



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

EUR/RC69/19

69. Tagung

Kopenhagen, 16.–19. September 2019

5. September 2019

190482

Punkte 2 a) und 5 b) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Überblick über die Umsetzung des Programmhaushalts 2018–2019 in der Europäischen Region der WHO

Dieses Dokument enthält einen Überblick über die Umsetzung des Programmhaushalts 2018–2019 durch das WHO-Regionalbüro für Europa in den ersten 18 Monaten des Haushaltszeitraums. Der Haushalt und die darin enthaltenen Zahlen basieren auf Daten aus dem Globalen Management-System und dem Webportal zum Programmhaushalt. Das Dokument ist Teil der Verpflichtung des Regionalbüros zur Transparenz und Rechenschaftslegung gegenüber den leitenden Organen. Es soll die Mitgliedstaaten dazu befähigen, ihre Aufsichtsaufgaben wahrzunehmen und dem Regionalbüro strategische Orientierungshilfe zu geben.

Inhalt

Einführung.....	3
Umsetzung des PB 2018–2019	3
Überblick über Fortschritte in fachlicher Hinsicht	6
Überblick über Finanzierung und finanzielle Umsetzung.....	18
Nach Kategorie/Programmbereich	18
Personelle Kapazitäten für die Umsetzung des PB 2018–2019.....	23
Ressourcen	24
Die finanzielle Lage des Regionalbüros	24
Annex 1. Glossar der verwendeten Fachbegriffe und Abkürzungen	28
Annex 2. Programmhaushalt 2018–2019 nach Kategorie und Programmbereich.....	30

Einführung

1. Das vorliegende Dokument enthält einen Lagebericht über den Stand der Umsetzung des Programmhaushalts (PB) 2018–2019 durch das WHO-Regionalbüro für Europa und ergänzt damit das Dokument A72/35, den Bericht des WHO-Hauptbüros über die wichtigsten Erfolge und Ergebnisse. Der vorliegende Bericht dient zwei Zwecken: Sicherstellung der Rechenschaftslegung gegenüber den leitenden Organen durch das Regionalbüro und Bestimmung von Bereichen, in denen eine Stellungnahme und Weisungen der Mitgliedstaaten erforderlich sind.
2. Dem Bericht ist in Anhang 1 ein Glossar der einschlägigen Begriffe und Abkürzungen beigelegt, wie sie im Bericht sowie allgemein in der WHO verwendet werden.
3. Im Mai 2017 nahm die 70. Weltgesundheitsversammlung mit der Resolution WHA70.5 den PB 2018–2019 (Dokumente A70/7 und A70/7 Add.1 Rev.1) an. Darin werden die programmbezogenen Prioritäten der WHO für den Zeitraum 2018–2019 festgelegt. Außerdem dient er als entscheidender Mechanismus zur Rechenschaftslegung für ihre Arbeit als globale Organisation.
4. Auf seiner 67. Tagung im September 2017 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa den Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2018–2019 in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC67/16 Rev.1) an, in dem der Beitrag der Europäischen Region der WHO zu den im PB 2018–2019 für die globale Ebene festgelegten Outputs erläutert wird.
5. Der Plan für die Umsetzung des PB 2018–2019 in der Europäischen Region stellt einen Vertrag dar, der die gemeinsame Verantwortlichkeit des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten regelt, und beinhaltet auch die konkreten Anpassungen, die im Rahmen der Befugnisse der Regionaldirektorin für Europa an dem von der 70. Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB für die Europäische Region vorgenommen wurden. Das Sekretariat wird dem Regionalkomitee auf seiner 70. Tagung im September 2020 einen vollständigen Bericht über die Umsetzung des PB 2018–2019 präsentieren. Das vorliegende Dokument gibt lediglich Aufschluss über die bis zum Ende des dritten Quartals des Zweijahreszeitraums 2018–2019 erzielten Fortschritte.
6. Der aktuelle Stand der Umsetzung des PB 2018–2019 beim Regionalbüro ist gekennzeichnet durch einen realistischen Etat, eine insgesamt ausreichende, allerdings teilweise unausgewogene Finanzierung, eine fachliche Umsetzung gemäß dem Zeitplan sowie eine leicht verzögerte Verwendung der Finanzmittel in einigen Programmen. Das Sekretariat wacht ständig über die Umsetzung des Haushalts, um zu gewährleisten, dass die Umsetzung der Programme auf Kurs bleibt.
7. Die finanziellen Daten im Haushalt sind dem Globalen Management-System (Stand: Ende Juni 2019) und dem Webportal zum PB (Stand: März 2019) entnommen und waren jeweils die neuesten verfügbaren Daten bei Redaktionsschluss.

Umsetzung des PB 2018–2019

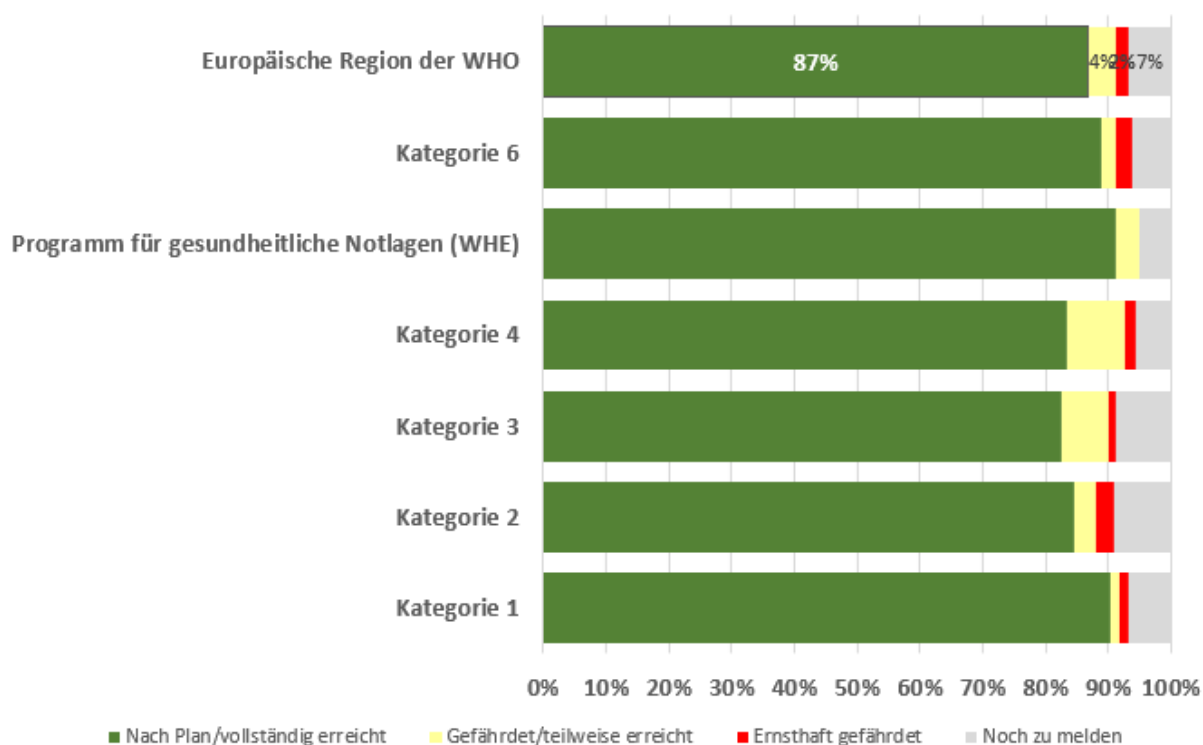
8. Der PB 2018–2019 ist der dritte und letzte der zweijährlichen Haushalte im Rahmen des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO, das für den Zeitraum 2014–2019 gilt. Die

Ergebniskette des PB 2018–2019 ist in Kategorien und Programmbereiche gegliedert, die den operativen Rahmen für die Arbeit der WHO bilden (siehe Anhang 2).

9. Für den PB 2018–2019 hat das Regionalbüro insgesamt 918 Outputs registriert. Diese sind die konkret zu erbringenden Leistungen des Sekretariats auf Ebene der Europäischen Region bzw. der Länder. In dem Bericht werden die Fortschritte bei der Verwirklichung dieser Outputs der Europäischen Region mittels einer Bewertung der ersten 18 Monate des Zweijahreszeitraums zusammengefasst.

10. Das Erreichen der Outputs wird durch Prüfungen in halbjährlichen Abständen überwacht und analysiert. Im Rahmen der dritten Bewertung des Zweijahreszeitraums im Juni 2019 wurden 87% der Outputs als nach Plan und 6% als gefährdet oder ernsthaft gefährdet eingestuft; über 7% der Outputs standen die Meldungen noch aus (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Überblick über die fachliche Umsetzung: Stand der Umsetzung der Outputs in der Europäischen Region der WHO nach Kategorie (Stand: Ende Juni 2019)

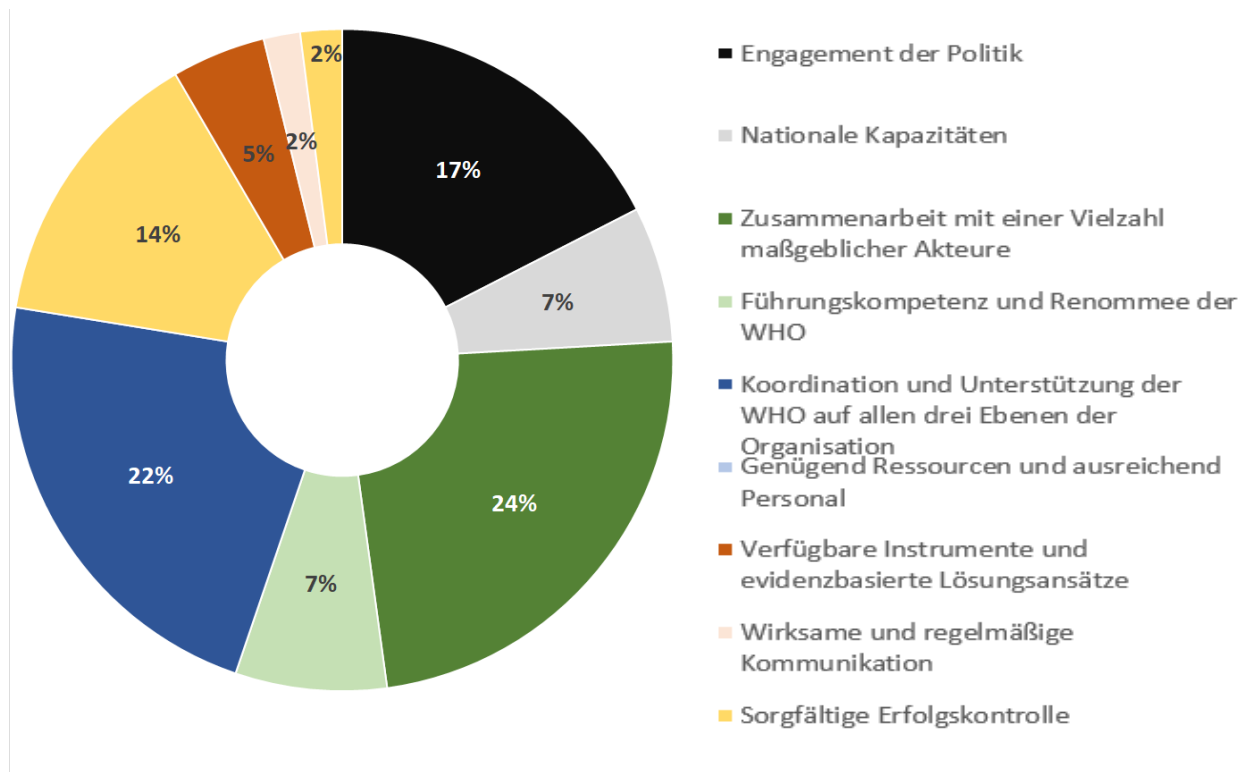


11. Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) weist den höchsten Anteil an Outputs auf, die als gefährdet oder ernsthaft gefährdet eingestuft werden, dicht gefolgt von Kategorie 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf). In Kategorie 4 hat sich die Verwirklichung der vereinbarten Ergebnisse aufgrund einer wachsenden Nachfrage nach fachlicher Unterstützung durch die WHO sowie unzureichender Finanzmittel verzögert. Wie schon in den beiden vorausgegangenen Haushaltszeiträumen hat eine niedrige Finanzierung aus freiwilligen Beiträgen die Umsetzung einiger Programmbereiche in Kategorie 3 behindert, z. B. die Programmbereiche 3.5 (Umwelt und Gesundheit) und 3.6 (Chancengleichheit, soziale Determinanten, Gleichstellung und Menschenrechte). Die flexiblen organisationseigenen Mittel konnten im Haushaltszeitraum 2018–2019 nur einen Teil der Finanzierungslücke decken.

12. Die schon im vorausgegangenen Zweijahreszeitraum verzeichnete Dynamik beim Aufbau fachlicher Kapazitäten und bei der Stärkung von Partnerschaften hat sich fortgesetzt. Dennoch haben die kleineren Länderbüros der WHO in der Europäischen Region sowie eine Reihe von Fachprogrammen mit kleiner Mitarbeiterzahl nach wie vor Schwierigkeiten bei der Erfüllung der fachlichen und administrativen Anforderungen.

