



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

Punkt 7a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC58/8

28. Juli 2008

80800

ORIGINAL: ENGLISCH

Programmhaushaltsentwurf 2010–2011

Der vorliegende Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zeitraum 2010–2011 (RC/2008/2) wird dem Regionalkomitee zur Prüfung und Stellungnahme vorgelegt, bevor er im Januar 2009 der 124. Tagung des Exekutivrats und im Mai 2009 der 62. Weltgesundheitsversammlung (WHA62) präsentiert wird. Er sollte in Verbindung mit der Erläuterung der Perspektive der Europäischen Region (EUR/RC58/8 Add.1) gelesen werden.

Im Einklang mit Resolution WHA60.11, in der an die Generaldirektorin appelliert wird, „der Weltgesundheitsversammlung durch den Exekutivrat zusammen mit den Programmhaushaltsentwürfen 2010–2011 und 2012–2013 auch etwaige notwendige Änderungen am Mittelfristigen Strategieplan zu empfehlen“, kann das Regionalkomitee zu den Änderungsvorschlägen in Bezug auf den Mittelfristigen Strategieplan 2008–2013 (MTSP) Stellung nehmen, die im Januar 2009 dem Exekutivrat und im Mai 2009 der Weltgesundheitsversammlung vorgelegt werden sollen. Der Entwurf des MTSP mit den vorgeschlagenen Änderungen (RC/2008/1) ist ebenfalls beigelegt.

RC/2008/2

PROGRAMMHAUSHALTSENTWURF 2010–2011

INHALT

	Seite
EINFÜHRUNG.....	1
STRATEGISCHE ZIELE	11
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten	11
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria.....	16
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen	21
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen	25
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen	31
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind	35
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten	39
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen	42
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung.....	46
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse.....	50
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung	57
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden.....	60
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann	63
Tabellen zur Finanzierung	
Übersichtstabelle 1: Programmhaushaltswurf nach Strategischem Ziel und Büro, 2010–2011	68
Übersichtstabelle 2: Programmhaushaltswurf nach Strategischem Ziel, Organisationsebene und Finanzierungsquelle, alle Ebenen, 2010–2011	70

Übersichtstabelle 3: Programmhaushaltsentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011	71
Übersichtstabelle 4: Einzelne Partnerschaften und Kooperationen als Teil des Programmhaushaltsentwurfs nach Strategischem Ziel, 2010–2011	78
Übersichtstabelle 5: Partnerschaften und Kooperationen – Veränderungen zwischen 2008–2009 und 2010–2011	79
Anhang	
Partnerschaften außerhalb des Programmhaushalts 2010–2011	81
Zweijahresbudgets für Partnerschaften außerhalb des Programmhaushalts 2010–2011	82
Allianz für Gesundheitspolitik und Systemforschung	83
Global Health Workforce Alliance	84
Health Metrics Network	85
Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	86
Partnerschaft „Roll Back Malaria“	87
Sekretariat des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs	88
Partnerschaft „Stopp der Tb“	90
Globale Arzneimittelfazilität	92
Ständiger Ausschuss der Vereinten Nationen für Ernährungsfragen	94
Internationale Fazilität zum Kauf von Medikamenten, UNITAID	95
Kooperationsrat für Wasser- und Sanitärversorgung	96

EINLEITUNG

Der Programmhaushaltentwurf der WHO für 2010–2011 enthält die voraussichtlichen Ergebnisse und Haushaltsanforderungen für den Zweijahreszeitraum 2010–2011, die im größeren Kontext des Mittelfristigen Strategieplans der WHO für den Sechsjahreszeitraum 2008–2013 präsentiert werden. Der Strategieplan definiert die Strategischen Ziele der WHO und erläutert die Ergebnisse, die vom Sekretariat in diesem Zeitraum für die gesamte Organisation erwartet werden. Die überragenden Prioritäten auf dem Gebiet der Gesundheit sind im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm für 2006–2015 aufgeführt. Dort werden außerdem die Wettbewerbsvorteile der WHO sowie ihre zentralen Funktionen, schwierigsten Aufgaben und Zukunftsperspektiven erläutert.

Da der Mittelfristige Strategieplan die strategische Ausrichtung der WHO für 2008–2013 darlegt, decken sich die Ergebnisse, die für 2010–2011 in der gesamten Organisation erwartet werden, weitgehend mit den Ergebnissen, die für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 erwartet werden. Allerdings werden im Programmhaushalt 2010–2011 einige Schwerpunkte verlagert, was auf die veränderte globale Gesundheitslage und die entsprechenden notwendigen Anpassungen der Aktivitäten der WHO zurückzuführen ist. Die Verlagerung des Schwerpunkts bei einigen Strategischen Zielen wird im geänderten Mittelfristigen Strategieplan erläutert.

Darüber hinaus ist eine externe Prüfung der Indikatoren des Mittelfristigen Strategieplans zu dem Ergebnis gelangt, dass noch größere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Messbarkeit und Aussagekraft der Indikatoren zu verbessern.¹

Budgetäre Auswirkungen von Partnerschaften und von Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen

Partnerschaften

In den jüngsten Tagungen der Leitungsgremien der WHO wurde die Bedeutung – und Komplexität – der globalen Gesundheitsarchitektur, einschließlich Partnerschaften, hervorgehoben und festgehalten, dass der Koordination und Harmonisierung der zahlreichen Beteiligten Rechnung zu tragen ist. Im Programmhaushalt 2008–2009 wurden mehrere Partnerschaften aufgeführt, doch die Liste war nicht abschließend und enthielt keine Definition der Beiträge, die diese Partnerschaften bei der Verwirklichung der Ergebnisse leisten, die für die gesamte Organisation erwartet werden. Da größere Partnerschaften normalerweise über unabhängige Leitungsmechanismen verfügen, war auch unklar, inwieweit sich Änderungen des Haushalts dieser Partnerschaften auf den Programmhaushalt der WHO insgesamt auswirken.

Um die Partnerschaften, die innerhalb der weltweiten Organisationsstruktur der WHO existieren, und die Haushaltsführung der Partnerschaften transparenter zu gestalten, wurden sämtliche Partnerschaften und Kooperationen der WHO untersucht – insgesamt 97. Die Gruppe hat sich als äußerst heterogen erwiesen und umfasst sowohl größere Partnerschaften mit einem hohen Maß an Unabhängigkeit, die allerdings von der WHO verwaltet werden, als auch Einrichtungen, die die Merkmale interner Expertengruppen oder Interessenvertreter aufweisen.

Aus der Gruppe lässt sich ein Unterbereich bilden, der aus größeren Partnerschaften und Kooperationen besteht und wiederum grob in zwei Gruppen unterteilt werden kann: i) Partnerschaften, die unmittelbar an der Verwirklichung der Ergebnisse, die für die gesamte Organisation erwartet werden, beteiligt sind und den ergebnisbezogenen Stufenplan des WHO-Programmhaushalts einhalten, so dass sie vom Programmhaushalt voll erfasst werden; und ii) Partnerschaften, die nicht am ergebnisbezogenen Stufenplan beteiligt sind, jedoch eine enge Verbindung zur WHO aufweisen. Auch wenn anerkannt wird, dass die zuletzt genannten Partnerschaften für die Verwirklichung der Strategischen Ziele des Mittelfristigen Strategieplans wichtig sind, werden ihre Haushaltsmittel nicht vom WHO-Programmhaushalt 2010–2011 erfasst.

¹ Die Indikatoren werden schrittweise optimiert und eventuell in späteren Fassungen des Programmhaushaltentwurfs 2010–2011 angepasst.

Anhang 1 enthält 11 derartige Partnerschaften und Kooperationen, die außerhalb des Programmhaushalts liegen. Die Strategien und Tätigkeitsfelder dieser Einrichtungen und die Synergieeffekte und Koordinationsaufgaben im Rahmen der Zusammenarbeit mit der WHO für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 werden in Anhang 1 erläutert.¹¹

Die Partnerschaften und Kooperationen, die dem WHO-Programmhaushalt unterliegen, haben ihren Anteil am Gesamthaushalt ausgebaut. Es wird davon ausgegangen, dass für sie eine eigenständige Lösung gefunden werden muss, die ihren Anforderungen an die Haushaltsführung Rechnung trägt. In den vergangenen Zweijahreszeiträumen war es schwierig, das Haushaltswachstum dieser Partnerschaften vorherzusehen, und ihr Anteil am WHO-Gesamthaushalt war unklar.

Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen

Beim Umgang mit Krankheitsausbrüchen und Krisen hat die WHO an Bedeutung gewonnen. Die Aktivitäten, die mit dieser Funktion einhergehen, und ihre Auswirkungen für den Haushalt sind typischerweise nicht vorhersehbar. Dies hat zu Erhöhungen des Haushalts geführt, die nicht genau von anderen Arten der Haushaltserhöhung abgegrenzt wurden.

Angesichts der oben dargelegten Haushaltserwägungen ist der Programmhaushaltsentwurf für 2010–2011 in drei Sektionen unterteilt. Die Einteilung gilt sowohl für die Darstellung des Haushalts zu Beginn des Zweijahreszeitraums als auch für das Haushaltsmanagement während des Zweijahreszeitraums. Es wurden die folgenden drei Sektionen festgelegt:

- WHO-Programme
- Partnerschaften und Kooperationen
- Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen

Um die Transparenz zu erhöhen und die Überwachung, Steuerung und Umsetzung des WHO-Programmhaushalts zu verbessern, werden die Sektionen „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ und „Partnerschaften und Kooperationen“ künftig gesondert erfasst und gemeldet. Mit der Umsetzung dieser Regelung wird im Zweijahreszeitraum 2008–2009 begonnen. Ab dem Zweijahreszeitraum 2010–2011 tritt die Regelung vollständig in Kraft.

Die neue Unterteilung wirkt sich in unterschiedlichem Maße auf die verschiedenen Strategischen Ziele aus. Vier Strategische Ziele (3, 7, 9 und 11) setzen sich ausschließlich aus WHO-Programmen zusammen und enthalten keine Elemente, die Partnerschaften und Kooperationen betreffen; ebenso wenig wirken sich Gegenmaßnahmen, die in Krisenfällen ergriffen werden, auf diese Strategischen Ziele aus. Dagegen beziehen sich die Strategischen Ziele 1 und 5 auf alle drei Sektionen des Haushalts.

Höhe des Programmhaushaltentwurfs 2010–2011

In den letzten vier Zweijahreszeiträumen ist der Haushalt der WHO kontinuierlich gewachsen. Während er im Zweijahreszeitraum 2002–2003 1,8 Mrd. US-\$ betrug, war er im Zweijahreszeitraum 2008–2009 auf 4,2 Mrd. US-\$ angestiegen. Zunehmend herrscht Einigkeit darüber, dass die WHO ihr Wachstum konsolidieren und ihre Implementierungskapazitäten ausbauen muss, während gleichzeitig sicherzustellen ist, dass die Prioritäten weiterhin im Vordergrund stehen. Aufgrund dieser Erwägungen wurde für die **Sektion „WHO-Programme“** im Programmhaushaltentwurf 2010–2011 ursprünglich derselbe **Nominalwert** zugrunde gelegt, der im überarbeiteten Programmhaushalt 2008–2009 enthalten ist.

Im Dezember 2007 spiegelten die operativen Pläne für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 die Entwicklungen und gestiegenen Bedürfnisse wieder, die seit der Genehmigung des Programmhaushalts 2008–2009 durch die Sechzigste Weltgesundheitsversammlung zu verzeichnen waren. Dies war besonders in der Sektion „Partnerschaften“ offenkundig. In geringerem Ausmaß galt es jedoch auch für die Sektion „WHO-Programme“.

¹ Die Frage, welche Partnerschaften dem WHO-Programmhaushalt unterliegen sollten und welche von ihm auszuscheiden sind, wird noch kontrovers diskutiert.

Aufgrund dieser Analyse wird der Etat der **Sektion „WHO-Programme“** im Programmhaushaltentwurf 2010–2011 zunächst auf 3,888 Mrd. US-\$ festgesetzt, was gegenüber den operativen Plänen für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 keine Erhöhung darstellt. Die relative Verteilung zwischen dem Hauptbüro und den Regionen bleibt von dieser Mittelzuweisung unberührt. Diese strategische Entscheidung entspricht den Bemühungen des Generaldirektors, die Haushaltsdisziplin aufrechtzuerhalten und die Ausgaben zu beschränken, während gleichzeitig die Implementierungskapazitäten der WHO ausgebaut werden sollen.

Innerhalb dieses Gesamthaushalts hat die WHO (Länder, Regionen und Hauptbüro) Haushaltswürfe für die 13 Strategischen Ziele entwickelt. Für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 wurde die **Sektion „Partnerschaften und Kooperationen“** im Programmhaushalt auf 747 Mio. US-\$ festgesetzt. Für 2010–2011 beträgt sie bereits 1,05 Mrd. US-\$.

Auch für die **Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“** wird davon ausgegangen, dass es gegenüber 2008–2009 zu einer Erhöhung der Haushaltsmittel kommt. Da für diese Sektion jedoch nicht im Voraus abgeschätzt werden kann, welche Mittel benötigt werden, ist der entsprechende Etat noch nicht festgelegt worden. Der Finanzbedarf wird zu einem späteren Zeitpunkt zeitnah zur Implementierung des Programmhaushalts 2010–2011 geschätzt und den Leitungsgremien gemeldet. Allgemein werden die Leitungsgremien regelmäßig über die aktuellen haushaltsrelevanten Entwicklungen in der Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ unterrichtet.

Anhand von Tabelle 1 lässt sich erkennen, wie schwierig es ist, die Maßnahmen vorherzusagen, die die WHO bei Krankheitsausbrüchen und Krisen zu ergreifen hat. Aus der Tabelle geht ein kontinuierliches Haushaltswachstum im Bereich „Partnerschaften und Kooperationen“ hervor. Problematisch war im Rahmen des Verfahrens zur Festsetzung des Gesamthaushalts bislang, dass nicht eindeutig bestimmt werden konnte, welchen Anteil die Haushalte der Partnerschaften am Programmhaushalt einnehmen. Es wird zunehmend schwierig, die Haushalte zu vergleichen, die für Partnerschaften in verschiedenen Zweijahreszeiträumen festgesetzt werden, da sie in der Vergangenheit nicht klar abgegrenzt wurden und es durch die Schaffung neuer und das Zurücktreten bisheriger Partnerschaften zu Haushaltsverschiebungen kommt.

Tabelle 1: Ausgaben für die Programmhaushalte 2006–2007, 2008–2009 und den Programmhaushaltentwurf 2010–2011 geordnet nach Haushaltssektionen

Haushaltssektion	2006–2007	2008–2009		2010–2011
	Tatsächliche Ausgaben	Genehmigter Haushalt	Geänderter Haushalt	(vor Wechselkursbereinigungen)
WHO-Programme	2 103,2	3 741,7	3 888,4	3 888,0
Partnerschaften und Kooperationen innerhalb des Haushaltsrahmens	705,0	369,9	747,0	1 049,9
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	290,0	115,9	316,2	0,0
Insgesamt	3 098,2	4 227,5	4 951,6	4 937,9

Partnerschaften und Kooperationen kommt bei der Verwirklichung einiger Strategischer Ziele eine höhere Bedeutung zu. Innerhalb des Strategischen Ziels 1 betrifft der größte Einzelposten die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung mit 389 Mio. US-\$. Nähere Ausführungen zu den einzelnen Partnerschaften sind in den Übersichtstabellen 4 und 5 enthalten.

Tabelle 2: Programmhaushaltentwurf 2010–2011 nach Strategischen Zielen geordnet (unterteilt in Haushaltssektionen und verglichen mit dem genehmigten Programmhaushalt 2008–2009)

Strategische Ziele	Programmhaushalt 2008–2009 (WHO-Programme)		Programmhaushaltentwurf 2010–2011 (vor Wechselkursbereinigungen)				
	genehmigte WHO-Programme 2008–2009	geänderte WHO-Programme 2008–2009	Haushaltentwurf WHO-Programme 2010–2011	prozentuale Abweichung gegenüber genehmigtem Programmhaushalt 2008–2009	Partnerschaften und Kooperationen	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	Programmhaushalt 2010–2011 insgesamt
1	625,2	677,2	664,3	6,3	878,7	Hinweis keine	1 543,0
2	634,6	658,0	653,7	3,0	78,0	Angaben keine	731,7
3	158,1	157,1	161,8	2,3	-	Angaben keine	161,8
4	319,2	314,1	313,7	-1,7	40,5	Angaben	354,2
5	134,0	134,1	123,7	-7,7	3,0	Hinweis keine	126,7
6	162,1	167,9	164,1	1,2	13,0	Angaben keine	177,1
7	65,9	66,6	71,9	9,1	-	Angaben keine	71,9
8	130,5	136,6	145,5	11,5	1,2	Angaben keine	146,7
9	126,7	121,4	118,9	-6,2	-	Angaben keine	118,9
10	494,6	506,8	510,2	3,2	35,5	Angaben keine	545,7
11	134,0	161,9	160,7	19,9	-	Angaben keine	160,7
12	214,3	244,3	253,9	18,5	-	Angaben keine	253,9
13	542,4	542,4	545,6	0,6	-	Angaben	545,6
Insgesamt	3 741,6	3 888,4	3 888,0	3,9	1 049,9	Hinweis ¹	4 937,9

Auch wenn die Sektion „WHO-Programme“ für 2008–2009 denselben Nominalwert aufweist wie für 2010–2011, geht aus Tabelle 2 hervor, dass bei den Strategischen Zielen einige Anpassungen vorgenommen wurden, um die folgenden prioritären Ziele besonders zu berücksichtigen:

- die Strategischen Ziele 3 und 6 aufgrund der Billigung des Aktionsplans für die globale Strategie zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten durch die Einundsechzigste Weltgesundheitsversammlung²
- das Strategische Ziel 7 aufgrund der Empfehlungen der Kommission für soziale Gesundheitsfaktoren
- das Strategische Ziel 8 im Rahmen der Berücksichtigung des zusätzlichen Schwerpunkts Klimawandel
- das Strategische Ziel 10 zur Unterstützung der WHO bei der Wiederbelebung der primären Gesundheitsversorgung, die den Schwerpunkt des Weltgesundheitsberichts 2008 bildet
- das Strategische Ziel 11 zur Förderung der Präqualifikation und Qualitätskontrolle bei Medikamenten
- das Strategische Ziel 12 zur Bewältigung der steigenden Anzahl von Sitzungen der Leitungsgremien und der verstärkten Länderpräsenz

¹ Der Haushalt für den Bereich „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ wird zeitnah zur Implementierung festgelegt. Er wird niedrig angesetzt und dann wahrscheinlich im Laufe des Zweijahreszeitraums 2010–2011 erhöht.

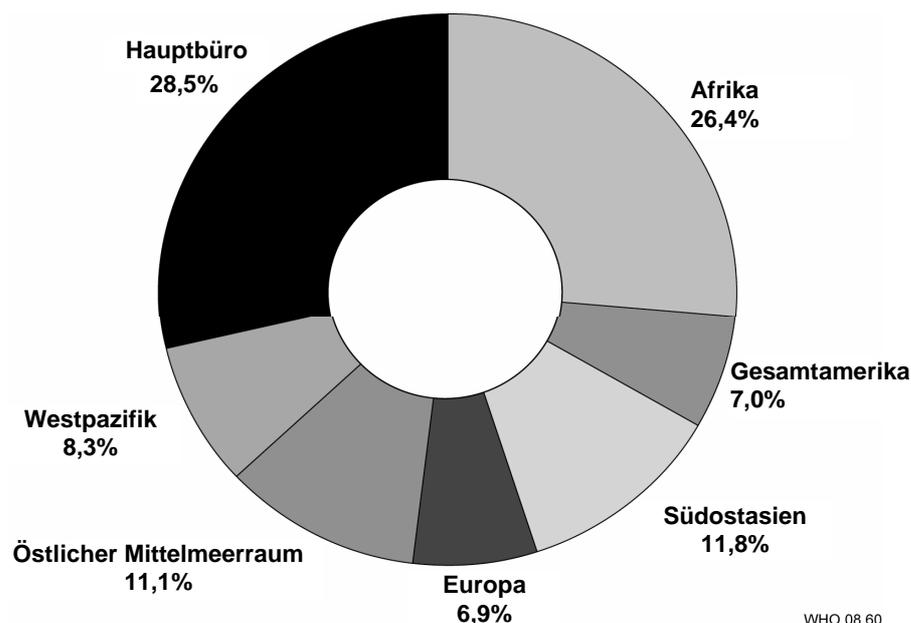
² Resolution WHA61.14.

In Übereinstimmung mit der Strategie der WHO, die direkte Unterstützung der Länder auf der regionalen und globalen Ebene angemessen abzusichern, wird der überwiegende Teil des Programmhaushalts in den Regionen und Ländern ausgegeben, während die Funktionen des Hauptbüros aufrechterhalten werden. Die Verteilung der insgesamt verfügbaren Ressourcen zwischen den Regionen/Ländern und dem Hauptbüro unterliegt weiterhin dem „70%–30%“-Grundsatz mit der Maßgabe, dass zwischen den Strategischen Zielen und den mit ihnen verbundenen Programmen Unterschiede bestehen können, die auf den Inhalt der betroffenen Programme zurückzuführen sind. In der Sektion „WHO-Programme“ hat sich die anteilmäßige Aufteilung der Haushaltsmittel unter den einzelnen Regionen nicht geändert. Die Aufteilung entspricht den regionalen Bedürfnissen sowie den Bandbreiten, die der vom Exekutivrat geprüfte Validierungsmechanismus für strategische Mittelzuweisung festlegt¹ (s. Abb. 1).

Tabelle 3: Programmhaushaltentwurf 2010–2011, geordnet nach den größeren Büros und nach Haushaltssektionen

Standort (Büro)	Genehmigter Programm- haushalt 2008–2009 insgesamt (in Mio. US-\$)	Programmhaushaltentwurf 2010–2011 (vor Wechselkursbereinigungen)		
		Programm- haushalt insgesamt	WHO-Programme (in Mio. US-\$)	Partnerschaften und Kooperationen
Afrika	1 193,9	1 451,0	1 026,0	425,0
Gesamtamerika	278,5	277,0	272,0	5,0
Südostasien	491,5	568,0	459,0	109,0
Europa	274,8	278,1	268,0	10,1
Östlicher Mittelmeerraum	465,0	485,4	433,0	52,4
Westpazifik	347,9	348,4	322,0	26,4
Hauptbüro	1 175,9	1 530,0	1 108,0	422,0
Insgesamt	4 227,5	4 937,9	3 888,0	1 049,9

Abbildung 1: Aufteilung der Haushaltsmittel für die Sektion „WHO-Programme“ zwischen den Regionen und dem Hauptbüro für 2010–2011 (ohne die Sektionen „Partnerschaften und Kooperationen“ und „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“)



¹ Siehe Dokument EBSS-EB118/2006/REC/1, Zusammenfassung der vierten Tagung, Abschnitt 4.

Mechanismen für die Finanzierung des Programmhaushalts 2010–2011

Die Strategischen Ziele 1 bis 11 werden sowohl durch Pflichtbeiträge als auch durch freiwillige Beiträge finanziert. Der Anteil der freiwilligen Beiträge am Gesamthaushalt nimmt jedoch kontinuierlich zu.

Bei den freiwilligen Beiträgen, die an die WHO geleistet werden, bestehen große Unterschiede im Hinblick auf die Bindung der Mittel an bestimmte Aktivitäten, die Vorhersehbarkeit der Beiträge und die Zeitpunkte, an denen sie gezahlt werden. Die freiwilligen Beiträge mit der geringsten Zweckbindung und der höchsten Vorhersehbarkeit sind selbstverständlich am besten geeignet, den Prioritäten und finanziellen Bedürfnissen der WHO gerecht zu werden. Je höher die Zweckbindung der freiwilligen Beiträge ist, desto schwieriger ist es für die WHO, alle Aspekte ihrer Tätigkeiten vollständig zu finanzieren.

Positiv zu vermerken ist die Tatsache, dass die Anzahl der Geber, die allgemeine freiwillige Beiträge zahlen, seit 2006 gestiegen ist. Es besteht die Hoffnung, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzen wird, wenn eine differenzierte Verwaltung der Mittel stattfindet und die Geber dem ergebnisorientierten Managementrahmen der WHO stärker vertrauen.

Allgemeine freiwillige Beiträge

Es wurde ein wichtiger Finanz- und Managementmechanismus eingerichtet: das **Konto für allgemeine freiwillige Beiträge**. Mit dem Konto werden die allgemeinen freiwilligen Beiträge verwaltet, die entweder gänzlich flexibel oder im Rahmen der Strategischen Ziele flexibel verwendet werden können. Durch das Konto wird gewährleistet, dass ausreichend Mittel für die Implementierung des Programmhaushalts vorhanden sind und auf diese Weise die Berücksichtigung der Strategischen Ziele und der Ergebnisse, die für die gesamte WHO erwartet werden, gesichert ist. Im Ergebnis führt dies zu einer besseren programmatischen Durchführung des gesamten Mittelfristigen Strategischen Plans. Die Aufsicht über das Konto für allgemeine freiwillige Beiträge obliegt der Beratungsgruppe für Finanzmittel. Gespräche mit den wichtigsten Gebern und Partnern haben gezeigt, dass dieser Mechanismus zunehmend befürwortet wird. Für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 sollen ca. 300 Mio. US-\$ derartiger geringfügig zweckgebundener Mittel bereitgestellt werden.

Allgemeine freiwillige Beiträge, die auf der Ebene der Ergebnisse, die für die gesamte WHO erwartet werden, genauer zugewiesen sind, nennt man „**zugewiesene allgemeine freiwillige Beiträge**“. Diese Beiträge werden durch die organisationsübergreifenden Fachprogramme und -netzwerke verwaltet, damit eine wirksame und rechtzeitige Verwirklichung der erwarteten Ergebnisse gewährleistet ist. Für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 werden die zugewiesenen allgemeinen freiwilligen Beiträge auf ca. 400 Mio. US-\$ geschätzt.

