurzelt in dem analytischen Verständnis der in den Zielländern bestehenden Probleme, in dem Wissen um die Möglichkeiten des Regionalbüros, mit Maßnahmen zur Lösung dieser Probleme beizutragen, und in der Fähigkeit, die vorrangigen Bedürfnisse der Länder mit der Kapazität des Regionalbüros in Einklang zu bringen. Deshalb sollte der gesamte Planungsprozess des Regionalbüros einer gründlichen Evaluation unterzogen werden, damit sichergestellt ist, dass die Arbeit des Regionalbüros dem Bedarf und den Prioritäten der Mitgliedstaaten entgegenkommt.

28. Das Budget des EUROHEALTH-Programms bestand in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre aus zwei Elementen, nämlich einer Länderzuweisung aus dem Ordentlichen Haushalt (Im Haushaltszeitraum 1998–1999 waren es 2,9 Millionen US-\$) und dem Finanzierungsbedarf für die 25 WHO-Verbindungsbüros (2,4 Millionen US-\$). Diese Mittel decken jedoch nur einen Teil dessen, was die Länderarbeit der WHO kostet. Nicht mitgerechnet sind darin die Ausgaben für die EUROHEALTH-Mitarbeiter in Kopenhagen (1,9 Millionen US-\$), und auch die personellen Ressourcen der Fachprogramme und zusammenarbeitenden Netze sind darin nicht berücksichtigt, weshalb es schwierig, um nicht zu sagen unmöglich ist, die Gesamtkosten oder die Gesamtkostenwirksamkeit der EUROHEALTH-Programmtätigkeiten einzuschätzen.

29. In den ersten zehn Jahren der Laufzeit des Programms wurden für die Länderarbeit nur sehr begrenzte Ressourcen eingesetzt. Die Mittelzuweisungen für die einzelnen Länder betragen pro Haushaltszeitraum zwischen 50 000 US-\$ und 200 000 US-\$, wobei diese Zuweisung in den Ländern noch in zehn bis fünfzehn kleinere Summen aufgeteilt wurden, die typischerweise die Kosten für internationale Dienstreisen eines nationalen Ansprechpartners oder für die Abhaltung einer nationalen oder teilregionalen Tagung deckten. Dennoch waren diese Mittelzuweisungen außerordentlich wichtig, weil sie die Aktivitäten in den vorrangigen Arbeitsbereichen des EUROHEALTH-Programms ankurbelten.

30. Kritische Anmerkungen galten dem derzeitigen System der Ausarbeitung von mittelfristigen Programmen (MTPs). An dem Planungsprozess beteiligen sich Ministerien, Verbindungsbüros,

EUROHEALTH-Mitarbeiter und Mitarbeiter von Fachprogrammen, was angesichts der geringfügigen zu verplanenden Mittel als zu arbeitsaufwendig gesehen wird. Einige Länder sind zudem der Auffassung, dass ihre Ansichten in diesem Prozess nicht ausreichend gehört worden seien.

31. EUROS Haushalts- und Programmplanungssystem sollte reformiert werden, um dem wahren Bedarf der Mitgliedsländer besser zu entsprechen. Bisher basierte die Planung auf den Zielen von „Gesundheit für alle“/GESUNDHEIT21, was bewirkte, dass man für jeden Haushaltszeitraum über hundert „strategische Produkte“ anführte. Die externen Gutachter sind der Auffassung, dass der Prozess unter Berücksichtigung der Länderprioritäten stattdessen auf Länderebene beginnen und mit dem Regionalbüro enden sollte. Auf diese Weise würde man mehr strategische Produkte und Instrumente erhalten, mit denen man auf den Bedarf in den Ländern reagieren könnte, und zwar unterschiedlich in unterschiedlichen Teilen der Europäischen Region. Außerdem würde ein solches System von der Planungsphase an bessere Querverbindungen zwischen den Abteilungen und Programmen garantieren.

32. Planung, Umsetzung und die Verfahren für Follow-up-Maßnahmen sollten verbessert werden um sicherzustellen, dass die Programmresultate dem Bedarf des jeweiligen Landes möglichst weitgehend entsprechen. Für jedes Land sollte es ein idealerweise vom Parlament gebilligtes gesundheitspolitisches Rahmenkonzept geben, das die Planungsgrundlage bildet. Die Programmplanung muss so früh beginnen, dass vom Anfang des Haushaltszeitraums an eine wirksame Umsetzung möglich ist. Es sollten Mechanismen für Follow-up-Maßnahmen und die Programmevaluation geschaffen werden. Die Leiter der Verbindungsbüros, die Länderkoordinatoren, sollten einen größeren Einfluss auf die Verwendung der WHO-Mittel haben.