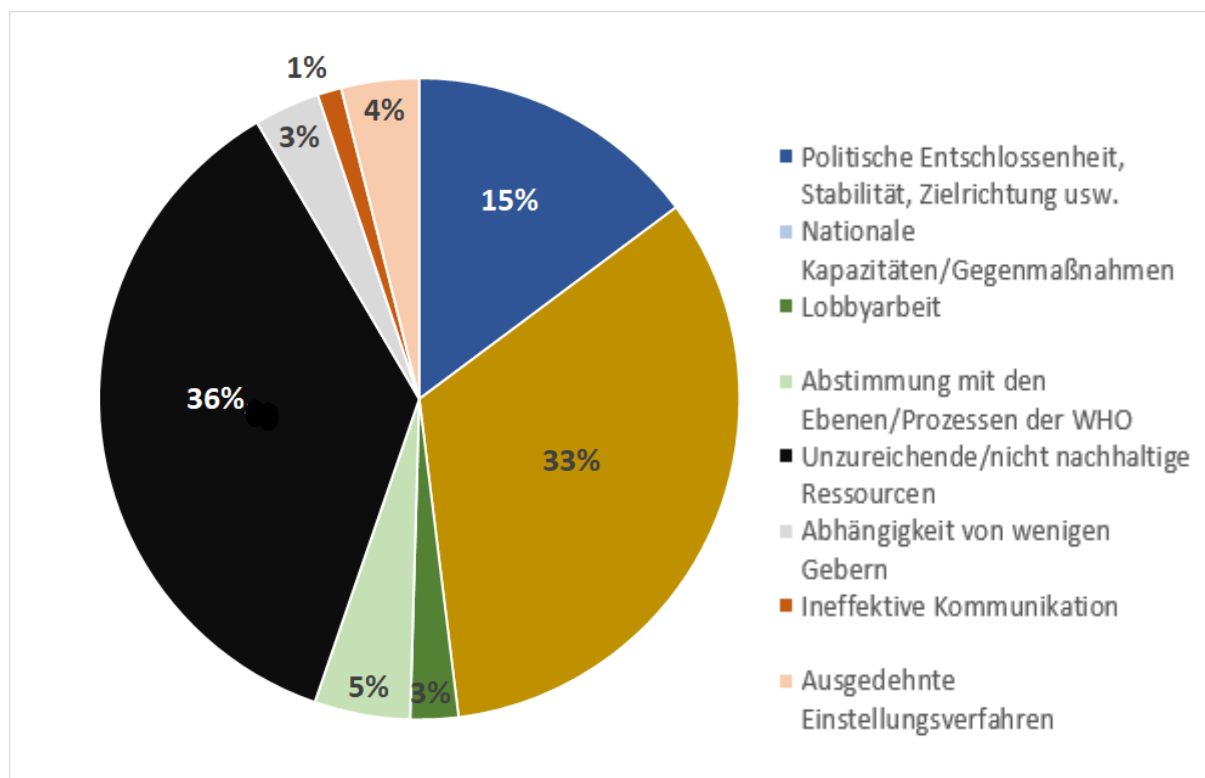
13. Ein starkes Engagement der Politik, der Aufbau nationaler Kapazitäten und die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl maßgeblicher Akteure sind die häufigsten Erfolgsfaktoren für positive Ergebnisse auf der nationalen Ebene. Das Renommee der WHO und die Führungskompetenz und Unterstützung auf ihren verschiedenen Ebenen sind aus Sicht der Organisation die am häufigsten genannten Antriebskräfte für positive Ergebnisse. Dort, wo genügend Ressourcen und ausreichend Personal, Instrumente und evidenzbasierte Lösungsansätze vorhanden sind, wirken sie sich positiv auf die Erreichung von Ergebnissen aus. Gleiches gilt für eine wirksame und regelmäßige Kommunikation und sorgfältige Erfolgskontrolle (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Erfolgsfaktoren für die Erreichung von Ergebnissen



14. Andererseits gehören zu den am häufigsten genannten Hindernissen für die Erreichung von Ergebnissen ein Mangel an politischer Entschlossenheit, Zielrichtung und Stabilität sowie fehlende nationale Kapazitäten und Gegenmaßnahmen. Darüber hinaus wurden diesbezüglich ein Mangel an ausreichenden, nachhaltigen Ressourcen und die Abhängigkeit von einer begrenzten Anzahl an Gebern sowie ineffektive Kommunikation und langwierige Einstellungsverfahren genannt (siehe Abb. 3).

Abb. 3: Hindernisse für die Erreichung von Ergebnissen



Überblick über Fortschritte in fachlicher Hinsicht

15. Dieser Abschnitt sollte zusammen mit dem Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2018–2019 (EUR/RC69/5) gelesen werden.

16. Im Haushaltszeitraum 2018–2019 hat das Sekretariat seinen Politikdialog mit den Mitgliedstaaten fortgesetzt und ihnen fachliche Hilfe gewährt; ferner hat es sie beim Kapazitätsaufbau sowie bei der Surveillance und Beobachtung übertragbarer Krankheiten unterstützt. In allen Programmbereichen wurden programm- und abteilungsübergreifende Arbeiten nach Maßgabe der Ziele der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung (SDG), ressortübergreifende Maßnahmen, die Stärkung der Gesundheitssysteme, der bevölkerungsbezogene Ansatz und der Umgang mit den Bedürfnissen von Menschen in gesundheitlichen Notlagen vorrangig behandelt.

17. Angesichts der wachsenden Zahl von HIV-Neuinfektionen in der Europäischen Region wurde im Juli 2018 unter der Regie der Regionaldirektorin und in enger Zusammenarbeit mit maßgeblichen Partnern der erste Grundsatzdialog auf Ministerebene über HIV und damit verbundene Begleiterkrankungen in den Ländern Osteuropas und Zentralasiens abgehalten, der das Engagement der Politik neu beleben sollte. Zur Beschleunigung der Verwirklichung der im Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO festgelegten Zielvorgaben für 2020 wurden Länder-Fahrpläne ausgearbeitet. Fortschritte wurden auch bei der Erstellung umfassender nationaler Aktionspläne gegen Virushepatitis nach dem Vorbild des Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO sowie bei der Aktualisierung der nationalen Leitlinien mittels eines bevölkerungsbezogenen Ansatzes erzielt.

18. Für Tuberkulose und multiresistente Tuberkulose konnte nachweislich eine nachhaltige Erhöhung des Behandlungserfolgs von 75,8% auf 77,2% bzw. von 48,7% auf 57,2% erreicht werden. Doch auch diese Raten liegen noch unter den für die Europäische Region festgelegten Zielvorgaben von 85% bzw. 75%. Während des Berichtszeitraums richteten mehr als 35 Länder, darunter sämtliche Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region, ihre nationalen Aktionspläne an der Globalen Strategie der WHO und ihren Zielvorgaben für die Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose und die Versorgung von Tuberkulosepatienten für die Zeit nach 2015 (Endspielstrategie für Tuberkulose) sowie dem Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) aus und stellten dabei ein hohes Maß an Entschlossenheit unter Beweis und passten diese auf der regionsweiten bzw. globalen Ebene ausgearbeiteten Strategien an die Gegebenheiten und Erfordernisse der einzelnen Länder an. Die Bemühungen zur Beseitigung von Schranken, Stigmatisierung und Diskriminierung und zur Befähigung von Organisationen der Zivilgesellschaft und Bevölkerung wurden weiter intensiviert, und ein Kooperationskomitee der Europäischen Region arbeitete entsprechende Strategien aus. Dessen Mandat wurde 2018 erweitert, und es wurde in Kooperationskomitee zur beschleunigten Bekämpfung von Tuberkulose, HIV und Virushepatitis in der Europäischen Region umbenannt.

19. Da seit 2015 keine autochthonen Malariafälle mehr gemeldet wurden, konnte die Europäische Region ihren Status als malariafrei aufrechterhalten. 2018 wurde Usbekistan als malariafrei zertifiziert. Die Unterschrift unter die Erklärung von Aschgabat zur Prävention der Wiederkehr der Malariaübertragung in der Europäischen Region der WHO im Jahr 2017 zeugte von der Entschlossenheit der Mitgliedstaaten, ihren Status als malariafrei aufrechtzuerhalten. Seitdem sind die Verfahren für die Zertifizierung als malariafrei erfolgreich eingeführt worden. Trotz dieser Erfolge ist die Gefahr einer Wiederkehr der Malariaübertragung nach wie vor hoch, da eine große Zahl von Malariafällen aus Endemieländern in die Europäische Region eingeschleppt wird.

20. Im Januar 2019 veröffentlichte das Regionalbüro ein Handbuch zur Prävention der Ansiedlung gesundheitlich relevanter Stechmückenarten und zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region, und die Anstrengungen zur Bekämpfung vernachlässigter zoonotischer Tropenkrankheiten wie Tollwut und Echinokokkose wurden forciert. An dem ersten subregionalen Workshop über Zoonosen nahmen mehr als 70 Vertreter der Human- und Tiermedizin aus neun Ländern Zentralasiens und des südlichen Kaukasus teil. Das Regionalbüro hat seine Arbeit zur Stärkung der Kapazitäten der Länder für die Prävention von durch den Boden übertragenen Helminthiasen sowie von Surveillance und Fallmanagement von Leishmaniosen fortgesetzt.

21. Im Einklang mit der von den Gesundheitsministern des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks im Februar 2018 in Montenegro unterzeichneten Absichtserklärung zum Thema Immunisierung wurde die Umsetzung der Impfstrategie für Länder mit mittlerem Einkommen durch die Entwicklung von Fahrplänen für die Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen für die Länder des Netzwerks vorangetrieben. Dies war ein entscheidender Sprung bei der Bekämpfung von Benachteiligungen hinsichtlich der Bereitstellung und Inanspruchnahme von Impfangeboten in der Europäischen Region. Während des Berichtszeitraums erhöhte sich die Zahl der Mitgliedstaaten mit einer verifizierten Eliminierung der Masern, obwohl einige Länder ihren Eliminierungsstatus verloren. Das Auftreten von Masernfällen und die Verzögerungen bei der schnellen Eindämmung von Krankheitsausbrüchen in der Europäischen Region deuten auf die erheblichen Defizite der Programme bei der Erkennung und Bekämpfung von Ausbrüchen impfpräventabler

Krankheiten allgemein hin. Das Regionalbüro hat im Berichtszeitraum in Bezug auf die Zirkulation der Masern eine Notlage der Stufe 2 erklärt, um verstärkte Unterstützung für die betroffenen Länder zu mobilisieren.

22. Die in diesem Zweijahreszeitraum erzielten Fortschritte wurden von starken Bündnissen mit maßgeblichen Partnerorganisationen getragen. Beispiele hierfür sind die erste Gemeinsame Tagung der Netzwerke für antimikrobielle Resistenzen, den Verbrauch antimikrobieller Arzneimittel und nosokomiale Infektionen (Kopenhagen, 13.–15. Juni 2018), die gemeinsame Erstellung von Resistenzkarten für die Europäische Region und der Übergang hin zu einem gemeinsamen Meldewesen für Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen in Bezug auf antimikrobielle Resistenzen ab 2020. In ähnlicher Weise hat die Dreierkoalition mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen und der Weltorganisation für Tiergesundheit in verschiedenen Ländern der Region zur Entwicklung von Strategien auf der Grundlage eines einheitlichen Gesundheitsansatzes geführt. Der seit Januar 2018 angebotene allgemein zugängliche Online-Kurs mit dem Titel „Verantwortungsbewusster Umgang mit antimikrobiellen Mitteln“ wurde bisher von über 22 000 Nutzern in 174 Mitgliedstaaten der WHO absolviert und bietet verschreibenden Ärzten Orientierungshilfe in Bezug auf eine angemessene Anwendung von Antibiotika.

23. Die Fortschritte in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region können als großer Erfolg angesehen werden. Die vorzeitige Sterblichkeit sinkt weiterhin stetig. Wenn sich die gegenwärtigen Trends fortsetzen, dürfte die Europäische Region die in den SDG festgelegte Zielvorgabe einer Senkung der Mortalität um ein Drittel bis 2030 erreichen oder sogar übertreffen. Die Nachfrage nach Unterstützung bei der fachlichen Umsetzung ist nach wie vor hoch, und die laufende programmübergreifende Arbeit zielt primär auf die Entwicklung von Paketen für einen umfassenden und abgestimmten Ansatz zur Stärkung von Gesundheitssystemen ab. Während des Berichtszeitraums hat die Europäische Region eine Reihe von hochrangigen Initiativen unterstützt. Dazu gehörten im Jahr 2018 die dritte Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (New York, 27. September 2018), die Globale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung (Astana, 25.–26. Oktober 2018) und die Hochrangige Tagung über die Reaktion der Gesundheitssysteme auf nichtübertragbare Krankheiten: Erfahrungen in der Europäischen Region (Sitges, 16.–18. April 2018). Ein weiterer Meilenstein im Jahr 2019 war die Hochrangige Konferenz der Europäischen Region der WHO zum Thema nichtübertragbare Krankheiten: Zeit zum Handeln – Verwirklichung der Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten zur Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung in der Europäischen Region (Aschgabat, 9.–10. April 2019).

24. Die psychische Gesundheit wird zunehmend als eine Priorität für die Gesundheitspolitik erkannt. Diese Sichtweise hat sich aufgrund der Erklärung nach der dritten Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten noch gefestigt, in der psychische Gesundheitsprobleme offiziell als fünfte nichtübertragbare Krankheit mit vorrangigem Handlungsbedarf anerkannt wurden. Seit 2018 wird angestrebt, in den Ländern Kapazitäten für die Erkennung und Bewältigung psychischer Erkrankungen in nicht spezialisierten Gesundheitseinrichtungen aufzubauen. Der Interventionsleitfaden des Aktionsplans mhGAP wird in der Ukraine und in mehreren Ländern Zentralasiens eingesetzt, um die Einbindung von Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit in die Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Zielsetzung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung auch in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen voranzutreiben. Ein groß angelegtes

länderübergreifendes Projekt zur Bewertung der Versorgungsqualität in Einrichtungen für Menschen mit geistigen und psychosozialen Behinderungen wurde 2018 abgeschlossen, und Fachkräfte für psychische Gesundheitsversorgung aus vier Ländern haben Schulungen über Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Reduzierung von Isolation und Fixierung absolviert.