Die Kontrolle über die allgemeinen freiwilligen Beiträge liegt bei der Beratungsgruppe für Finanzmittel. Dieses aus leitenden Mitarbeitern der WHO bestehende Gremium überwacht die finanzielle und fachliche Umsetzung des Programmhaushalts und arbeitet Empfehlungen für die Generaldirektorin über die Mittelzuweisung innerhalb der Organisation aus.

Sonstige freiwillige Beiträge

Zusätzlich zu den allgemeinen freiwilligen Beiträgen in Höhe von insgesamt 700 Mio. US-\$ werden voraussichtlich 3,5 Mrd. US-\$ in Form besonderer Beiträge erzielt werden (Tabelle 5). Die Annahme, dass es der WHO gelingen wird, die geplanten freiwilligen Beiträge in der veranschlagten Höhe zu erreichen, erscheint angesichts der derzeitigen Entwicklungen gerechtfertigt.

Die Strategischen Ziele 12 und 13

Für eine erfolgreiche Implementierung des WHO-Programmhaushalts sind angemessene Mechanismen in den Bereichen Finanzen, Programme, Infrastruktur, Monitoring und Rechenschaftslegung erforderlich. Ein Teil der operativen Kosten dieser Mechanismen entfällt unmittelbar auf die Programme und ihre erwarteten Ergebnisse. Daher sind sie dem jeweiligen Haushalt der betroffenen Strategischen Ziele zugeordnet. Andere Verwaltungs- und Managementfunktionen sind jedoch festgelegt und können den Fachprogrammen nicht unmittelbar zugeordnet werden. Dazu zählen innerhalb des Strategischen Ziels 12 die Steuerungsmechanismen der WHO einschließlich der zahlreichen Sitzungen der Leitungsgremien. Diese umfassen sowohl die satzungsgemäßen Sitzungen als auch Zusammenkünfte, die sich neuen Fragestellungen widmen, wie z. B. die Sitzungen der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und

geistige Eigentumsrechte. Auch die Rechtsabteilung, das Amt des Ombudsmanns und das Büro des internen Prüfers sind vom Haushalt dieses Strategischen Ziels erfasst.

Außerdem sind im Strategischen Ziel 12 die Vorschriften enthalten, die die Vergütungen der leitenden Bediensteten des Sekretariats in der gesamten Organisation betreffen. Hierzu zählen die Vertreter der Länder, die Regionaldirektoren, die Direktoren für Programm-Management, die Beigeordneten Generaldirektoren und das Büro des Generaldirektors.

Das Strategische Ziel 13 beinhaltet die Kosten für Finanzmanagement, Informationstechnologie, personelle Ressourcen, Beschaffung, Planungs- und Erfolgsmanagement, Gebäudemanagement und Infrastruktur, Personalentwicklung und -weiterbildung und Sicherheit.

Da die WHO und ihr Haushalt in den vergangenen Jahren gewachsen ist, sind die Bereiche Management und Allgemeine Verwaltungsdienste erhöhten Anforderungen ausgesetzt. Um diese Anforderungen zu erfüllen, wurden verschiedene Maßnahmen zur Steigerung der Kosteneffizienz getroffen. Für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 sind weitere Schritte geplant. Es ist jedoch offenkundig, dass weitere Ressourcenkürzungen im Verwaltungsbereich dazu führen werden, dass die WHO bei der Verwirklichung ihrer fachlichen Ziele beeinträchtigt wird.

Ein Teil der freiwilligen Beiträge, die „**Programmunterstützungskosten**“, wird zur Deckung der Kosten verwendet, die bei der Implementierung und Finanzierung der allgemeinen Verwaltungsdienste anfallen, auf denen die wirksame Umsetzung der erwarteten Ergebnisse aller Strategischen Ziele beruht. In Übereinstimmung mit den Befugnissen, die dem Generaldirektor sowohl in der Finanzordnung als auch in den Resolutionen der Gesundheitsversammlung eingeräumt werden, werden Programmunterstützungskosten in Höhe von 13% erhoben, um die Haushaltsanforderungen der Strategischen Ziele 12 und 13 und diese indirekten Kosten zu decken. In der Praxis hat sich jedoch herausgestellt, dass das angestrebte Ziel von 13% nicht eingehalten werden kann. Dies ist auf zahlreiche Ausnahmeregelungen zurückzuführen, einschließlich standardmäßig reduzierter Kosten für Notfälle und Krisen und für das Programm zur Bekämpfung von Poliomyelitis, sowie die allgemeine Forderung nach einer Senkung der Programmunterstützungskosten der Vereinten Nationen. Der derzeitige durchschnittliche Beitreibungssatz beträgt nur 7% der gesamten freiwilligen Beiträge. Dies hat eine Finanzierungslücke bei den Strategischen Zielen 12 und 13 zur Folge.

Aufgrund der erweiterten Aktivitäten der WHO sind die Kosten gestiegen, die mit der Erbringung von Verwaltungsdiensten verbunden sind. Der Kostenanstieg wurde durch den sinkenden Dollarkurs verstärkt. Besonders kritisch ist dies für die Finanzierung der Unterstützungsfunktionen, da im Schweizer Hauptbüro hohe Kosten anfallen und diese auf Schweizer Franken lauten. Mehrere Regionalbüros sind in einer ähnlichen Lage, wenngleich sie in unterschiedlichem Ausmaß betroffen sind. Daher werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 die beiden nachstehenden Instrumente verwendet, mit denen die Finanzierungslücke geschlossen werden soll.

- Ein steigender Anteil der Pflichtbeiträge wird für die Strategischen Ziele 12 und 13 verwendet werden. An allen Standorten sollte mindestens 60% des Haushalts dieser beiden Strategischen Ziele durch Pflichtbeiträge finanziert werden.
- Es wird ein Mechanismus für allgemeine Verwaltungskosten eingeführt. Anfangs werden diese Kosten mit 2,5% veranschlagt. Diese Einnahmequelle ist in den Haushalten der Strategischen Ziele 1 bis 11 enthalten. Sie dient der Finanzierung der folgenden organisationsweiten Management- und Verwaltungsaufgaben: allgemeine Aufwendungen der Vereinten Nationen einschließlich Sicherheit; Immobilien, Wechselkurssicherung; Global Service Centre; Versicherungskosten und weltweite IT-Kosten.

Anpassungen an Wechselkursschwankungen

Soweit Ausgaben, die durch Dollareinnahmen finanziert werden, unverändert bleiben, müssen die Einnahmen nach oben angepasst werden. Zu diesem Zweck kann ein entsprechender Betrag in lokalen Währungen aufgekauft werden. Die Ausgaben der WHO fallen in vielen verschiedenen Währungen an. Soweit die Ausgaben durch Einnahmequellen, die auf US-Dollar lauten (Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge in US-Dollar), finanziert werden, werden die Dollar-Kosten dieser Ausgaben im Zweijahreszeitraum 2010–2011 höher sein als im Zweijahreszeitraum 2008–2009. Damit setzt sich der Trend der letzten drei Zweijahreszeiträume fort.

Tabelle 4: Geschätzte Auswirkungen von Wechselkursänderungen auf den Programmhaushalt 2010–2011 im Vergleich zum Wechselkurs, der für den Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 zugrunde gelegt wurde

	Wechselkurs Mai 2006	Auswirkungen von Wechselkurs- änderungen <i>(in Mio. US-\$)</i>	Wechselkurs Ju- ni 2008
auf US-\$ lautende Komponente des Gesamt- haushalts			
Pflichtbeiträge	929		
freiwillige Beiträge	1 077		
Zwischensumme US-\$ finanzierter Beiträge	2 006	301	2 307 ¹
Finanzmittel in sonstigen Währungen	2 932		2 932
Programmhaushalt insgesamt	4 938		5 239

Kursverlust des US-\$ als gewichteter Durchschnittswert der WHO-Zahlungsströme 15%²

Tabelle 4 veranschaulicht die folgenden Berechnungen:

i) den Gesamtbetrag, den auf US-Dollar lautende Einnahmen am Gesamthaushalt einnehmen. Dabei werden die auf US-Dollar lautenden geplanten Pflichtbeiträge und voraussichtlichen Vereinbarungen mit den Gebern zugrunde gelegt.

ii) Der gewichtete durchschnittliche Kursverlust des US-Dollar gegenüber der Währung, in der Ausgaben in den jeweiligen größeren WHO-Büros anfallen. Die Wechselkurse, die für die Berechnung des Kursverlustes zugrunde gelegt werden, beziehen sich auf die Wechselkurse, die einerseits zum Zeitpunkt des Programmhaushaltsentwurfs 2008–2009 und andererseits im Juni 2008 galten. Die Berechnungen basieren auf der Prämisse, dass die im Juni 2008 geltenden Wechselkurse während des Zweijahreszeitraums 2010–2011 weitgehend unverändert bleiben. Da jedoch weitere Wechselkursänderungen stattfinden werden und künftige Wechselkurse nicht genau vorhergesagt werden können, wird vorgeschlagen, dass diese Berechnungen erneut geprüft werden, falls es vor endgültiger Fertigstellung des Programmhaushalts 2010–2011 zu erheblichen Wechselkursänderungen kommen sollte.

iii) Die standortspezifischen Wechselkursänderungen wurden in Übereinstimmung mit der geplanten prozentualen Aufteilung des Gesamthaushalts zwischen den Büros gewichtet.

Gemäß Tabelle 4 muss ein Betrag in Höhe von 301 Mio. US-\$ aufgebracht werden, damit der absolute (nominale) Wert der Ausgaben, die im Zweijahreshaushalt 2008–2009 in lokalen Währungen veranschlagt wurden, in der gesamten Organisation aufrechterhalten werden kann. Dabei wurden tätigkeitsbezogene Kostensteigerungen und Gehaltserhöhungen, die sich auf die Inflation auswirken, **nicht** berücksichtigt. Da sich die weltweite Inflationsrate in einem stark ansteigenden Kurs befindet (nach Angaben der Weltbank beläuft sich die derzeitige weltweite Inflationsrate auf 5,7%), ist auch der Betrag von 301 Mio. US-\$ bei weitem nicht ausreichend, um im Zweijahreszeitraum 2010–2011 den realen Wert aufrechtzuerhalten, den der WHO-Haushalt im laufenden Zweijahreszeitraum festlegt.

¹ Die Auswirkungen von Wechselkursänderungen werden nur für die Komponente der Gesamteinnahmen geschätzt, die auf US-Dollar lautet und für die Ausgaben in der Währung des jeweiligen größeren Büros anfallen. Bei der Schätzung wird der Anteil berücksichtigt, den die Komponente am Gesamthaushalt einnimmt. Beispielsweise beträgt der Anteil, den auf US-Dollar lautende Einnahmen am Haushalt des Hauptbüros einnehmen, 28,5% bzw. 572 Mio. US-\$ des Gesamtbetrags in Höhe von 2,006 Mrd. US-\$. Mit diesen Finanzmitteln werden Ausgaben beglichen, die auf Schweizer Franken lauten oder vom Schweizer Franken abhängig sind (z. B. Gehälter der Bediensteten der Berufskategorie).

² Kursverlust, der für den Zeitraum zwischen Mai 2006 als dem Zeitpunkt des Entwurfs des Programmhaushalts 2008–2009 und Juni 2008 berechnet wurde. Diese Analyse schließt weitere potenzielle Wechselkurskosten aus, die mit dem Wertverlust sonstiger Währungen, auf die signifikante Einnahmen lauten, gegenüber Währungen (insbesondere britisches Pfund), auf die Ausgaben lauten, verbunden sind.

Geplante Einnahmen für den Programmhaushalt 2010–2011

Überträgt man den Betrag in Höhe von 301 Mio. US-\$ auf die Ebene des genehmigten Gesamtprogrammhaushalts 2008–2009, so ist eine zusätzliche Erhöhung von 7,1% erforderlich, um den Nominalwert aufrechtzuerhalten. Es wird vorgeschlagen, diese Erhöhung in gleichem Ausmaß auf Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge anzuwenden, damit das Verhältnis gewahrt wird, in dem die verschiedenen Finanzierungsquellen zueinander stehen. Für Pflichtbeiträge führt dies zu einem Zusatzbetrag von 56,6 Mio. US-\$.

Somit wird für die Pflichtbeiträge des Zweijahreszeitraums 2010–2011 ein Nominalbetrag von 985,4 Mio. US-\$ veranschlagt. Für freiwillige Beiträge wird eine Summe in Höhe von 4,2535 Mrd. US-\$ benötigt. Dies ergibt einen Gesamthaushalt in Höhe von 5,2389 Mrd. US-\$.

Sonstige Einnahmen, die vor allem auf Zinseinnahmen aus Pflichtbeiträgen, der Beitreibung ausstehender Pflichtbeiträge und bis Jahresende nicht verwendeten Pflichtbeiträgen beruhen, sind nicht mehr im Programmhaushalt enthalten, sondern werden stattdessen auf der Grundlage des tatsächlichen Einkommens, das in dem auf die Einkommensermittlung folgenden Jahr verfügbar ist, von den Mitgliedstaaten gesondert bereitgestellt. Typischerweise sind die sonstigen Einnahmen schwer zu schätzen, da sie aus zahlreichen, nicht vorhersehbaren Quellen stammen. Daher ist es schwierig, die sonstigen Einnahmen bei der Haushaltsplanung zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Programmhaushaltsentwurf 2010–2011: Einnahmequellen verglichen mit den tatsächlichen Ausgaben im Zweijahreszeitraum 2006–2007 und dem genehmigten Programmhaushalt 2008–2009

Einnahmequelle	Tatsächliche Ausgaben 2006–2007		Genehmigter Programm- haushalt 2008–2009		Programmhaushalts- entwurf 2010–2011		Programmhaushalts- entwurf 2010–2011 (wechselkursbereinigt)	
	(in Mio. US-\$)	%	(in Mio. US-\$)	%	(in Mio. US-\$)	%	(in Mio. US-\$)	%
Pflichtbeiträge	863,3		928,8		928,8		985,4	
Sonstige Einnahmen	35,3		30,0		0,0		0,0	
Pflichtbeiträge insgesamt	898,6	29,0	958,8	22,7	928,8	18,8	985,4	18,8
Flexible allgemeine freiwillige Beiträge	150,0		300,0		300,0		300,0	
Zugewiesene allgemeine freiwillige Beiträge	220,0		300,0		400,0		400,0	
Besondere freiwillige Beiträge	1 829,6		2 668,7		3 309,1		3 553,5	
Freiwillige Beiträge insgesamt	2 199,6	71,0	3 268,7	77,3	4 009,1	81,2	4 253,5	81,2
Finanzierung insgesamt	3 098,2	100,0	4 227,5	100,0	4 937,9	100,0	5 238,9	100,0

Die wechselkursbedingten Anpassungen werden zeitnah zur Implementierung zwischen dem Hauptbüro und den Regionen aufgeteilt und dabei werden die Wirkungen berücksichtigt, die die Wechselkurschwankungen am jeweiligen Standort haben.

Der Gesamtbetrag der Finanzmittel umfasst auch die 1,0499 Mrd. US-\$, die der Haushalt für Partnerschaften und Kooperationen vorsieht und die voraussichtlich aus besonderen freiwilligen Beiträgen finanziert werden (s. Tabelle 1).

Überwachung des Programmhaushalts

Für eine angemessene Implementierung des Programmhaushalts und für die Überarbeitung der Konzepte und Strategien ist es wichtig, dass die erzielten Fortschritte kontrolliert und bewertet werden. Bei der Kontrolle und Bewertung des Programmhaushalts handelt es sich um organisationsübergreifende Verfahren, die nach 12 Monaten – nach Ablauf des halben Zweijahreszeitraums – (Zwischenprüfung) sowie am Ende des Zweijahreszeitraums (Erfolgskontrolle des Programmhaushalts) durchgeführt werden. Die Dokumente, die im Rahmen der Prüfung und der Erfolgskontrolle verfasst werden, werden den Leitungsgremien zur Stellungnahme übermittelt.

Bei der Zwischenprüfung wird kontrolliert und bewertet, inwiefern die erwarteten Ergebnisse erreicht werden. Auf diese Weise können Korrekturen vorgenommen werden, so dass in der Implementierungsphase inhaltliche Änderungen und Ressourcenumverteilungen erfolgen können. Anhand farblicher Bewertungen (rot, gelb oder grün) lässt sich ablesen, inwieweit die einzelnen Strategischen Ziele die erwarteten Ergebnisse zum Zeitpunkt der Zwischenprüfung erreichen. Der Zwischenbericht beschreibt auch die Hindernisse, Probleme und Risiken sowie die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um die Verwirklichung der erwarteten Ergebnisse sicherzustellen.

Die Erfolgskontrolle des Programmhaushalts, die am Ende des Zweijahreszeitraums durchgeführt wird, enthält eine umfassende Bewertung der Leistungen jeder Organisationsebene und der Organisation insgesamt, einschließlich der Zielvorgaben, die für die erwarteten Ergebnisse anhand von Indikatoren festgelegt werden. Bei der Erfolgskontrolle werden die tatsächlichen Fortschritte mit den erwarteten Ergebnissen verglichen und es werden Schlussfolgerungen für die Planung des nächsten Zweijahreszeitraums gezogen. Die Analysen bilden eine wichtige Informationsgrundlage für die folgenden Programmhaushalte und für etwaige Überarbeitungen des Mittelfristigen Strategieplans. Bei der Erfolgskontrolle für den Zweijahreszeitraum 2006–2007 wurden die bisherigen Erfahrungen analysiert. Diese wurden anschließend bei der Formulierung des Programmhaushaltsentwurfs 2010–2011 berücksichtigt.

Die Indikatoren, die der Mittelfristige Strategieplan 2008–2013 für alle erwarteten Ergebnisse der gesamten WHO festlegt, wurden sorgfältig und systematisch überprüft, um mehr Transparenz zu schaffen, die Messbarkeit der Erfolge zu verbessern und das Berichtswesen zu optimieren. Die meisten Indikatoren wurden überarbeitet. Einige Indikatoren wurden ersetzt, weil man der Auffassung war, dass sie sich nicht für die Messung des festgelegten Ergebnisses eignen. Auf allen Ebenen der WHO werden die Indikatoren schrittweise überarbeitet und kontrolliert. Die Aktivitäten, die im laufenden Zweijahreszeitraum unternommen werden, werden darüber hinaus verbesserte Verfahren und Instrumente für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 zur Folge haben.

STRATEGISCHES ZIEL 1¹

Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels betrifft die Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Bekämpfung, Eliminierung und Eradikation von übertragbaren Krankheiten, von denen die einkommensschwachen und benachteiligten Bevölkerungsschichten überproportional betroffen sind. Zu diesen Krankheiten zählen: Durch Impfung vermeidbare Krankheiten, Tropenkrankheiten, Zoonosen und Krankheiten mit Epidemiepotenzial, mit Ausnahme von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategische Ziele 2, 3, 4, 6 und 9: integrierte Krankheitsbekämpfung, Überwachung von Risikofaktoren und Harmonisierung von Forschungsvorhaben;
- Strategisches Ziel 5: gegenseitige Unterstützung im operativen Bereich und auf dem Gebiet der Gesundheitssicherheit;
- Strategisches Ziel 8: Einführung angemessener Lösungen für die Abfallentsorgung im Gesundheitswesen;
- Strategisches Ziel 9: Aspekte der Wasserver- und Abwasserentsorgung in Verbindung mit Zoonosen;
- Strategisches Ziel 10: Umsetzung von Programmen durch nachhaltige Finanzierung der Gesundheitssysteme;
- Strategisches Ziel 11: Zugang zu sicheren und wirksamen Impfstoffen, Arzneimitteln und Interventionen und Qualitätssicherung in Bezug auf Diagnostik und Labordienstleistungen.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- Effektive Zusammenarbeit mit den GAVI-Partnern
- Globale Initiative zur Eradikation der Poliomyelitis
- Partnerschaften zur Bekämpfung vernachlässigter Tropenkrankheiten
- Sonderprogramm zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten
- Partnerschaften im Bereich der Impfstoffforschung
- Trilaterale Vereinbarung zwischen WHO, FAO und OIE über die Bekämpfung der Vogelgrippe und anderer neuer Krankheiten

¹ [Hinweis für die Leser der deutschen Übersetzung: Auf die im englischen Original vorgenommene Hervorhebung veränderter Textpassagen durch Unterstreichung wurde hier verzichtet, da diese Unterstreichungen der Kennzeichnung der Veränderungen gegenüber der auf der Weltgesundheitsversammlung 2007 verabschiedeten Textfassung dienen, von der es keine deutsche Übersetzung gibt. Übersetzt wurde damals lediglich der Programmhauptentwurf.]

1.6 Unterstützung von Mitgliedstaaten beim Aufbau der in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) geforderten Mindestkapazitäten für die Schaffung bzw. Stärkung von Alarm- und Reaktionssystemen für Epidemien und andere gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite.	INDIKATOREN						
	1.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Bewertung der erforderlichen Kapazitäten für Überwachungs- und Reaktionsmaßnahmen gemäß ihren Verpflichtungen nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) abgeschlossen und auf dieser Grundlage einen nationalen Aktionsplan entwickelt haben				1.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten, deren nationales Laborsystem an mindestens einem externen Qualitätskontrollprogramm für übertragbare Krankheiten mit Epidemiepotenzial beteiligt ist		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	180				135		
	EINZELZIELE FÜR 2011						
				160			
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							64,2

1.7 Mitgliedstaaten und internationale Staatengemeinschaft sollen durch Entwicklung und Umsetzung von Instrumenten, Methodologien, Praktiken, Netzwerken und Partnerschaften für Prävention, Aufdeckung, Vorsorge und Intervention in die Lage versetzt werden, die Aufdeckung, Bewertung, Bekämpfung und Bewältigung der wichtigsten Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial (z.B. Influenza, Meningitis, Gelbfieber, hämorrhagisches Fieber, Pest und Pocken) zu gewährleisten.	INDIKATOREN						
	1.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Bereitschaftspläne und Standardverfahren zur Vorsorge für bzw. Bewältigung von Krankheiten mit erheblichem Epidemiepotenzial verfügen				1.7.2 Zahl der internationalen Koordinationsmechanismen für die Bereitstellung von lebenswichtigen Impfstoffen, Arzneimitteln und Geräten für Masseninterventionen gegen die wichtigsten Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	135				7		
	EINZELZIELE FÜR 2011						
165				8			
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							163,3

1.8 Koordinierung und schnelle Bereitstellung von regionalen und globalen Kapazitäten für die Mitgliedstaaten zur Aufdeckung, Bestätigung, Einschätzung und Bekämpfung von Epidemien und anderen gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite.	INDIKATOREN						
	1.8.1 Zahl der WHO-Standorte, bei denen das Globale Ereignismanagementsystem eingeführt wurde, um Hauptbüro sowie Regional- und Länderbüros bei der Koordination von Risikobewertung und -kommunikation sowie bei Einsätzen vor Ort zu unterstützen	1.8.2 Anteil der Hilfsersuchen der Mitgliedstaaten, bei denen die WHO koordinierte internationale Unterstützung für die Untersuchung und Eindämmung der Krankheit, die nähere Beschreibung von Ereignissen sowie eine nachhaltige Eindämmung von Ausbrüchen leistet					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	60	100%					
	EINZELZIELE FÜR 2011						
90	100%						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							60,3

1.9 Effektive Gegenmaßnahmen der Mitgliedstaaten und der internationalen Staatengemeinschaft bei erklärten Notlagen, die durch Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial hervorgerufen werden.	INDIKATOREN						
	1.9.1 Anteil der durch Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial hervorgerufenen erklärten Notlagen, bei denen rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							-

STRATEGISCHES ZIEL 2

Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels befasst sich mit folgenden Bereichen: Verstärkung und Verbesserung der Interventionen zur Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie zur Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten mit dem Ziel der Schaffung eines allgemeinen Zugangs zu diesen, insbesondere für stark betroffene Bevölkerungsschichten und benachteiligte Gruppen; Förderung einschlägiger Forschungsarbeiten; Überwindung von Hindernissen, die den Zugang zu Interventionen sowie deren Nutzung und Qualität beeinträchtigen; und Beiträge zu einer umfassenderen Stärkung der Gesundheitssysteme.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategisches Ziel 1: insbesondere Durchführung von Interventionen; Stärkung der Forschungskapazitäten und Verbesserung des Zugangs zu neuen Strategien und Instrumenten (z. B. Impfstoffen); Stärkung der Kontroll- und Überwachungssysteme für übertragbare Krankheiten;
- Strategisches Ziel 3: insbesondere Arbeit in Bezug auf HIV und psychische Gesundheit;
- Strategisches Ziel 4: insbesondere Unterstützung der Erforschung und Entwicklung neuer Instrumente und Interventionen; Erfüllung der spezifischen Bedürfnisse von Kindern sowie von Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter; Konzipierung und Realisierung geschlechtsspezifischer Interventionen; und Bekämpfung sexuell übertragener Krankheiten;
- Strategisches Ziel 6: insbesondere Prävention von Tabakkonsum und Klärung seiner Auswirkungen auf Tuberkulose; und Prävention von unsicheren Sexualpraktiken;
- Strategisches Ziel 7: insbesondere Arbeit zu Konzepten, durch die Chancengleichheit, Umverteilung und Geschlechtergerechtigkeit sowie ethische und menschenrechtliche Aspekte gefördert werden;
- Strategisches Ziel 8: insbesondere Bereich Umwelt und Gesundheit in Verbindung mit Malaria;
- Strategisches Ziel 9: insbesondere Arbeit im Bereich Ernährung in Verbindung mit HIV/Aids;
- Strategisches Ziel 10: insbesondere zur Organisation, Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen; Stärkung der personellen Kapazitäten, integrierte Ausbildung und Ausweitung von Anbieternetzen; Arbeit zur Minimierung des Risikos von katastrophalen finanziellen Folgen und Verarmung aufgrund von Selbstbeteiligung an Gesundheitsausgaben;
- Strategisches Ziel 11: speziell die Arbeit im Bereich unentbehrliche Arzneimittel, medizinische Produkte und Technologien zur Prävention bzw. Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria;
- Strategisches Ziel 12: speziell Arbeit im Bereich Gesundheitswissen und Argumentationshilfen für die Mitgliedstaaten.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- HIV-Impfstoffinitiative (einschließlich AAVP)
- Sonderprogramm zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- Sonderprogramm zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
242,0	48,2	105,0	30,5	52,0	53,0	201,0	731,7