Verbindungsbüros in den Ländern

33. Die WHO-Verbindungsbüros sind für das Programm speziell kennzeichnend. Zu den wichtigsten Aufgaben der Verbindungsbüros gehört es, als Schaltstelle zwischen der WHO und dem jeweiligen Land zu fungieren, die koordinierte Unterstützung der Arbeit im Land sicherzustellen, regelmäßige Kontakte zu Vertretern anderer internationaler Organisationen und von Entwicklungsorganisationen zu pflegen und dem Gesundheitsministerium bei der Koordination der Tätigkeiten externer Partner und nationaler Programme behilflich zu sein.

34. Die externen Gutachter stellten fest, dass sich die Funktionen der Verbindungsbüros von Land zu Land stark unterscheiden. Einige Büros leisten nur routinemäßige fachliche Unterstützung für die WHO-Aktivitäten im Land, andere spielen dagegen eine führende Rolle in der gesundheitspolitischen Grundsatzarbeit und bei der Koordinierung von nationalen und internationalen Aktivitäten im Gesundheitsbereich.

35. Die Arbeit der Verbindungsbüros könnte auf verschiedene Weise verbessert werden. Das Regionalbüro sollte regelmäßig eine Leistungsbeurteilung vornehmen. Für die in den meisten oder allen Verbindungsbüros laufenden Aktivitäten sollte ein standardisierter Arbeitsplan aufgestellt werden. Andererseits sollten die Verbindungsbüros die nur für ihr eigenes Land geltenden Tätigkeiten freier gestalten können.

36. Da die Persönlichkeit und das fachliche Können der Länderkoordinatoren den Erfolg ihrer Arbeit wesentlich mitbestimmt, sollte man ihrer Auswahl, Fortbildung und Motivation besondere Aufmerksamkeit widmen. Die externen Gutachter äußerten sich positiv zu den in letzter Zeit eingeführten Auswahlverfahren. Die Kandidatensuche durch offizielle Ausschreibung, eine nach einem Interview aufgestellte Rangliste der besten Bewerber und die gemeinsam mit dem Ministerium vorgenommene endgültige Auswahl bieten die wirksame Garantie, dass für die Stelle hochqualifizierte Fachkräfte gefunden werden.

37. Die externen Gutachter empfehlen dem Regionalbüro, für die Mitarbeiter der Verbindungsbüros regelmäßig Schulungskurse abzuhalten. Die Länderkoordinatoren selbst müssen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, der Entwicklung des Gesundheitswesens sowie in für die Arbeit in ihren Ländern relevanten Fachbereichen geschult werden. Andere wichtige Themen sind Ressourcenbeschaffung,

Katastrophenbereitschaft, Management des Wandels und Informationstechnologie. Die Verbindungsbüros sollten aktiv dafür sorgen, dass die WHO in den Ländern ein stärkeres Profil erhält. Zu diesem Zweck müssen sie ihr Können im PR-Bereich und im Hinblick auf die Arbeit mit den Medien verbessern und ihre Beziehungen zu anderen im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen stärken.

Zusammenarbeit zwischen der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern und den anderen Fachabteilungen

38. Die externen Gutachter stellten fest, dass die Koordination der WHO-Aktivitäten in den Ländern nicht optimal ist. Einige Verbindungsbüros erfuhren nur wenig von den Aktivitäten der Fachprogramme im Land. Häufig wurde die Arbeit der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern und der Verbindungsbüros von den Fachabteilungen kritisiert, und umgekehrt galt das Gleiche. Diese unterschiedlichen Auffassungen kommen zumindest teilweise dadurch zustande, dass man an die Länderarbeit unterschiedlich herangeht, indem man sich nämlich entweder 1) auf die (Mehrländer-)Entwicklungsarbeit konzentriert und es den Ländern überlässt, die Ergebnisse ihren eigenen Gegebenheiten anzupassen, oder 2) die Länder unterstützt, indem man ihren Bedarf ermittelt und die besten von den Fachprogrammen erarbeiteten Praxisverfahren übernimmt.

39. Diese beiden unterschiedlichen Vorgehensweisen haben im Regionalbüro zu Spannungen geführt. Das Problem muss angegangen werden, wenn die neue Länderstrategie aufgestellt wird. In diesem Zusammenhang ist die Rolle der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern und der Fachabteilungen zu klären. Nach Ansicht der externen Gutachter sollte die Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern eine „Lotsenfunktion“ übernehmen und einerseits gute Beziehungen zu den Fachabteilungen pflegen, andererseits aber auch enge Kontakte zu den Verbindungsbüros und den Ländern haben.