25. Im *Global status report on road safety 2018* [Globaler Sachstandsbericht zur Straßenverkehrssicherheit 2018] wurden die regionsweiten Fortschritte bei der Verhinderung von Verletzungen im Straßenverkehr hervorgehoben. So konnte die Europäische Region zwischen 2010 und 2016 einen Rückgang der straßenverkehrsbedingten Todesfälle um 13% verzeichnen. Dies ist zwar erfreulich, doch noch weit von der in SDG 3.6 festgelegten Zielsetzung eines 50-prozentigen Rückgangs bis 2020 entfernt. Angesichts der vorherrschenden Rechtsprechung im Bereich der Straßenverkehrssicherheit in den Ländern der Europäischen Region wurde der Ausweitung der Einbindung von Verkehrswesen und Polizei Vorrang eingeräumt; im Berichtszeitraum wurde ein Workshop über Verletzungen im Straßenverkehr durchgeführt, an dem hochrangige Polizeibeamte aus den zehn Ländern mit den höchsten Verkehrstotenraten in der Europäischen Region teilnahmen. Im Hinblick auf die Verletzungsprävention bei Kindern beteiligten sich 45 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region an dem *European status report on preventing child maltreatment* (2018) [Europäischer Sachstandsbericht über die Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder (2018)].

26. Im Rahmen der Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme startete das Regionalbüro im Jahr 2018 ein neues vierjähriges Programm zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausweitung von Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen in der Europäischen Region. Tadschikistan hat im Rahmen einer Reform des Systems für Rehabilitationsmaßnahmen und Hilfsmittel neue Lösungsansätze für den Bereich Rehabilitation eingeführt; Georgien und die Ukraine haben ähnliche Maßnahmen in die Wege geleitet. Eine Erhöhung der Zahl der Anfragen von Mitgliedstaaten in Bezug auf fachliche Unterstützung hat gezeigt, dass die Reformierung der Gesundheitssysteme mit dem Ziel einer verstärkten Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen in immer mehr Ländern der Europäischen Region einen zunehmenden Stellenwert auf der politischen Tagesordnung erhält. Infolgedessen und mit Unterstützung durch seine Partner hat das Regionalbüro seine Fähigkeit zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von Konzepten zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen, beim Ausbau von Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und bei der Schaffung einer Evidenzgrundlage in Bezug auf Behinderung und Rehabilitation gestärkt.

27. Der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) und die globalen Ziele in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten haben die Mitgliedstaaten zu erheblichen Fortschritten befähigt. Die in dem Aktionsplan vorgesehenen vorrangigen Maßnahmen haben die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region in die vorderste Linie der weltweiten Debatte über die Entwicklung, Evaluation und Surveillance von Handlungskonzepten gerückt. Eines der vorrangigen Handlungsfelder ist eine angemessene und gesundheitsförderliche Ernährung in frühen Lebensphasen. Auf der Konferenz zum Thema „Ein optimaler Start ins Leben“, die am 7. und 8. November 2018 in Moskau stattfand und zu der zahlreiche hochrangige Teilnehmer kamen, lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Bedeutung von Stillen für die Vorbeugung gegen nichtübertragbare Krankheiten. Im Berichtszeitraum wurde eine Evaluation der Zusammensetzung von kommerzieller Beikost für Säuglinge und Kleinkinder und der unangemessenen Werbung für diese durchgeführt, und es wurde ein Diskussionspapier

vorbereitet, in dem die ersten Schritte zur Erstellung eines Modells für Nährstoffprofile erläutert wurden, die Zusammensetzung und Verpackung von Produkten sowie diesbezügliche Werbung beeinflussen sollen. Die fünfte Runde der Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter wurde mit Beteiligung von 43 Mitgliedstaaten und über 600 000 Kindern durchgeführt. Die daraus gewonnenen Daten ermöglichten es den Ländern, die Entwicklung der Adipositasepidemie unter Kindern zurückzuverfolgen. Im Frühjahr 2019 wurden zwei Berichte veröffentlicht, die reges Interesse in den Medien fanden: einer über schwere Adipositas und einer über Stillen und Adipositas. Das Handlungsmandat der Europäischen Region in Bezug auf Ernährung hat das Regionalbüro in die Lage versetzt, die Länder und die maßgeblichen Akteure auf verschiedene Weise zusammenzubringen, nämlich durch das Aktionsnetzwerk der WHO zur Verringerung des Einflusses von Lebensmittelwerbung auf Kinder und das Aktionsnetzwerk der WHO zur Reduzierung der Salzzufuhr.

28. In der Publikation *The burden of foodborne diseases in the WHO European Region* [Die Belastung aufgrund lebensmittelbedingter Erkrankungen in der Europäischen Region der WHO] wird darauf hingewiesen, dass jährlich 23 Mio. Menschen infolge des Verzehrs unsicherer Lebensmittel erkranken und 4700 Menschen an den Folgen sterben. Die Gesamtbelastung durch Lebensmittelinfektionen in der Europäischen Region wird auf 413 020 behinderungsbereinigte Lebensjahre geschätzt. Um für Lebensmittelsicherheit zu sensibilisieren, wurden im Rahmen des ersten Welttages der Lebensmittelsicherheit am 7. Juni 2019, den die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2018 ausgerufen hatte und für den in der Europäischen Region das Regionalbüro zusammen mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen und dem Codex Alimentarius geworben hatte, ein Bericht und eine Reihe von Kommunikationsmaterialien veröffentlicht. Aktuell stellen 49 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region sicher, dass ihre nationalen Behörden sich aktiv an der Arbeit des Internationalen Netzwerks der Behörden für Lebensmittelsicherheit beteiligen. Dies hat zur Entdeckung einer deutlich größeren Zahl von die Lebensmittelsicherheit betreffenden Ereignissen mit Beteiligung von Erzeugnissen aus Ländern der Europäischen Region geführt. Dieser Anstieg zeigt die Anerkennung des Themas in den verschiedenen Dimensionen des Handels ebenso wie die verbesserte Erkennung solcher Ereignisse bei verschiedenen Kategorien von Erzeugnissen bzw. Risikoarten.

29. Im Berichtszeitraum wurde in sechs Mitgliedstaaten eine Bewertung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen im Kontext einer allgemeinen Gesundheitsversorgung durchgeführt, um den Ausbau von Konzepten und der Leistungserbringung im Hinblick auf die allmähliche Schaffung eines allgemeinen Zugangs in diesen Bereichen zu fördern. Darüber hinaus wurde die Entwicklung von Leitlinien für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie für den Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in die Wege geleitet, um dem Bedarf in der Europäischen Region gerecht zu werden. Das Netzwerk der Schulen für Gesundheit in Europa hat wesentliche Materialien entwickelt, wie etwa das Handbuch der Schulen für Gesundheit und eine Reihe von Bewertungsinstrumenten sowie einen Leitfaden über Wasser- und Sanitärversorgung an Schulen, um das Programm für Gesundheit an Schulen zu fördern. Die Mitgliedstaaten wurden bei der Anwendung der Globalen Standards für gesundheitsfördernde Schulen sowie des Rahmens für Gesundheitskompetenz unterstützt. 2018 wurde dem Regionalkomitee der Fortschrittsbericht zur Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) (Dokument EUR/RC68/8(E)) vorgelegt, und 2019 wird dem Regionalkomitee der Fortschrittsbericht über

den Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Dokument EUR/RC69/8(D)) vorgelegt.

30. Auf einer vom Europäischen Zentrum der WHO für primäre Gesundheitsversorgung (Almaty, Kasachstan) zusammen mit dem Programm für Altern in Gesundheit und dem Programm für Gleichstellung und Menschenrechte beim Regionalbüro organisierten Tagung untersuchten Experten aus 27 Ländern der Europäischen Region Trends bei der Reformierung der Langzeitpflege und berichteten von innovativen Praktiken in ihren Ländern. Auf einem Workshop der Europäischen Region, der 2019 in Moskau stattfand und an dem über 30 Länder teilnahmen, wurde von erfreulichen Fortschritten bei der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) berichtet, und inzwischen wurde mit der Ausarbeitung eines umfassenden Fortschrittsberichts begonnen, der sich auf die Ergebnisse einer 2019 durchgeführten Umfrage unter den Mitgliedstaaten stützt.

31. Zu den wichtigsten Erfolgen im Berichtszeitraum im Bereich Umwelt und Gesundheit gehören: die Veröffentlichung der neuen Leitlinien der WHO für Umgebungslärm; die Aktualisierung der Leitlinien der WHO für Luftqualität; und die Veröffentlichung des zweiten Sachstandsberichts über Ungleichheiten im Bereich Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region und von Standardverfahren für Human-Biomonitoring in Bezug auf die Quecksilberbelastung im Rahmen des Übereinkommens von Minamata über Quecksilber. Die Umsetzung der einschlägigen multilateralen Übereinkünfte und politischen Foren (zu den Themen Luftverschmutzung, Wasser und Gesundheit, Verkehr sowie Umwelt und Gesundheit) wurde weiter unterstützt, und die fachliche Arbeit und der Kapazitätsaufbau wurden in folgenden Bereichen vorangetrieben: Verbesserung der Luftqualität; Bewertung der gesundheitlichen Folgen der Luftverschmutzung; Verbesserung der Chemikaliensicherheit; und Maßnahmen im Bereich Klimaschutz.

32. An der Hochrangigen Konferenz zum Thema gesundheitliche Chancengleichheit – Beschleunigung der Fortschritte hin zu einem Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle in der Europäischen Region der WHO (Ljubljana, 11.–13. Juni 2019) nahmen 33 Mitgliedstaaten sowie internationale Organisationen, Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatliche Organisationen teil. Insgesamt wurden 35 praktische Lösungsansätze für die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit vorgestellt und erörtert, und zum Abschluss wurde die Erklärung von Ljubljana über gesundheitliche Chancengleichheit angenommen. Ferner wurde ein Dokument mit dem Titel „Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle in der Europäischen Region“ ausgearbeitet, das als Grundlage für die Diskussionen dienen soll und in dem gesundheitliche Defizite sowie Gefälle zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen in den Ländern der Europäischen Region, jeweils unterteilt nach Geschlecht und Lebensphase, aber auch die bei ihrer Beseitigung erzielten Fortschritte geschildert werden. Das Dokument wird durch einen neuen interaktiven Datensatz mit über 110 Indikatoren untermauert, die die Mitgliedstaaten in die Lage versetzen, das Beziehungsgeflecht zwischen gesundheitlichen Defiziten, zugrunde liegenden Determinanten und der Umsetzung von Handlungskonzepten für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu bewerten. Für einzelne Länder wurden entsprechend angepasste Instrumente entwickelt, einschließlich Momentaufnahmen über die gesundheitliche Chancengleichheit in allen 53 Mitgliedstaaten und Leitlinien für den Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen in entscheidenden Lebensphasen. Das jüngst veröffentlichte Tool für gesundheitliche Chancengleichheit enthält Informationen über insgesamt 51 Handlungskonzepte, die zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte verwendet werden können.

33. Zur Quantifizierung der Bedeutung des Gesundheitswesens für die nationalen Volkswirtschaften wurden bahnbrechende Erkenntnisse und Verfahren gewonnen bzw. entwickelt. Zur Unterstützung des Dialogs zwischen den Gesundheits- und Finanzministerien wurden vier länderspezifische Analysen durchgeführt und angewendet, in denen Gesundheit als ein lohnender Bereich für Investitionen präsentiert wurde, der zum Bruttoinlandsprodukt, zu finanzieller Nachhaltigkeit, zu Einnahme für die Haushalte und zu inklusivem Wachstum beiträgt.

34. Durch die auf der 68. Tagung des Regionalkomitees angenommene Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region der WHO wurde der gleichstellungspolitische Rahmen in der Europäischen Region ergänzt, der mit der 2016 angenommenen Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO geschaffen worden war. Diese zwei Strategien sowie die entsprechenden Berichte, durch die die in ihnen enthaltenen Empfehlungen ergänzt werden, haben die Arbeit im Bereich Gleichstellung und Menschenrechte in der gesamten Europäischen Region vorangetrieben. Dies hat zur Erstellung einer Reihe abteilungs- und programmübergreifender Arbeitspakete zur Stärkung der geschlechtersensiblen Maßnahmen der Gesundheitssysteme für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, zur Bewertung der Fähigkeit der primären Gesundheitsversorgung zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der damit verbundenen Rechte, zur Beobachtung der Maßnahmen der Gesundheitssysteme für die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und zur Behebung der Ungleichgewichte zwischen den Geschlechtern bei unbezahlter Betreuungsarbeit geführt.

35. Bei der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO erhalten eine Reihe vorrangiger Länder weiterhin fachliche Hilfe. Zusammen mit den Gesundheitsministerien von sechs Ländern wurde der erste Bericht über die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO präsentiert. Die erste Tagung der Expertengruppe für nichtübertragbare Krankheiten in der Migrantenpopulation in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten löste eine Debatte zwischen den Ländern über das künftige Vorgehen aus. 2018 fand in Italien das zweite Sommerseminar zum Thema Migration und Gesundheit statt, an dem Vertreter von 20 Ländern der Europäischen Region sowie von Ländern der Region Afrika, der Region Gesamtamerika und der Region Südostasien teilnahmen. Das dritte Sommerseminar zu diesem Thema fand im Juli 2019 in der Türkei statt.