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

<p>2.1 Entwicklung von Leitlinien und politischen, strategischen und anderen Instrumenten für die Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie die Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten, einschließlich innovativer Konzepte zur Ausdehnung der Leistungsversorgung für die ärmeren, schwer erreichbaren und anfälligen Bevölkerungsgruppen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>2.1 Zahl der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die für antiretrovirale Therapie und Präventionsmaßnahmen gegen Mutter-Kind-Übertragung einen Versorgungsgrad von 80% erreicht haben</p>	<p>2.1.2 Anteil der endemischen Länder, die ihre nationalen Interventionsziele für Malaria erreicht haben</p>	<p>2.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die für Tuberkulose die Ziele einer Fallaufdeckungsrate von mindestens 70% und einer Behandlungserfolgsrate von mindestens 85% erreicht haben</p>	<p>2.1.4 Anteil der Mitgliedstaaten mit hoher Belastung, die das Ziel erreicht haben, mindestens 70% der Patienten mit sexuell übertragbaren Infektionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung zu diagnostizieren, zu behandeln und zu beraten</p>			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							146,8

<p>2.2 Konzeptionelle und fachliche Unterstützung der Länder bei der Verstärkung und geschlechtsspezifisch differenzierten Bereitstellung von Interventionen zur Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria und zur Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten, einschließlich integrierter Schulungsmaßnahmen und Leistungserbringung; Ausweitung des Netzwerks der Leistungsanbieter; und Ausbau der Laborkapazitäten und Verbes-</p>	INDIKATOREN						
	<p>2.2.1 Zahl der Zielländer, die umfassende Konzepte und mittelfristige Pläne zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria entwickelt haben</p>				<p>2.2.2 Anteil der Länder mit hoher Belastung, die vom Leistungserbringer initiierte HIV-Untersuchungen und Beratungsangebote zu sexuell übertragbaren Infektionen sowie Angebote der Familienplanung überwachen</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						

serung der Verbindungen zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung wie sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Müttern, Säuglingen und Kindern, sexuell übertragene Infektionen, Ernährung, Suchtbehandlung, Versorgung von Atemwegserkrankungen, vernachlässigte Krankheiten und umweltbezogener Gesundheitsschutz.							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamtamerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							235,3

<p>2.3 Globale Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung für Konzepte und Programme, die einen chancengleichen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Diagnoseverfahren und Gesundheitstechnologien von gesicherter Qualität für die Prävention und Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie ihres vernünftigen Gebrauchs bzw. ihrer sinnvollen Verschreibung fördern und eine ununterbrochene Versorgung mit Diagnostika, sicherem Blut und sicheren Blutprodukten und anderen unentbehrlichen Gesundheitstechnologien und -artikeln gewährleisten.</p>	INDIKATOREN						
	2.3.1 Zahl der entwickelten bzw. weiterentwickelten globalen Normen und Qualitätsstandards bei Arzneimitteln und Diagnostika für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria	2.3.2 Zahl vorrangiger Medikamente und Diagnostika für die Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, die bewertet und zur Beschaffung durch die Vereinten Nationen präqualifiziert sind	2.3.3 Zahl der Zielländer, die im Rahmen der nationalen pharmazeutischen Systeme Unterstützung zwecks Verbesserung des Zugangs zu bezahlbaren unentbehrlichen Medikamenten gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria anbieten (die Zahl der Zielländer wird für den gesamten Sechsjahreszeitraum festgelegt)	2.3.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die qualitätsgesicherte Untersuchungen aller Blutspenden auf HIV/Aids durchführen	2.3.5 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen alle Injektionen mit sterilen Einwegspritzen durchgeführt werden		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamtamerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							73,3

<p>2.4 Stärkung und Ausweitung der globalen, regionalen und nationalen Überwachungs-, Bewertungs- und Kontrollsysteme mit dem Ziel, die Fortschritte bei der Zielerfüllung sowie die entsprechenden Mittelzuweisungen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zu beobachten und die Wirkung der Bekämpfungsmaßnahmen und die Entwicklung von Arzneimittelresistenzen zu bestimmen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>2.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO jährlich Daten über die Überwachung, Kontrolle oder Mittelzuweisung zur Verwendung in den globalen Jahresberichten über die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria übermitteln</p>	<p>2.4.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO Daten aus der Überwachung von Arzneimittelresistenzen bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose oder Malaria übermitteln</p>					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							100,5

<p>2.5 Anhaltendes politisches Engagement und Sicherung der Beschaffung von Ressourcen durch Überzeugungsarbeit sowie Unterhaltung von Partnerschaften in den Bereichen HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose auf nationaler, regionaler und globaler Ebene; ggf. Unterstützung der Länder bei der Entwicklung bzw. Stärkung und Umsetzung von Mechanismen für Mittelbeschaffung und -verwendung und bei der Erhöhung des Aufnahmevermögens für die verfügbaren Mittel; verstärkte Einbindung der Gemeinschaften und der Betroffenen, um Reichweite und Durchschlagskraft der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zu maximieren.</p>	INDIKATOREN						
	<p>2.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten mit funktionsfähigen Koordinierungsmechanismen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria</p>	<p>2.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Gesellschaft, die Patienten selbst, Organisationen der Zivilgesellschaft sowie die Privatwirtschaft in die Planung, Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von HIV/Aids-, Tuberkulose- und Malaria-Programmen einbeziehen</p>					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							62,7

<p>2.6 Entwicklung und Validierung neuer Erkenntnisse, Interventionsinstrumente und Strategien, die die vorrangigen Anforderungen an die Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria erfüllen, und allmähliche Übernahme der Führungsrolle auf diesem Gebiet der Forschung durch Wissenschaftler aus Entwicklungsländern.</p>	INDIKATOREN							
	<p>2.6.1 Zahl der neuen und verbesserten Instrumente (z. B. Arzneimittel, Impfstoffe und Diagnostika), deren Anwendung bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose oder Malaria international anerkannt ist</p>		<p>2.6.2 Zahl der neuen und verbesserten Interventionen und Umsetzungsstrategien für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, deren Effektivität festgestellt wurde und über die im Hinblick auf Grundsatzentscheidungen Erkenntnisse an die zuständigen Institutionen weitergegeben wurden</p>			<p>2.6.3 Anteil der fachlich begutachteten Publikationen, die aus von der WHO unterstützten Forschungsarbeiten über HIV, Tuberkulose und Malaria resultieren und deren Erstautor einer Institution angehört, die in einem Entwicklungsland angesiedelt ist</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010							
	EINZELZIELE FÜR 2011							
Etat [in Tausend US-£]								
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT	
							113,1	

STRATEGISCHES ZIEL 3

Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels befasst sich mit folgenden Bereichen: Konzeptentwicklung; Umsetzung von Programmen; Kontrolle und Evaluation; Stärkung von Gesundheits- und Rehabilitationssystemen und -angeboten; Umsetzung von Präventionsprogrammen und Kapazitätsaufbau im Bereich der chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Krebs; chronische Atemwegserkrankungen; Diabetes; Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens, einschließlich Erblindung; genetische Störungen; psychische, verhaltensbezogene und neurologische Gesundheitsstörungen, einschließlich durch den Gebrauch psychotroper Substanzen bedingter Gesundheitsprobleme; Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen, Verbrennungen, Vergiftungen, Stürzen, Gewalt in Familie, Wohnumfeld oder zwischen organisierten Gruppen; Tod durch Ertrinken; und Behinderungen jedweder Ursache).

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategisches Ziel 6: bevölkerungsweite Konzepte für die Bekämpfung von Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch, ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel als Risikofaktoren; und Konzepte, die auf durch diese Faktoren stark gefährdete Personen oder auf die Prävention anderer Risikofaktoren ausgerichtet sind.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010-2011 [in Tausend US-\$]

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
21,0	11,8	16,0	13,5	19,0	17,0	63,5	161,8

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

3.1 Überzeugungsarbeit und Unterstützung mit dem Ziel, das politische, finanzielle und fachliche Engagement in den Mitgliedstaaten für die Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, psychischer und verhaltensbezogener Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Behinderungen wie auch Sehstörungen (einschließlich Erblindung) zu erhöhen.	INDIKATOREN						
	3.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Gesundheitsministerien über eine Ansprechperson oder Dienststelle für Verletzungs- und Gewaltprävention mit eigenem Etat verfügen	3.1.2 Veröffentlichung und Verbreitung des <i>Weltgesundheitsberichts über Behinderung und Rehabilitation</i> im Einklang mit Resolution WHA58.23	3.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Etat für den Bereich psychische Gesundheit mehr als 1% des gesamten Gesundheits-etats ausmacht	3.1.4 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Gesundheitsministerien oder entsprechende nationale Gesundheitsbehörden über eine personell und finanziell adäquat ausgestattete Dienststelle für die Prävention und Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten verfügen			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							35,6

3.2 Orientierungshilfe und Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, Strategien und Vorschriften in Bezug auf chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische und neurologische Störungen sowie Gewalt, Verletzungen und Behinderungen wie auch Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN						
	3.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Pläne für die Prävention von Unfallverletzungen oder Gewalt verfügen	3.2.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die den Prozess der Entwicklung einer psychischen Gesundheitspolitik oder eines entsprechenden Gesetzes eingeleitet haben	3.2.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die über eine sektorübergreifende nationale Politik zur Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten verfügen	3.2.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die umfassende nationale Pläne zur Prävention von Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens durchführen			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							31,7

3.3 Verbesserung der Fähigkeit der Mitgliedstaaten zur Erhebung, Analyse, Verbreitung und Verwendung von Daten über Ausmaß, Ursachen und Folgen von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und neurologischen Störungen, von Gewalt, Verletzungen und Behinderung sowie von Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN						
	3.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO während des Zweijahreszeitraums eine vollständige Bewertung ihrer nationalen Präventionspolitik in Bezug auf Straßenverkehrsunfälle übermittelt haben	3.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die ein Dokument mit landesweiten Daten über Prävalenz und Inzidenz von Behinderungen veröffentlicht haben	3.3.3 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, in denen die grundlegenden Indikatoren für psychische Gesundheit jährlich erfasst werden	3.3.4 Anteil der Mitgliedstaaten, die über ein nationales Gesundheitssystem verfügen und Jahresberichte erstellen, in denen Indikatoren für die vier wichtigsten chronischen nichtübertragbaren Krankheiten berücksichtigt werden	3.3.5 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Belastung durch Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens anhand von bevölkerungsbasierten Untersuchungen dokumentieren		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							22,0

3.4 Verbesserung der von der WHO zusammengestellten Evidenz über die Kosteneffektivität von Interventionen zur Bekämpfung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen, neurologischen und durch Substanzmissbrauch bedingten Störungen und von Gewalt, Verletzungen und Behinderung sowie von Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN						
	3.4.1 Verfügbarkeit von evidenzbasierten Empfehlungen über die Kosteneffektivität von Interventionen für das Krankheitsmanagement bei ausgewählten psychischen, verhaltensbezogenen oder neurologischen Störungen, einschließlich durch Substanzmissbrauch bedingter Störungen				3.4.2 Verfügbarkeit von evidenzbasierten Empfehlungen oder Leitlinien über die Wirksamkeit oder Kosteneffektivität von Interventionen zur Prävention und Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							21,7

3.5 Orientierungshilfe und Unterstützung für Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung von sektorübergreifenden bevölkerungsweiten Programmen zur Förderung von psychischer Gesundheit und zur Prävention von psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN						
	3.5.1 Zahl der veröffentlichten und allgemein verbreiteten Leitlinien über sektorübergreifende Interventionen zur Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen	3.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die während des Zweijahreszeitraums bürger-nahe Projekte durchgeführt haben, um die Zahl der Suizide zu verringern	3.5.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die von der WHO empfohlene Strategien zur Prävention von Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens umsetzen				
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							21,6

3.6 Orientierungshilfe und Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Fähigkeit ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme zur Prävention und Bewältigung von chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten, psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Behinderung und Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN						
	3.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die im Rahmen ihres Gesundheitssystems Maßnahmen der Traumaversorgung für die Opfer von Unfällen oder Gewalt anbieten, die den Leitlinien der WHO entsprechen	3.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit bürgernahen Rehabilitationsangeboten	3.6.3 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die eine Bestandsaufnahme ihres psychiatrischen Systems anhand des Bewertungsinstruments der WHO für psychiatrische Systeme (WHO-AIMS) durchgeführt haben	3.6.4 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die die Untersuchung auf Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Bewältigung im Rahmen von Strategien der primären Gesundheitsversorgung angesiedelt haben	3.6.5 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen Raucherentwöhnungsmaßnahmen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung angeboten werden (nach Maßgabe des WHO-Berichts über die weltweite Tabakepidemie 2008: <i>Das MPOWER-Paket</i>)		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							29,2

STRATEGISCHES ZIEL 4

Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels betrifft folgende Bereiche: Maßnahmen zur Sicherung der allgemeinen Zugänglichkeit und flächendeckenden Bereitstellung von effektiven Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung – mit einem besonderen Augenmerk auf die Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und Gerechtigkeitslücken im Gesundheitsbereich; Entwicklung von evidenzbasierten, geschlechtsspezifischen, abgestimmten und zusammenhängenden Konzepten, die den Erfordernissen in den wichtigsten Phasen des Lebens gerecht werden, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit mittels des Konzeptes der Gesamtlebensperspektive; Erschließung von Synergieeffekten zwischen Interventionen des Gesundheitswesens zugunsten der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und anderen gesundheitspolitischen Programmen, und Unterstützung von Maßnahmen zum Ausbau der Gesundheitssysteme; Ausgestaltung und Umsetzung von Konzepten und Programmen, die allen Menschen ein aktives und gesundes Altern ermöglichen sollen.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategische Ziele 1 und 2: Sicherung einer effektiven und integrierten Durchführung von Impfmaßnahmen und anderen Interventionen zur Bekämpfung der großen Infektionskrankheiten durch konkrete Angebote zum Schutz der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung;
- Strategische Ziele 6 bis 9, insbesondere 6, 7 und 9: ausreichende Berücksichtigung a) der sozialen und ökonomischen Determinanten von Krankheit, die Fortschritte bei der Verwirklichung dieses Strategischen Ziels beeinträchtigen, b) der wesentlichen Risikofaktoren wie schlechte Ernährung und c) von auf Menschenrechtsaspekten und geschlechtsspezifischen Anforderungen basierenden Konzepten für die Gewährleistung von Chancengleichheit beim Zugang zu den wichtigsten Leistungen;
- Strategische Ziele 10 und 11: Augenmerk auf die konkret erforderlichen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme, damit diese den Zugang zu effektiven Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung schnell ausweiten und gleichzeitig eine kontinuierliche Versorgung während der gesamten Lebensdauer sowie auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems, einschließlich des gemeindenahen Bereichs, sicherstellen können.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- Sonderprogramm zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion

<p>4.2 Bedarfsgerechte Stärkung der nationalen Kapazitäten im Forschungsbe- reich und Bereitstel- lung neuer Erkennt- nisse, Produkte, Technologien, In- terventionen und Dienstleistungskon- zepte von globaler Relevanz, um die Gesundheitssituati- on von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Ju- gendlichen zu verbessern, ein akti- ves und gesundes Altern zu fördern und die sexuelle und reproduktive Ge- sundheit der Bevöl- kerung zu verbes- sern.</p>	INDIKATOREN						
	<p>4.2.1 Zahl der For- schungszentren, die eine Anschubförderung für eine umfassende instituti- onelle Entwicklung erhal- ten haben</p>		<p>4.2.2 Zahl der von der WHO unterstützten abgeschlossenen Studien zu vorrangigen The- men</p>			<p>4.2.3 Zahl der neuen oder aktuali- sierten systematischen Berichte über beste Praktiken, Konzepte und Standards der Versorgung für die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, die Förderung eines aktiven und gesunden Alterns oder die Verbesserung der sexuel- len und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung</p>	
	AUSGANGSLAGE 2010						
	8		16			20	
EINZELZIELE FÜR 2011							
16		32			40		
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt- amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							68,3

<p>4.3 Leitlinien, Kon- zepte und Instru- mente zur Verbesse- rung der Gesund- heitsversorgung für Mütter in den Län- dern, einschließlich fachlicher Unter- stützung für die Mitgliedstaaten bei der Verstärkung von Maßnahmen zur Gewährleistung einer professionel- len Versorgung für jede Schwangere und jedes neugebo- rene Kind während und nach der Ent- bindung bzw. Ge- burt, insbesondere für ärmere und be- nachteiligte Bevöl- kerungsgruppen, und Überwachung der erzielten Fort- schritte.</p>	INDIKATOREN						
	<p>4.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien zur Förderung einer professionellen Versorgung bei der Geburt durchführen</p>						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	25						
EINZELZIELE FÜR 2011							
50							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt- amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							70,8

<p>4.4 Leitlinien, Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Überlebenschancen und der Gesundheit von Neugeborenen in den Ländern und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Intensivierung des Ausbaus einer allgemeinen Versorgung, wirksamer Interventionen und der Überwachung der erzielten Fortschritte.</p>	INDIKATOREN						
	4.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien für eine Ausweitung der Versorgung mit Interventionen zur Verbesserung der Überlebenschancen und der Gesundheit von Neugeborenen durchführen						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	40						
EINZELZIELE FÜR 2011							
55							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							31,3

<p>4.5 Leitlinien, Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern in den Ländern und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Intensivierung von Maßnahmen für eine allgemeine Versorgung der Bevölkerung mit effektiven Interventionen sowie Verfolgung der erzielten Fortschritte unter Berücksichtigung von Völker- und Menschenrechtsnormen, wie sie insbesondere im Übereinkommen über die Rechte des Kindes verankert sind.</p>	INDIKATOREN						
	4.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien für eine Ausweitung von Interventionen zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern durchführen			4.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Versorgung mit Maßnahmen für das integrierte Management von Kinderkrankheiten auf mehr als 75% der Zielgebiete ausgedehnt haben			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	40			30			
EINZELZIELE FÜR 2011							
60			45				
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							58,4

<p>4.6 Fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung evidenzbasierter Konzepte und Strategien zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen und bei der Ausweitung eines Pakets effektiver Interventionen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Betreuung gemäß den gängigen Normen.</p>	INDIKATOREN						
	4.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten mit einem funktionsfähigen Programm zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen ¹						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	50						
EINZELZIELE FÜR 2011							
75							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							31,2

<p>4.7 Bereitstellung von Leitlinien, Konzepten und Instrumenten und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten mit dem Ziel, schnellere Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie für eine schnellere Verwirklichung der internationalen Entwicklungsziele in Bezug auf reproduktive Gesundheit zu erreichen, und mit besonderer Schwerpunktlegung auf der Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu hochwertigen Angeboten zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, insbesondere in Bereichen, in denen Defizite herrschen, sowie im Hinblick auf die Aspekte von Menschenrechten, die für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Belang sind.</p>	INDIKATOREN						
	4.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Strategie für eine schnellere Verwirklichung der internationalen Entwicklungsziele in Bezug auf reproduktive Gesundheit umsetzen, wie sie auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) im Jahr 1994 und ihrer Folgekonferenz (ICPD+5) sowie auf dem Millenniums-Gipfel und der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2007 vereinbart wurden				4.7.2 Zahl der Zielländer, die ihre bestehenden nationalen Gesetze und Bestimmungen und ihre Politik im Hinblick auf Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit überprüft haben		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	30						
EINZELZIELE FÜR 2011							
40							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							48,3

¹ Ein Land, das über „ein Programm zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen verfügt“, wird hier als ein Land definiert, das offiziell ein Programm für die Gesundheit von Jugendlichen oder jungen Menschen geschaffen hat. Hierbei kann es sich entweder um ein eigenständiges Programm oder um einen klar abgegrenzten Bestandteil eines gesundheitsbezogenen Programms wie etwa eines HIV-Programms handeln. Um als „funktionsfähig“ eingestuft zu werden, sollte ein Programm über a) einen landesweiten Aktionsplan, b) einen Haushalt für konkrete Maßnahmen und c) eine Bilanz der im Vorjahr durchgeführten Maßnahmen verfügen.

<p>4.8 Bereitstellung von Leitlinien, Konzepten, Instrumenten und fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel, verstärkt für eine Thematisierung der Gesundheit im Alter als Thema für die Gesundheitspolitik einzutreten, Konzepte und Programme zur Sicherung einer maximalen Funktionstüchtigkeit während des gesamten Lebens zu entwickeln und umzusetzen und die Erbringer von Gesundheitsleistungen in Bezug auf Konzepte für ein gesundes Altern zu schulen.</p>	INDIKATOREN						
	4.8.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über ein funktionsfähiges Programm für ein gesundes Altern verfügen, das mit Resolution WHA58.16 über die Förderung eines aktiven und gesunden Alterns vereinbar ist						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	15						
EINZELZIELE FÜR 2011							
20							
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							7,8

STRATEGISCHES ZIEL 5

Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen

Gegenstand

Die gemeinsamen Anstrengungen der Mitgliedstaaten und des Sekretariats zur Verwirklichung dieses Strategischen Ziels erstrecken sich auf folgende Bereiche: Bereitschaftsplanung im Gesundheitswesen; sektorübergreifende Maßnahmen zur Verringerung von Gefahren und Gefahrenanfälligkeit im Rahmen der Internationalen Strategie zur Katastrophenvorsorge; Reaktion auf gesundheitliche Anforderungen (u. a. in Bezug auf Ernährung, Wasserver- und Abwasserentsorgung) in Not- und Krisensituationen; Bedarfsanalyse für die betroffene Bevölkerung; gesundheitliche Übergangs- und Wiederaufbaumaßnahmen nach Konflikten und Katastrophen; Gesundheit von Migranten; Erfüllung des Mandats der WHO im Rahmen der Reform der humanitären Hilfe bei den Vereinten Nationen; das weltweite Alarm- und Reaktionssystem für Krisensituationen in den Bereichen gesundheitsbezogener Umweltschutz und Lebensmittelsicherheit im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005); bedrohungsspezifische Risikominderung; und Vorsorge- und Bewältigungsprogramme für Krisensituationen in den Bereichen gesundheitsbezogener Umweltschutz und Lebensmittelsicherheit. Auf diese Weise leistet die WHO einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitssicherheit, der auch wesentliche Bedeutung für die Bemühungen zur Förderung von Frieden hat, und wird dem Auftrag gerecht, den die Mitgliedstaaten in den drei einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlungen der letzten Jahre (WHA 58.1; WHA 59.22 and WHA 61.17) erhalten haben.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategisches Ziel 1: Internationale Gesundheitsvorschriften (2005) und Reaktion auf öffentliche Gesundheitskrisen, in denen Epidemien eine Rolle spielen;
- Strategisches Ziel 3: Gewalt zwischen den Geschlechtern, Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Gruppen; Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Behinderten; Bewältigung hoher Opferzahlen; Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen;
- Strategisches Ziel 4: Reaktion auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von anfälligen Bevölkerungsgruppen, insbesondere von Müttern und Kindern, in Krisensituationen;
- Strategisches Ziel 8: sektorübergreifende Vorsorge- und Risikominderungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Bewältigung von Umwelt- und Chemiekatastrophen sowie radiologischen Notfällen;
- Strategisches Ziel 9: Ernährung in Notsituationen;
- Strategisches Ziel 10: Gesundheit von Migranten, Sicherheit im Krankenhaus und Risikominderungsmaßnahmen im Gesundheitswesen.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

– Health and Nutrition Tracking Service

5.7 Zügige und wirksame Durchführung von Maßnahmen in akut einsetzenden wie auch anhaltenden Krisensituationen sowie beim Wiederaufbau.	INDIKATOREN						
	5.7.1 Anteil der akut einsetzenden Krisensituationen, für die die WHO koordinierte Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene in Gang setzt	5.7.2 Anteil der Interventionen für lange anhaltende Krisensituationen, die gemäß den in humanitären Aktionsplänen vorgegebenen gesundheitspolitischen Komponenten umgesetzt werden					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	80%	100%					
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							-

STRATEGISCHES ZIEL 6

Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels befasst sich mit integrierten, umfassenden, sektorübergreifenden und multidisziplinären Prozessen und Konzepten für Gesundheitsförderung und Prävention in allen einschlägigen Programmen der WHO sowie mit der Prävention bzw. Zurückdrängung der sechs wichtigsten Risikofaktoren: Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen und anderen psychotropen Substanzen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken.