40. Die externen Gutachter sind der Überzeugung, dass die schlechte Koordinierung der Aktivitäten auf Regional- und Länderebene das Hauptproblem für die Länderarbeit der WHO darstellt. Die Gutachter haben den starken Eindruck, dass das EUROHEALTH-Programm überall dort ein Erfolg war, wo das Länderprogramm und die Fachprogramme gut zusammengearbeitet haben, während fehlende Zusammenarbeit die Wirkung der Arbeit verringert hat und zur Verschwendung von knappen Ressourcen führte.

41. EURO sollte sich darauf konzentrieren, die Zusammenarbeit und Koordination auf regionaler und nationaler Ebene zu verbessern. Unter anderem sollte man bei der Haushalts- und Programmplanung und der Festlegung von Anschlussmaßnahmen alle WHO-Aktivitäten in dem jeweiligen Land erfassen (s. o.) und den Dialog zwischen der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern, den Fachabteilungen, den Verbindungsbüros und den nationalen Ansprechpartnern verbessern. Man sollte Standardverfahren ausarbeiten um auf beiden Ebenen die bestmögliche Zusammenarbeit garantieren zu können (in einigen Ländern gibt es solche Verfahren bereits).

Nationale Ansprechpartner

42. Das Netz der nationalen Ansprechpartner für die WHO-Programme bildet einen wesentlichen Bestandteil der WHO-Arbeit in den Ländern. Die externen Gutachter waren tief beeindruckt von der Professionalität, dem Engagement und der Hingabe, mit der die Experten, die die Verantwortung für die Koordination nationaler Programme und Aktivitäten übernommen hatten, an diese Aufgabe herangingen. Die meisten Ansprechpartner hatten daneben ihre eigene Vollzeitstelle, was bedeutete, dass sie ihre Funktion als Kontaktperson in ihrer freien Zeit und unentgeltlich wahrnahmen. In vielen Fällen hing es völlig von ihrem Einsatz ab, ob die Arbeit in einem bestimmten Bereich vorankam.

43. Die Gutachter stellten fest, dass die Arbeitsbedingungen der nationalen Ansprechpartner verbessert werden müssen. Oft arbeiten sie allein, ohne jede Hilfe von außen. Eine Möglichkeit, sie zu unterstützen, wäre es, wenn man im Verbindungsbüro regelmäßige Treffen aller Ansprechpartner abhalten würde, die dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienen würden. In vielen Ländern wird dies im Übrigen bereits getan. Solche Zusammenkünfte wären auch für die Koordinierung der WHO-Aktivitäten im Land hilfreich.

44. Die nationalen Ansprechpartner müssen auf die gleiche Weise geschult werden wie die Länderkoordinatoren. Fortbildungsangebote bestehen im Rahmen der Länder-MTPs mit der Möglichkeit einer Teilnahme an internationalen Tagungen und Workshops. Die externen Gutachter stützen diese Aktivitäten, sind jedoch der Ansicht, dass man für alle Ansprechpartner einen konzertierten Schulungs- und Fortbildungsplan aufstellen sollte, um die maximale Nutzung der äußerst begrenzten Mittel zu garantieren.

Public-Health-Berater

45. In den ersten fünf Jahren stärkte die Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern ihre Präsenz in den Ländern durch die Einrichtung von zeitlich begrenzten Stellen für Public-Health-Berater, die die Regierungen auf hochrangiger Ebene zu gesundheitspolitischen Fragen beraten. Diese Berater arbeiteten bisher mit den Regierungen von Albanien, Armenien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Lettland, Rumänien, Tadschikistan, Ungarn und Usbekistan.

46. Die in den Ländern arbeitenden Public-Health-Berater trugen entscheidend dazu bei, der gesundheitspolitischen Entwicklungsarbeit der WHO in den Ländern zum Erfolg zu verhelfen. Ohne ihre Unterstützung wäre es in vielen Ländern schwierig, wenn nicht sogar unmöglich gewesen, die nationalen gesundheitspolitischen Grundsatzdokumente und die Umsetzungspläne zu erarbeiten. Public-Health-Berater waren auch deshalb besonders nützlich, weil die Ressourcen des Kopenhagener Referats Gesundheitspolitik zu geringfügig waren, um in den kritischen Phasen der Grundsatzarbeit die Präsenz der WHO im Land zu garantieren.