36. Der Haushaltszeitraum 2018–2019 und der dazugehörige Programmhaushalt standen im Zeichen der Annahme des Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramms 2019–2023 (GPW 13) und der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung. In Ersteren kam das Bekenntnis der Organisation zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zum Ausdruck und erfolgte eine Neuausrichtung zahlreicher Aktivitäten auf die Verwirklichung dieses Ziels. In der Agenda 2030 wurde zudem gefordert, die Berichterstattung über die Umsetzung von Maßnahmen gebührend zu berücksichtigen.

37. Angesichts der globalen Zielkataloge für die allgemeine Gesundheitsversorgung und der Bemühungen um Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung spielten maßgebliche nationale Konzepte, Strategien und Pläne während des Berichtszeitraums eine wichtige Rolle. Das Regionalbüro unterstützte 25 Länder, um eine Vereinbarkeit dieser Konzepte, Strategien und Pläne mit den Verpflichtungen aus den SDG zu gewährleisten, und war ihnen dabei behilflich, mangelnde Kapazitäten bei deren Ausarbeitung zu überwinden. Die Fachprogramme unterstützten diese Arbeit, indem sie zur Verbesserung der allgemeinen Steuerungsfähigkeit in den Gesundheitsministerien und zur Gestaltung von Gesetzen und

Plänen beitragen. Weitere Anstrengungen zur Sicherstellung einer umfassenderen Politiksteuerung für mehr Gesundheit auf themen- und ressortübergreifende Weise (z. B. auf kommunaler Ebene durch das Gesunde-Städte-Netzwerk der WHO) waren für diese Arbeit von zentraler Bedeutung. Eine sinnvolle Gesundheitsfinanzierungspolitik trägt entscheidend zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und der SDG bei; dementsprechend waren Bemühungen zur Erhöhung der finanziellen Absicherung für alle weiterhin ein vorrangiges Anliegen für das Regionalbüro. 25 Mitgliedstaaten wurden anhand der neuen Methodik für die Europäische Region überprüft (mit Unterstützung durch externe Parteien wie die Europäische Kommission, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und die Weltbank), und es wurden Länderberichte mit jeweils gezielten Empfehlungen ausgearbeitet. Darüber hinaus wurden die Länder im Rahmen der Partnerschaft für eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit dem groß angelegten Reformprogramm für eine allgemeine Gesundheitsversorgung unterstützt.

38. In der Erklärung von Astana über die primäre Gesundheitsversorgung, die auf der Globalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung (Astana, 25.–26. Oktober 2018) angenommen wurde, kamen die Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und damit der WHO zur Förderung der primären Gesundheitsversorgung als einem Grundpfeiler der Bemühungen um Schaffung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung weltweit zum Ausdruck. Als Grundlage für die Beratungen auf der Konferenz diente (auf Wunsch der Mitgliedstaaten) auch der Europäische Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Es wurden Bereiche der Zusammenarbeit gemäß diesem Handlungsrahmen sowie dem Handlungsrahmen zur Schaffung eines nachhaltigen Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen (den das Regionalkomitee 2017 mit der Resolution EUR/RC67/R5 angenommen hatte), identifiziert und in Angriff genommen. Diese Arbeit soll auch im nächsten Berichtszeitraum weiter ausgebaut werden. Darüber hinaus unterstützte das Regionalbüro angesichts der inhaltlichen Verknüpfungen zwischen diesen Bereichen im Programmbereich 4.2 weiter die Arbeit der Koalition der Partner, eine wesentliche Praktikergemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich mit der Verbesserung von Führung und partizipatorischer Politikgestaltung für mehr Gesundheit befasst und als Katalysator für neue Ideen, Pläne für gemeinsames Handeln sowie länderübergreifende Arbeit fungiert.

39. Die außerordentlich hohen Preise vieler neuer Arzneimittel und Gesundheitstechnologien haben weltweit die Aufmerksamkeit wieder auf die Thematik des Zugangs zu Medikamenten gelenkt. Zwar ist die WHO auf diesem Gebiet schon seit etwa 40 Jahren tätig, doch ergibt sich im aktuellen Haushaltszeitraum vielleicht eine Chance, in diesem Bereich bedeutende Fortschritte zu erzielen, zumal inzwischen auch die Länder mit höherem Einkommen betroffen sind. Die Unterstützung der Länder durch das Regionalbüro während des Berichtszeitraums konzentrierte sich auf Qualitätssicherung, die Förderung eines verantwortungsbewussten Arzneimittelgebrauchs und einer entsprechenden Verschreibungspraxis, die Verbesserung der Regulierung und Schaffung entsprechender Kapazitäten und die Förderung der Bezahlbarkeit. Da die Arzneimittelausgaben einen erheblichen Teil der nationalen Gesundheitsausgaben ausmachen und Zahlungen aus eigener Tasche für Arzneimittel die Menschen in vielen Ländern in die Armut abgleiten lassen, hilft eine Unterstützung bei der Förderung der Bezahlbarkeit von Arzneimitteln den Ländern entscheidend dabei, eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen und die SDG zu erreichen.

40. Viele Mitgliedstaaten tun sich schwer damit, die Erfüllung ihrer Verpflichtungen hinsichtlich der SDG zu bewerten, da sie über keine oder nur unzureichende Gesundheitsinformationssysteme verfügen. Das Regionalbüro hat die Länder bei der

Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung nach Maßgabe der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative unterstützt. Zu den vorrangigen Handlungsfeldern des Regionalbüros während des Berichtszeitraums gehörten: die Verbesserung der Erhebung, Analyse und Meldung von Gesundheitsinformationen (Daten und Statistiken) durch die Datenbank Gesundheit für alle und gemeinsame Maßnahmen zur Datenerhebung mit der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; die Förderung einer systematischen Anwendung von Evidenz über Gesundheitsforschung bei der Politikgestaltung in den Ländern durch das Evidence-informed Policy Network; und die Organisation des als Flaggschiffkurs rangierenden Herbstseminars über Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung. Weitere relevante Initiativen waren die Förderung eines breiten Spektrums an Gesundheitsinformationsnetzwerken und die Unterstützung für einen funktionsfähigen Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung.

41. Die Arbeit des Programms der WHO für gesundheitliche Notlagen in der Europäischen Region orientiert sich an dem Aktionsplan zur Verbesserung von Vorsorge- und Bewältigungsmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO, der 2018 vom Regionalkomitee mit der Resolution EUR/RC68/R7 angenommen wurde. Zur Beschleunigung seiner Umsetzung erhielt das Regionalbüro durch eine hochrangige Tagung und Konsultation Anfang 2019 ein stärkeres Handlungsmandat für die Koordinierung von Maßnahmen zur Stärkung des politischen und finanziellen Engagements der Länder. Darüber hinaus wurde im Einklang mit den Umgestaltungszielen der WHO das Geschäftsmodell für die Arbeit der WHO in den Ländern flächendeckend umgesetzt, durch das die Fähigkeit des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Einstellung auf und Minderung von Risiken sowie gegebenenfalls zur Einnahme einer Führungsrolle hinsichtlich der operativen Antwort gestärkt wird. Die Länder wurden weiter durch die Bereitstellung von Sachverstand, Notfallkapazitäten und Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau unterstützt. Das Regionalbüro hat seine enge Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk und der Eurasischen Wirtschaftsgemeinschaft fortgesetzt und sich eng mit ihnen abgestimmt.

42. Das Regionalbüro hat sich auch weiterhin um Fortschritte bei der Pandemievorsorge sowie bei der Prävention und Bekämpfung der saisonalen Influenza bemüht; dies geschah durch: a) Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau (fünf vorrangige Länder); b) Unterstützung bei der Weitergabe von Virenproben und genetischen Daten; und c) Förderung der Impfung gegen die saisonale Influenza. Während sich in vier Ländern die Zahl der verabreichten Impfstoffdosen von ca. 250 000 in der Grippesaison 2015–2016 auf über 540 000 in der Saison 2018–2019 erhöhte, verzeichneten manche Mitgliedstaaten einen allgemeinen Rückgang der Inanspruchnahme von Impfungen gegen die saisonale Grippe. Ein unzureichender Zugang zu Impfmaßnahmen in Mitgliedstaaten mit schlechterer Ressourcenausstattung stellt zusammen mit der Tatsache, dass weniger als ein Drittel der Pandemiepläne seit 2009 überarbeitet wurden, eine anhaltende Herausforderung im Hinblick auf die Bekämpfung der Influenza und die Vorbereitung auf die nächste Pandemie dar. Eine schwache Surveillance und ein Mangel an Ressourcen in manchen Ländern geben auch Anlass zur Besorgnis in Bezug auf das Neu- bzw. Wiederauftreten von hochgefährlichen Erregern (wie etwa das Nahost-Atemwegssyndrom-Coronavirus, Anthrax und die Pest). Die Initiative „Bessere Labore für mehr Gesundheit“ hat messbare Verbesserungen in der Laborqualität sowie einen Anstieg der Zahl der an der Initiative interessierten Länder bewirkt.

43. Bei der Ausarbeitung nationaler Konzepte und Pläne, der Beobachtung und Evaluation der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005) sowie in Bezug auf Verbesserungen bei Grenzübergangsstellen, strategischer Risikobewertung, Krankenhaussicherheit, der Bewältigung hoher Opferzahlen, Risikokommunikation und wirksamen Partnerschaften konnten erhebliche Fortschritte erzielt werden. Die Europäische Region verfügt über hohe Kapazitäten in Bezug auf die IGV (2005): so ergab die jährliche Berichterstattung der Vertragsstaaten für 2018 einen Durchschnittswert von 3,7 (74%) in allen 13 Fachbereichen der IGV unter den Meldeländern; in den vorrangigen Ländern des Programms für gesundheitliche Notlagen war es ein Wert von 3,0 (60%) und in den anderen Ländern der Europäischen Region ein Wert von 3,9 (78%). Zwischen Januar 2018 und Juni 2019 haben sechs Länder eine gemeinsame externe Evaluation durchgeführt. Nationale Aktionspläne für Gesundheitssicherheit wurden in drei Ländern fertig gestellt und sind in weiteren sechs Ländern in Entwicklung. In drei Ländern wurden Maßnahmenüberprüfungen durchgeführt. In der funktionellen Simulation für eine gemeinsame Bewertung und Erkennung von Ereignissen wurden die Kommunikation und Koordination zwischen den nationalen IGV-Anlaufstellen in 27 Ländern und der IGV-Kontaktstelle beim Regionalbüro für Europa getestet. Sechs Länder führten Risikobewertungen mittels des Strategischen Instruments der WHO zur Risikobewertung durch.

44. Während des Berichtszeitraums hat sich das Regionalbüro auch in folgenden Bereichen eingesetzt: Insgesamt wurden 151 Krankenhäuser in der Europäischen Region mittels des Indexes der WHO für Krankenhaussicherheit bewertet, und für die Bewältigung von Ereignissen mit hohen Opferzahlen wurde ein Schulungspaket entwickelt und in einigen Ländern Zentralasiens erprobt. Darüber hinaus gehört die Risikokommunikation zu den Handlungsfeldern, in denen das Regionalbüro seine Unterstützungsarbeit verstärkt hat: Mit Stand vom Juli 2019 waren 19 Länder und Gebiete in der Europäischen Region an dem fünfstufigen Verfahren zum Aufbau von Kapazitäten für die Risikokommunikation in Notlagen beteiligt, das auch weltweit eingeführt wurde.

45. Seit Januar 2018 wurde in der Europäischen Region eine strenge ereignisbasierte Surveillance für mehr als 30 000 Signale (Daten bzw. Informationen, die auf ein potenzielles akutes Risiko für die menschliche Gesundheit hindeuten) durchgeführt, von denen 3000 genauer untersucht wurden, wobei insgesamt 67 akute gesundheitsrelevante Ereignisse registriert wurden. Bei den wichtigsten Ereignissen wurde ein formelles internes Schema für eine schnelle Risikobewertung verwendet. So wurde im Mai 2019 eine schnelle Risikobewertung in Bezug auf die Masernsituation in der Europäischen Region durchgeführt und für die interne Einstufung der Zirkulation der Masern in der Region als eine Notlage der Stufe 2 herangezogen. Diese Arbeit wurde durch das neue globale Tool Epidemic Intelligence from Open Sources ergänzt, das Reserve- und Überschusskapazitäten für die Entdeckung aller signifikanten gesundheitsrelevanten Ereignisse bereitstellen soll. Dieses Tool kam im Juni und Juli 2018 während der FIFA Fußball-Weltmeisterschaft 2018 in der Russischen Föderation im Rahmen einer verstärkten ereignisbasierten Surveillance zum Einsatz.

46. Sachverständige für gesundheitliche Notlagen beim Regionalbüro und in den Länderbüros arbeiteten eng mit Partnern im Gesundheitsbereich zusammen, um Materialien zu lebensrettenden Gesundheitsmaßnahmen sowie grundlegende Gesundheitspakete für Notlagen bereitzuhalten, die mit den länderspezifischen Kapazitäten zur Umsetzung der IGV (2005), den grundlegenden Funktionen des öffentlichen Gesundheitswesens und dem Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung verknüpft sind. So wurden die Länder dabei angeleitet, kritische Mängel zu beheben, die im Rahmen der IGV-Überwachungs- und -Evaluationsmaßnahmen festgestellt wurden, und von der Notfallhilfe auf Wiederaufbau und Instandsetzung umzuschalten. Während

des Berichtszeitraums intensivierte das Programm für gesundheitliche Notlagen seine Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, namentlich dem Globalen Netzwerk zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen, den medizinischen Notfallteams, den Partnern aus der Schwerpunktgruppe Gesundheit, den Beistandspartnern sowie internationalen nichtstaatlichen Organisationen und WHO-Kooperationszentren.