Zu den wichtigsten Aktionsfeldern gehören der Kapazitätsaufbau für die Gesundheitsförderung in allen einschlägigen Programmen, die Überwachung der Risikofaktoren, die Entwicklung ethisch begründeter und evidenzbasierter Konzepte, Strategien, Interventionen, Empfehlungen, Normen und Leitlinien für die Gesundheitsförderung und für die Prävention und Zurückdrängung der wichtigsten Risikofaktoren.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategische Ziele 2, 3, 4, 7, 8 und 9: Während es bei den genannten Zielen um die zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheitsproblemen und die Verbesserung der Leistungserbringung geht, wird beim Strategischen Ziel 6 vor allem die Schaffung einer gesunden Umwelt angestrebt, in der der Einzelne gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen kann.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- Sonderprogramm zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- WHO-Zentrum für Gesundheitsentwicklung (Kobe)

<p>6.3 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Morbiditäts- oder Mortalitätslast infolge von Tabakkonsum bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf die Bekämpfung bzw. Prävention der dadurch bedingten öffentlichen Gesundheitsprobleme; Unterstützung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bei der Umsetzung der Bestimmungen des Übereinkommens und der Ausarbeitung von Protokollen und Leitlinien.</p>	INDICATORS							
	<p>6.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die aufgrund neuerer, repräsentativer landesweiter Untersuchungen, z. B. Global Adult Tobacco Survey (GATS) oder STEPS, über vergleichbare Daten zur Prävalenz des Tabakkonsums bei Erwachsenen verfügen</p>			<p>6.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit Rechtsvorschriften zum Nichtraucherschutz auf allen gesetzlichen Ebenen sowie in allen Arten von Orten und Institutionen gemäß der Definition im WHO-Bericht über die weltweite Tabakepidemie 2008</p>		<p>6.3.3 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen Werbe- und Verkaufsförderungsmaßnahmen für Tabakerzeugnisse sowie Sponsoring durch die Tabakindustrie gemäß der Definition im WHO-Bericht über die weltweite Tabakepidemie 2008 gesetzlich verboten sind</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010							
	EINZELZIELE FÜR 2011							
	56		22		30			
Etat [in Tausend US-\$]								
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT	
							55,2	

<p>6.4 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Morbiditäts- oder Mortalitätslast, die durch den Konsum von Alkohol, Drogen und anderen psychotropen Substanzen bedingt ist, bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf die Bekämpfung bzw. Prävention der dadurch bedingten öffentlichen Gesundheitsprobleme.</p>	INDIKATOREN							
	<p>6.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit Unterstützung der WHO Strategien, Pläne und Programme für die Prävention von durch Alkohol, Drogen und andere psychotrope Substanzen bedingten öffentlichen Gesundheitsproblemen ausgearbeitet haben</p>				<p>6.4.2 Zahl der Strategien, Leitlinien, Normen und technischen Instrumenten zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Prävention und Bekämpfung von durch Alkohol, Drogen und andere psychotrope Substanzen bedingten öffentlichen Gesundheitsproblemen</p>			
	AUSGANGSLAGE 2010							
	EINZELZIELE FÜR 2011							
	50			10				
Etat [in Tausend US-\$]								
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT	
							17,1	

STRATEGIC OBJECTIVE 7

Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels betrifft folgende Bereiche: Führungskompetenz bei sektorübergreifenden Maßnahmen im Bereich der sozialen und ökonomischen Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne; Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich durch bessere Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse der einkommensschwachen, anfälligen und ausgeschlossenen Bevölkerungsgruppen; Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Armut und verschiedenen sozialen und ökonomischen Faktoren (Arbeit, Wohnung, Bildungsgrad; Handel und makroökonomische Faktoren; und die gesellschaftliche Stellung verschiedener Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Kinder, Senioren, Flüchtlinge und ethnische Minderheiten); Entwicklung von ethisch einwandfreien Konzepten und Programmen, die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern berücksichtigen, nachhaltig sind und den Bedürfnissen der Armen und anderer anfälliger Gruppen tatsächlich gerecht werden und mit Menschenrechtsnormen vereinbar sind.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

Themen wie Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, ethische Normen, Gleichstellung, Umverteilung und Menschenrechte sind für alle anderen Strategischen Ziele von Bedeutung.

- Strategische Ziele 1 bis 5: Ungeachtet der Komplexität der Materie ist es eine feststehende Tatsache, dass gesundheitliche Ergebnisse in wesentlichem Maße durch soziale und ökonomische Determinanten sowie durch die Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden.
- Strategische Ziele 6, 8 und 9: Das Strategische Ziel 7 befasst sich primär mit den zugrunde liegenden Determinanten und den strukturellen Faktoren (Arbeitsmärkte, Bildungssystem, Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern), welche die unterschiedlichen Stellungen von Menschen in sozialen Hierarchien bestimmen, die wiederum Auswirkungen auf dazwischen gelagerte Determinanten wie die Umwelt einschließlich der Ernährung (Strategische Ziele 8 und 9) und auf individuelle Faktoren wie Verhaltensweisen (Strategisches Ziel 6) haben.
- Strategische Ziele 10 und 11: Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme müssen sektorübergreifende Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsdeterminanten beinhalten. Stimmige Maßnahmen zur Beseitigung von Gerechtigkeitsdefiziten im Gesundheitsbereich setzen auch voraus, dass angemessen aufgeschlüsselte Gesundheitsdaten verfügbar sind und die Fähigkeit zu ihrer Analyse und Anwendung vorhanden ist, um Konzepte und Angebote zu entwickeln, die den Bedürfnissen verschiedener sozialer Gruppen gerecht werden und an strukturellen Determinanten ansetzen.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
9,0	6,9	5,0	6,0	13,0	2,0	30,0	71,9

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

<p>7.1 Anerkennung der Bedeutung sozialer und ökonomischer Gesundheitsdeterminanten in der gesamten Organisation und ihre Einbeziehung in die normative Arbeit der WHO und die fachliche Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und anderen Partnern.</p>	INDIKATOREN						
	<p>7.1.1 Zahl der Regionen der WHO, die über eine regionale Strategie für die sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit verfügen, wie sie in dem von der Generaldirektorin unterstützten Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit genannt werden</p>						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							17,5

<p>7.2 Initiative der WHO bei der Schaffung von Chancen und Möglichkeiten für sektorübergreifende Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene zur Thematisierung der sozialen und ökonomischen Gesundheitsdeterminanten (einschließlich des Verständnisses der Folgen von Handel und Handelsabkommen für die öffentliche Gesundheit und des sich daraus ergebenden Handlungsbedarfs) und zur Förderung von Armutsbekämpfung und nachhaltiger Entwicklung.</p>	INDIKATOREN						
	<p>7.2.1 Zahl der veröffentlichten Erfahrungsberichte der Länder über die Inangriffnahme sozialer Determinanten für Chancengleichheit im Gesundheitsbereich</p>	<p>7.2.2 Zahl der Instrumente für die Unterstützung der Länder bei der Untersuchung der Auswirkungen von Handel und Handelsabkommen auf die Gesundheitssituation</p>					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							21,9

7.3 Erfassung, Zusammenstellung und Analyse von für die Gesundheit relevanten sozialen und ökonomischen Daten (aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Gesundheitszustand, z. B. Krankheit oder Behinderung).	INDIKATOREN						
	7.3.1 Zahl der während des Zweijahreszeitraums veröffentlichten Länderberichte, die aufgeschlüsselte Daten sowie eine Analyse hinsichtlich der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich enthalten						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							11,8

7.4 Förderung ethisch und rechtlich motivierter Ansätze in der WHO sowie auf nationaler und globaler Ebene.	INDIKATOREN						
	7.4.1 Zahl der für die Mitgliedstaaten oder das Sekretariat erstellten Instrumente, die Orientierungshilfe hinsichtlich der Verwendung eines menschenrechtlich motivierten Ansatzes bei der Gesundheitsförderung bieten			7.4.2 Zahl der für die Mitgliedstaaten oder das Sekretariat erstellten Instrumente, die Orientierungshilfe für die Durchführung einer Ethikprüfung mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitspolitik bieten			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							8,8

7.5 Einbeziehung von Gleichstellungsanalysen und entsprechenden Handlungskonzepten in die normative Arbeit der WHO und Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Entwicklung von Konzepten und Programmen, die geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen.	INDIKATOREN						
	7.5.1 Zahl der von der WHO entwickelten bzw. aktualisierten Normen und Standards, in denen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden			7.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die in ihren Gesundheitsprogrammen mit Unterstützung der WHO eine oder mehr Maßnahmen zur Einbeziehung von Gleichstellungsaspekten durchgeführt haben			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							11,9

STRATEGISCHES ZIEL 8:**Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen****Gegenstand**

Dieses Strategische Ziel betrifft die Zurückdrängung eines breiten Spektrums von traditionellen, modernen und neu entstehenden Gefahren für Gesundheit und Umwelt. Die Arbeit ist darauf ausgerichtet, eine starke Führungsrolle des Gesundheitssektors für die Primärprävention von Krankheiten durch Umweltschutzmaßnahmen zu fördern und den Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens eine strategische Ausrichtung und Orientierungshilfe zu vermitteln, durch die gewährleistet ist, dass ihre Handlungskonzepte und Investitionen auch dem Schutz der Gesundheit zugute kommen.

Die Arbeit befasst sich auch mit der Bewertung und Bewältigung von umwelt- und berufsbedingten Gesundheitsrisiken, z. B. unsichere Wasserversorgung und unzureichende Abwasserentsorgung, Innenluftverschmutzung und Verwendung fester Brennstoffe oder Krankheitsübertragung durch Vektoren. Weiterhin erstreckt sie sich auf folgende Bereiche: Gesundheitsrisiken infolge von Veränderungen der globalen Umwelt (z. B. Klimawandel und Verlust der biologischen Vielfalt); Entwicklung neuer Produkte und Technologien (z. B. Nanotechnologie); Energieverbrauch und Energiegewinnung aus neuen Quellen und die wachsende Zahl von Chemikalien und ihre zunehmende Verwendung; Gesundheitsrisiken infolge veränderter Lebensgewohnheiten sowie aufgrund von Verstädterung und veränderten Arbeitsbedingungen (z. B. De-regulierung des Arbeitsmarktes, Zunahme von Schwarzarbeit und Verlagerung gefährlicher Tätigkeiten in arme Länder).

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategisches Ziel 5: Vorsorge- und Gegenmaßnahmen für Krisensituationen im Bereich Umwelt und Gesundheit, die für die Verwirklichung des Strategischen Ziels 8 eine wesentliche Rolle spielen, sind mit anderen Aspekten der Notfallmaßnahmen verknüpft.
- Strategisches Ziel 1: Die Stärkung der Fähigkeit der Gesundheitssysteme, sich durch verbesserte Frühwarnsysteme und erweiterte Handlungsfähigkeit gegen übertragbare Krankheiten auf die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels einzustellen, wird dazu beitragen, die Anfälligkeit gegenüber Bedrohungen für die öffentliche Gesundheitssicherheit zu verringern und die potenziellen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen der vom Klimawandel beeinflussten übertragbaren Krankheiten einzudämmen.
- Strategische Ziele 2 bis 4: Angesichts der Tatsache, dass durch Beseitigung der umweltbedingten Gesundheitsrisiken bis zu einem Viertel der globalen Krankheitslast vermieden werden kann, wird die Arbeit vor allem zu einer Verringerung der Krankheitslast bei Kindern (Strategisches Ziel 4) und der Belastung durch Vektorkrankheiten (Strategisches Ziel 2) und nicht-übertragbare Krankheiten (Strategisches Ziel 3) beitragen.
- Strategisches Ziel 10: Die Versorgung im Bereich der berufsbedingten und umweltbezogenen Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Präventivfunktion der Gesundheitsversorgung insgesamt.
- Strategische Ziele 5, 6, 7, 9 und 12: Die Beeinflussung von Wirtschaftsbranchen mit dem Ziel, durch deren Grundsatz- und Investitionsentscheidungen eine Risikominderung und Gesundheitsförderung herbeizuführen, ist von wesentlicher Bedeutung für die Arbeit an den Determinanten von Gesundheit (Strategische Ziele 5, 6, 7 und 9) und für die Schaffung von Partnerschaften zur Verwirklichung der globalen Gesundheitsagenda (Strategisches Ziel 12).

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- Zwischenstaatliches Forum für Chemikaliensicherheit

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
19,0	12,1	14,0	19,4	19,0	13,0	50,2	146,7

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

8.1 Durchführung evidenzbasierter Bewertungen und Formulierung bzw. Aktualisierung von Normen und Standards zu den wichtigsten umweltbedingten Gesundheitsrisiken (z. B. schlechte Luftqualität, Chemikalien, elektromagnetische Felder, Radon, qualitativ schlechtes Trinkwasser und Abwasserwiederverwendung).	INDIKATOREN						
	8.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die während des Zweijahreszeitraums mit fachlicher Unterstützung durch die WHO Bewertungen von konkreten umweltbedingten Gesundheitsrisiken vorgenommen oder die umweltbedingte Krankheitslast quantifiziert haben	8.1.2 Zahl neuer oder aktualisierter Normen, Standards oder Leitlinien der WHO zu Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz oder des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, die während des Zweijahreszeitraums veröffentlicht wurden					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							38,1

8.2 Fachliche Unterstützung und Beratung für die Mitgliedstaaten bei der Durchführung von Interventionen der Primärprävention, die der Senkung von umweltbedingten Gesundheitsrisiken dienen, Förderung der Sicherheit und der öffentlichen Gesundheit, u. a. in konkreten Bereichen (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause oder in Städten) und in anfälligen Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder).	INDIKATOREN						
	8.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit fachlicher Unterstützung durch die WHO mindestens in einem der folgenden Umfelder Interventionen zur Primärprävention von umweltbedingten Gesundheitsrisiken durchführen: am Arbeitsplatz, zu Hause oder in Städten						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							30,8

8.3 Fachlicher Beistand und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Stärkung der nationalen Risikomanagementsysteme im Bereich der berufs- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken sowie der dazugehörigen Funktionen und Angebote.	INDIKATOREN						
	8.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit Unterstützung des Sekretariats nationale Aktionspläne oder Handlungskonzepte zur Beherrschung berufsbedingter Gesundheitsrisiken umgesetzt haben, die sich z. B. am globalen Aktionsplan der WHO zum Gesundheitsschutz für Arbeitnehmer (2008–2017) orientieren						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							19,8

8.4 Schaffung von Leitfäden, Instrumenten und Initiativen zur Unterstützung des Gesundheitssektors bei der Beeinflussung anderer Politikbereiche mit dem Ziel, dort Handlungskonzepte zu bestimmen und einzuführen, die der Verbesserung von Gesundheit, Umwelt und Sicherheit dienen.	INDIKATOREN						
	8.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die ein Interesse an der Einführung von der WHO vorgeschlagener gesundheitsförderlicher Konzepte oder Rahmenbedingungen in anderen Politikbereiche bekundet haben						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							14,9

8.5 Ausweitung der Führungsrolle des Gesundheitssektors für die Schaffung einer gesünderen Umwelt und die Veränderung der Politik in allen Politikbereichen, um die Ursachen der umweltbedingten Gesundheitsrisiken an der Wurzel zu packen, u. a. durch Reaktion auf neue und wiederkehrende Folgen von Entwicklung für die Bereiche umweltbezogener Gesundheitsschutz, Konsum- und Produktionsmuster sowie auf die schädlichen Wirkungen neuer Technologien.	INDIKATOREN						
	8.5.1 Zahl der Studien oder Berichte über neue und wiederkehrende berufs- und umweltbezogene Gesundheitsthemen, die von der WHO veröffentlicht oder mitveröffentlicht werden		8.5.2 Zahl der von der WHO veröffentlichten oder mitveröffentlichten Berichte über Fortschritte hinsichtlich der Ziele für die Wasserver- und Abwasserentsorgung, die in wichtigen internationalen Rahmenvereinbarungen über Entwicklung wie den Millenniums-Entwicklungszielen festgelegt sind			8.5.3 Zahl der hochrangigen regionalen Foren zu Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, die im Zweijahreszeitraum von der WHO organisiert oder fachlich unterstützt werden	
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							19,0

8.6 Entwicklung evidenzbasierter Konzepte, Strategien und Empfehlungen und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erkennung, Vermeidung bzw. Bewältigung von durch den Klimawandel bedingten Problemen für die öffentliche Gesundheit.	INDIKATOREN						
	8.6.1 Zahl der von der WHO veröffentlichten oder mitveröffentlichten Studien oder Berichte über die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung	8.6.2 Zahl der Länder, die Pläne umgesetzt haben, durch die der Gesundheitssektor befähigt werden soll, sich auf die negativen Gesundheitsfolgen des Klimawandels einzustellen					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							24,1

STRATEGISCHES ZIEL 9

Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels befasst sich mit folgenden Themen: Ernährungsqualität und Lebensmittelsicherheit; Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten während des gesamten Lebens, beginnend mit Schwangerschaft, Stillen und ausreichendem Zufüttern, und Berücksichtigung ernährungsbedingter chronischer Krankheiten; Prävention und Bekämpfung von Ernährungsstörungen, einschließlich Mikronährstoffmangel, insbesondere bei biologisch und sozial anfälligen Gruppen, mit Schwerpunktlegung auf Notfälle, sowie vor dem Hintergrund der HIV/Aids-Epidemie; Prävention und Bekämpfung zoonotischer und nichtzoonotischer durch Lebensmittel übertragener Erkrankungen; Veranlassung sektorübergreifender Maßnahmen zur Förderung und Zugänglichkeit von Produktion und Konsum von Lebensmitteln von ausreichender Qualität und Sicherheit; Förderung höherer Investitionen in Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit auf globaler, regionaler und nationaler Ebene.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

Die Erfüllung dieses Strategischen Ziels erfordert eine starke Verknüpfung und eine wirksame Abstimmung mit der Arbeit an anderen Strategischen Zielen, insbesondere:

- Strategisches Ziel 1: Prävention von Zoonosen und durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten;
- Strategisches Ziel 2: insbesondere Ausweitung und Verbesserung der Interventionen zur Prävention von HIV/Aids bzw. zur Behandlung und Betreuung der Betroffenen;
- Strategisches Ziel 4: gesundheitspolitische Interventionen für die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen;
- Strategisches Ziel 5: Minimierung der Auswirkungen von Krisensituationen auf den Ernährungszustand der Bevölkerung;
- Strategisches Ziel 6: Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten während des gesamten Lebens;
- Strategisches Ziel 8: umweltbedingte Gesundheitsrisiken.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
40,0	12,6	12,0	5,3	9,0	14,0	26,0	118,9

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

<p>9.1 Bildung von Partnerschaften und Bündnissen, Aufbau von Führungskompetenz und verstärkte Abstimmung und Vernetzung mit allen Akteuren auf nationaler, regionaler und globaler Ebene, um die Überzeugungs- und Kommunikationsarbeit zu verbessern, sektorübergreifende Maßnahmen anzuregen, die Investitionen in Maßnahmen für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit zu erhöhen und eine Forschungsagenda auszuarbeiten und zu unterstützen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>9.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über institutionalisierte und funktionsfähige Koordinationsverfahren zur Förderung sektorübergreifender Konzepte und Maßnahmen in den Bereichen Lebensmittelsicherheit, Ernährungssicherheit und Ernährung verfügen</p>	<p>9.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit sowie einen jeweiligen Mechanismus für ihre Finanzierung in ihre sektorweiten Handlungskonzepte oder in Strategiepapiere zur Armutsbekämpfung aufgenommen haben</p>					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							20,9

<p>9.2 Erstellung von Normen – einschließlich Referenzen, Anforderungen, Forschungsschwerpunkten, Leitlinien, Schulungshandbücher und Standards – und ihre Weiterleitung an die Mitgliedstaaten, um deren Fähigkeit zur Bewertung und Bekämpfung aller Formen von Mangelernährung sowie durch Lebensmittel übertragbarer Krankheiten zoonotischen und nichtzoonotischen Ursprungs zu verbessern und gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern.</p>	INDIKATOREN	
	<p>9.2.1 Zahl der neu erstellten und an die Mitgliedstaaten und die internationale Gemeinschaft übermittelten Standards, Leitlinien und Schulungsmaterialien für Ernährung und Lebensmittelsicherheit</p>	<p>9.2.2 Zahl der neu erstellten Normen, Standards, Leitlinien, Instrumente und Schulungsunterlagen zur Prävention und Bewältigung von durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten zoonotischen und anderen Ursprungs</p>
	AUSGANGSLAGE 2010	
	EINZELZIELE FÜR 2011	

<p>9.5 Verstärkung der Überwachungs-, Präventions- und Kontrollsysteme für durch Lebensmittel übertragbare Krankheiten zoonotischen und nichtzoonotischen Ursprungs und Schaffung von Programmen zur Beobachtung und Analyse von Lebensmittelrisiken und Integration dieser Programme in die bestehenden nationalen Überwachungssysteme und Weitergabe der Ergebnisse an alle maßgeblichen Akteure.</p>	INDIKATOREN						
	<p>9.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Prävention, Bekämpfung und Überwachung von durch Lebensmittel übertragenen Zoonosen eingerichtet bzw. ausgebaut haben</p>				<p>9.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die einen Plan zur Verringerung der Inzidenz mindestens einer wesentlichen durch Lebensmittel übertragenen Zoonose initiiert haben</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							14,8

<p>9.6 Aufbau von Kapazitäten und Unterstützung für die Mitgliedstaaten, u. a. für ihre Beteiligung an internationalen Normgebungsverfahren, um ihre Fähigkeit zur Gefahrenbewertung bei durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten zoonotischen und nichtzoonotischen Ursprungs sowie im Bereich der Lebensmittelsicherheit zu verbessern und nationale Lebensmittelkontrollsysteme mit Verknüpfungen zu internationalen Notfallsystemen zu entwickeln und umzusetzen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>9.6.1 Zahl der ausgewählten Mitgliedstaaten, die Unterstützung für die Beteiligung an internationalen Normgebungsverfahren in Bezug auf Nahrungsmittel erhalten, wie etwa im Rahmen der Codex-Alimentarius-Kommission</p>				<p>9.6.2 Zahl der ausgewählten Mitgliedstaaten, die nationale Systeme für Lebensmittelsicherheit aufgebaut haben, die über Verknüpfungen zu internationalen Notfallsystemen verfügen</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							16,2

STRATEGISCHES ZIEL 10

Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

Gegenstand

Die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels dient der Verbesserung von Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung im Gesundheitswesen anhand der Grundsätze der integrierten primären Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die flächendeckende Verfügbarkeit, Chancengleichheit und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die daraus resultierenden gesundheitlichen Ergebnisse zu verbessern. Sie wird sowohl die nationalen Kapazitäten für Führungsarbeit und Führungskompetenz als auch die verschiedenen Koordinationsmechanismen (einschließlich der Hilfe der Geldgeber), auf die sich die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen zur Verwirklichung der nationalen Ziele stützen, verbessern. Sie wird zu einer Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme der Länder und zu einer Vertiefung des für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse erforderlichen Wissens- und Erkenntnisstandes beitragen. Dies setzt auch entsprechende Anstrengungen auf globaler und regionaler Ebene zur Erstellung, vergleichenden Analyse und Zusammenfassung von Gesundheitsstatistiken und Erkenntnissen aus der Forschung voraus. Die Arbeit wird zu einer Stärkung des Wissensmanagements in der nationalen Gesundheitsforschung sowie des Aktionsbereichs e-health für die Entwicklung der Gesundheitssysteme führen. Die Informations- und Wissensgrundlage über Gesundheitsfachkräfte wird gestärkt und die Mitgliedstaaten erhalten fachliche Unterstützung bei der Verbesserung von Ausbildung, Verteilung, Qualifikationsmix und Bindung ihrer Fachkräfte im Gesundheitswesen. Auch die Finanzierung der Gesundheitssysteme wird durch evidenzbasierte Konzepte, Normen, Standards und damit verbundene Messinstrumente sowie durch entsprechende fachliche Unterstützungsmaßnahmen verbessert, was zu einer höheren Verfügbarkeit von Finanzmitteln, einem höheren Maß an sozialer und finanzieller Absicherung und Ausgewogenheit und zu einem besseren Zugang zu Leistungen und mehr Effizienz bei der Nutzung der Ressourcen führt. Erforderlichenfalls werden auch Maßnahmen zur Einwerbung zusätzlicher Mittel für gesundheitspolitische Zwecke ergriffen.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Alle Strategischen Ziele, die sich mit dem Erreichen konkreter gesundheitlicher Ergebnisse befassen, insbesondere die Ziele 1 bis 4.
- Alle gesundheits- und krankheitsbezogenen Strategischen Ziele: Die Arbeit bietet eine Grundlage für eine enge Zusammenarbeit im Bereich der Erkenntnisaspekte.
- Strategisches Ziel 5: Ergänzung der konkreten Umstände der Leistungserbringung in instabilen Staaten.
- Strategisches Ziel 7: insbesondere in Bezug auf Chancengleichheit, Gesundheitspolitik für einkommensschwache Gruppen und die graduelle Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit – Die Arbeit setzt Erfolge in diesen Bereichen auch in der Leistungserbringung um.
- Strategisches Ziel 12: insbesondere Wahrnehmung von Führungskompetenz, Stärkung der Führungsarbeit und Förderung von Partnerschaften und Kooperationen mit den Ländern.