47. Die Gutachter empfehlen, dass man auch weiterhin mit Public-Health-Beratern arbeitet. Sie sollten eng mit dem für Gesundheitspolitik zuständigen Referat des Regionalbüros zusammenarbeiten. Damit würde man ein einheitliches und kohärentes Herangehen an die Politikentwicklung und den wirksamen Austausch von Informationen und Erfahrungen unter den Ländern sicherstellen.

KOORDINATION DER ARBEIT DES REGIONALBÜROS UND DES WHO-HAUPTBÜROS

48. Die Präsenz des WHO-Hauptbüros in den EUROHEALTH-Ländern gestaltet sich von Fall zu Fall unterschiedlich. Einen wesentlichen Beitrag lieferte das Hauptbüro zur Entwicklung einer Arzneimittelpolitik, für Konzepte zur Steuerung des Rauchens, zur Malariabekämpfung und in anderen Bereichen der Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten. Bei den Länderbesuchen der externen Koordinatoren wurde auf keine größeren Probleme hinsichtlich der Koordination der Arbeit des Regionalbüros und des WHO-Hauptbüros hingewiesen.

49. Die Gutachter sind der Überzeugung, dass das WHO-Hauptbüro nicht direkt mit den Ländern arbeiten, sondern eher über EURO gehen sollte, damit Überschneidungen vermieden werden und man weniger Gefahr läuft, gemischte oder widersprüchliche Ratschläge zu erteilen. Dieses Vorgehen eignet sich insbesondere für die EUROHEALTH-Länder, wo die WHO durch die Verbindungsbüros bereits stark vertreten ist und ein gut ausgebautes Netz von nationalen Ansprechpartnern besteht.

KOORDINATION DER VON ORGANISATIONEN DER VEREINTEN NATIONEN UND ANDEREN INTERNATIONALEN ORGANISATIONEN IM GESUNDHEITSBEREICH GELEISTETEN ARBEIT

50. Gesundheitsinitiativen in den EUROHEALTH-Ländern werden von zahlreichen Organen unterstützt. Neben der WHO arbeiten in diesen Ländern auch andere Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, z. B. das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), das Büro des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR), die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) und das Gemeinsame HIV/Aids-Programm der

Vereinten Nationen (UNAIDS) sowie die Weltbank, die Europäische Union, nationale Entwicklungsorganisationen und verschiedene nichtstaatliche Organisationen. Alle diese Organisationen verfolgen ihre eigenen Ziele und Strategien und haben ihre eigenen Verwaltungssysteme und bürokratischen Regeln.

51. Bei ihren Länderbesuchen wurden sich die externen Gutachter zunehmend bewusst, dass die Zusammenarbeit zwischen den internationalen Organisationen erhebliche Probleme bereitet. Sie stießen auf zahlreiche Beispiele für fehlende Koordination, große Überschneidungen der Arbeitsbereiche und widersprüchliche Beratung. Die Gutachter sind der Auffassung, dass die fehlende Koordination unter den Organisationen, die die Länder finanziell und fachlich unterstützen, jedes Jahr zur Verschwendung von Millionen von Dollars führt.

52. Für diese schlechte Zusammenarbeit der Geber gibt es viele Gründe. Den Ländern selbst fehlt die Kapazität und zuweilen auch die Bereitschaft, die internationalen Aktivitäten zu koordinieren. In einigen Ländern gibt es kein nationales Organ, das für die Koordination der internationalen Geber zuständig wäre, und wenn es eine solche Stelle gibt, hat sie vielleicht nicht die Kapazität, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Im Gesundheitsbereich besteht das Problem oftmals darin, dass man keine nationale Gesundheitspolitik hat, die man als Blaupause für die Planung und Umsetzung von internationalen Programmen benutzen könnte.

53. Besorgt zeigen sich die externen Gutachter über die fehlende Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Weltbank. Die Weltbank übernimmt mittlerweile eine wichtige Rolle als Berater der Länder in gesundheitlichen Anliegen, vor allem in Bezug auf Gesundheitspolitik und Gesundheitsreform. Leider sind die WHO und die Weltbank kaum im Dialog miteinander. Die fehlende Zusammenarbeit führt zu Doppelgleisigkeiten, Überschneidungen und widersprüchlichen Ratschlägen. Die Gutachter stellten auch fest, dass die Regierungen manchmal zu vergessen scheinen, dass die Kredite der Weltbank zurückgezahlt werden müssen, und deshalb Mittel für Zwecke beantragen, für die sie von der WHO kostenlose Fachunterstützung erhalten könnten.