47. Während des Berichtszeitraums hat das Regionalbüro auf die humanitären Krisen in der Ukraine (Stufe 2) und in der Arabischen Republik Syrien (Stufe 3) reagiert, im letzteren Falle in und aus der Türkei im Rahmen des gesamt-syrischen Ansatzes. Im Mai 2019 verstärkte die WHO ihre Unterstützung für die von Masern betroffenen Länder und rief eine länderübergreifende Masern-Notlage der Stufe 2 aus, wobei die Gegenmaßnahmen unter der gemeinsamen Regie des Programms für durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung und des Programms für gesundheitliche Notlagen beim Regionalbüro erfolgten. Der erforderliche Sachverstand wird also von beiden Programmen bereitgestellt, die durch den Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall zusammenarbeiten.

48. Das Jahr 2018 war durch mutige Führungsarbeit und weitreichende Beschlüsse und Resolutionen der leitenden Organe gekennzeichnet, die vom Weitblick der Mitgliedstaaten zeugten und ihren Handlungswillen durch ein energisches Vorantreiben der Umgestaltungsziele in der Europäischen Region verdeutlichten. Die 68. Tagung des Regionalkomitees fand im September 2018 in Rom statt. Auf der Tagesordnung standen 19 Arbeitsdokumente, und es wurden acht Resolutionen und zwei Beschlüsse angenommen. Im Mittelpunkt der Tagung standen folgende Themen: die Reform der WHO; der *Europäische Gesundheitsbericht 2018*; der gemeinsame Kontrollrahmen für die SDG, „Gesundheit 2020“ und den Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020); Vorsorge- und Bewältigungsmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO; finanzielle Absicherung in der Gesundheitsversorgung; Gesundheit und Wohlbefinden von Männern in der Europäischen Region der WHO; durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung; und die Länder im Mittelpunkt.

49. Das Regionalbüro unterstützte zwei vom WHO-Hauptbüro in Auftrag gegebene Evaluationen, eine beim Länderbüro in Rumänien im vierten Quartal 2018 und eine beim Länderbüro in Kirgisistan in der zweiten Jahreshälfte 2019. Die geplante Evaluation des Masern- und Rötelnprogramms wurde nach einer ausführlichen Prüfung des Programms für durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung verschoben und wird im laufenden Haushaltszeitraum nicht mehr stattfinden. Angesichts der verstärkten Schwerpunktlegung auf Evaluation im GPW 13 besteht die Hoffnung, dass für die fachliche Überwachung und Evaluation die Ressourcen bereitgestellt werden, die auf der regionsweiten Ebene benötigt werden, um die erforderlichen Kapazitäten zur fachlichen Überwachung, Qualitätssicherung und Berichterstattung zu schaffen.

50. Zur Vorbereitung auf den PB 2020–2021 kam ein Verfahren auf Ebene der Europäischen Region zum Einsatz, das auf den Prioritäten der Länder basierte und regionsweite Planungssitzungen mit aktiver Beteiligung von Bediensteten der Länderbüros und des Regionalbüros beinhaltete; ferner fand erstmals eine gezielte Planung mit den Kollegen aus dem Hauptbüro statt, um die Frage zu klären, welche Art der Unterstützung vonseiten des Hauptbüros auf der Ebene der Länder erforderlich ist.

51. Angesichts zuverlässiger Anzeichen dafür, dass der Programmhaushalt gut finanziert sein wird, wurde darauf hingearbeitet, die Erfüllung der eingegangenen Verpflichtungen zu

forcieren, insbesondere auf der Länderebene. Das Regionalbüro war aktiv an zwei laufenden Entwicklungen auf der globalen Ebene beteiligt, nämlich der Überarbeitung der Methodik für Erfolgskontrolle und Berichterstattung für den PB 2020–2021 und der Entscheidung über die künftige Gestaltung des Globalen Management-Systems. Im Berichtszeitraum fand auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro in Bezug auf die neue Strategie für die Mittelbeschaffung sowie die Verhandlungen mit den Gebern und die Erhöhung ihrer Sichtbarkeit statt. Die Funktion Management-Information wurde durch die Entwicklung einer Reihe neuer Übersichtstafeln (Dashboards) verbessert.

52. In den befähigenden Funktionen wurde weiter die zunehmende Nachfrage nach Leistungen erfüllt; gleichzeitig wurden die Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung verbessert. Die obligatorischen Schulungen in den maßgeblichen Bereichen (u. a. Prävention von Schikanen und sexueller Belästigung, Cyber-Sicherheit und Sicherheitsmaßnahmen für Bedienstete der Vereinten Nationen) wurden von allen Mitarbeitern absolviert. Seit Beginn des Haushaltszeitraums wurden drei Reihen von Einführungs-Workshops für neue Mitarbeiter durchgeführt; hinzu kamen zahlreiche Schulungen am Arbeitsplatz für bestimmte Kategorien von Mitarbeitern in den Länderbüros und im Regionalbüro. Durch regelmäßige finanzielle und administrative Überprüfungen der Länderbüros sollte ein Überblick über die Regelkonformität, über Kontrollmechanismen und über vorhandene Kapazitäten geschaffen und so die Genauigkeit der Finanzberichterstattung gewährleistet werden. Besondere Aufmerksamkeit erhielten dabei die Länderbüros in Zentralasien, in der Ukraine und in der Türkei, die über große Programme für gesundheitliche Notlagen verfügen. Zusätzliche Investitionen flossen in die Informations- und Kommunikationstechnologien und deren Angebote und Infrastruktur, um eine Verbesserung der erwarteten Ergebnisse zu erreichen. Die Standardverfahren und -tools für Reisen, Konferenzdienste, Sicherheit, Anlagevermögen und Liegenschaften wurden aktualisiert und verbessert. Das Regionalbüro trug erheblich zur Gestaltung und Formulierung der verschiedenen Personalkonzepte der WHO bei. Die Europäische Region wird als erste die neuen Grundsätze für Beraterverträge anwenden. Innovative Ansätze, wie neue Tools und Anwendungen, sind derzeit in Entwicklung, um eine weitere Verbesserung der Wirksamkeit und Rechtzeitigkeit von Kontrollen und Entscheidungsprozessen sowie der Reaktion von Regionalbüro und Länderbüros auf Forderungen aus den Ländern zu ermöglichen.

53. In der Kommunikationsfunktion wurde der Beitrag hervorgehoben, den das Regionalbüro zum öffentlichen Gesundheitswesen in der Europäischen Region und darüber hinaus leistet – durch glaubwürdige, zuverlässige, leicht verständliche, zweckdienliche, aktuelle und leicht zugängliche Informationen und Nachrichten, die mit den Zielgruppen auf geeigneten Plattformen geteilt werden, etwa über die Website, Social-Media-Kanäle und Pressemitteilungen des Regionalbüros. Die Website verzeichnet jedes Jahr über 2 Mio. Besucher, und gegenwärtig folgen 240 000 Menschen den Social-Media-Kanälen der Organisation. Seit Anfang 2018 sind konsequente Bemühungen im Gange, den wichtigsten Zielgruppen die Wirkung der Arbeit der WHO auf Länderebene zu vermitteln, etwa durch das Teilen evidenzbasierter Erkenntnisse und mitreißender menschlicher Geschichten. Wiederkehrende Themen bei sämtlichen Kommunikationsaktivitäten und -kampagnen sind die grundlegende Bedeutung der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die strategischen Prioritäten, Ziele und Wirkungen des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ und der Agenda 2030 sind dabei vollständig in die Kommunikationsstrategien und die sich daraus ergebenden Produkte integriert.

54. Die Kapazitäten der Länderbüros im Bereich der Kommunikation wurden durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe Kommunikation für die Länderbüros sowie die Ausarbeitung

von Vorlagen für Strategien, Aktionspläne, Kampagnen und Broschüren gestärkt. Insgesamt wurden fünf Missionen in die Länder durchgeführt, durch die deren Kommunikationsfähigkeit gestärkt und Chancen für eine Zusammenarbeit mit Ministerien, Gesundheitsbehörden und anderen Akteuren aufgezeigt wurden.

Überblick über Finanzierung und finanzielle Umsetzung

Nach Kategorie/Programmbereich

55. Der genehmigte Programmhaushalt 2018–2019 für die Europäische Region der WHO beläuft sich auf 261,9 Mio. US-\$, von denen 256,4 Mio. US-\$ für die Basisprogramme und 5,5 Mio. US-\$ für die Poliobekämpfung vorgesehen sind. Die Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen sowie skalierbare Maßnahmen“ wurde in den genehmigten Programmhaushalt für 2018–2019 nicht einbezogen.

56. Insgesamt war der genehmigte Programmhaushalt für die Basisprogramme in der Europäischen Region mit Stand Ende Juni 2019 gut finanziert (siehe Tabelle 1): gemessen am genehmigten Haushalt waren 89% der Haushaltsmittel verfügbar; im vorigen Haushaltszeitraum waren es zum gleichen Zeitpunkt lediglich 83%. Einschließlich der prognostizierten freiwilligen Beiträge dürfte dieser Wert bis Ende des Haushaltszeitraums auf 96% ansteigen.

57. Die Verwendungsrate des genehmigten Programmhaushalts für die Basisprogramme lag Ende Juni 2019 insgesamt bei 67%; im vorigen Haushaltszeitraum lag sie zum gleichen Zeitpunkt bei 57%. Auch wenn dieser Wert nicht optimal ist, so entspricht er doch dem organisationsweiten Durchschnitt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 1: Finanzierung und Verwendung des genehmigten Gesamthaushalts 2018–2019 für die Europäische Region nach Kategorie (Stand: Ende Juni 2019)

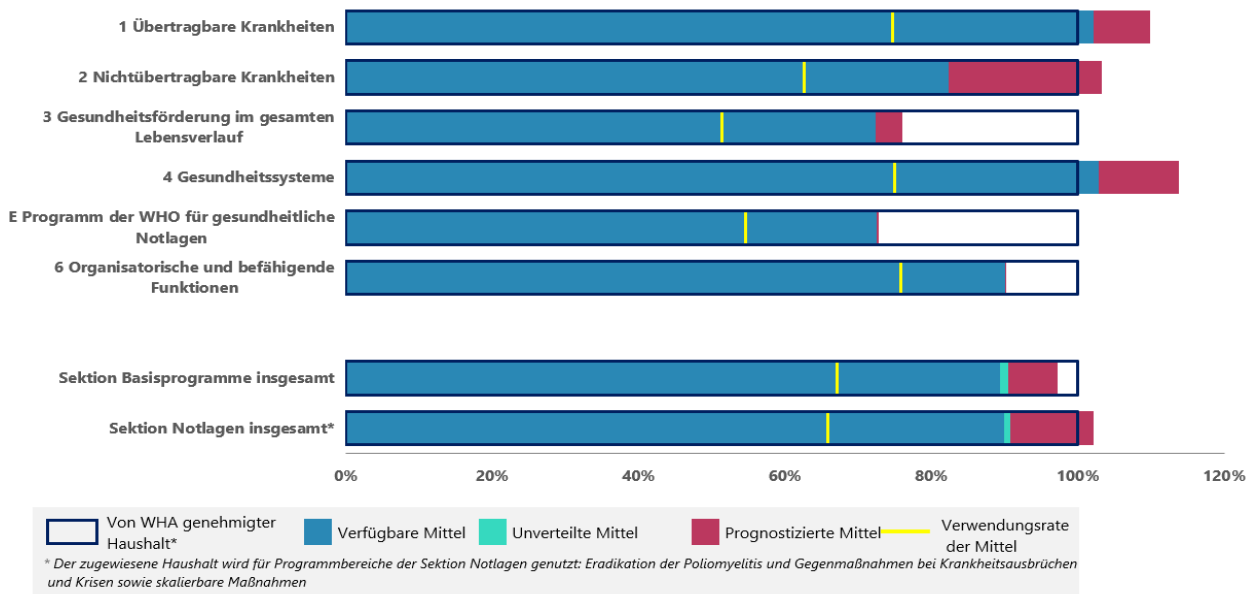
Kategorie	Von WHA genehmigter Haushalt (in Mio. US-\$)	Anteil der verfügbaren Mittel gemessen am genehmigten Haushalt (in %)	Anteil der verfügbaren und prognostizierten Mittel gemessen am genehmigten Haushalt (in %)	Verwendungsrate der verfügbaren Mittel gemessen am genehmigten Haushalt (in %)	Verwendungsrate der verfügbaren Mittel (in %)
1 Übertragbare Krankheiten	39,7	102	110	75	73
2 Nichtübertragbare Krankheiten	35,1	82	103	63	76
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	39,7	72	76	51	71
4 Gesundheitssysteme	49,5	103	114	75	73
E Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen	33,2	72	73	55	75
6 Organisatorische/befähigende Funktionen	59,2	90	90	76	84
Sektion Basisprogramme insgesamt	256,4	89	96	67	75
Sektion Notlagen insgesamt	5,5	74	74	62	73
Europäische Region insgesamt	261,9	89	96	67	75

58. Tabelle 1 und Abb. 4 zeigen trotz der gesunden Finanzierungssituation insgesamt eindeutige Abweichungen beim Grad der Finanzierung zwischen den verschiedenen Kategorien: die Kategorien 1 und 4 erhalten die höchsten Beiträge, während Kategorie 3 und das Programm für gesundheitliche Notlagen bereits zum zweiten Mal in Folge die niedrigste Finanzierung aufweisen.