Wichtige Partnerschaften und Kooperationen der WHO, die zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse beitragen und die im Haushaltsrahmen enthalten sind

- Sonderprogramm zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- Weltallianz für Patientensicherheit

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-€]

Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamtamerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
142,0	38,5	55,0	49,9	71,8	46,0	142,5	545,7

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-€]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

10.1 Verbesserung von Management und Organisation der Erbringung integrierter bevölkerungsbezogener Gesundheitsleistungen durch öffentliche und nichtöffentliche Anbieter und Netzwerke auf der Grundlage einer Primärversorgungsstrategie, mit einer Erhöhung von Versorgungsgrad, gesundheitlicher Chancengleichheit, Qualität und Sicherheit der individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheitsleistungen sowie einer Verbesserung der Gesundheitsergebnisse.	INDIKATOREN						
	10.1.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die in Bezug auf individuelle Gesundheitsleistungen (Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation) und bevölkerungsbezogene Gesundheitsleistungen den Versorgungsgrad erhöht und deren Zugang und Qualität verbessert haben	10.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Einbindung krankheitsspezifischer Programme in die allgemeine Gesundheitsversorgung Fortschritte erzielt haben					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	Anstieg um 15%	Anstieg um 20%					
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamtamerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							130,4

10.4 Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme in den Ländern, die hochwertige und aktuelle Informationen als Grundlage für die Gesundheitsplanung und für die Überwachung der Fortschritte bei der Verwirklichung wichtiger nationaler und internationaler Ziele liefern.	INDIKATOREN						
	10.4.1 Anteil der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die über geeignete Gesundheitsstatistiken und Überwachungsverfahren in Bezug auf die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele verfügen, die vereinbarten Normen entsprechen						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							34,5

10.5. Sicherung einer besseren Wissens- und Erkenntnisgrundlage für Entscheidungsprozesse im Gesundheitsbereich durch Erhärtung und Veröffentlichung der vorhandenen Befunde, Erleichterung der Wissensgewinnung in vorrangigen Bereichen und eine globale Vorreiterrolle in der Gesundheitsforschungspolitik und -koordinierung, auch in Bezug auf ethische Verhaltensgrundsätze.	INDIKATOREN						
	10.5.1 Anteil der Länder, für die hochwertige Profile mit zentralen Gesundheitsstatistiken aus ihren frei zugänglichen Datenbanken verfügbar sind		10.5.2 Anzahl der Länder, in denen die WHO eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung der Gewinnung und Nutzung von Wissen, u. a. mittels Erhebung von Primärdaten durch Umfragen und Melderegister oder durch Verbesserung oder Analyse und Synthese von Daten aus Gesundheitseinrichtungen, als Grundlage für Konzepte und Planungen spielt			10.5.3 Wirksame Erforschung von Verfahren zur Koordinierung und Führung im Gesundheitsbereich, die auf globaler und regionaler Ebene bestehen	
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							44,4

10.6 Stärkung der nationalen Gesundheitsforschung für die Entwicklung von Gesundheitssystemen im Rahmen regionaler und internationaler Forschungsvorhaben und Einbeziehung der Zivilgesellschaft.	INDIKATOREN	
	10.6.1 Anteil der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, in denen die nationalen Systeme für die Gesundheitsforschung die international vereinbarten Mindeststandards erfüllen	10.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Empfehlung der Commission on Health Research for Development aus dem Jahr 1990, mindestens 2% ihres Gesundheitsetats für Forschung auszugeben, umsetzen
	AUSGANGSLAGE 2010	
	EINZELZIELE FÜR 2011	

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							20,0

<p>10.7 Entwicklung und Umsetzung von Konzepten und Strategien zu Wissensmanagement und eGesundheit mit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitssysteme.</p>	INDIKATOREN		
	<p>10.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die zur Überwindung der Wissenslücke Wissensmanagementkonzepte ausarbeiten, die insbesondere dazu dienen sollen, die digitale Kluft zu verringern</p>	<p>10.7.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit Zugang zu elektronischen internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Wissensarchiven in den Gesundheitswissenschaften (auf der Grundlage der zweijährlichen Erhebung des Globalen Observatoriums für eGesundheit der WHO)</p>	<p>10.7.3 Anteil der Mitgliedstaaten mit Konzepten, Strategien und Regulierungsrahmen für den Bereich eGesundheit (auf der Grundlage der zweijährlichen Erhebung des Globalen Observatoriums für eGesundheit der WHO)</p>
	AUSGANGSLAGE 2010		
	EINZELZIELE FÜR 2011		

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							27,4

<p>10.8 Stärkung der Daten- und Wissensgrundlage über Gesundheitspersonal und Aufbau von Kapazitäten in den Ländern für konzeptionelle Analysen, Planung, Umsetzung, Informationsaustausch und Forschung.</p>	INDIKATOREN		
	<p>10.8.1 Zahl der Länder, die innerhalb der letzten fünf Jahre im <i>Global Atlas of the Health Workforce</i> über zwei oder mehr Datenpunkte zu Gesundheitspersonal Bericht erstattet haben</p>	<p>10.8.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit einer nationalen Strategie- und Planungsstelle für Gesundheitspersonal</p>	
	AUSGANGSLAGE 2010		
	EINZELZIELE FÜR 2011		

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							46,4

<p>10.9 Fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten, insbesondere für Länder mit gravierenden Personalproblemen im Gesundheitswesen, mit dem Ziel der Verbesserung von Ausbildung, Verteilung und Qualitätsmix der Gesundheitskräfte sowie ihrer Bindung.</p>	INDIKATOREN		
	<p>10.9.1 Anteil der 57 Länder mit schwerwiegendem Gesundheitspersonalmangel laut Weltgesundheitsbericht 2006, die über einen Personalplan für das Gesundheitswesen mit mehrjähriger Laufzeit verfügen</p>	<p>10.9.2 Anteil der 57 Länder mit schwerwiegendem Gesundheitspersonalmangel laut Weltgesundheitsbericht 2006, die über einen Investitionsplan zur Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitskräften verfügen</p>	
	AUSGANGSLAGE 2010		
	EINZELZIELE FÜR 2011		

10.12 Ergreifung von Maßnahmen zur Einwerbung zusätzlicher Mittel nach Erfordernis, zur Schaffung von Kapazitäten für die Ausarbeitung von Konzepten zur Gesundheitsfinanzierung sowie zur Interpretation und Nutzung von Finanzinformationen und zur Förderung der Gewinnung und Umsetzung von Wissen zur Unterstützung der Konzeptentwicklung.	INDIKATOREN						
	10.12.1 Präsenz und Führungsrolle der WHO in internationalen, regionalen und nationalen Partnerschaften und Nutzung ihrer Evidenz, um die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigem Einkommen zu erhöhen oder um Länder bei der Ausarbeitung und Überwachung von Strategiepapieren zur Armutsbekämpfung oder von sektorweiten Handlungskonzepten, mittelfristigen Ausgabenrahmen und anderen langfristigen Finanzierungsmechanismen zu unterstützen, die die Vereinbarkeit von sozialem Gesundheitsschutz und Primärvorsorgung ermöglichen				10.12.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Schaffung von Kapazitäten für die Ausarbeitung von Konzepten und Strategien für die Gesundheitsfinanzierung sowie für die Interpretation von Finanzdaten unterstützt werden oder die als Orientierungshilfe für den Prozess maßgebliche Informationen über Gesundheitsausgaben, Finanzierung, Effizienz und gesundheitliche Chancengleichheit erhalten		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							20,1

10.13 Entwicklung evidenzbasierter Normen, Standards und Messinstrumente zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Quantifizierung und Verringerung des Umfangs der unsicheren Leistungen im Gesundheitswesen.	INDIKATOREN						
	10.13.1 Verbreitung von Schlüsselinstrumenten, Normen und Standards als Orientierungshilfe für die Entwicklung, Messung und Umsetzung von Konzepten und Unterstützung von deren Nutzung				10.13.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die sich an globalen Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit und an anderen globalen Sicherheitsinitiativen einschließlich Forschung und Messung beteiligen		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							34,5

STRATEGISCHES ZIEL 11

Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung

Gegenstand

Zu den medizinischen Produkten zählen chemische und biologische Arzneimittel, Impfstoffe, Blut und Blutprodukte, Zellen und Gewebe meist menschlichen Ursprungs, biotechnische Produkte, traditionelle Arzneimittel und medizinische Geräte. Zu den Technologien zählen diagnostische Tests, diagnostische Bildgebung und Labortests. Die im Rahmen dieses Strategischen Ziels unternommene Arbeit befasst sich mit der Förderung eines chancengleichen Zugangs (gemessen anhand von Verfügbarkeit, Preis und Bezahlbarkeit) zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien unter Gewährleistung von Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit sowie mit deren sinnvoller und kosteneffektiver Anwendung. Für den sinnvollen Einsatz von Produkten und Technologien sind folgende Bereiche von Bedeutung: Aufbau geeigneter Regulierungssysteme; evidenzbasierte Auswahl; Informationen für Verschreibende wie Patienten; geeignete Diagnostikverfahren sowie klinische und chirurgische Verfahren; Impfmaßnahmen; Versorgungssysteme, Abgabe von Produkten und Injektionssicherheit; Bluttransfusionswesen. Zu den maßgeblichen Informationen zählen klinische Leitlinien, unabhängige Produktinformationen und ethisch verantwortungsbewusste Werbung.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

- Strategische Ziele 1 bis 5 (gesundheitliche Ergebnisse): Keines dieser Ziele lässt sich ohne unentbehrliche Impfstoffe, Arzneimittel und Gesundheitstechnologien erreichen. In Bezug auf Zugangsfragen wird sich die Arbeit im Rahmen dieses Strategischen Ziels auf Querschnittsaufgaben konzentrieren, z. B. auf umfassende Liefersysteme und Preisuntersuchungen sowie nationale Preispolitik. Auch die gesamte Unterstützungsarbeit der WHO in den Bereichen Qualitätssicherung und Regulierung fällt unter dieses Strategische Ziel. Die Arbeit im Bereich des rationellen Einsatzes wird sich mit allgemeinen Fragen wie der evidenzbasierten Auswahl unentbehrlicher Arzneimittel und Technologien, der Entwicklung klinischer Leitlinien, der Arzneimittelüberwachung und der Patientensicherheit, der Einhaltung von Langzeitbehandlungen und der Eindämmung antimikrobieller Resistenzen befassen.
- Strategisches Ziel 10: Die Arbeit trägt auch zur Gestaltung von Gesundheitsleistungen und zur nachhaltigen Finanzierung von Produkten und Technologien bei, die für den Zugang ebenfalls von Bedeutung sind. Es wird ein integriertes Konzept für die Gesundheitssysteme gefördert, dass der primären Gesundheitsversorgung zugute kommt.
- Strategisches Ziel 7: gute Führungsarbeit.
- Strategisches Ziel 12: staatliche Politik weltweit.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
23,0	8,9	14,0	5,6	17,2	15,0	77,0	160,7

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-\$]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

11.1 Werbung und Unterstützung für die Ausarbeitung und Beobachtung umfassender nationaler Konzepte für den Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien sowie die Förderung von deren Qualität und Nutzung.	INDIKATOREN						
	11.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Ausarbeitung und Umsetzung offizieller nationaler Konzepte für den Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien sowie die Förderung von deren Qualität und Nutzung Unterstützung erhalten	11.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Unterstützung bei der Gestaltung bzw. Stärkung umfassender nationaler Einkaufs- oder Versorgungssysteme erhalten	11.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Ausarbeitung bzw. Umsetzung nationaler Strategien, Konzepte und Regulierungsverfahren für Blut und Blutprodukte oder Infektionsbekämpfung Unterstützung erhalten	11.1.4 Veröffentlichung eines zweijährlichen globalen Berichts über Preise, Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Arzneimitteln anhand der vorhandenen Berichte aus den Ländern und Regionen			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							65,2

11.2 Entwicklung internationaler Normen, Standards und Leitlinien für Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität medizinischer Produkte und Technologien und Werbung und Unterstützung für ihre Umsetzung auf nationaler bzw. regionaler Ebene.	INDIKATOREN						
	11.2.1 Zahl der neuen oder aktualisierten globalen Qualitätsstandards, Referenzzubereitungen, Leitlinien und Instrumente zur Verbesserung von Bereitstellung, Management, Anwendung, Qualität oder wirksamer Regulierung von medizinischen Produkten und Technologien	11.2.2 Zahl der medizinischen Produkten zugeordneten internationalen generischen Bezeichnungen	11.2.3 Zahl der vorrangigen Arzneimittel, Impfstoffe, Diagnostika und Geräte, die zur Beschaffung durch die Vereinten Nationen präqualifiziert sind	11.2.4 Zahl der Mitgliedstaaten, für die die Funktionalität der nationalen Regulierungsbehörden bewertet oder unterstützt wurde			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							72,2

11.3 Entwicklung und Unterstützung evidenzbasierter konzeptioneller Orientierungshilfe zur Förderung einer wissenschaftlich sinnvollen und kostenwirksamen Anwendung von medizinischen Produkten und Technologien durch Gesundheitsfachkräfte und Verbraucher innerhalb des Sekretariats sowie in regionalen und nationalen Programmen.	INDIKATOREN						
	11.3.1 Zahl der unterstützten nationalen oder regionalen Programme zur Förderung einer sinnvollen und kostenwirksamen Anwendung von medizinischen Produkten oder Technologien	11.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Listen für unentbehrliche Arzneimittel, Impfstoffe oder Technologien verfügen, die innerhalb der letzten fünf Jahre aktualisiert wurden und im Rahmen der öffentlichen Beschaffung bzw. Kostenerstattung verwendet wurden					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							23,3

STRATEGISCHES ZIEL 12**Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden****Gegenstand**

Dieses Strategische Ziel soll die Arbeit der WHO zur Verwirklichung der übrigen Strategischen Ziele erleichtern. Es bezieht sich auf die Prioritäten des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms und erkennt die Tatsache an, dass sich die Rahmenbedingungen für die internationale Gesundheitspolitik erheblich verändert haben. Zum Gegenstand dieses Ziels gehören drei umfassende Bereiche, die sich gegenseitig ergänzen: Führungsrolle und Governance der Organisation; Unterstützung und Förderung der einzelnen Mitgliedstaaten durch die WHO und Präsenz der Organisation vor Ort; Rolle der WHO bei der Mobilisierung der kollektiven Energie und Erfahrungen der Mitgliedstaaten und anderer Akteure zum Zwecke der Lösung gesundheitlicher Fragen von globaler und regionaler Bedeutung.

Die wichtigste Neuerung, die dieses Ziel mit sich bringt, ist die Nutzung der umfassenden und tiefgreifenden Erfahrungen der WHO in den Ländern für die Lösung globaler und regionaler Fragestellungen. Auf diese Weise wird das Umfeld, in dem nationale Entscheidungen gefällt werden, positiv beeinflusst und die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele sowie sonstiger international vereinbarter gesundheitsbezogener Ziele gefördert.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

Dieses Strategische Ziel ist eng mit allen anderen Zielen verknüpft, da es auf der gesamten Arbeit der Organisation aufbaut und seinerseits eine Grundlage für diese bildet. Deshalb steht es in enger Beziehung zu dem Strategischen Ziel 13 („Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann“). Bei letzterem ist der Blick vor allem nach innen gerichtet, so dass Management- und Verwaltungsfragen im Mittelpunkt stehen; dagegen befasst sich das Strategische Ziel 12 mit der äußeren Perspektive, nämlich mit der Führungsrolle der WHO, der Governance-Funktion und der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten sowie mit den Partnern, einschließlich des Systems der Vereinten Nationen, auf globaler, regionaler und nationaler Ebene.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-€]

Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
49,0	16,6	17,0	34,2	28,1	15,0	94,0	253,9

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-€]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

12.1 Ausübung einer wirksamen Führungskompetenz der Organisation und ihre zielgenauere Ausrichtung durch Verbesserung der Governance, Kohärenz, Rechenschaftsablage und Synergieeffekte in der Arbeit der WHO.	INDIKATOREN						
	12.1.1 Anteil der Dokumente, die den Leitungsgremien innerhalb der satzungsgemäßen Fristen in den sechs offiziellen Sprachen der WHO vorgelegt werden	12.1.2 Ausmaß des Verständnisses von Rolle, Prioritäten und Kernbotschaften der WHO unter den zentralen Akteuren, ermittelt anhand einer Umfrage bei diesen Akteuren					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							156,9

12.2 Herstellung einer wirksamen WHO-Länderpräsenz ¹ zur Umsetzung von WHO-Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern, die an die nationale Gesundheits- und Entwicklungspolitik der Mitgliedstaaten angepasst und mit dem VN-Länderteam und anderen Entwicklungspartnern abgestimmt sind.	INDIKATOREN						
	12.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die WHO ihre Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern an die Prioritäten des Landes und an dessen Entwicklungszyklus anpasst und ihre Arbeit innerhalb relevanter Rahmengerüste (Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen, Strategiedokumente zur Armutsbekämpfung und sektorweite Ansätze) mit den Vereinten Nationen und anderen Entwicklungspartnern abstimmt.	12.2.2 Anteil der WHO-Länderbüros, die ihre Kernkapazität im Lichte ihrer landesspezifischen Kooperationsstrategie überprüft und angepasst haben					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-€]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							30,8

¹ Die WHO-Länderpräsenz ist die Plattform für eine wirksame Zusammenarbeit mit den Ländern zur Förderung der globalen Gesundheitsagenda, für Beiträge zu nationalen Strategien und für die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Perspektiven der Länder in den globalen Strategien und Prioritäten.

12.3 Schaffung globaler Mechanismen für Gesundheit und Entwicklung, die auf der Grundlage einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Agenda, welche den Bedürfnissen und Prioritäten der Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich entspricht, eine effektive Bereitstellung dauerhafterer und vorhersehbarer Mittel fachlicher und finanzieller Art für die Gesundheitsversorgung gewährleistet.	INDIKATOREN						
	12.3.1 Zahl der Gesundheitspartnerschaften, an denen die WHO beteiligt ist und die gemäß den Prinzipien bewährter Praktiken aus den Globalen Partnerschaften für Gesundheit arbeiten			12.3.2 Anteil der von der WHO gesteuerten Gesundheitspartnerschaften, die sich an den WHO-Leitlinien für Partnerschaften orientieren		12.3.3 Anteil der Länder, in denen die WHO in Gesundheits- und Entwicklungspartnerschaften federführend oder aktiv beteiligt ist (formell oder informell), einschließlich im Rahmen von Reformen des Systems der Vereinten Nationen	
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							33,8

12.4 Bereitstellung von grundlegendem Gesundheitswissen und von Argumentationshilfen in mehreren Sprachen für die Mitgliedsstaaten, gesundheitspolitischen Partner und andere Akteure durch wirksamen Wissensaustausch.	INDIKATOREN						
	12.4.1 Durchschnittliche Zahl der Seitenzugriffe/der Benutzer der Website des WHO-Hauptbüros pro Monat			12.4.2 Zahl der auf Websites von Länderbüros, Regionalbüros und WHO-Hauptbüro verfügbaren Seiten in anderen Sprachen als Englisch			
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							32,4

STRATEGISCHES ZIEL 13

Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann

Gegenstand

Zum Gegenstand dieses Ziels zählen die Funktionen, die die Arbeit des Sekretariats in den Länder- und Regionalbüros und im Hauptbüro unterstützen und ermöglichen. Die Arbeit verläuft entlang folgender Grundlinien: umfassender ergebnisorientierter Managementrahmen und entsprechende Prozesse von der strategischen und operativen Planung und Veranschlagung im Haushalt bis zur Leistungsüberwachung und -bewertung; Management der finanziellen Ressourcen durch Überwachung, Mobilisierung und Koordination der gesamten Organisation mit dem Ziel der Sicherung eines wirksamen Angebots verfügbarer Ressourcen auf allen Ebenen der Organisation; Personalwirtschaft einschließlich Personalplanung, Personalbeschaffung, Entwicklung und Weiterbildung von Mitarbeitern, Leistungsmanagement, Regelung der Voraussetzungen für Leistungen und Ansprüche; Angebot operativer Unterstützung in den Bereichen Infrastruktur- und Logistik-Management, Sprachendienste, Sicherheit von Personal und Gebäuden, gesundheitliche Versorgung des Personals und IT-Management; Gewährleistung geeigneter Verfahren für Rechenschaftsablage und Führungspraxis in allen Bereichen.

Darüber hinaus beinhaltet das Strategische Ziel ein umfassendes Programm institutioneller Reformen, das auf die kontinuierliche Stärkung der genannten Funktionen und eine bessere, wirksamere und kosteneffektivere Unterstützung der Organisation abzielt. Das Programm ist eng mit weiteren grundlegenden Reformen verbunden, die innerhalb des Systems der Vereinten Nationen sowohl auf Länderebene als auch auf globaler Ebene stattfinden.

Verknüpfung mit anderen Strategischen Zielen

Es ist nicht sinnvoll, dieses Ziel losgelöst von den übrigen Strategischen Zielen zu betrachten, da sein Anwendungsbereich die Bedürfnisse der Organisation als Ganzes widerspiegelt und diesen Rechnung trägt. Vielmehr sollte es vor allem in Verbindung mit dem Strategischen Ziel 12 („Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda gerecht zu werden“) gesehen werden. Beim Strategischen Ziel 13 ist der Blick vor allem nach innen gerichtet, so dass Management- und Verwaltungsfragen in den Mittelpunkt rücken; dagegen befasst sich das Strategische Ziel 12 mit der äußeren Perspektive, nämlich mit der Führungsrolle der WHO, der Governance-Funktion und der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und Partnern auf weltweiter und regionaler Ebene sowie in den Ländern.

Gesamtetat nach Standort für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
126,0	29,8	45,0	45,3	36,5	34,0	229,0	545,6

Mittelzuweisung nach Organisationsebene für dieses Strategische Ziel im Zeitraum 2010–2011 [in Tausend US-£]

	Länder	Regionen	Hauptbüro	INSGESAMT
Alle Finanzierungsquellen 2010–2011				
Prozentualer Anteil				

Etat nach organisationsweit erwartetem Ergebnis und Standort

13.1 Orientierung der Arbeit der Organisation an strategischen und operativen Plänen, die die gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigen, den Bedürfnissen der Länder gerecht werden, durch die gesamte Organisation ausgearbeitet werden und wirksam zur Leistungsüberwachung und bewertung genutzt werden.	INDIKATOREN						
	13.1.1 Anteil der Arbeitspläne in den Ländern, die bezüglich ihrer fachlichen Qualität sowie des Grads der Berücksichtigung gewonnener Erkenntnisse und der Bedürfnisse des jeweiligen Landes einer fachlichen Begutachtung unterzogen wurden	13.1.2 Von einzelnen Büros angestrebte Ergebnisse, für die der Fortschrittsstatus innerhalb der festgelegten Fristen für die regelmäßige Berichterstattung aktualisiert wurde					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							40,8

13.2 Solide Finanzpraxis und effizientes Finanzmanagement durch laufende Überwachung und Mobilisierung von Ressourcenströmen, damit diese mit dem Programmhaushalt übereinstimmen.	INDIKATOREN						
	13.2.1 Grad der Einhaltung der Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor durch die WHO	13.2.1 Anteil der freiwilligen Beiträge, die als „allgemeine freiwillige Beiträge“ eingestuft werden					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-£]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							67,8

<p>13.3 Einführung einer Personalpolitik und -praxis, die hoch qualifizierte Arbeitskräfte anzieht und an die Organisation bindet, das Erlernen neuer Fähigkeiten und die berufliche Weiterentwicklung fördert, Leistung belohnt und sich für die Einhaltung ethischer Grundüberzeugungen einsetzt.</p>	INDIKATOREN						
	<p>13.3.1 Anteil der Dienststellen¹, die über einen genehmigten zweijährlichen Personalplan verfügen</p>			<p>13.3.2 Zahl der Mitarbeiter, die innerhalb eines Zweijahreszeitraums einen neuen Posten antreten oder an einen anderen Standort versetzt werden (aufgeschoben bis zum Zweijahreszeitraum 2010-2011)</p>		<p>13.3.3 Anteil der Mitarbeiter, die den Zyklus des Systems für Leistungsmanagement und Mitarbeiterentwicklung einhalten</p>	
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							37,0

<p>13.4 Vorhandensein vom Managementstrategien, -konzepten und -methoden für Informationssysteme, die zuverlässige, sichere und kosteneffektive Lösungen garantieren und gleichzeitig den veränderlichen Anforderungen der Organisation Rechnung tragen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>13.4.1 Zahl der Informationstechnik-Funktionen², die in Übereinstimmung mit der als vorbildlich geltenden Praxis in der gesamten Organisation realisiert wurden</p>				<p>13.4.2 Anteil der Dienststellen, die kontinuierlich in Echtzeit auf Managementinformationen zugreifen</p>		
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							120,3

<p>13.5 Unterstützungsdienste³ für Management und Verwaltung, mit denen die Funktionsfähigkeit der Organisation gewährleistet werden soll, auf der Grundlage von Vereinbarungen zum Dienstleistungsumfang, die einen Schwerpunkt auf Qualität und bedarfsgerechte Leistungen legen.</p>	INDIKATOREN						
	<p>13.5.1 Anteil der durch das globale Dienstleistungszentrum erbrachten Leistungen, die den in den Vereinbarungen zum Dienstleistungsumfang festgelegten Kriterien entsprechen</p>						
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							130,1

¹ Mit „Dienststellen“ sind hier Länderbüros (144), Abteilungen des Regionalbüros (~30) und Abteilungen des Hauptbüros (~40) gemeint.

² Dazu zählen u. a. Incidence Management, Configuration Management, Release Management, „Service Desk“-Funktion.

³ Dazu zählen Dienste in den Bereichen Informationstechnologie, Personalwesen, Finanzen, Logistik und Sprachendienste.