54. Auch mit den PHARE- und TACIS-Programmen der Europäischen Union gibt es Probleme. Die Länder haben nicht immer die Kapazität oder die Sachkenntnis, um die Vereinbarungen auszuhandeln oder bei der Projektausschreibung die Auswahl der Experten zu beeinflussen. Folglich haben die Experten u. U. nur einen sehr oberflächlichen Eindruck von den Bedürfnissen und Gegebenheiten des Landes. Außerdem fehlt den Projekten der Europäischen Union von der Anlage her häufig die Kontinuität.

55. Sowohl die Länder selbst wie auch die internationale Gebergemeinschaft müssen verschiedene Schritte unternehmen, um dieser Situation abzuhelpfen. Die Koordination ist eine nationale Aufgabe, weshalb alle internationalen Aktivitäten von der jeweiligen Regierung koordiniert werden sollten. Die internationalen Geberorganisationen sollten eine solche Koordinationstätigkeit unterstützen und notfalls Ressourcen für den Aufbau und die Erhaltung einer solchen Koordination bereitstellen. Sie sollten aber auch ihre eigenen Mechanismen und Verfahren schaffen, um die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zu verbessern.

56. Die gesamte internationale Arbeit im Gesundheitsbereich sollte sich auf ein nationales gesundheitspolitisches, idealerweise vom Parlament des Landes gebilligtes Grundsatzdokument gründen. Die internationale Arbeit im Gesundheitsbereich sollte vom Gesundheitsministerium koordiniert werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Länderkoordinatoren gehört es, dem Ministerium dabei mit fachlichem Rat und sonstiger Unterstützung beizustehen. Wichtig sind regelmäßige Treffen der Geber, die Vereinbarung von Verfahrensweisen für den Informationsaustausch und die Etablierung von Task Forces und Arbeitsgruppen zur Koordinierung der Arbeit einzelner Akteure.

ERFOLGREICHE BESCHAFFUNG VON AUSSERORDENTLICHEN RESSOURCEN FÜR DAS EUROHEALTH-PROGRAMM

57. Außerordentliche Haushaltsmittel haben zum Kernbereich der Aktivitäten des EUROHEALTH-Programms nur begrenzt direkt beigetragen. Indirekt bedeuteten die durch Fachprogramme und andere Organisationen von den Gebern beigesteuerten außerordentlichen Ressourcen jedoch sehr viel.

58. Die Gutachter empfehlen, dass man sich stärker darum bemüht, für die vorrangigen Arbeitsbereiche des Länderprogramms, und hier vor allem für die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Reform der Gesundheitsversorgung, außerordentliche Ressourcen zu beschaffen. Solche Anstrengungen sollten sowohl in den Ländern als auch im Regionalbüro unternommen werden. Die Ressourcenbeschaffung sollte wesentlich zur Schulung und Fortbildung der Länderkoordinatoren in allen EUROHEALTH-Ländern gehören.

59. Die WHO sollte sich auch anderweitig aktiv um die Koordinierung der Geber kümmern, beispielsweise durch die Abhaltung von Tagungen für die internationalen Geber. In Georgien hat man das gemacht, was einen raschen und positiven Einfluss auf die internationale Arbeit hatte. Nach Ansicht der Gutachter sollten solche Treffen in Zukunft für alle EUROHEALTH-Länder veranstaltet werden.

EMPFEHLUNGEN

Länderarbeit am WHO-Regionalbüro für Europa

60. Die Länderarbeit des Regionalbüros steht aus mehreren Gründen am Scheideweg. Zum einen muss man damit auf die raschen politischen und sozioökonomischen Veränderungen in der Region reagieren, zum anderen muss sich die Arbeit aber auch im Rahmen des von der Generaldirektorin initiierten Reformprozesses ändern. Sie muss den fünf Prinzipien des von der Generaldirektorin erlassenen „Aufrufs zum Wandel“ folgen: Die WHO muss effektiver, verantwortlicher, transparenter und aufgeschlossener werden. Die WHO muss eine einzige Organisation sein. Die WHO muss die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten stärken, um durch die strategische Arbeit größere Wirkungen zu erzielen. Die WHO muss auf ihre Partner zugehen, und die WHO muss ihre Arbeit durch Fakten abstützen.

61. Die externen Gutachter empfehlen, dass das Regionalbüro seine Länderarbeit vertieft und intensiviert, um die Länder in ihrer gesundheitlichen Gesamtentwicklung zu unterstützen. Besonderes Gewicht sollte man dabei auf eine langfristige Gesundheitspolitik und ihre wirkungsvolle Umsetzung legen und die Länder vor allem bei ihrer Reform der Gesundheitsversorgung unterstützen.