59. Unter Berücksichtigung der prognostizierten freiwilligen Beiträge (siehe Abb. 4) wird sich die Finanzierungssituation für die einzelnen Kategorien voraussichtlich nicht ändern: die Höhe der prognostizierten Mittel ist für Kategorie 2 am höchsten; die Kategorien 1 und 4 dürften auch am Ende des Haushaltszeitraums die höchste Finanzierung insgesamt aufweisen; dagegen wird für Kategorie 3 und das Programm für gesundheitliche Notlagen keine wesentliche Erhöhung der Finanzierung erwartet.

60. Entsprechend dem jeweiligen Finanzierungsniveau liegen die Kategorien 1 und 4 auch im Hinblick auf die Verwendungsrate vorne: gemessen am genehmigten Haushalt liegt diese bei 75%. Darauf folgt Kategorie 2 mit einer Rate von 63%, und das Schlusslicht bilden Kategorie 3 und das Programm für gesundheitliche Notlagen mit 51% bzw. 55%.

Abb. 4: Genehmigter Gesamthaushalt 2018–2019 für die Europäische Region der WHO, Finanzmittel und Verwendungsrate nach Kategorie (in Mio. US-\$) (Stand: Ende Juni 2019) und prognostizierte Finanzierung am Ende des Haushaltszeitraums



WHA: Weltgesundheitsversammlung.

61. Tabelle 2 zeigt einen Vergleich aller größeren Büros. Die Finanzierung der Basisprogramme im Programmhaushalt liegt trotz eines Anstiegs des Finanzierungsniveaus für den Programmhaushalt der Europäischen Region im Vergleich zum vorigen Haushaltszeitraum mit Stand Ende Juni 2019 noch immer deutlich unter dem organisationsweiten Durchschnitt im gegenwärtigen Haushaltszeitraum. Andere größere Büros, insbesondere das Hauptbüro und die Regionalbüros der Regionen Afrika, Südostasien und Östlicher Mittelmeerraum, stehen finanziell besser dar. In Bezug auf die Verwendungsrate der verfügbaren Mittel ist die Europäische Region jedoch unter den größeren Büros am erfolgreichsten: diese liegt bei 75%.

Tabelle 2: Finanzierung und Verwendungsrate der Basisprogramme im PB 2018–2019 nach Büro (Stand: Ende Juni 2019)

Büro	Finanzierung des genehmigten Haushalts (in %)	Verwendungsrate des genehmigten Haushalts (in %)	Verwendungsrate der verfügbaren Mittel (in %)
Region Afrika	90	62	69
Region Gesamtamerika	70	51	72
Region Südostasien	99	71	72
Europäische Region	89	67	75
Region Östlicher Mittelmeerraum	93	64	68
Region Westlicher Pazifikraum	88	64	73
Hauptbüro*	110	74	67
WHO insgesamt	97	67	69

* Die verfügbaren Mittel beim Hauptbüro können Zuwendungen an die globale Ebene einschließen, die noch an die Regionen zu verteilen sind.

62. Auch wenn die Finanzierung der Basisprogramme im PB 2018–2019 insgesamt für die Europäische Region unter dem organisationsweiten Durchschnitt liegt, lässt sich doch aus Tabelle 3 entnehmen, dass das Finanzierungsniveau für die Kategorien 2 und 4 in der Europäischen Region höher ist als im organisationsweiten Durchschnitt. Das Niveau für Kategorie 4 entspricht jenem der Region Afrika und ist das höchste aller Regionen (aber nicht so hoch wie im Hauptbüro).

Tabelle 3: Finanzierungsniveau der Basisprogramme des PB in allen größeren Büros nach Kategorie (in %) (Stand: Ende Juni 2019)

Kategorie	Europäische Region	Hauptbüro	Region Afrika	Region Östlicher Mittelmeerraum	Region Gesamtamerika	Region Südostasien	Region Westlicher Pazifikraum	WHO INSGESAMT
1 Übertragbare Krankheiten	102%	121%	97%	187%	93%	127%	92%	113%
2 Nichtübertragbare Krankheiten	82%	98%	54%	61%	55%	92%	86%	80%
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	72%	127%	63%	78%	45%	78%	71%	85%
4 Gesundheitssysteme	103%	117%	103%	79%	83%	82%	91%	102%
E Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen	72%	86%	91%	69%	46%	74%	69%	80%
6 Organisatorische und befähigende Funktionen	90%	88%	98%	86%	98%	96%	96%	92%
BASISPROGRAMME INSGESAMT*	89%	110%	90%	93%	70%	99%	88%	97%

63. Tabelle 4 wirft einen genaueren Blick auf die Finanzierung der einzelnen Programmbereiche in der Europäischen Region und zeigt, dass 11 von 30 Programmbereichen im Basishaushalt besser finanziert sind als der Gesamtdurchschnitt von 89%. Am besten finanziert ist Programmbereich 1.4 (Vernachlässigte Tropenkrankheiten): er verfügt über nahezu doppelt so viele Mittel wie im genehmigten Haushalt veranschlagt. Auch die Finanzierung sieben weiterer Programmbereiche übersteigt das Niveau des genehmigten Haushalts.

64. Dagegen liegt das Finanzierungsniveau dreier Programmbereiche bei maximal 50% des für sie genehmigten Etats: dies sind die Programmbereiche 6.2 (Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement), 2.6 (Lebensmittelsicherheit) und 2.5 (Ernährung), deren Finanzierungsniveau bei 38%, 46% bzw. 50% liegt. Die vom Wert in US-\$ her größte Finanzierungslücke besteht jedoch in Programmbereich 3.5 (Umwelt und Gesundheit), und zwar bereits zum zweiten Mal in Folge. In diesem Haushaltszeitraum fehlen 7,1 Mio. US-\$, im vorigen Haushaltszeitraum waren es zum gleichen Zeitpunkt 7,7 Mio. US-\$.

65. Aus Tabelle 4 lässt sich auch entnehmen, dass die Fachprogramme mit der höchsten Finanzierung nach dem absoluten Wert in US-\$ gesehen die Programmbereiche 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten) und 4.2 (Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote) sind. Ihre Finanzierung liegt bei 20,0 Mio. US-\$ bzw. 17,9 Mio. US-\$ (Stand: Ende Juni 2019). Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen der Prioritätensetzung in den Ländern für den Haushaltszeitraum 2018–2019, denn diese beiden Programmbereiche wurden von der größten Zahl an Ländern in der Europäischen Region als vorrangig eingestuft.

Tabelle 4: Finanzierung und Verwendungsrate des Gesamthaushalts 2018–2019 in der Europäischen Region der WHO nach Programmbereichen (in Mio. US-\$) (Stand: Ende Juni 2019)

Programmbereich	Von WHA genehmigter Haushalt	Verfügbare Mittel	Finanzierungs-lücke	Verwendete Mittel	Anteil der verfügbaren Mittel gemessen am genehmigten Haushalt	Anteil der verwendeten Mittel gemessen am genehmigten Haushalt	Anteil der verwendeten Mittel gemessen an den verfügbaren Mitteln
1.1 HIV und Hepatitis	7.8	6.3	1.5	4.3	81%	56%	69%
1.2 Tuberkulose	11.5	12.3	(0.8)	8.5	107%	74%	69%
1.3 Malaria	1.0	0.6	0.4	0.4	64%	44%	68%
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	0.4	0.8	(0.4)	0.6	197%	145%	73%
1.5 Impfpräventable Krankheiten	14.3	16.6	(2.3)	13.1	116%	91%	79%
1.6 Antimikrobielle Resistenzen	4.7	3.9	0.8	2.7	84%	58%	69%
Zwischensumme Kategorie 1	39.7	40.6	(0.9)	29.6	102%	75%	73%
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	21.8	20.0	1.8	15.8	92%	73%	79%
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	5.9	4.3	1.6	2.7	72%	47%	64%
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention	2.6	1.7	0.9	1.3	64%	51%	80%
2.4 Behinderung und Rehabilitation	1.1	1.2	(0.1)	0.6	106%	54%	52%
2.5 Ernährung	2.7	1.3	1.4	1.1	50%	41%	83%
2.6 Lebensmittelsicherheit	1.0	0.5	0.5	0.3	46%	32%	69%
Zwischensumme Kategorie 2	35.1	28.9	6.2	22.0	82%	63%	76%
3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	7.4	5.4	2.0	4.1	73%	55%	76%
3.2 Altern und Gesundheit	1.5	0.9	0.6	0.7	58%	49%	84%
3.5 Umwelt und Gesundheit	21.5	14.4	7.1	10.2	67%	47%	71%
3.6 Chancengleichheit, soziale Determinanten, Gleichstellung und Menschenrechte	9.3	8.1	1.2	5.4	87%	58%	67%
Zwischensumme Kategorie 3	39.7	28.7	11.0	20.4	72%	51%	71%
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	16.7	17.6	(0.9)	12.9	106%	77%	73%
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	16.6	17.9	(1.3)	14.0	108%	84%	78%
4.3 Zugang zu Medikamenten und sonstigen Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	5.5	6.2	(0.7)	4.8	112%	87%	77%
4.4 Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme	10.7	9.1	1.6	5.5	86%	51%	60%
Zwischensumme Kategorie 4	49.5	50.9	(1.4)	37.1	103%	75%	73%
E.1 Beherrschung von Infektionsrisiken	6.3	5.7	0.6	4.4	91%	70%	77%
E.2 Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)	13.0	9.1	3.9	6.8	70%	53%	75%
E.3 Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen	3.9	2.1	1.8	1.5	54%	39%	72%
E.4 Notfallmaßnahmen	5.8	4.3	1.5	3.4	74%	58%	78%
E.5 Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen	4.2	2.8	1.4	2.0	66%	48%	73%
Zwischensumme Kategorie E	33.2	24.1	9.1	18.1	72%	55%	75%
6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung	33.5	29.4	4.1	23.9	88%	71%	81%
6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	2.4	0.9	1.5	0.9	38%	36%	93%
6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	2.5	2.2	0.3	2.0	87%	82%	93%
6.4 Leitung und Verwaltung	16.5	16.3	0.2	13.8	99%	84%	85%
6.5 Strategische Kommunikation	4.3	4.5	(0.2)	4.3	105%	99%	95%
Zwischensumme Kategorie 6	59.2	53.3	5.9	44.9	90%	76%	84%
<i>Unverteilte Mittel</i>		2.8					
Zwischensumme Basisprogramme	256.4	229.2	27.2	172.2	89%	67%	75%
Eradikation der Poliomyelitis	5.5	4.1	1.4	3.4	74%	62%	84%
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen sowie skalierbare Maßnahmen	-	90.3		66.3			73%
<i>Unverteilte Mittel</i>		0.9					
Zwischensumme Notlagen	5.5	95.2	1.4	69.7	74%	62%	73%
Europäische Region der WHO insgesamt	261.9	324.4	28.6	241.8	89%	67%	75%

WHA: Weltgesundheitsversammlung.

66. Die Verwendungsrate für die verfügbaren Mittel ist in allen Programmbereichen in etwa gleich hoch und liegt im Durchschnitt bei rund 75%. Eine Ausnahme bilden lediglich zwei Bereiche: zum einen Programmbereich 2.4 (Behinderung und Rehabilitation), wo die Verwendungsrate bei 52% liegt.

67. Eine weitere Ausnahme ist die durchgehend hohe Verwendungsrate in der gesamten Kategorie 6, in der drei der fünf Programmbereiche bereits bei 93% bis 95% ihrer zugewiesenen Mittel liegen. Dies ist in erster Linie auf die Stärkung der Kapazitäten der WHO im Bereich Führungskompetenz auf Ebene der Länder im gegenwärtigen Haushaltszeitraum zurückzuführen.

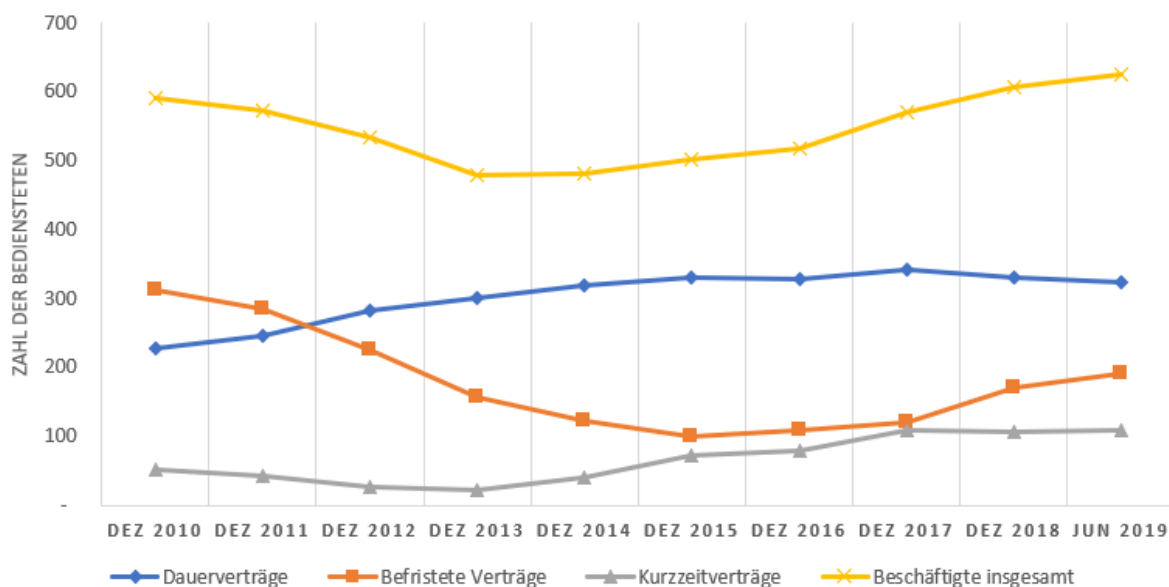
68. Unter der Aufsicht der obersten Leitungsebene werden die Pläne überwacht und regelmäßig neu angepasst, um eine zeitnahe Umsetzung des genehmigten Programmhaushalts zu gewährleisten. Zu den vorhandenen Maßnahmen für eine beschleunigte Umsetzung zählen:

- a) die Umverteilung von Mitteln zwischen Programmbereichen;
- b) konzertierte Anstrengungen der Programmleiter und der Länderbüros mit großen Projekten zur Umsetzung vor dem Ende des Haushaltszeitraums;
- c) ein klarer Prozess und Zeitrahmen für die Neuzuweisung nicht verwendeter flexibler Mittel an unterfinanzierte Bereiche, die über Kapazitäten für die Umsetzung verfügen.