13.6 Eine Arbeitsumgebung, die positive Auswirkungen auf Wohlbefinden und Sicherheit der Mitarbeiter an allen Standorten hat.	INDIKATOREN						
	13.6.1 Anteil der geplanten Projekte, die in den Sanierungsgesamtplan aufgenommen und im jeweiligen Zweijahreszeitraum abgeschlossen wurden	13.6.2 Anteil der WHO-Dienststellen, die die Mindestnormen der operationellen Sicherheit der Vereinten Nationen (MOSS) einhalten					
	AUSGANGSLAGE 2010						
	EINZELZIELE FÜR 2011						
Etat [in Tausend US-\$]							
Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien	Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
							149,6

Übersichtstabelle 1: Programmaushaltsentwurf nach Strategischem Ziel

Strategisches Ziel	<i>[in Mio. US-$\text{\\$}$]</i>		
	Afrika	Gesamt-amerika	Südostasien
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten	605,0	34,4	209,0
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose	242,0	48,2	105,0
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen	21,0	11,8	16,0
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen	115,0	27,4	46,0
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen	34,0	15,9	14,0
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind	26,0	13,9	16,0
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten	9,0	6,9	5,0
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen	19,0	12,1	14,0
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung	40,0	12,6	12,0
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse	142,0	38,5	55,0
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung	23,0	8,9	14,0
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden	49,0	16,6	17,0
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann	126,0	29,8	45,0
INSGESAMT	1451,0	277,0	568,0

und Büro, 2010–2011 [in Mio. US-\$]

<i>(vor Wechselkursbereinigungen)</i>				
Europa	Östlicher Mittelmeerraum	Westpazifik	Hauptbüro	INSGESAMT
38,7	155,7	84,4	415,8	1543,0
30,5	52,0	53,0	201,0	731,7
13,5	19,0	17,0	63,5	161,8
11,2	35,1	25,0	94,5	354,2
8,8	8,0	5,0	41,0	126,7
9,7	21,0	25,0	65,5	177,1
6,0	13,0	2,0	30,0	71,9
19,4	19,0	13,0	50,2	146,7
5,3	9,0	14,0	26,0	118,9
49,9	71,8	46,0	142,5	545,7
5,6	17,2	15,0	77,0	160,7
34,2	28,1	15,0	94,0	253,9
45,3	36,5	34,0	229,0	545,6
278,1	485,4	348,4	1530,0	4937,9

Übersichtstabelle 2: Programmhaushaltentwurf nach strategischem Ziel, Organisationsebene und Finanzierungsquelle, alle Ebenen, 2010–2011 [in Mio. US- $\text{\$}$]

Strategisches Ziel	SUMME REGIONEN UND HAUPTBÜRO			Regionen		Hauptbüro
				Länderbüros	Regionalbüros	
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			1543,0			
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			731,7			
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			161,8			
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			354,2			
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			126,7			
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			177,1			
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			71,9			
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			146,7			
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			118,9			
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			545,7			
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			160,7			
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			253,9			
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			545,6			
INSGESAMT			4937,9			

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmhaushaltentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US-\$]

Strategisches Ziel	Afrika				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			605,0		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			242,0		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			21,0		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			115,0		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			34,0		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			26,0		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			9,0		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			19,0		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			40,0		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			142,0		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			23,0		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			49,0		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			126,0		
INSGESAMT			1451,0		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmhaushaltentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US-€]

Strategisches Ziel	Gesamtamerika				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			34,4		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			48,2		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			11,8		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			27,4		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			15,9		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			13,9		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			6,9		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			12,1		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			12,6		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			38,5		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			8,9		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			16,6		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			29,8		
INSGESAMT			277,0		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmhaushaltentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US- $\text{\$}$]

Strategisches Ziel	Südostasien				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			209,0		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			105,0		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			16,0		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			46,0		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			14,0		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			16,0		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			5,0		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			14,0		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			12,0		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			55,0		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			14,0		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			17,0		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			45,0		
INSGESAMT			568,0		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmhaushaltentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US-\$]

Strategisches Ziel	Europa				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			38,7		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			30,5		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			13,5		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			11,2		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			8,8		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			9,7		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			6,0		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			19,4		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			5,3		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			49,9		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			5,6		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			34,2		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			45,3		
INSGESAMT			278,1		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmbudgetentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US- $\text{\$}$]

Strategisches Ziel	Östlicher Mittelmeerraum				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			155,7		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			52,0		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			19,0		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			35,1		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			8,0		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			21,0		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			13,0		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			19,0		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			9,0		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			71,8		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			17,2		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			28,1		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			36,5		
INSGESAMT			485,4		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmaushaltswurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US- $\text{\$}$]

Strategisches Ziel	Westpazifik				
	Insgesamt			Länderbüros	Regionalbüro
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			84,4		
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			53,0		
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			17,0		
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			25,0		
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			5,0		
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			25,0		
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			2,0		
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			13,0		
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			14,0		
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			46,0		
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			15,0		
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			15,0		
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			34,0		
INSGESAMT			348,4		

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

Übersichtstabelle 3: Programmbudgetentwurf nach Strategischem Ziel, Büro und Finanzierungsquelle, 2010–2011 [in Mio. US- $\text{\$}$]

Strategisches Ziel	Hauptbüro		
	Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten			415,8
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose			201,0
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen			63,5
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen			94,5
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen			41,0
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind			65,5
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten			30,0
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen			50,2
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung			26,0
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse			142,5
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung			77,0
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden			94,0
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann			229,0
INSGESAMT			1530,0

^a Schließt sonstige Einnahmen ein.

**Übersichtstabelle 4: Einzelne Partnerschaften und Kooperationen
als Teil des Programmaushaltentwurfs nach Strategischem Ziel, 2010–2011 [Mio. US-\$]**

Strategische Ziele/Partnerschaften und Kooperationen	Insgesamt in Mio. US-\$ (vor Wechselkursbereinigungen)
Strategisches Ziel 1	
Wirksame Kooperation mit den Partnern im GAVI-Bündnis zur Unterstützung einer beschleunigten Einführung von Impfstoffen gegen Kinderkrankheiten	238,1
Globale Initiative zur Eradizierung der Poliomyelitis	388,8
Partnerschaften zur Bekämpfung vernachlässigter Tropenkrankheiten	50,0
Wirksame Kooperation mit den Partnern im GAVI-Bündnis zur Unterstützung einer integrierten epidemiologischen Überwachung	22,0
UNICEF/UNDP/Weltbank/WHO-Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten	73,8
Partnerschaften im Bereich der Impfstoffforschung	3,0
Wirksame Kooperation mit den Partnern im GAVI-Bündnis zur Unterstützung einer beschleunigten Einführung von Impfstoffen gegen Krankheiten mit Epidemietendenz	73,0
WHO/FAO/OIE Vereinbarung über die Bekämpfung der Vogelgrippe und anderer neuer Krankheiten	30,0
Zwischensumme	878,7
Strategisches Ziel 2	
WHO/UNAIDS-Initiative für einen HIV-Impfstoff (einschließlich des afrikanischen Programms für einen Impfstoff gegen AIDS)	3,0
Sonderprogramm von UNDP/UNFPA/WHO/Weltbank für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion	2,0
UNICEF/UNDP/Weltbank/WHO-Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten	73,0
Zwischensumme	78,0
Strategisches Ziel 4	
Sonderprogramm von UNDP/UNFPA/WHO/Weltbank für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion	40,5
Zwischensumme	40,5
Strategisches Ziel 5	
Rückverfolgung im Bereich Ernährung und Gesundheit	3,0
Zwischensumme	3,0
Strategisches Ziel 6	
Sonderprogramm von UNDP/UNFPA/WHO/Weltbank für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion	2,0
WHO-Zentrum für Gesundheitsentwicklung (Kobe)	11,0
Zwischensumme	13,0
Strategisches Ziel 8	
Zwischenstaatliches Forum für Chemikaliensicherheit	1,2
Zwischensumme	1,2
Strategisches Ziel 10	
Sonderprogramm von UNDP/UNFPA/WHO/Weltbank für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion	1,0
Weltallianz für Patientensicherheit	34,5
Zwischensumme	35,5
Endsumme	1049,9

**Übersichtstabelle 5: Partnerschaften und Kooperationen – Veränderungen
zwischen 2008–2009 und 2010–2011**

Name	Partnerschaften und Kooperationen [in Mio. US-\$]			
	Genehmigter Programm- haushalt 2008–2009	Revidierter Programm- haushalt 2008–2009	Revidierter Programmhaushalt 2008–2009 ohne Partnerschaften und Kooperationen, die im Zweijahreszeit- raum 2010–2011 ebenfalls fehlen	Programmhaushalts- entwurf für Partnerschaf- ten und Kooperationen 2010–2011 (vor Wechselkursbereini- gungen)
Allianz für Gesundheitspolitik und Systemfor- schung	-	7,7	-	-
Global Health Workforce Alliance	7,5	11,8	-	-
Rückverfolgung im Bereich Ernährung und Gesundheit	-	3,0	3,0	3,0
Health Metrics Network	5,0	27,2	-	-
Zwischenstaatliches Forum für Chemikaliensich- erheit	-	1,2	1,2	1,2
Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	-	13,1	-	-
Partnerschaft „Roll Back Malaria“	13,6	18,7	-	-
UNICEF/UNDP/Weltbank/WHO- Sonderprogramm für Forschung und Ausbil- dung in Tropenkrankheiten	79,3	100,9	100,9	146,8
Sonderprogramm von UNDP/UNFPA/WHO/Weltbank für For- schung, Entwicklung und Wissenschaftleraus- bildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion	40,5	42,8	42,8	45,5
Initiative „Stopp der Tb“	18,7	27,5	-	-
Ständiger Ausschuss der Vereinten Nationen für Ernährungsfragen	0,2	7,3	-	-
Kooperationsrat für Wasser- und Sanitärver- sorgung	-	35,8	-	-
WHO/UNAIDS-Initiative für einen HIV- Impfstoff (einschließlich des afrikanischen Programms für einen Impfstoff gegen AIDS)	1,3	1,3	1,3	3,0
Globale Initiative zur Eradizierung der Polio- myelitis	196,5	399,6	399,6	388,8
Weltallianz für Patientensicherheit	7,0	34,7	34,7	34,5
Partnerschaften im Bereich der Impfstofffor- schung	0,3	0,3	0,3	3,0
WHO/FAO/OIE Vereinbarung über die Be- kämpfung der Vogelgrippe und anderer neuer Krankheiten	-	14,0	14,0	30,0
WHO-Zentrum für Gesundheitsentwicklung	-	-	-	11,0
Effektive Zusammenarbeit mit den GAVI- Partnern	-	-	-	333,1
Partnerschaften zur Bekämpfung vernachlässig- ter Tropenkrankheiten	-	-	-	50,0
Insgesamt	369,9	746,9	597,8	1049,9

PARTNERSCHAFTEN AUSSERHALB DES PROGRAMMHAUSHALTSRAHMENS 2010–2011

Die steigende Nachfrage für Unterstützung im Bereich der internationalen öffentlichen Gesundheit geht mit dem Wachstum der Gebergemeinschaft einher. Neben den Mitgliedstaaten, die die internationale öffentliche Gesundheit finanzieren, haben nationale Programme zur Entwicklungszusammenarbeit an Bedeutung gewonnen. Auch die Beteiligung der übrigen multilateralen Einrichtungen, Entwicklungsorganisationen und privaten Stiftungen nimmt zu.

Daher arbeitet die internationale Gemeinschaft im Bereich Gesundheit und Entwicklung zunehmend auf der Grundlage von Partnerschaften zusammen. Oft nimmt die WHO bei diesen Partnerschaften eine Schlüssel-funktion ein. Dennoch verfügen die Partnerschaften über eigene Organisationsstrukturen und die WHO hat keinen Einfluss auf deren Haushalt oder Arbeitsplan.

Die Beziehungen, die zwischen den Partnerschaften und der WHO aufgebaut wurden, bringen Synergieeffekte und Koordinationsleistungen mit sich, die der Verwirklichung der Strategischen Ziele des Mittelfristigen Strategieplans und des Programmhaushaltentwurfs 2010–2011 dienen.

**ZWEIJAHRESBUDGETS FÜR PARTNERSCHAFTEN AUSSERHALB DES
PROGRAMMHAUSHALTS 2010–2011**

Partnerschaft	Primär verfolg- tes Strategisches Ziel	Budget [in Tausend US-$\text{\\$}$]
Allianz für Gesundheitspolitik und Systemfor- schung	10	10 000
Global Health Workforce Alliance	10	30 000
Health Metrics Network	10	22 400
Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	4	30 000
Partnerschaft „Roll Back Malaria“	2	50 000
Sekretariat des Rahmenübereinkommens zur Ein- dämmung des Tabakgebrauchs	6	7 000
Partnerschaft „Stopp der Tb“	2	32 500
Globale Arzneimittelfazilität	2	86 250
Ständiger Ausschuss der Vereinten Nationen für Ernährungsfragen	9	7 301
Internationale Fazilität zum Kauf von Medikamen- ten, UNITAID	2	
Kooperationsrat für Wasser- und Sanitärversorgung	8	61 410
INSGESAMT		

ALLIANZ FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND SYSTEMFORSCHUNG

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

10: Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Bei der Verwirklichung des Strategischen Ziels 10 verfolgt die Allianz für Gesundheitspolitik und Systemforschung die folgenden strategischen Lösungsansätze:

- i) Es werden Anreize geschaffen, um programmbezogenes Fachwissen – einschließlich Erkenntnissen, Instrumenten und Methoden – zu Gesundheitssystemen aufzubauen und zusammenzuführen.
- ii) Die Verbreitung und Verwendung von Fachwissen zu Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen wird gefördert, um die Leistungen der Gesundheitssysteme zu verbessern.
- iii) Wissenschaftler, Entscheidungsträger und andere Akteure werden beim Aufbau von Kapazitäten zur Entwicklung, Verbreitung und Verwendung von Forschungsergebnissen aus dem Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme unterstützt.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Im Zweijahreszeitraum 2010–2011 wird die Allianz prioritäre Forschungsthemen im Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme identifizieren und auf diesem Gebiet Einigung erzielen. Sie wird strategische länderübergreifende Studien fördern und die Zusammenführung des vorhandenen Wissens unterstützen. Die Allianz wird weiterhin auf Länder- und regionaler Ebene in Mechanismen investieren, die die strategische Verwendung der Erkenntnisse fördern. Sie wird die Wirksamkeit der verschiedenen innovativen Wissenstransfermechanismen evaluieren. Die Allianz wird sich dafür einsetzen, dass Forschungsergebnisse zu Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen im Rahmen von Postgraduiertenstudiengängen vermittelt werden. Außerdem wird sie die Verbreitung von Forschungsmethoden auf dem Gebiet von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen fördern und sie wird Strategien implementieren und evaluieren, die es den Entscheidungsträgern erleichtern, die gewonnenen Erkenntnisse bei der Programmkonzeption zu verwenden. Die Umsetzung der Strategien erfolgt überwiegend auf der Grundlage von Vorschlägen, die im Rahmen von Ausschreibungen ermittelt werden, sowie durch die wettbewerbsorientierte Vergabe von Fördermitteln an Einrichtungen in den Entwicklungsländern.

Zusammenarbeit mit der WHO

Einerseits profitiert das Arbeitsprogramm der Allianz von den Aktivitäten, die die WHO im Bereich Gesundheitssysteme und Gesundheitsdienste entfaltet (z. B. Identifizierung von Forschungsprioritäten), andererseits leistet die Allianz selbst einen Beitrag zu diesen Aktivitäten (z. B. durch Zusammenfassung und Zusammenführung der verfügbaren Erkenntnisse im Bereich Gesundheitssysteme). Das Arbeitsprogramm der Allianz ist eindeutig mit den Strategischen Zielen der WHO verbunden. Die Allianz wird jedoch überwiegend durch die Forschungseinrichtungen der Entwicklungsländer tätig, so dass neben den Mitgliedstaaten der WHO eine Reihe weiterer Akteure beteiligt werden.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

10 Mio. US-\$

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

10: Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Durch die koordinierten Maßnahmen ihrer Mitglieder wird die Allianz die Entwicklung erkenntnisbasierter, umfassender und kohärenter länderspezifischer Lösungen unterstützen. Sie wird den signifikanten Ausbau von Maßnahmen auf Landes-, regionaler und weltweiter Ebene fördern, damit motivierte und kompetente Gesundheitsfachkräfte überall auf Informationen zugreifen können.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die Allianz ist weltweite Ansprechpartnerin für die Entwicklung personeller Ressourcen. Sie setzt sich dafür ein, dass alle Akteure einen besseren Zugang zu Informationen, Wissen, bewährten Praktiken und institutionellen Ressourcen erhalten.

Ihre Aktivitäten konzentrieren sich auf die folgenden drei Prioritäten:

- Beschleunigung der Aktivitäten und der Entwicklung von Kapazitäten in den Ländern durch Förderung und Unterstützung von Partnerschaften in den Ländern;
- Harmonisierung der Aktivitäten der verschiedenen Akteure mit dem Ziel der Angleichung der personellen Ressourcen, um auf diese Weise prioritäre Programme zu fördern und die Gesundheitssysteme auszubauen;
- Aufbau von Fachwissen und Schaffung von Lernanreizen sowie Anerkennung des Lernens als ein weltweites allgemeines Gut.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die Allianz soll Tätigkeiten fördern, die jenseits der Aktivitäten und Leistungen der vorhandenen Einrichtungen, einschließlich WHO, einen Mehrwert erzeugen. Priorisierte Aktivitäten müssen katalysatorische Funktionen einnehmen und sicherstellen, dass umfassende Systeme bereitstehen, die die weltweite Entwicklung von Gesundheitsfachkräften ermöglichen.

Die Allianz wird mit den vorhandenen Institutionen und Organen zusammenarbeiten und inhaltliche Überschneidungen sowie interinstitutionellen Wettbewerb vermeiden. Sie wird Tätigkeiten unterstützen, die sich mit den Aufgaben und Kapazitäten der Partner vereinbaren lassen und mit Transparenz und Rechenschaftslegung im Hinblick auf die Maßnahmen der Partner verbunden sind.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

30 Mio. US-\$

HEALTH METRICS NETWORK

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

10: Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Das Health Metrics Network verfolgt ausschließlich den folgenden strategischen Ansatz: verbesserte Verfügbarkeit und häufigere Verwendung rechtzeitig verfügbarer und präziser Gesundheitsinformationen durch Kanalisierung der gemeinsamen Finanzierung und Entwicklung grundlegender länderspezifischer Gesundheitsinformationssysteme.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Im Rahmen der Förderung des Strategischen Ziels 10 verfolgt die Partnerschaft drei korrelierende Zielsetzungen:

- Schaffung eines harmonisierten Rahmens für länderspezifische Gesundheitsinformationssysteme einschließlich der Festlegung von Standards für Gesundheitsinformationssysteme;
- Ausbau der länderspezifischen Gesundheitsinformationssysteme durch technische und finanzielle katalysatorische Unterstützungsleistungen für die Anwendung des Rahmens; und
- Bereitstellung von Informationen für lokale, regionale und weltweite Akteure.

Zusammenarbeit mit der WHO

Das Health Metrics Network wird auf dem Gebiet der Gesundheitsstatistik und -informatik weiterhin eng mit dem WHO-Sekretariat zusammenarbeiten, um die Entwicklung von Standards zu beschleunigen, da diese für die nächste Fassung des Rahmens von entscheidender Bedeutung sind. Auch die Zusammenarbeit mit den WHO-Regionalbüros und den Ansprechpartnern auf Länderebene wird fortgesetzt, um die Länderaktivitäten zu fördern und auf diese Weise die Gesundheitsinformationssysteme auszubauen.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

22,4 Mio. US-\$

PARTNERSHIP FOR MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

4: Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Die Partnership for Maternal, Newborn and Child Health konzentriert sich auf die folgenden Tätigkeitsbereiche: globale, regionale und länderspezifische politische Interessenvertretung zugunsten der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern; Beschleunigung und Förderung von Maßnahmen der Länder; Harmonisierung der Beziehungen zu den Partnern und Verbesserung der Wirksamkeit von Fördermitteln; Erfolgskontrolle sowohl hinsichtlich der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 als auch im Hinblick auf Ernährung. Zentrale Funktionen sind auch im Jahresarbeitsplan enthalten. Hierzu zählen regelmäßige Sitzungen des Board sowie die Unterstützung von Arbeitsgruppen und des WHO-Sekretariats.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die Partnerschaft nimmt die Interessenvertretung durch die folgenden Aktivitäten wahr: Konzeption von Botschaften und Instrumenten zur Interessenvertretung; Entwicklung gemeinsamer Informationsplattformen; Umsetzung von Initiativen zur Interessenvertretung; Steigerung der Medienpräsenz der Partnerschaft; Verfolgen politischer Zusagen und Beobachtung der medialen Berichterstattung. Bei der Unterstützung der Länder unternimmt die Partnerschaft die folgenden Maßnahmen: technische Unterstützung für die nationalen Planungs- und Budgetierungsverfahren; verbesserter Zugang zu praxisrelevanten Modellen mit integrierten Komponenten für die Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern im Rahmen nationaler Gesundheitspläne; Veröffentlichung bewährter Praktiken und Aufbau von Kapazitäten in den Ländern. Die Partnerschaft wird darüber hinaus eine führende Rolle bei der Berücksichtigung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern im Rahmen weltweiter neuer Gesundheitsinitiativen einnehmen und als Katalysator wirksame nationale Koordinationsmechanismen in Gang bringen. Außerdem wird sie sich beim Aufbau von Plattformen engagieren, mit denen die vorhandenen Messinstrumente besser eingesetzt werden können. Ferner wird die Partnerschaft Erfolgskontrollen durchführen. Zu diesem Zweck müssen ihr die Akteure auf sämtlichen Ebenen Rechenschaft darüber ablegen, ob sie ihre finanziellen und inhaltlichen Verpflichtungen eingehalten haben.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die Partnership for Maternal, Newborn and Child Health wird sich bei der Identifikation und Analyse der länderspezifischen Rahmenbedingungen mit der WHO abstimmen, damit die beiden Einrichtungen nicht die gleichen Aufgaben nebeneinander durchführen. Die Partnerschaft wird die Tätigkeiten, die die WHO im Bereich der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern ausübt, durch ihre zusätzlichen Ressourcen ergänzen.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

30 Mio. US-\$

PARTNERSCHAFT „ROLL BACK MALARIA“

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

2: Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Mit dem Global Malaria Business Plan der Partnerschaft „Roll Back Malaria“ und den Jahresarbeitsplänen, die für die gesamte Partnerschaft abgestimmt werden, werden die weltweiten Malariabekämpfungsmaßnahmen aller Partner koordiniert. Das Strategische Ziel wird mit dem Business Plan und den Arbeitsplänen in Einklang gebracht. Besondere Bedeutung haben die folgenden Aktivitäten: Förderung des weltweiten Zugangs zu wesentlichen Präventions-, Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen, damit die Verbreitung der Krankheit eingedämmt wird und Morbidität und Mortalität reduziert werden; nachhaltiges politisches Engagement und Verbesserung der Wirkung von Partnerschaften, unter anderem durch Abstimmung und Harmonisierung der Aktivitäten mit den Partnern auf allen Ebenen; Förderung konzertierter Maßnahmen.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die Aktivitäten der Partnerschaft „Roll Back Malaria“ konzentrieren sich auf die Unterstützung der Länder, damit diese i) schnell ihre Kapazitäten ausbauen, um bei der Eindämmung von Malaria die Zielvorgaben für 2010 zu erreichen; ii) die Kontrolle der Krankheit durch eine Erweiterung ihrer Kapazitäten fortsetzen; und iii) bei der Reduzierung der Übertragungsraten und der regionalen Malarieliminierung Fortschritte erzielen.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die Partnerschaft koordiniert ihre Aktivitäten durch Arbeitspläne, die für die gesamte Partnerschaft erstellt werden und an denen die zahlreichen Abteilungen und Ebenen des WHO-Sekretariats operativ beteiligt sind. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch das Board der Partnerschaft „Roll Back Malaria“.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

50 Mio. US-\$

(Der Anteil, den das geschätzte Budget bei der unmittelbaren Förderung des Strategischen Ziels einnimmt, ist derzeit nicht bekannt. Der oben genannte Betrag basiert auf dem harmonisierten Arbeitsplan für 2008.)

SEKRETARIAT DES RAHMENÜBEREINKOMMENS ZUR EINDÄMMUNG DES TABAKGEBRAUCHS

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

6: Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

- Übernahme einer globalen Führungsrolle sowie Koordinierung, Kommunikation und Interessenvertretung zur Förderung der Gesundheit, um gesundheitliche Verbesserungen zu erreichen, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die wichtigsten Risikofaktoren zu bekämpfen und zur Verwirklichung der nationalen Entwicklungsziele beizutragen;
- Unterstützung der Einrichtung sektorenübergreifender Partnerschaften und Bündnisse überall in den Mitgliedstaaten und Stärkung der internationalen Zusammenarbeit bei der Gewinnung und Verbreitung von Forschungsergebnissen;
- direkte fachliche Unterstützung bei der Implementierung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs einschließlich Förderung der Anti-Tabak-Programme des MPOWER-Plans

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Auf der Grundlage der Bestimmungen des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs sowie der Prioritäten und Strategien, die von der Konferenz der Vertragsparteien festgelegt werden, werden sich die Konferenz und das Sekretariat des Rahmenübereinkommens für die Entwicklung der Instrumente einsetzen, die die internationale Gemeinschaft für die Umsetzung der Bestimmungen des Rahmenübereinkommens vereinbart hat. Das Sekretariat des Rahmenübereinkommens wird sich auch dafür einsetzen, dass die verschiedenen Instrumente besser wahrgenommen und verbreitet werden, und es wird die Vertragsparteien dabei unterstützen, bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens von diesen Instrumenten Gebrauch zu machen. Außerdem wird das Sekretariat die Vertragsparteien im Rahmen ihrer Berichtspflichten unterstützen und es wird jährliche zusammenfassende Berichte erstellen, in denen die Fortschritte bewertet werden, die bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens international erreicht wurden. Ein weiteres wichtiges Tätigkeitsfeld ist die Koordination mit den maßgeblichen internationalen und regionalen zwischenstaatlichen Organisationen, insbesondere den Einrichtungen, die bei der Konferenz der Vertragsparteien Beobachterstatus einnehmen. Auf diese Weise kann deren Fachwissen bei der Umsetzung der Konvention berücksichtigt werden.