62. Die Länderarbeit der WHO muss strategisch angelegt sein und dem Bedarf der Länder entsprechen. Dieses Ziel lässt sich nur erreichen, wenn die Länder und die WHO gemeinsam eine Bedarfsanalyse vornehmen und die Möglichkeiten für Veränderungen ermitteln. Die Arbeit muss auf einem multisektoralen Ansatz basieren, es müssen Querverbindungen zu anderen Sektoren und Bündnisse mit Politikern, nicht-staatlichen Organisationen sowie nationalen und internationalen Partnern der Entwicklungsarbeit geknüpft werden. Die Rolle der WHO muss geklärt werden. Ihre Stärken sind die engagierte Überzeugungsarbeit, die Unterstützung der programmatischen Arbeit und ihre fachliche Beraterfunktion. Die WHO muss in den Ländern als einheitliche Organisation auftreten, d. h. die globalen, regionalen und länderbezogenen Maßnahmen müssen sich gegenseitig unterstützen.

63. Die externen Gutachter haben erfreut zur Kenntnis genommen, dass der Regionaldirektor einen Erneuerungsprozess eingeleitet hat, der dazu führen soll, dass die Länderstrategie alle 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region umfasst. Sie empfehlen, das neue Länderprogramm wie vom Regionaldirektor dargelegt aufzubauen. Das neue Programm sollte nicht mehr EUROHEALTH-Programm heißen, da dieser Name mit der in den letzten zehn Jahren verfolgten Strategie verbunden ist, die nur für den mittleren und östlichen Teil der Region galt.

Vorrangige Bereiche der Länderarbeit im Zeitraum 2000–2005

64. Wenn das künftige Länderprogramm des Regionalbüros wirklich alle 51 Mitgliedstaaten umfassen soll, müssen die Prioritäten in Zukunft so gesetzt werden, dass sie dem Bedarf aller Mitgliedstaaten entsprechen. Angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern der Europäischen Region müssen die gemeinsamen Prioritäten je nach Bedarf der einzelnen Länder durch die fachliche Unterstützung in anderen Schlüsselbereichen ergänzt werden.

65. Die externen Gutachter empfehlen, dass man die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Reform der Gesundheitsversorgung zu den künftigen Prioritäten der Länderarbeit in der Europäischen Region erklärt. Zur Reform der Gesundheitsversorgung gehört, dass man die Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung unterstützt. Das Gleiche gilt für die Pflege, die Förderung der Humanressourcen und den Bereich der Informationssysteme. Diese Arbeitsbereiche sind nicht nur für die 26 Länder des bisherigen EUROHEALTH-Programms, sondern für alle 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region wichtig.

66. Die Tatsache, dass die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Reform der Gesundheitsversorgung zu Prioritäten gemacht werden, bedeutet nicht, dass andere Bereiche, darunter auch das EUROHEALTH-Programm, in Zukunft vernachlässigt werden sollten. Die Arbeit in diesen Bereichen sollte sich ganz im Gegenteil am spezifischen Bedarf der Länder orientieren. In zweierlei Hinsicht besteht allerdings ein Unterschied zu den beiden vorrangigen Arbeitsbereichen: Der Bedarf auf allen anderen Gebieten ist in den 51 Ländern ganz unterschiedlich, während alle eine nationale Gesundheitspolitik und zu deren Umsetzung ein gut funktionierendes Gesundheitsversorgungssystem brauchen.

67. Die Gutachter möchten betonen, dass die WHO ihre Kapazität für die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Reform der Gesundheitsversorgung in Zukunft erweitern muss. Die fachliche Unterstützung der Länder war in diesen Bereichen (mit einigen Ausnahmen) schwach und wird zudem durch die schlechte Koordination innerhalb des Regionalbüros behindert. Die externen Gutachter empfehlen, in diese Arbeitsbereiche mehr Ressourcen fließen zu lassen und die organisatorischen Strukturen und Prozesse so weiterzuentwickeln, dass die maximale Unterstützung der Länder sichergestellt ist.

68. Die EU-Beitrittsländer profitieren zwar auch von der allgemeinen Unterstützung für die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Reform der Gesundheitsversorgung, brauchen aber im Integrationsprozess besonderen Beistand. Die externen Gutachter empfehlen, dass EURO in Zusammenarbeit mit den beitriftswilligen Ländern und der Europäischen Kommission umgehend eine Verfahrensstrategie dafür aufstellt. Eine Möglichkeit wäre es, in einem der beitriftswilligen Länder eine neue WHO-Stelle einzurichten, um sicherzustellen, dass die WHO ihren zweckgerechten Beitrag leistet und die bilateralen Inputs der EU-Mitgliedstaaten koordiniert werden.