Personelle Kapazitäten für die Umsetzung des PB 2018–2019

69. Im Hinblick auf die Umsetzung des Personalplans 2018–2019 in der Europäischen Region (Abb. 5) ist im gegenwärtigen Haushaltszeitraum ein Anstieg der Zahl der Mitarbeiter um 9,8% zu verzeichnen. Im Gegensatz zum vorigen Haushaltszeitraum, in dem der größte Anstieg bei der Anzahl der vorübergehenden Beschäftigungsverhältnisse (temporary positions) verzeichnet wurde, ist in diesem Haushaltszeitraum die Zahl der befristeten Beschäftigungsverhältnisse (fixed-term positions) gestiegen und die Zahl der kontinuierlichen Beschäftigungsverhältnisse (continuing appointments) gesunken.

Abb. 5: Personalaufkommen im Regionalbüro nach Vertragsart (Dezember 2010 bis Juni 2019)



70. Der Personalplan 2018–2019 sah insgesamt 95 Stellen für eine vorrangige Stellenbesetzung vor. Von diesen 95 Stellen wurden 43 besetzt, und für weitere 12 laufen die Einstellungsverfahren. Die Besetzung der übrigen 40 Stellen wurde aus einer Vielzahl von Gründen (in den meisten Fällen aufgrund fehlender Mittel) ausgesetzt. Darüber hinaus wurden im laufenden Haushaltszeitraum 63 „weitere vorrangige“ Stellen besetzt, und für weitere 50 Positionen laufen die Einstellungsverfahren. Viele dieser Stellen sind projektbezogene Stellen, die durch stark zweckgebundene freiwillige Beiträge finanziert werden.

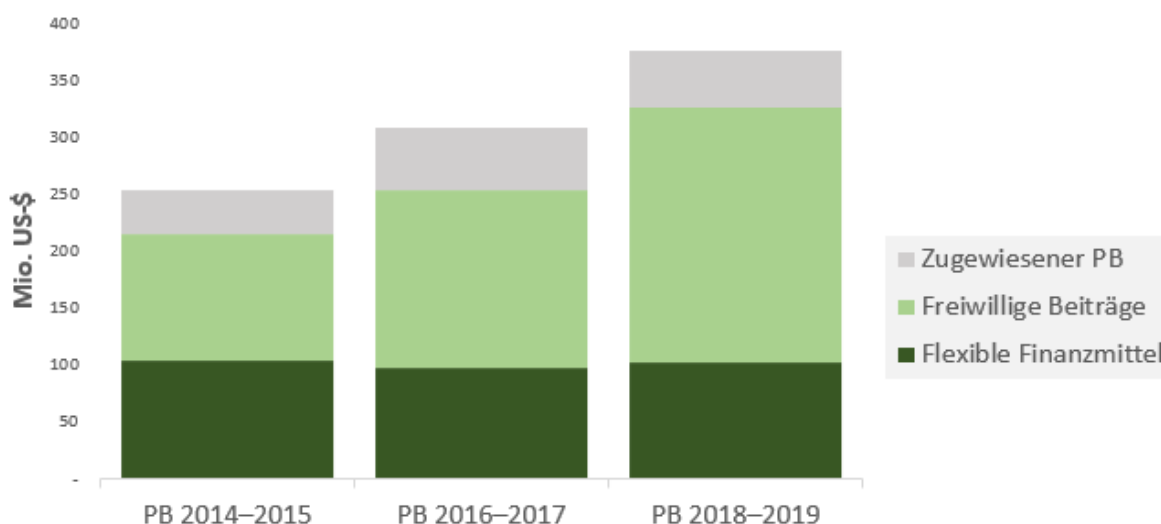
Ressourcen

Die finanzielle Lage des Regionalbüros

71. Wie sich aus Abb. 6 entnehmen lässt, sind die Mittel für den zugewiesenen Gesamthaushalt der Europäischen Region in den vergangenen drei Haushaltszeiträumen dank eines Anstiegs der freiwilligen Beiträge gestiegen. Diese Erhöhung der Mittel ging jedoch mit einem hohen Grad an Zweckbindung für bestimmte Fachprogramme und Länder einher, sodass in anderen Programmbereichen Finanzierungslücken entstanden. Aus Abb. 6 geht auch hervor, dass die Höhe der flexiblen organisationseigenen Mittel in den letzten Haushaltszeiträumen nahezu gleich geblieben ist.

72. Die verfügbaren flexiblen Mittel machen 31% der als zugewiesene Mittel für den PB 2018–2019 eingegangenen Mittel aus. Im vergangenen Haushaltszeitraum waren es noch 38%. Dieser Anteil wird sich bis zum Ende des Haushaltszeitraums angesichts der Höhe der prognostizierten freiwilligen Beiträge noch weiter auf 29% verringern. Ende Juni 2019 standen 223 Mio. US-\$ an freiwilligen Beiträgen zur Umsetzung zur Verfügung. 99% der freiwilligen Beiträge waren zweckgebunden.

Abb. 6: Gesamthöhe der Mittel im zugewiesenen PB der Europäischen Region nach Haushaltszeitraum und Art der Mittel (in Mio. US-\$) (Stand: Ende Juni 2019)

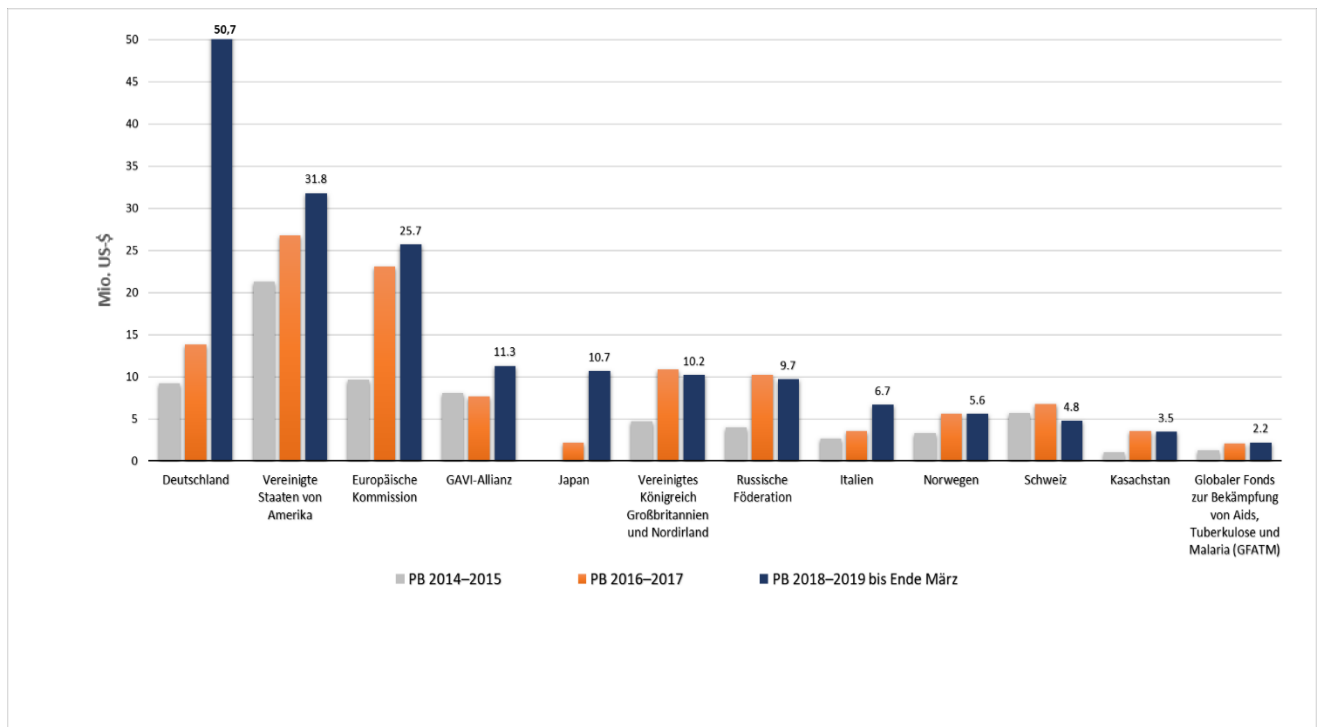


* Stand der Daten für den PB 2018–2019: Ende Juni

73. Der gesunkene Anteil der flexiblen Finanzmittel stellt das Regionalbüro weiterhin vor Probleme im Hinblick auf seine Bemühungen um eine effizientere Verwaltung der verfügbaren Mittel und die Sicherung ausreichender Mittel für die festgelegten Prioritäten der Länder, insbesondere für chronisch unterfinanzierte Programme.

74. Der Anstieg der in diesem Haushaltszeitraum in der Europäischen Region eingegangenen freiwilligen Beiträge geht auf eine begrenzte Zahl von Gebern zurück, die höhere Mittel zur Verfügung gestellt haben. Abb. 7 zeigt die zwölf größten Geber in der Europäischen Region der WHO im aktuellen Haushaltszeitraum.

Abb. 7: Finanzierung des Gesamthaushalts für die Europäische Region über drei Haushaltszeiträume und die zwölf größten Geber (in Mio. US-\$) (Stand: Ende März 2019)

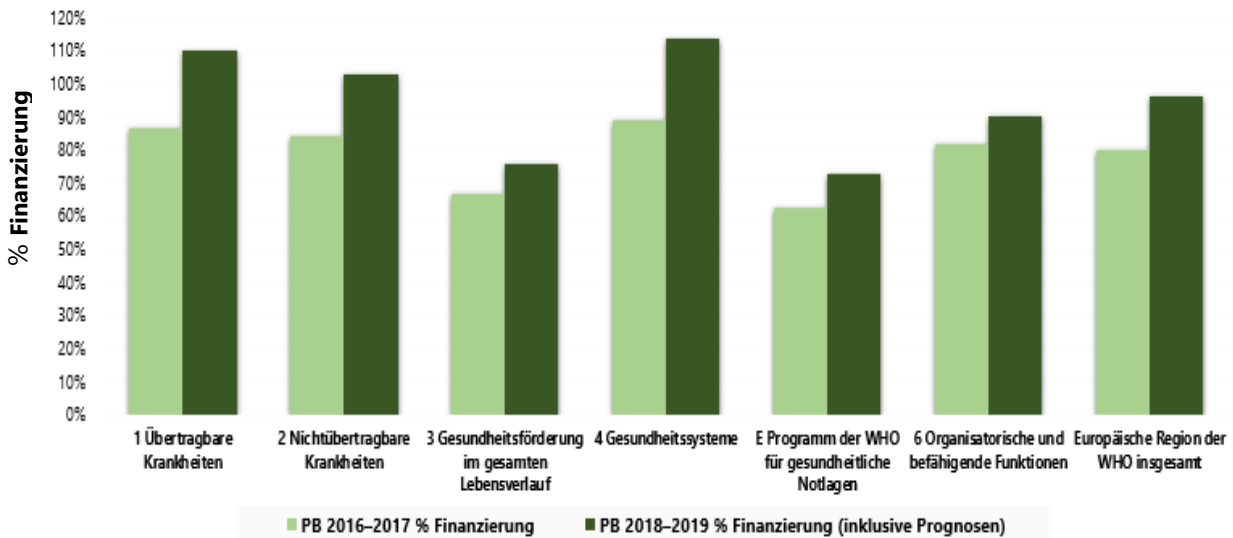


Quelle: Daten aus dem Webportal zum Programmhaushalt.

Finanzierung der Basisprogramme im Programmhaushalt

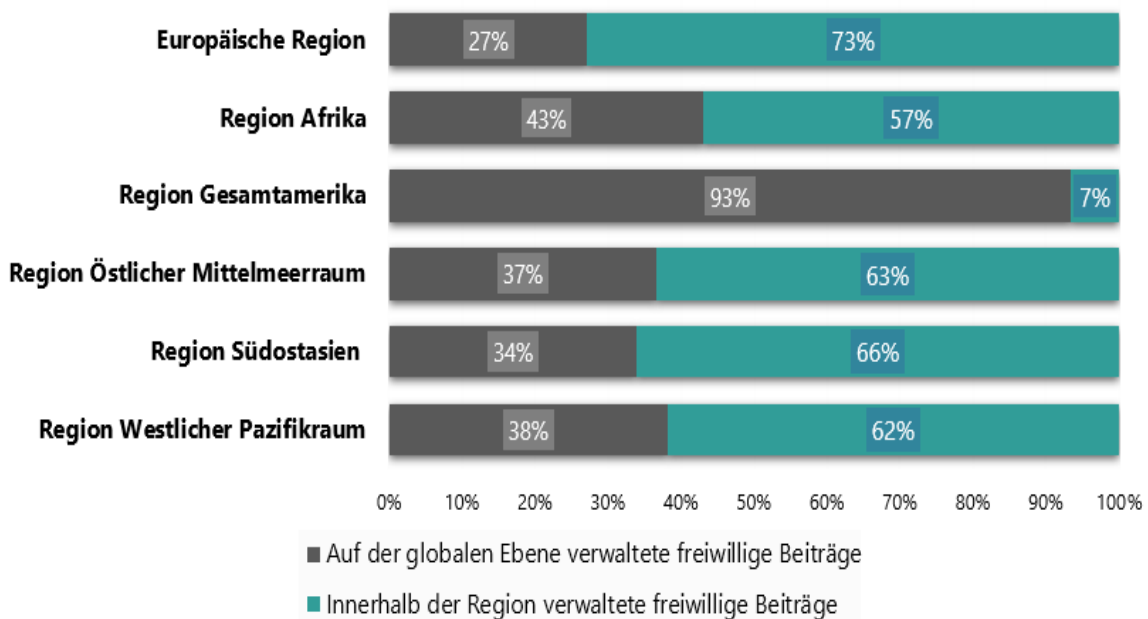
75. Abb. 8 zeigt eine Gegenüberstellung der Mittel zwischen dem letzten und dem aktuellen Haushaltszeitraum nach Kategorie. Alle Kategorien weisen im Zeitraum 2018–2019 eine höhere prognostizierte Finanzierung auf als im Zeitraum 2016–2017, wobei für die Kategorien 1, 2 und 4 in diesem Haushaltszeitraum deutlich mehr Mittel prognostiziert werden. Kategorie 3 und das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen sind am schwächsten finanziert.