Zusammenarbeit mit der WHO

Eine wichtige Strategie der Konferenz der Vertragsparteien und des Sekretariats des Rahmenübereinkommens besteht darin, sich um Synergieeffekte und Abstimmung mit den Tätigkeitsfeldern der WHO zu bemühen, insbesondere im Hinblick auf die Anti-Tabak-Initiative der WHO. Dabei liegt der Schwerpunkt in den folgenden Bereichen: vertragsspezifische Fragen; Weiterentwicklung der Vertragsinstrumente; zwischenstaatliche Verhandlungen und Verfahren; Geltendmachung der rechtlich bindenden Wirkung des Rahmenübereinkommens, damit sich die Regierungen uneingeschränkt engagieren und Maßnahmen zur Umsetzung des Übereinkommens ergreifen; Nutzung der internationalen Verpflichtungen der Vertragsparteien zugunsten der weltweiten und regionalen Koordinationsaufgaben und Maßnahmen. Auf Länderebene sind die wichtigsten Aktivitäten die Förderung des Zugangs zu international verfügbaren Ressourcen, die Unterstützung bei vertragsspezifischen und rechtlichen Angelegenheiten, die Definition und Nutzung des politischen und zwischenstaatlichen Charakters und

Potenzials des Rahmenübereinkommens zugunsten weltweiter und nationaler Anti-Tabak-Maßnahmen, die Unterstützung der Vertragsparteien bei ihrem Engagement für die Arbeit der Konferenz der Vertragsparteien und ihrer nachgeordneten Organe sowie die Förderung der Nutzung von Informationen, die durch das Berichtssystem bereitgestellt werden, damit der Erfahrungsaustausch und der Einsatz bewährter Praktiken für die Vertragsparteien erleichtert wird. Es werden die bestmöglichen Anstrengungen unternommen, damit es zu keinen inhaltlichen Überschneidungen mit der Anti-Tabak-Initiative und sonstigen Abteilungen des WHO-Sekretariats kommt. Letztere werden auch künftig in führender Funktion die fachliche Arbeit, die Interessenvertretung, die Aufsicht und den Aufbau von Kapazitäten in den Ländern steuern und durch ihre umfangreichen Erfahrungen und Fachkenntnisse die Arbeit der Konferenz der Vertragsparteien und des Sekretariats des Rahmenübereinkommens unterstützen.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Das Budget für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 ist noch nicht geplant oder diskutiert worden. Das Sekretariat des Rahmenübereinkommens geht jedoch davon aus, dass sich die Komponenten des Arbeitsplans, die unmittelbar zur Verwirklichung des Strategischen Ziels beitragen, aus freiwilligen ordentlichen Beiträgen in Höhe von 5 Mrd. US-\$ und außerbudgetären Beiträgen in Höhe von knapp 2 Mrd. US-\$ zusammensetzen.

PARTNERSCHAFT „STOPP DER TB“

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

2 : Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Im Rahmen ihrer Zielsetzung konzentriert sich die Partnerschaft „Stopp der Tb“ auf die folgenden Lösungsansätze:

- Ausbau und Unterstützung der Organisationen, die sich im Rahmen der Tuberkulosekontrolle und -forschung zusammengeschlossen haben, z. B. durch wachsende Beteiligung der Zivilgemeinschaft und des privaten Sektors;
- Erweiterung der Agenda für Tuberkulosekontrolle und -forschung und Ausbau des Einvernehmens, das im Hinblick auf die Agenda erzielt wurde, u. a. durch den Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006–2015, und Orientierungshilfe z. B. durch die Aktivitäten der maßgeblichen Arbeitsgruppen (Arbeitsgruppe DOTS-Erweiterung, Arbeitsgruppe Multiresistente Tuberkulose und Green Light Committee);
- Intensivierung und Ausbau der weltweiten Interessenvertretung, z. B. durch Länderbesuche auf höchster Ebene;
- Koordinierung und Förderung der Aktivitäten, die die Partner in den Kernbereichen durchführen, einschließlich fachlicher Unterstützung der Länder, wobei einige dieser Aktivitäten bereits im Rahmen anderer Aufgaben und krankheitsspezifischer Programme in den Gesundheitssystemen der Länder durchgeführt wurden;
- verbesserte Tuberkulosekontrolle in den Ländern, sowohl unmittelbar, z. B. durch die Globale Arzneimittelfazilität und das Green Light Committee, als auch mittelbar durch die sonstigen Aktivitäten der Partnerschaft, z. B. im Rahmen der Interessenvertretung.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

In dem relevanten Zweijahreszeitraum wird der Schwerpunkt auf den folgenden Aktivitäten liegen:

- Weiterer Ausbau des Partnernetzwerks und Kanalisieren der Aktivitäten der Partner zugunsten einer besseren Tuberkulosekontrolle;
- Verbesserung der weltweiten Kommunikation;
- gezielte Interessenvertretung, Kommunikation und Mobilisierung der Gesellschaft, damit die Tuberkulosekontrolle auf zahlreichen Ebenen Unterstützung erhält;
- Aufbau nationaler Partnerschaften;
- Unterstützung der Zivilgesellschaft bei Maßnahmen, die der Tuberkulosekontrolle auf Graswurzelebene Unterstützung verschaffen;
- Überwachung des Globalen Plans „Stopp der Tb“ 2006–2015; und
- Mechanismus zur fachlichen Unterstützung der Partnerschaft „Stopp der Tb“ (Technical Assistance Mechanism) zugunsten der reibungslosen Implementierung von Hilfsgeldern aus dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die Partnerschaft „Stopp der Tb“ wird ihre Aktivitäten mit dem WHO-Sekretariat genau abstimmen und die Tätigkeiten des WHO-Sekretariats ergänzen. Die Partnerschaft wird die 6-Säulen-Strategie des WHO-Programms „Stopp der Tb“ aktiv fördern und die drei oben aufgeführten Arbeitsgruppen, die dem WHO-Sekretariat beigeordnet sind, bei der Implementierung unterstützen. Auf diese Weise

werden inhaltliche Überschneidungen vermieden und die Wirkungen der verschiedenen Initiativen optimiert. Die Partnerschaft erfüllt ihre Aufgaben in Übereinstimmung mit den Regeln und Vorschriften, die für die WHO gelten.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

32,5 Mio. US-\$

GLOBALE ARZNEIMITTELFAZILITÄT

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

2: Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

- Vergabestelle für First-Line-Tuberkulosemedikamente zugunsten von berechtigten und zugelassenen Ländern, die ihren Medikamentenbedarf nur mit Unterstützung der Geber decken können;
- unmittelbarer Beschaffungsdienst zur Unterstützung von Regierungen, Gebern und nichtstaatlichen Organisationen beim Einkauf von Medikamenten für Programme in Ländern, die zwar über ausreichende Finanzmittel, jedoch über keine angemessenen Beschaffungskapazitäten einschließlich eines soliden Qualitätssicherungssystems verfügen; und
- fachliche Unterstützung, bei der die Leistungen der Vergabestelle und des unmittelbaren Beschaffungsdienstes mit fachlichen Hilfsleistungen bei der Verwaltung und Kontrolle von Medikamenten in den Ländern verbunden werden. Die Globale Arzneimittelfazilität setzt sich weltweit für eine verbesserte Qualitätssicherung bei Tuberkulosemedikamenten ein. Dies erfolgt vor allem durch das WHO-Programm zur Präqualifikation von Medikamenten, die im Rahmen prioritärer Maßnahmen benötigt werden. Neben diesen Aufgabenschwerpunkten besteht ein weiteres Tätigkeitsfeld der Fazilität darin, die Verwaltung der Medikamente, die sie an die Länder liefert, in den Ländern zu überwachen. Monitoringteams, die sich aus Tuberkuloseexperten und Experten für Medikamentenverwaltung zusammensetzen, beteiligen sich an den Programmen, um Strategien zu entwickeln, die die Medikamentenverwaltung verbessern und den vernünftigen Einsatz von Medikamenten sowie eine wirksame Vergabe gewährleisten. Die Globale Arzneimittelfazilität liefert ein umfassendes Verzeichnis von Tuberkulosemedikamenten sowie Instrumenten zur Diagnose von Erwachsenen und Kindern. Dabei werden sowohl Patienten mit medikamentös behandelbarer Tuberkulose als auch Patienten mit arzneimittelresistentem Krankheitsbild erfasst.

Umfang der Aktivitäten der Globalen Arzneimittelfazilität im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die Fazilität wird die folgenden Aktivitäten durchführen:

- Leitung einer wirksamen Vergabestelle für Tuberkulosemedikamente, einschließlich der transparenten und strengen Prüfung von Förderanträgen;
- Ausbau des unmittelbaren Beschaffungsdienstes für Länder oder Geber, die mit eigenen Finanzmitteln Tuberkulosemedikamente über die Globale Arzneimittelfazilität erwerben möchten;
- Behandlung von 2 Mio. Patienten durch Lieferungen der Vergabestelle und des unmittelbaren Beschaffungsdienstes;
- verstärkte Lieferung von Diagnosegeräten für Sputummikroskopie durch den unmittelbaren Beschaffungsdienst;
- Betrieb und Verbesserung der elektronischen Auftragsverwaltung, um (1) der Fazilität die elektronische Platzierung von Aufträgen der Länder zu ermöglichen; (2) den Ländern die Kontrolle und Nachverfolgung der Tuberkulosearzneimittelsendungen zu erleichtern; und (3) die Fazilität bei der Erstellung von Kontrollberichten zur Effizienz der Lieferkette zu unterstützen;
- Weiterführung des umfassenden und einheitlichen ISO 9001:2000-zertifizierten Qualitätsmanagement- und Informationssystems zur Unterstützung der Arbeitsverfahren der Fazilität;

- Bereitstellung strategischer rotierender Lagervorräte von First- und Second-Line-Tuberkulosemedikamenten;
- technische und finanzielle Unterstützung des WHO-Präqualifikationsprogramms, damit noch mehr Tuberkulosemedikamente präqualifiziert werden;
- Bereitstellung, Förderung und Vermittlung fachlicher Unterstützung für alle Länder, die die Fazilität in Anspruch nehmen (sowohl über die Vergabestelle als auch über den unmittelbaren Beschaffungsdienst), zugunsten einer besseren Medikamentenverwaltung;
- rechtzeitige Lieferung der bereitgestellten Medikamente, einschließlich schneller Bearbeitung in Notfällen; und
- Begrenzung der durchschnittlichen Arzneimittelkosten pro Patient und Senkung der Preise für bestimmte Produktkategorien durch Zusammenführung der Beschaffungsleistungen und daraus resultierende optimale Skalenvorteile für die Lieferanten sowie durch Koordination wirksamer Prognosemechanismen und Verfolgen der Marktentwicklung, damit bei den Herstellern optimale Produktpreise, Produktqualität und ausreichende Kapazitäten gewährleistet sind.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die Globale Arzneimittelfazilität koordiniert ihre Aktivitäten zur Beschaffung und Verwaltung der oben genannten Produkte mit den WHO-Länderprogrammen, der Arbeitsgruppe DOTS-Erweiterung, der Arbeitsgruppe Multiresistente Tuberkulose, dem Mechanismus zur fachlichen Unterstützung der Partnerschaft „Stopp der Tb“, dem Green Light Committee und weiteren zentralen WHO-Partnern wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und der Internationalen Fazilität zum Kauf von Medikamenten (UNITAID), um inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden und die Investitionen in Programme zum Management von Medikamenten und Diagnosen zu optimieren.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Das geplante Zweijahresbudget beläuft sich auf 86,25 Mio. US-\$. Ein Großteil dieses Betrags ist für die Ausgaben geplant, die mit der Beschaffung von Medikamenten und Diagnoseinstrumenten verbunden sind. Die übrigen Finanzmittel sind den operativen Kosten zugewiesen, einschließlich fachlicher Unterstützung, Monitoring, Evaluierung und Gehältern.

STÄNDIGER AUSSCHUSS DER VEREINTEN NATIONEN FÜR ERNÄHRUNGSFRAGEN

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

9: Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Bei der Förderung des Strategischen Ziels konzentriert sich der Ständige Ausschuss auf die folgenden strategischen Lösungsansätze: Förderung, Erweiterung und Überwachung koordinierter internationaler Aktivitäten in den Bereichen Lebensmittel und Ernährung.

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die Tätigkeiten, die der Ständige Ausschuss zur Förderung des Strategischen Ziels vornimmt, haben die folgenden Schwerpunkte:

- Öffentlichkeitsarbeit, Interessenvertretung und Aufbau von Partnerschaften zur Reduzierung der doppelten Belastung durch Hunger und Fehlernährung;
- Förderung integrierter nationaler Strategien und Rahmenprogramme in den Bereichen Lebensmittel und Ernährung, indem Einigung über die Programme erzielt wird und diese in nationale Armutsbekämpfungsprogramme einbezogen und ausgebaut werden; und
- Förderung von Monitoring- und Evaluierungsrahmen zur Reduzierung von Hunger und Fehlernährung.

Zusammenarbeit mit der WHO

Der Ständige Ausschuss stimmt seine Aktivitäten mit der WHO ab. Die Koordination erfolgt durch den Lenkungsausschuss des Ständigen Ausschusses der Vereinten Nationen für Ernährungsfragen, dem mehrere Organisationen der Vereinten Nationen (u. a. FAO, WHO, UNICEF und WFP) sowie bilaterale Organisationen und Vertreter der Zivilgesellschaft angehören. Durch den Lenkungsausschuss sollen die Koordination der verschiedenen Organisationen verbessert und inhaltliche Überschneidungen vermieden werden.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

7,301 Mio. US-\$

INTERNATIONALE FAZILITÄT ZUM KAUF VON MEDIKAMENTEN, UNITAID

Informationen, die in der Fassung für EB124 ergänzt werden sollen.

KOOPERATIONSRAT FÜR WASSER- UND SANITÄRVERSORGUNG

Strategisches Ziel, an dem die Partnerschaft beteiligt ist:

8: Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen

Die Arbeit des Kooperationsrats wirkt sich auch auf andere Strategische Ziele aus, da bessere sanitäre und hygienische Bedingungen zu einer Reduzierung von Durchfallerkrankungen führen. Letztere stellen insbesondere bei Kindern eine häufige Todesursache dar. Durch die sanitäre Versorgung werden übertragbare Krankheiten reduziert (Strategisches Ziel 1), die Morbidität und Mortalität von Kindern verringert (Strategisches Ziel 4) und die Ernährung verbessert (Strategisches Ziel 9). Interessenvertretung und Programmarbeit zugunsten der sanitären Versorgung wirken sich auch auf die zugrunde liegenden sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten (Strategisches Ziel 7) aus.

Strategische Lösungsansätze der Partnerschaft

Das institutionelle Ziel des Kooperationsrats besteht darin, allgemein verfügbare, nachhaltige Wasser-, Sanitär- und Abfallentsorgungsdienste schneller bereitzustellen. In der Planungsphase wird der Kooperationsrat seine Aktivitäten weiterhin auf Sanitär- und Hygienemaßnahmen und nicht auf die Wasserversorgung konzentrieren. Außerdem verfolgt er einen dreigliedrigen strategischen Ansatz, der sich aus den folgenden Bereichen zusammensetzt:

- Networking und Wissensmanagement
- Interessenvertretung und Kommunikation
- Management von Fördermitteln (Global Sanitation Fund)

Umfang der Aktivitäten der Partnerschaft im Zweijahreszeitraum 2010–2011

Die (nicht bei der WHO angesiedelten) nationalen Koalitionen des Kooperationsrats sind in ca. 40 Ländern tätig. Das (bei der WHO angesiedelte) Sekretariat des Kooperationsrats koordiniert die weltweiten Aktivitäten in den Bereichen Networking und Wissensmanagement. Der Kooperationsrat engagiert sich durch nationale und weltweite Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit, und der Global Sanitation Fund stellt den Organisationen Fördermittel zur Durchführung von Sanitär- und Hygienesdiensten in ca. 20 Ländern zur Verfügung.

Zusammenarbeit mit der WHO

Although planning and implementing their work independently, WHO and the Water Supply and Sanitation Collaborative Council intend their activities to be complementary and will pursue cooperation when the benefits achievable are significant. Auch wenn die WHO und der Kooperationsrat für Wasser- und Sanitärversorgung ihre Aktivitäten unabhängig voneinander planen und durchführen, sind sie bemüht, sich in ihren Tätigkeitsfeldern zu ergänzen und zu kooperieren, wenn dies erhebliche Vorteile mit sich bringt. Collaborative work is expected to include joint publications, joint meetings, the exchange of professional views and knowledge, and committee work. Die Zusammenarbeit sollte gemeinsame Publikationen, gemeinsame Sitzungen, den Austausch qualifizierter Stellungnahmen und fachlicher Erkenntnisse sowie Ausschussarbeit umfassen. WHO's mainly normative, technical, evidence-based work and the Council's mainly practical, outgoing, people-centred activities are mutually complementary. Dabei ergänzen sich die Arbeitsweise der WHO, die vor allem normgebend, fachspezifisch und erkenntnisbasiert tätig wird, und die des Kooperationsrats, der überwiegend praktisch, offen und personenorientiert arbeitet.

Zwischen den Tätigkeiten des Kooperationsrats und denen der WHO kommt es zu keinen Überschneidungen.

Geplantes Budget für die Aktivitäten der Partnerschaft zur Förderung des Strategischen Ziels im Zweijahreszeitraum 2010–2011

61,41 Mio. US-\$

RC/2008/1

Original:Englisch

MITTELFRISTIGER STRATEGIEPLAN 2008–2013

ÄNDERUNG (ENTWURF)

Das vorliegende Dokument ist der Entwurf einer Änderung des Mittelfristigen Strategieplans 2008-2013, der den Tagungen der Regionalkomitees im September und Oktober 2008 zur Diskussion vorgelegt werden soll. Es enthält Änderungen an bzw. Ergänzungen zu dem erläuternden Text zu einigen Strategischen Zielen sowie eine Verfeinerung, Ersetzung bzw. Streichung von Indikatoren.

In den Tabellen bezieht sich die Bezeichnung „Haushalt 2008-2009“ auf den von der Weltgesundheitsversammlung in Resolution WHA60.12 angenommenen Haushalt, „Haushaltsentwurf 2010-2011“ auf den Programmhaushaltsentwurf 2010-2011 und „Schätzungen 2012-2013“ auf die der 60. Weltgesundheitsversammlung im Entwurf des Mittelfristigen Strategieplans 2008-2013 vorgelegte erste Schätzung.

In dem gesamten Dokument sind die geänderten Textpassagen jeweils durch Unterstreichung gekennzeichnet. *[Hinweis für die Leser der deutschen Übersetzung: Auf die im englischen Original vorgenommene Hervorhebung veränderter Textpassagen durch Unterstreichung wurde hier verzichtet, da diese Unterstreichungen der Kennzeichnung der Veränderungen gegenüber der auf der Weltgesundheitsversammlung 2007 verabschiedeten Textfassung dienen, von der es keine deutsche Übersetzung gibt. Übersetzt wurde damals lediglich der Entwurf des MTSP.]*

Die in diesem Dokument verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen

Genf im Juni 2008

MITTELFRISTIGER STRATEGIEPLAN 2008–2013

ÄNDERUNG (ENTWURF)

INHALT

	Seite
EINFÜHRUNG.....	1
STRATEGISCHE ZIELE	17
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten	17
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria.....	26
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen.....	33
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen	39
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen	47
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind	53
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten	61
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen.....	66
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung	74
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse.....	81
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung	95
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden.....	100
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann	106
 Abbildung 1: Der ergebnisorientierte Managementrahmen der WHO	 9
Abbildung 2: Entwicklung der Zusammensetzung der Einnahmen der WHO	12
Abbildung 3: Finanzierung des Mittelfristigen Strategieplans: Drei Finanzierungsquellen	13
Abbildung 4: Klassifizierung der Einnahmen aus freiwilligen Beiträgen nach Grad ihrer Zweckbindung.....	14
Abbildung 5: Überwachung, Bewertung und Evaluation	15

EINFÜHRUNG

Herausforderungen, Defizite und künftige Anforderungen

1. Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm 2006-2015 enthält eine Analyse der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich. Darin wird Gesundheit zusehends als ein zentraler Aspekt der menschlichen Sicherheit angesehen und erhält so in der öffentlichen Debatte um Entwicklungsprioritäten einen hohen Stellenwert.

2. In den vergangenen 20 Jahren ist die Lebenserwartung insgesamt erheblich gestiegen, doch hat sich die gesundheitliche Kluft ausgeweitet, und in einigen Ländern gingen früher erzielte Zugewinne infolge von Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, des Zusammenbruchs der Gesundheitsversorgung und sich verschlechternder sozialer und ökonomischer Bedingungen wieder verloren. Die Aussichten auf Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele sind nicht ermutigend.

3. Die Analyse aus dem Allgemeinen Arbeitsprogramm zeigt mehrere Bereiche auf, in denen ein nicht ausgeschöpftes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit insbesondere der ärmeren Bevölkerungsschichten liegt. Die fehlenden Elemente lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Mangel an sozialer Gerechtigkeit:** Die Bemühungen um die Sicherung von Chancengleichheit, gesundheitsbezogenen Menschenrechten und Gleichstellung der Geschlechter in der Gesundheitspolitik sind bisher unzureichend.
- **Mangel an Verantwortung:** Die zunehmende Zahl der an der Gesundheitsarbeit beteiligten Sektoren, Akteure und Partner hat zu Lücken hinsichtlich der Rechenschaftspflicht sowie zu einem Mangel an Synergien bei der Koordinierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation geführt.
- **Mängel in der Umsetzung:** Viele Bevölkerungsgruppen haben noch immer keinen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsmaßnahmen, und die internationale Hilfe krankt häufig an einer unzureichenden Abstimmung auf die jeweiligen nationalen Prioritäten und Systeme bzw. unter den beteiligten Organisationen.
- **Mangel an Wissen:** Das Wissen darüber, wie einige der wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen bewältigt werden können, ist immer noch unzureichend. Die Forschung richtet sich nicht immer auf die Bereiche mit der größten Dringlichkeit, und die Gesundheitspolitik beruht nicht immer auf den besten verfügbaren Erkenntnissen.

4. Für künftige Fortschritte sind ein starker politischer Wille, miteinander verzahnte Konzepte und eine breite Beteiligung erforderlich. Jeder signifikante Fortschritt in Bezug auf ein Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele erfordert Maßnahmen in vielen Bereichen und auf allen Ebenen (individuell, kommunal, national, regional und global). In den vergangenen zehn Jahren haben wir einen dramatischen Anstieg der Zahl internationaler Partnerschaften im Gesundheitsbereich erlebt. Globale Partnerschaften für Gesundheit bieten die Chance zur Bündelung unterschiedlicher Stärken öffentlicher und privater Organisationen sowie der Zivilgesellschaft bei der Bewältigung gesundheitlicher Probleme. Die Anforderungen an die Vereinten Nationen als Ganzes nehmen ebenso zu wie die Forderungen nach ihrer Reformierung und nach einem deutlicheren Nachweis ihres Mehrwerts. Die Gewinnung und Nutzung von Wissen wird weiterhin maßgeblich von der universitären und industriellen, staatlichen und nichtstaatlichen Forschung geprägt.

5. Im September 2000 hat die Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen die Länder zu einer globalen Partnerschaft für den Abbau von Armut und die Verbesserung von Gesundheit und Bildung verpflichtet und Frieden, Menschenrechte, Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und Nachhaltigkeit in Bezug auf die Umwelt propagiert. Die im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm enthaltene **globale Gesundheitsagenda** mit ihren sieben Punkten trägt dem Rechnung und fordert ein Handeln vieler verschiedener Akteure in der internationalen Staatengemeinschaft aus allen Teilen von Gesellschaft und Staat. Die sieben Handlungsbereiche sind: Investitionen in die Gesundheit zur Verringerung der Armut; Schaffung individueller und globaler Gesundheitssicherheit; Förderung der allgemeinen Versorgung, der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und der auf Gesundheit bezogenen Menschenrechte; Ansetzen an den Gesundheitsdeterminanten; Stärkung der Gesundheitssysteme und des chancengleichen Zugangs zu ihnen; Einsatz von Wissen, Wissenschaft und Technik; Stärkung von Verwaltungspraxis, Führungskompetenz und Rechenschaftspflicht.

6. Bei der wirksamen Bewältigung dieser Herausforderungen und Defizite und bei der Erfüllung künftiger Anforderungen wird die WHO auch in Zukunft an die in den vergangenen Zweijahreszeiträumen ge-

wonnenen Einsichten und Erfahrungen anknüpfen. Aus den Informationen von den formellen Überwachungs- und Evaluationsmechanismen der Organisation sowie den Beiträgen der Leitungsgremien, der einzelnen Mitgliedstaaten und anderer Partner wurden die maßgeblichen Lehren gezogen, die in die Gestaltung des Mittelfristigen Strategieplans eingeflossen sind.

Wichtigste Erkenntnisse

7. Die WHO ist in einer einzigartigen Position, in der sie durch Konsensbildung und bindende Vereinbarungen die globale Gesundheitsagenda gestalten kann. Beispiele hierfür sind das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). Diese Erfahrungen haben die Organisation zu der Entscheidung befähigt, welche Gesundheitsthemen ein förmlich ausgehandeltes Abkommen erfordern und welche besser durch Konsensbildung angegangen werden.

8. Die WHO ist an mehr als 80 globalen Partnerschaften für Gesundheit und an zahlreichen globalen, regionalen und nationalen Netzwerken für Gesundheit beteiligt. Diese Partnerschaften und Netzwerke tragen zur Verwirklichung der Ziele der WHO bei und profitieren vom technischen Sachverstand der Organisation sowie von ihrer Fähigkeit, alle Beteiligten an einen Tisch zu bringen. Die Organisation befasst sich weiterhin mit der Frage, wie sie sich am besten an diesen Partnerschaften beteiligen und gleichzeitig ihre Identität und ihr Mandat bewahren kann.