69. Die für die Länderarbeit in den EU-Ländern geltende Strategie sollte gründlich überdacht werden. Wichtige Bereiche sind die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission in Fragen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung, gesundheitliche Überzeugungsarbeit, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitssektor und Informationssysteme.

Organisation der Länderarbeit

70. Die externen Gutachter befürworten vorbehaltlos den Plan des Regionaldirektors, das Regionalbüro so umzustrukturieren, dass es dem Bedarf der Länder besser entspricht. Sie möchten jedoch betonen, dass die neue Organisationsstruktur kein Selbstzweck ist. Erforderlich ist ein Teamansatz und die eindeutige Ausrichtung auf Maßnahmen, die den Konzepten und Programmen in den Ländern Wirkung verleihen.

71. Die im Rahmen des EUROHEALTH-Programms entwickelten und eingesetzten Methoden und Vorgehensweisen sollten künftig in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) und in den südosteuropäischen Ländern die Grundlage der Länderarbeit bilden. Die WHO-Verbindungsbüros haben sich als kostenwirksame Möglichkeit erwiesen, die Länderpräsenz der WHO sichtbar zu machen und die gesundheitliche

Entwicklung in den Ländern zu unterstützen. Es wird empfohlen, die Verbindungsbüros beizubehalten und ihre Arbeitsaufgaben an den unten abgegebenen Empfehlungen (Abschnitt 76–79) auszurichten.

72. Im Verlauf der Evaluation setzten sich die externen Gutachter gründlich und kritisch mit der Frage auseinander, ob es sinnvoll wäre, in der Europäischen Region ein Netz von subregionalen WHO-Büros zu schaffen. Im Großen und Ganzen ist die Einrichtung eines solchen Netzes ihrer Meinung nach nicht empfehlenswert. Das Regionalbüro sollte stattdessen zur Unterstützung der Entwicklung in Teilen der Region flexibel Public-Health-Berater einsetzen, wie das im Rahmen des EUROHEALTH-Programms bereits geschehen ist.

Haushalts- und Programmplanung

73. EUROS Haushalts- und Programmplanungssystem sollte reformiert werden, um dem wahren Bedarf der Mitgliedsländer besser zu entsprechen. Bisher basierte die Planung auf den Zielen von „Gesundheit für alle“/GESUNDHEIT21, was bewirkte, dass man für jeden Haushaltszeitraum über hundert „strategische Produkte“ anführte. Die externen Gutachter sind der Auffassung, dass der Prozess unter Berücksichtigung der Länderprioritäten stattdessen auf Länderebene beginnen und mit dem Regionalbüro enden sollte. Auf diese Weise würde man mehr strategische Produkte und Instrumente erhalten, mit denen man auf den Bedarf in den Ländern reagieren könnte, und zwar unterschiedlich in unterschiedlichen Teilen der Europäischen Region. Außerdem würde ein solches System von der Planungsphase an bessere Querverbindungen zwischen den Abteilungen und Programmen garantieren.

74. Ein idealerweise vom Parlament gebilligtes gesundheitspolitisches Rahmenkonzept sollte immer die Planungsgrundlage auf Länderebene bilden um sicherzustellen, dass die Programmresultate dem Bedarf des Landes möglichst gut entsprechen. Das Länderprogramm für den jeweiligen Haushaltszeitraum sollte sich in diesen Rahmen einfügen. Die Programmplanung muss so früh beginnen, dass vom Anfang des Haushaltszeitraums an eine wirksame Umsetzung möglich ist. Es sollten Mechanismen für Follow-up-Maßnahmen und für die Programmevaluation geschaffen werden.

75. Angesichts der geringfügigen zur Verfügung stehenden Mittel ist das Budget- und Programmplanungssystem des EUROHEALTH-Programms (die mittelfristige Programmplanung (MTP)) zu arbeitsaufwendig. Idealerweise müsste das System gleichzeitig die konkrete Maßnahmenplanung, die Budgetplanung und die Planung der Follow-up-Maßnahmen für ein Land ermöglichen. Wenn ein solches System entwickelt und übernommen würde, brauchte man die MTP-Planung in der jetzigen Form nicht mehr.