Abb. 8: Finanzierung der Basisprogramme im Programmhaushalt der Europäischen Region nach Haushaltszeitraum und Kategorie (Stand: Ende Juni 2019)



76. Wie sich aus Abb. 9 entnehmen lässt, ist Europa die WHO-Region mit dem höchsten Anteil an innerhalb der Region verwalteten freiwilligen Beiträgen. Ihr Anteil ist im laufenden Haushaltszeitraum auf 73% angestiegen; zum gleichen Zeitpunkt im vorigen Haushaltszeitraum lag er noch bei 54%.

Abb. 9: Anteile der auf der globalen Ebene und der innerhalb der Europäischen Region verwalteten freiwilligen Beiträge für die Basisprogramme im PB 2018–2019 nach Region (Stand: Ende Juni 2019)

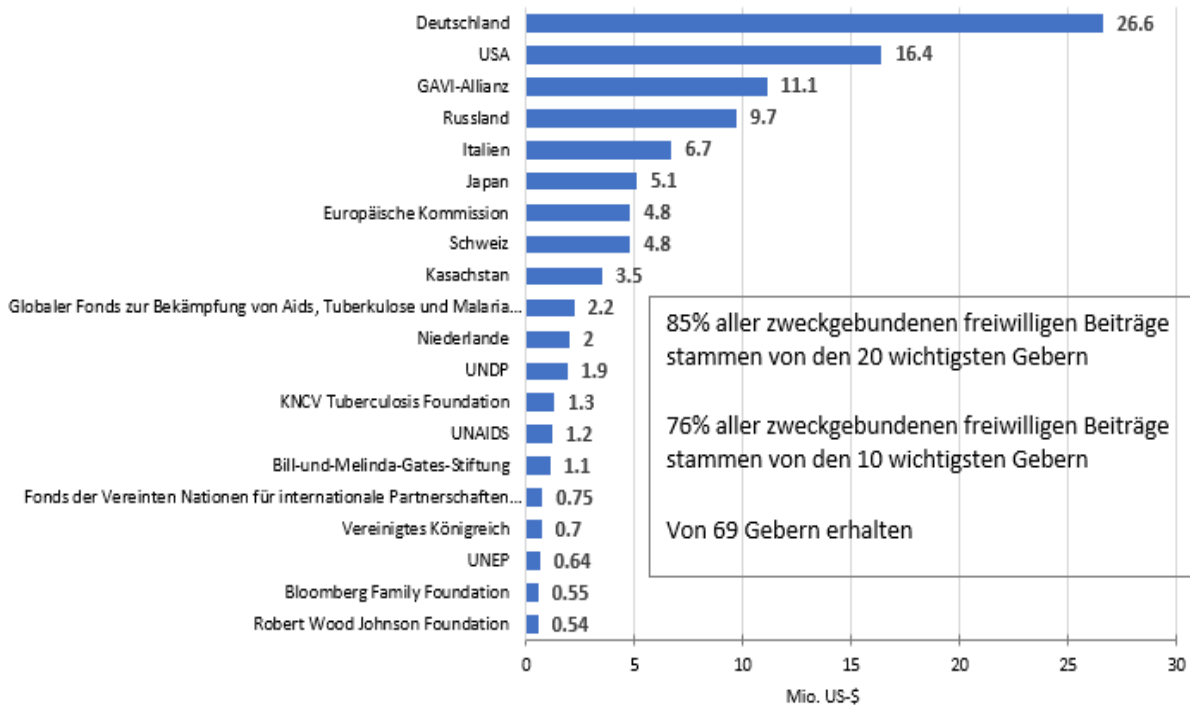


77. Dies zeigt die große Entschlossenheit der Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen, in die Gesundheit der Menschen in der Europäischen Region zu investieren und etwas zu verändern, sowie die Bemühungen des Regionalbüros, Ressourcen zu mobilisieren. Darüber hinaus zeigt es jedoch auch, dass die Europäische Region im Vergleich zu anderen größeren Büros einen geringeren Anteil an auf der globalen Ebene verwalteten Beiträgen erhält.

78. Insgesamt gingen 85% der freiwilligen Beiträge von den 20 größten Gebern ein (siehe Abb. 10). Die Erweiterung des Kreises der Geber gehört zu den wichtigsten Prioritäten.

79. Das Regionalbüro begrüßt die Beiträge aller Geber und wird sich weiterhin um eine vollständige Finanzierung des genehmigten Programmhaushalts bemühen, u. a. durch Erhöhung der Flexibilität der eingegangenen Mittel. Zu diesem Zweck hat das Regionalbüro seine Kapazitäten in Bezug auf externe Beziehungen, die Mittelbeschaffung und die Zusammenarbeit im Rahmen der Reform der Vereinten Nationen auf Ebene der Länder ausgebaut.

Abb. 10: Die 20 größten Geber für die Basisprogramme im Haushaltszeitraum 2018–2019 (in Mio. US-\$) (Stand: Ende März 2019)



Quelle: Webportal zum Programmhaushalt.

Annex 1. Glossar der verwendeten Fachbegriffe und Abkürzungen

Ausgelagertes Fachzentrum (Außenstelle): Bestandteil des Regionalbüros mit konkretem fachlichen Schwerpunkt, der außerhalb von Kopenhagen angesiedelt ist.

Basisprogramme: der Teil des Programmhaushalts, über den die WHO die vollständige und ausschließliche Entscheidungsbefugnis besitzt.

Ergebniskette: dieser Begriff bezeichnet und veranschaulicht die Umwandlung sog. „Inputs“ (Geld, Personal, Informationen usw.) in gesundheitliche Auswirkungen, die unter dem Gesichtspunkt des übergeordneten Ziels einer Verbesserung des Niveaus und der Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung der Europäischen Region ausgedrückt werden.

Flexible Mittel: Mittel, die von der Organisation je nach Priorität mit einem hohen Maß an Flexibilität verwaltet, zugewiesen und ausgegeben werden, auch um Finanzierungslücken im Haushalt zu schließen. Sie werden auch als **organisationseigene Mittel** oder **organisationseigene flexible Mittel** bezeichnet und schließen Mittel der Typen AC, AS, CVCA und POC ein.

Freiwillige Beiträge (VC): andere Beiträge als AC, AS und CVCA.

Globales Management-System (GSM): das von der WHO verwendete System zur Planung der Betriebsressourcen; die Software stammt von Oracle.

Konto für zentrale freiwillige Beiträge (CVCA): ein Verfahren für die Annahme, Zuweisung und Verwaltung von Mitteln, die die WHO von Gebern erhalten hat und die innerhalb des Programmhaushalts oder auf der Ebene der strategischen Prioritäten flexibel verwendet werden können (außer für Verwaltungsausgaben).

Länderspezifischer Modus (CS): für Outputs verwendet, die konkret auf einzelne Länder zugeschnitten sind.

Länderübergreifender Modus (IC): für Outputs verwendet, die allen Ländern der Europäischen Region zugute kommen.

Mittel für die administrative Unterstützung (AS): Teil der Programmunterstützungskosten, die nur zur Finanzierung von Aktivitäten der Kategorie 6 verwendet werden können.

Ordentliche Beiträge (AC): regelmäßige Beitragszahlungen aller Mitgliedstaaten auf der Grundlage des von den Vereinten Nationen festgelegten Bewertungsschlüssels. In der Bewilligungs-Resolution entscheidet die Weltgesundheitsversammlung darüber, wie die ordentlichen Beiträge verwendet werden sollen. In früheren Programmhaushalten geschah dies auf der Ebene der Strategischen Ziele mit 13 Bewilligungsabschnitten. Im aktuellen Programmhaushalt wird eine Unterteilung nach Kategorie und Programmbereich vorgenommen.

Output: ein Element in der Ergebniskette, das zu erbringende Leistungen des Sekretariats wie Leitlinien, Normen und Standards, Grundsatzoptionen, Pakete für den Kapazitätsaufbau sowie

fachliche Beratung umfasst und von den Mitgliedstaaten zum Erreichen einer Wirkung auf die Gesundheit benötigt wird.

Programmhaushalt (PB): der auf zwei Jahre angelegte Programmhaushalt der WHO, der der Weltgesundheitsversammlung jeweils vor Beginn des Zweijahreszeitraums vorgelegt wird. Die Finanzrahmen werden oft während des Zweijahreszeitraums korrigiert, was zu einem sog. „zugewiesenen Haushalt“ führt.

Sekretariat: die Mitarbeiter und die organisatorische, leitungsbezogene und physische Infrastruktur der WHO.

Stellenbezogene Abgabe (POC): als Teil der Personalkosten für jedes Projekt und jeden Arbeitsplan erhobene Abgabe zur Finanzierung direkter Personalkosten, die anderweitig nicht gedeckt sind. Dies ist eine in der WHO organisationsweit auf alle Gehälter erhobene Abgabe. Um Doppelbuchungen zu vermeiden, wird die POC außerhalb des Programmhaushalts angewandt.

Verwendungsrate: eine Messgröße im Programmhaushalt, die sich aus den darin enthaltenen Ausgaben und Belastungen zusammensetzt. Ausgaben sind Mittel, die nach der Lieferung von Gütern oder Dienstleistungen ausgezahlt werden. Belastungen sind Mittel, die für die Deckung künftiger finanzieller Verpflichtungen reserviert sind.

Vorrangiges Resultat: Element in der Ergebniskette, das von den Mitgliedstaaten als vorrangig betrachtet wird. Als Maß für das Erreichen eines vorrangigen Resultats gilt „die Zahl der Mitgliedstaaten, die ...“.

Weltgesundheitsorganisation (WHO): mit diesem Begriff werden sowohl die Mitgliedstaaten als auch das Sekretariat bezeichnet.

Wirkung auf die Gesundheit: das letzte Glied der Ergebniskette, das als Verbesserungen in Bezug auf Niveau wie auch Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung der Europäischen Region definiert ist.

Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG): Entwicklungsziele der Vereinten Nationen mit einem vereinbarten Termin für ihre Verwirklichung im Jahr 2030.

Zugewiesener Haushalt: der vom WHO-Generaldirektor nach der Genehmigung durch die Weltgesundheitsversammlung überarbeitete und genehmigte Haushalt.

Zweckgebundene freiwillige Beiträge (VCS): freiwillige Beiträge, die von den Gebern mit einer engen Zweckbindung in Bezug auf die Art ihrer Verwendung versehen sind.

Zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCA): Vereinbarungen zwischen der WHO und Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, in denen die Arbeit für einen Haushaltszeitraum festgelegt wird.

Annex 2. Programmhaushalt 2018–2019 nach Kategorie und Programmbereich

Kategorie	Programmbereich	
1 Übertragbare Krankheiten	1.1 HIV	HIV und Hepatitis
	1.2 TUB	Tuberkulose
	1.3 MAL	Malaria
	1.4 NTD	Vernachlässigte Tropenkrankheiten
	1.5 VPD	Durch Impfung vermeidbare Krankheiten
	1.6 AMR	Antimikrobielle Resistenz
2 Nichtübertragbare Krankheiten	2.1 NCD	Nichtübertragbare Krankheiten
	2.2 MHS	Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch
	2.3 VIP	Gewalt- und Verletzungsprävention
	2.4 DIS	Behinderung und Rehabilitation
	2.5 NUT	Ernährung
	2.6 FOS	Lebensmittelsicherheit
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	3.1 RMC	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen
	3.2 AGE	Altern und Gesundheit
	3.5 HEN	Umwelt und Gesundheit
	3.6 GER	Chancengleichheit, soziale Determinanten, Gleichstellung und Menschenrechte
4 Gesundheitssysteme	4.1 NHP	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne
	4.2 IPH	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote
	4.3 AMT	Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten
	4.4 HIS	Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme
E Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen	E.1 IHM	Beherrschung von Infektionsrisiken
	E.2 CPI	Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)
	E.3 HIM	Informationen und Risikobewertungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen
	E.4 EMO	Notfallmaßnahmen
	E.5 MGA	Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen
6 Organisatorische und befähigende Funktionen	6.1 GOV	Führungskompetenz und Organisationsführung
	6.2 TAR	Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement
	6.3 SPR	Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung
	6.4 ADM	Leitung und Verwaltung
	6.5 COM	Strategische Kommunikation
Polio und Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	10 POL	Eradikation der Poliomyelitis
	13 OCR	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen sowie skalierbare Maßnahmen