Weiterentwicklung des Systems der Verbindungsbüros in den Ländern

76. Die WHO-Verbindungsbüros in den Ländern waren ein Schlüssel zum Erfolg des EUROHEALTH-Programms. Zu den wichtigsten Aufgaben der Verbindungsbüros gehört es, als Schaltstelle zwischen der WHO und dem jeweiligen Land zu fungieren, die koordinierte Unterstützung der Arbeit im Land sicherzustellen, regelmäßige Kontakte zu Vertretern anderer internationaler Organisationen und von Entwicklungsorganisationen zu pflegen und dem Gesundheitsministerium bei der Koordination der Tätigkeiten externer Partner und nationaler Programme behilflich zu sein.

77. Die externen Gutachter empfehlen, das System der Verbindungsbüros beizubehalten und es in allen Ländern, in denen zur Zeit ein solches Büro besteht, auszubauen. Die EU-Beitrittsländer werden allerdings vielleicht keine Verbindungsbüros mehr brauchen, wenn sie der Europäischen Union beigetreten sind.

78. Die Arbeit der Verbindungsbüros könnte auf verschiedene Weise verbessert werden. Für die in den meisten oder allen Verbindungsbüros laufenden Aktivitäten sollte ein standardisierter Arbeitsplan aufgestellt werden. Andererseits sollten die Verbindungsbüros die nur für ihr eigenes Land geltenden Tätigkeiten freier gestalten können. Da die Persönlichkeit und das fachliche Können der Länderkoordinatoren den Erfolg ihrer Arbeit wesentlich mitbestimmt, sollte man ihrer Auswahl besondere Aufmerksamkeit

widmen. Die externen Gutachter äußerten sich positiv zu dem in letzter Zeit eingeführten Auswahlverfahren und empfehlen, künftig in allen Ländern ein solches Vorgehen zur Routine zu machen.

79. Die externen Gutachter empfehlen dem Regionalbüro, für die Mitarbeiter der Verbindungsbüros regelmäßig Schulungskurse abzuhalten. Die Länderkoordinatoren selbst müssen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, der Entwicklung des Gesundheitswesens sowie in für die Arbeit in ihren Ländern relevanten Fachbereichen geschult werden. Andere wichtige Themen sind Ressourcenbeschaffung, Katastrophenbereitschaft, Management des Wandels und Informationstechnologie. Die Verbindungsbüros sollten aktiv dafür sorgen, dass die WHO in den Ländern ein stärkeres Profil erhält. Zu diesem Zweck müssen sie ihr Können im PR-Bereich und im Hinblick auf die Arbeit mit den Medien verbessern und ihre Beziehungen zu anderen im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen stärken.

Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen

80. Bei ihren Länderbesuchen wurden sich die externen Gutachter zunehmend bewusst, dass die Zusammenarbeit zwischen den internationalen Organisationen größere Probleme bereitet. Sie stießen auf zahlreiche Beispiele für fehlende Koordination, große Überschneidungen der Arbeitsbereiche und, was am schlimmsten war, destruktives Konkurrenzverhalten und widersprüchliche Beratung. Um dieser Situation abzuhelpfen, sollten sowohl die Länder wie die internationale Gebergemeinschaft verschiedene Schritte unternehmen.

81. Die gesamte internationale Arbeit im Gesundheitsbereich eines Landes sollte sich auf ein nationales gesundheitspolitisches Grundsatzdokument gründen. Die Arbeit sollte immer vom Gesundheitsministerium koordiniert und von der WHO unterstützt werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Länderkoordinatoren gehört es, dem Ministerium dabei mit fachlichem Rat und sonstiger Unterstützung beizustehen. Wichtig sind regelmäßige Treffen der Geber, die Vereinbarung von Verfahrensweisen für den Informationsaustausch und die Etablierung von Task Forces und Arbeitsgruppen zur Koordinierung der Arbeit einzelner Akteure.

82. Die externen Gutachter zeigten sich besorgt über die fehlende Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Weltbank. Die Weltbank übernimmt mittlerweile immer häufiger eine zentrale Rolle als Berater der Länder in gesundheitlichen Anliegen, vor allem in Bezug auf Gesundheitspolitik und Gesundheitsreform. Leider sind die WHO und die Weltbank kaum im Dialog miteinander. Die fehlende Zusammenarbeit führt zu Doppelgleisigkeiten, Überschneidungen und widersprüchlichen Ratschlägen.

83. Die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Weltbank machen sich auf globaler wie auf regionaler und einzelstaatlicher Ebene bemerkbar. Es wird empfohlen, die Prinzipien der Zusammenarbeit in beiden Organisationen auf höchster Ebene auszuhandeln und sie dann in den Regionen und Ländern umzusetzen.