9. Als Antwort auf die wachsenden Anforderungen und die gegenwärtige Reformierung des Systems der Vereinten Nationen wird die Organisation danach streben, innerhalb der Vereinten Nationen sowie mit weiteren Akteuren im Entwicklungsbereich wirksamere Bündnisse aufzubauen. Sie wird auf eine Harmonisierung des gesundheitspolitischen Umfelds auf Länderebene hinarbeiten und sich an dem Reformprozess beteiligen, der auf die Schaffung effektiver Länderteams unter gemeinsamer Führung der Vereinten Nationen abzielt.

10. In den vergangenen 60 Jahren hat die WHO wesentlich zur Schaffung, Koordinierung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Programmen und Initiativen beigetragen. Beispiele hierfür waren die Ausrottung der Pocken, das Erweiterte Impfprogramm, das Aktionsprogramm für unentbehrliche Medikamente, die Partnerschaft „Stopp der Tb“, die Anstrengungen zur Ausrottung der Poliomyelitis, zur Eliminierung der Lepra sowie zur Bekämpfung von SARS und Vogelgrippe. Die WHO hat sich durch interne Anpassungen bzw. Veränderungen auf die Bedürfnisse der spezifischen Gesundheitsprogramme eingestellt. Für die Mitgliedstaaten jedoch bedeuten diese und andere Herausforderungen zunehmende Probleme für die Gesundheitssysteme in maßgeblichen Bereichen wie Gesundheitspersonal, Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitsinformationen. Vor diesem Hintergrund haben die Erfahrungen der vergangenen Jahre die dringende Notwendigkeit vor Augen geführt, hinsichtlich der Funktionsweise der Gesundheitssysteme und der Möglichkeiten zur Stärkung ihrer zentralen Funktionen einen umfassenderen internationalen Konsens zu erreichen.

11. Viele wichtige Determinanten von Gesundheit befinden sich außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs des Gesundheitssektors. Auch wenn die WHO sich auf ihre einschlägigen Erfahrungen stützt und Kapazitäten für die Zusammenarbeit mit Bereichen außerhalb des Gesundheitssektors aufbaut, um diese für realistische Lösungsansätze zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zu sensibilisieren, so liegt es doch auf der Hand, dass in Politikbereichen wie Handel und Landwirtschaft die Anstrengungen zur Beobachtung von gesundheitsrelevanten globalen Trends verstärkt werden müssen. Die WHO wird zusammen mit den Gesundheitsministerien und anderen Akteuren auf geeignete Lösungen hinarbeiten.

12. Die Erfahrungen aus den letzten Zweijahreszeiträumen haben gezeigt, dass in Bezug auf das Konzept der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, das in alle maßgeblichen Aspekte der Arbeit der WHO einfließen muss, eine klare und konsequente Linie erforderlich ist. So wird die WHO bei der Einbeziehung von Gleichstellungsaspekten in das gesamte Spektrum ihrer Tätigkeit mit gutem Beispiel vorangehen und sie in ihre fachliche Beratungstätigkeit und ihre normative Arbeit einbauen und bei der Planung und Überwachung ihrer Programme nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten verwenden.

13. Die WHO muss bei ihrer Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft, einschließlich der Sektoren Gesundheitsindustrie und pharmazeutische Industrie in aller Welt, eine systematischere Linie verfolgen. Sie wird sich im Lichte wissenschaftlicher Fortschritte aktiver in den Dialog über Prioritäten und ethische Normen für die Forschung einbringen. In den letzten Jahren hat es viele neue Initiativen im Bereich Führung und Verwaltung gegeben. Es gilt nun die bereits eingeführten Veränderungen zu

konsolidieren und zu institutionalisieren und die Reformen abzuschließen, ohne die Handlungsfähigkeit oder die Arbeitsmoral der Beschäftigten zu beeinträchtigen.

14. Obwohl die WHO bei der Mobilisierung von Ressourcen sehr erfolgreich ist, besteht ein grundsätzliches Problem in der Herstellung von Übereinstimmung zwischen den geplanten Maßnahmen und den mobilisierten Ressourcen, zumal die freiwilligen Beiträge oft eine Zweckbindung an bestimmte Programme oder Projekte aufweisen. Hier müssen interne Mechanismen für eine bedarfsgerechte Kanalisierung von Finanzmitteln, etwa durch ein entsprechendes Beratungsgremium, verstärkt werden.

15. In einer Organisation, die nahezu die Hälfte ihrer Finanzmittel für Personalkosten ausgibt, kommt einer effizienten Personalpolitik entscheidende Bedeutung zu. So haben Personalpolitik und -praxis in der Vergangenheit oft nicht die Mobilität der Mitarbeiter gefördert, um stets die richtigen Fähigkeiten am richtigen Ort zu gewährleisten. Das individuelle Leistungsmanagementsystem wird nicht effektiv genutzt und muss verbessert werden. Die bisherige Arbeit des Globalen Programms der WHO zur Förderung von Führungskompetenz muss ausgebaut werden.

16. In den letzten Zweijahreszeiträumen war eine Verlagerung der Ausgabenschwerpunkte zwischen den drei Ebenen der Organisation zu beobachten, bei der mehr Mittel in die Länder und Regionen flossen. Dieser Trend muss durch Verbesserung der Führungskompetenz in den Ländern und Regionen sowie durch eine festere Verankerung der Rechenschaftspflicht ergänzt werden.

17. Die Erfahrungen mit dem ergebnisorientierten Management aus den vergangenen zehn Jahren haben den Mittelfristigen Strategieplan maßgeblich beeinflusst, und einige der wichtigsten Erkenntnisse sind in die Definition der darin enthaltenen Prioritäten, Strategischen Ziele und erwarteten Ergebnisse eingeflossen.

18. Erstens hat sich herausgestellt, dass in vielen Bereichen der Gesundheitspolitik ein zweijähriger Zeitrahmen unzureichend ist, um die Arbeit der Organisation darzustellen. Erfolgreiche Maßnahmen brauchen erheblich länger, um die erwarteten Ergebnisse zu erzielen. Ein Mittelfristiger Strategieplan bietet die Chance zu einem stärker strategisch ausgerichteten und daher realistischeren Konzept für die Planung und Verwirklichung gesundheitlicher Ergebnisse.

19. Zweitens ist der Plan so strukturiert, dass Synergien zwischen den verschiedenen Programmen und Ebenen der WHO geschaffen werden. Die bisherige Planungsstruktur der Arbeitsbereiche verstärkte die Tendenz zur Fragmentierung, da die Organisationsstrukturen diesen Arbeitsbereichen entsprachen. Obwohl eine derart arbeitsteilige Organisationsstruktur die Zuteilung von Mitteln erleichterte, beeinträchtigte sie doch andererseits die Chancen für eine Zusammenarbeit innerhalb des gesamten Sekretariats. Durch Umstellung auf eine kleinere Zahl Strategischer Ziele wird eine solche Zusammenarbeit wesentlich erleichtert. Die Strategischen Ziele schließen einander nicht aus, sondern fördern unterschiedliche, jedoch einander ergänzende Perspektiven für die Bewältigung gemeinsamer Prioritäten.

20. Drittens ist die Erreichung erwünschter gesundheitlicher Ergebnisse selten auf eine einzelne Intervention oder die Arbeit einer einzelnen Organisation zurückzuführen; stattdessen werden in dem Strategieplan Maßnahmen unter einer Vielzahl von Rahmenbedingungen für Kooperation genannt. Die WHO muss Foren anbieten, um einen Dialog mit einer wachsenden Zahl und Vielfalt von Akteuren zu führen, die im Bereich Gesundheit und Entwicklung tätig sind; dazu gehören auch systematische Kontakte mit der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft, u. a. dem Gesundheitssektor und der Arzneimittelindustrie in aller Welt.

21. Schließlich werden auch neue Arbeitsprozesse benötigt, um neue Arbeitsweisen zu ermöglichen. Eine stärkere Abhängigkeit von freiwilligen Beiträgen, eine verstärkte interne Zusammenarbeit zwischen allen Ebenen der Organisation, eine Dezentralisierung der Ressourcen, eine stärkere Rolle bei den operativen Aspekten von gesundheitlichen Notsituationen und Krankheitsausbrüchen sowie die Zunahme gesundheitsbezogener gesetzlicher Bestimmungen machen allesamt moderne und flexible Managementsysteme erforderlich. Durch die Einführung des Globalen Management-Systems und die dadurch bedingte Ressourcenplanung sowie das Dienstleistungsmodell werden diese Innovationen unterstützend ergänzt.

Strategische Ausrichtung für den Zeitraum 2008-2013

22. In dem Sechsjahreszeitraum 2008–2013 wird die WHO ihre Führungsrolle in Fragen der öffentlichen Gesundheit weiterhin ausüben und dabei ihre Unparteilichkeit und ihre nahezu weltweite Mitgliedschaft in noch höherem Maße zur Geltung bringen. Durch die Vorgaben von den Regierungen über den Exekutivrat, die Weltgesundheitsversammlung und die Regionalkomitees ist die Legitimität der Arbeit der Organisation gewährleistet; ihre Rechenschaftspflicht in Bezug auf die Umsetzung wird wiederum durch die Berichte des Sekretariats an die Leitungsgremien sichergestellt. Die Fähigkeit der WHO, maßgebliche Akteure an einen Tisch zu bringen, ermöglicht es verschiedenen Gruppen, weltweit kollektive Maßnahmen zu initiieren.

23. Die WHO spielt eine einzigartige Rolle bei der Bekämpfung von Krankheiten – durch Bereitstellung der erforderlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse, Förderung globaler Strategien für Eradikation, Eliminierung oder Prävention von Krankheiten oder durch Feststellung und Eindämmung von Krankheitsausbrüchen.

24. Die WHO unterstützt die gesundheitspolitische Diskussion, Analyse und Konzeptentwicklung auf der Grundlage von Evidenz durch die Arbeit des Sekretariats sowie von Experten- und Beratergruppen, Kooperationszentren und zahlreichen offiziellen wie inoffiziellen Netzwerken, an denen sie beteiligt ist.

25. Durch die Struktur des Sekretariats der WHO ist eine Zusammenarbeit mit den Ländern sichergestellt. Das Hauptbüro befasst sich mit Fragen von weltweiter Bedeutung und hat eine fachliche Auffangfunktion für Regionen und Länder. Aufgabe der Regionalbüros ist die fachliche Unterstützung und der Aufbau von Kapazitäten in den Ländern. Die Präsenz der WHO in den Ländern ermöglicht ihr enge Beziehungen zu den Gesundheitsministerien und zu ihren Partnern innerhalb und außerhalb der Regierung. Die Organisation arbeitet eng mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen zusammen und bietet Kanäle für Hilfsmaßnahmen in Notsituationen.

26. Durch seine dezentralisierte Struktur und seine engen Arbeitsbeziehungen zu den Regierungen wird das Sekretariat in die Lage versetzt, einschlägige Gesundheitsinformationen zu erfassen und Trendentwicklungen in Ländern, Regionen und weltweit zu beobachten.

27. Die WHO arbeitet in einem zunehmend komplexen und sich rapide verändernden Umfeld. Die Grenzen gesundheitspolitischer Maßnahmen sind heute weniger klar erkennbar als früher und erstrecken sich inzwischen in andere Sektoren, die Auswirkungen auf gesundheitliche Chancen und Ergebnisse haben können. Ökonomische, soziale und ökologische Determinanten von Gesundheit spielen heute eine wichtigere Rolle. Demografische und epidemiologische Übergänge schaffen nun im Zusammenwirken mit durch Globalisierung und Verstädterung beeinflussten Veränderungen von Ernährungs- und Verhaltensweisen unheilvolle neue Trends.

Eine Sechs-Punkte-Agenda: Gesundheitsentwicklung; Gesundheitssicherheit; Gesundheitssysteme; Evidenz; Partnerschaften; Leistung der Gesundheitssysteme

28. In ihrer Rolle als federführende Organisation in der internationalen Gesundheitspolitik soll sich die WHO direkt oder indirekt mit den vorstehend genannten Problemen auseinandersetzen. Die komplexe Aufgabe, die weltweite Gesundheitssituation zu verbessern, für die die Strategischen Ziele einen strukturellen Rahmen abgeben, lässt sich als Sechs-Punkte-Agenda darstellen. Zwei von diesen Punkten betreffen grundlegende Bedürfnisse: Gesundheitsentwicklung und Gesundheitssicherheit. Zwei Punkte sind strategischer Natur: Stärkung der Gesundheitssysteme und Erfassung und Analyse von für die Prioritätensetzung sowie die Messung von Fortschritten erforderlichen Evidenz. Zwei Punkte schließlich sind operativer Natur: Handhabung von Partnerschaften mit dem Ziel der Optimierung der Ergebnisse in den Ländern und Gewährleistung, dass die WHO gute Arbeit leistet.

29. Die deutlich erkennbaren Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Entwicklung haben der internationalen Arbeit im Bereich der Gesundheitspolitik willkommene Aufmerksamkeit, Mittel und Impulse beschert. Dennoch stellen die vielfältigen Maßnahmen für eine Reihe von Empfängerländern eine zusätzliche Belastung dar. Eine zentrale Aufgabe der WHO besteht darin, diese Aktivitäten so zu gestalten, dass Doppelarbeit vermieden wird, die geeignetsten Praktiken konsequent angewandt werden und ein messbarer Einfluss auf gesundheitliche Ergebnisse gegeben ist. Solche Aktivitäten müssen fest in den Kapazitäten der Empfängerländer verankert werden und deren jeweiligen Prioritäten gerecht werden.

30. Auf der Ebene der Politikgestaltung orientiert sich die Gesundheitsentwicklung an dem ethischen Grundsatz der Chancengleichheit. Der Zugang zu lebensrettenden oder gesundheitsfördernden Interventionen darf nicht ungerechtfertigterweise, etwa aus ökonomischen oder sozialen Gründen, verwehrt werden. Das Bekenntnis zu diesem Grundsatz hat zur Folge, dass die Maßnahmen der WHO zur Gesundheitsentwicklung primär auf die Erreichung gesundheitlicher Resultate bei einkommensschwachen, benachteiligten und anfälligen Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind. Dieses Leitprinzip gilt u. a. für zwei große Bevölkerungsgruppen: Frauen und die Völker Afrikas. Beide Gruppen haben unter vielfältigen Gesundheitsproblemen zu leiden und sind Gegenstand zahlreicher Programme und Partnerschaften. Veränderungen am Gesundheitsstatus dieser beiden Gruppen stellen einen wichtigen Indikator für die Qualität der Arbeit der WHO insgesamt dar. Die WHO wird die Verbesserung der gesundheitlichen Situation dieser beiden Gruppen auch weiterhin als einen Kernbereich ihrer internationalen Gesundheitspolitik behandeln.

31. Die dringende Notwendigkeit, das Problem der weltweiten Belastung durch übertragbare Krankheiten anzugehen, kommt in der Formulierung mehrerer WHO-Strategien zur Ausweitung von Interventionen zum Ausdruck, die auf eine Verringerung der durch HIV, Tuberkulose, Malaria und durch Impfung vermeidbare Krankheiten bedingten Krankheitslast und auf zügige Fortschritte bei der Eradikation, Eliminierung oder Eindämmung von Krankheiten wie Poliomyelitis, Lepra, Drakunkulose, Onchozerkose, Schistosomiasis und lymphatische Filariose abzielen.

32. Einige von den Mitgliedstaaten überprüfte weit reichende Strategien dienen der Organisation als Orientierung bei ihrer Arbeit zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und der Kindergesundheit, bei der Erhöhung der Impfraten und bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wie Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Interventionen, die auf die Gesundheit von Müttern und Kindern abzielen, werden im Rahmen einer stetigen Versorgung während der gesamten Lebensdauer weitergeführt.

33. Zur Verringerung von Gesundheitsrisiken wie Adipositas, Bluthochdruck, Alkoholmissbrauch und unsichere Sexualpraktiken sollen bevölkerungsweite sowie umwelt- und verhaltensbezogene Konzepte zum Einsatz kommen. Die Bemühungen zur Reduzierung des Tabakkonsums sollen durch Maßnahmen im Sinne des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs unterstützt werden. Darüber hinaus wird die WHO auch ihre Arbeit in den Bereichen Gesundheitsförderung, Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit sowie Unfall- und Gewaltprävention konsolidieren und ausbauen.

34. Die globale Gesundheitssicherheit wird durch neue Krankheiten mit Epidemiepotenzial bedroht, die unter den Bedingungen des 21. Jahrhunderts zu einer größeren Bedrohung geworden sind. Die Anfälligkeit für diese Krankheiten und ihre Folgen ist weltweit gegeben. Die Anwendung der überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) setzt einen Präventionsansatz in Bezug auf die Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen voraus, nach dem Maßnahmen am Ort des Ausbruchs dafür sorgen sollen, dass ein lokaler Ausbruch sich nicht zu einer internationalen Notstandssituation entwickelt. Um eine kollektive Sicherheit im Sinne der IGV zu gewährleisten, benötigen viele Länder Unterstützung bei der Stärkung ihrer grundlegenden Kapazitäten für die Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen.

35. Die WHO hat eine Infrastruktur und Mechanismen für die Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen sowie für die Bewältigung etwaiger anderer gesundheitlicher Notstände geschaffen. In den IGV sind klare Zuständigkeiten und Handlungsfristen für die WHO festgelegt, die sowohl die Mitgliedstaaten als auch das Sekretariat betreffen. Neue Elemente in den IGV sind die Bestimmungen zur Entdeckung und Bewältigung von Bedrohungen durch neue Krankheiten, aber auch die zentrale Rolle der epidemiologischen Überwachung. Wenn beispielsweise die Poliomyelitis eradiziert ist, wird die zur epidemiologischen Überwachung und zur Durchführung des Programms geschaffene Infrastruktur an die steigenden Anforderungen an die Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen und an die Krankheitsüberwachung angepasst.

36. Abrupte Verschlechterungen der Gesundheitssituation können durch Konflikte und Naturkatastrophen entstehen, insbesondere wenn die normale Versorgung unterbrochen oder die entsprechende Infrastruktur beschädigt ist. In solchen Situationen steht die WHO zunehmend vor der Aufgabe, die Kontinuität der unentbehrlichen Gesundheitsversorgung sicherzustellen und Ausbrüche von Krankheiten mit Epidemiepotenzial zu verhindern. Um den übergeordneten Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden, werden die auf eine verbesserte Koordinierung abzielenden Reformen des Systems der Vereinten Nationen fortgesetzt, um die Geschwindigkeit und Effizienz der Gegenmaßnahmen zu verbessern.

37. Die WHO verfügt über bewährte Mechanismen zur Milderung der gesundheitlichen Folgen von Krisensituationen, die sich aus Konflikten oder Naturkatastrophen ergeben haben. Vor diesem Hintergrund wird sie im Zuge der Reform der humanitären Hilfe innerhalb des Systems der Vereinten Nationen als federführende Organisation der Vereinten Nationen im Gesundheitsbereich auch weiterhin ihre partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie mit nationalen Institutionen und nichtstaatlichen Organisationen fortsetzen.

38. Die WHO weist seit Jahren darauf hin, dass die gesundheitlichen Risiken infolge des Klimawandels beträchtlich sind, dass sie weltweit auftreten und nur schwer umkehrbar sind und dass die jüngsten Veränderungen am Weltklima sich in erheblichem Maße und in vielfältiger Weise auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Es ist deshalb von wesentlicher Bedeutung, klare Gegenmaßnahmen festzulegen, die dem Schutz der menschlichen Gesundheit dienen und die dafür sorgen, dass die Bedrohung der Gesundheit in den Mittelpunkt der Diskussion über den Klimawandel gerückt wird. Die Reaktion der WHO wird im Wesentlichen folgende Maßnahmen beinhalten: Bewertung der Folgen des Klimawandels für Gesundheit und Gesundheitssysteme; Formulierung geeigneter und umfassender Strategien und Maßnahmen für eine Bewältigung dieser Folgen; Unterstützung für geeignete Kompetenzbildungsmaßnahmen im Gesundheitswesen; und Förderung von Zusammenarbeit mit staatlichen und nichtstaatlichen Partnern mit dem Ziel der Sensibilisierung für die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels.

39. Von den Gesundheitssystemen wird zeitgleich mit einer steigenden Inanspruchnahme ihrer Dienste auch eine Verbesserung ihrer Leistung erwartet. In einer Reihe von Ländern weisen die nationalen Gesundheitssysteme grundlegende Schwächen auf. Konkrete Defizite gibt es in Bezug auf Infrastruktur, Finanzierung, Gesundheitspersonal, Vorräte an qualitativ hochwertigen Grundbedarfsgütern sowie einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zahlreiche gesundheitspolitische Initiativen zielen auf vorher festgelegte Ergebnisse ab, häufig für eine bestimmte Krankheit. Die Erfüllung solcher Vorgaben setzt ein funktionierendes Gesundheitssystem voraus. Die Arbeit der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme wird auf dem Grundsatz der primären Gesundheitsversorgung aufbauen und verschiedene Wege zur Integration der Leistungserbringung vortreiben: Bessere und ausgewogenere gesundheitliche Ergebnisse setzen eine bessere Leistungserbringung voraus.

40. Das Konzept der primären Gesundheitsversorgung bildet eine zuverlässige und nachhaltige Art, um sich mit den dringlichen gesundheitlichen Bedürfnissen verarmter, benachteiligter und anfälliger Bevölkerungsgruppen auseinanderzusetzen. Die Angebote im Bereich der Mütter- und Kindergesundheit bilden seit langem das Rückgrat der primären Gesundheitsversorgung und dienen als Grundlage für andere Gesundheitsprogramme. Die primäre Gesundheitsversorgung ist auch geeignet, Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit anzubieten und die Notwendigkeit ausreichender Ernährung zu thematisieren, insbesondere für Kinder und ältere Menschen.

41. Voraussetzung für eine flächendeckende Versorgung mit gesundheitspolitisch wirksamen Interventionen sind funktionstüchtige Gesundheitsversorgungssysteme. Der *Weltgesundheitsbericht 2006*¹ befasst sich mit der weltweit prekären Personalsituation im Gesundheitswesen und zeigt Maßnahmen auf, die die Länder und ihre Partner in den nächsten Jahren ergreifen müssen, um die z. B. in den Millenniums-Entwicklungszielen enthaltenen gesundheitspolitischen Verpflichtungen und Zielvorgaben zu erfüllen. Die WHO wird auch ihre Kapazitäten erweitern, um die Mitgliedstaaten bei der Einführung von Strategien zur Stärkung anderer maßgeblicher Komponenten von Gesundheitssystemen zu unterstützen, etwa in den Bereichen Finanzierung, Aufklärung, Forschung und unentbehrliche Arzneimittel und Technologien. Diese Strategien werden vollständig in die Gesundheitssysteme integriert und auf sie abgestimmt und sollen auf den Möglichkeiten und der Ausstattung von vorrangigen Programmen wie HIV/Aids, Immunisierung und Gesundheit von Müttern aufbauen.

42. Die Prioritätensetzung und die Messung der Ergebnisse erfolgen anhand von Evidenz; diese ist somit eine grundlegende Voraussetzung für die Gestaltung von Gesundheitsstrategien auf nationaler wie globaler Ebene. Die Bevölkerung benötigt Zugang zu zuverlässigen Informationen über Gesundheitsrisiken und ihre Vermeidung. Die Evidenz spielt täglich eine Rolle beim Schutz der öffentlichen Gesundheit, und die WHO verfügt über bewährte Mechanismen für die Festlegung internationaler Normen und Standards auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse. Aufgrund dieser Arbeit strebt die WHO eine Schließung der Lücke zwischen dem Wissen über die richtigen Handlungskonzepte und deren Durchführung an.

43. Die Handhabung von Partnerschaften nimmt bei der WHO heute einen hohen Stellenwert ein. Auch wenn die WHO nicht die bei der Umsetzung federführende Organisation in den Ländern sein kann, so wird von ihr doch erwartet, dass sie die globale Gesundheitsagenda bestimmt und geeignete technische Verfahren festlegt. Das Angebot von integrierten Leistungspaketen trägt zur Verstärkung des Einflusses von Partnerschaften auf die öffentliche Gesundheit bei.

44. Aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens muss die WHO Flexibilität zeigen, ihre Möglichkeiten zu direkten Kontakten mit den Gesundheitsministerien optimieren (verfeinern) und sich an die sich verändernden Anforderungen und Prioritäten anpassen. Die gesundheitspolitische Agenda wird auf globaler Ebene festgelegt, wobei das WHO-Hauptbüro die geeignetsten technischen Verfahren als Orientierungshilfe für die betroffenen Gesundheitsministerien und internationalen Partnerorganisationen aufzeigt. Die Regionalbüros befassen sich mit dem konkreten Bedarf an technischer Unterstützung auf regionaler Ebene und mit dem Aufbau nationaler Kapazitäten. Die Länderbüros der WHO koordinieren ihre Arbeit mit den Gesundheitsministerien und mit den auf nationaler Ebene tätigen Umsetzungsorganisationen.

¹ *The world health report 2006. Working together for health.* Geneva, World Health Organization, 2006.

45. Die Zahl der Akteure im Gesundheitsbereich hat sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene zugenommen. Die WHO hat auf diese Entwicklung flexibel und zügig reagiert. Sie hat dazu beigetragen, dass die Entscheidungsträger auf nationaler Ebene sich umfassend an der internationalen Debatte über gesundheitsbezogene Themen beteiligen und dass die zahlreichen Akteure im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die nicht staatlichen oder zwischenstaatlichen Gremien angehören, über Foren verfügen, auf denen sie sich an der globalen bzw. nationalen gesundheitspolitischen Debatte beteiligen können. Die WHO wird auch weiterhin ihre Fähigkeit, maßgebliche Akteure an einen Tisch zu bringen, dazu nutzen, sektorübergreifende Maßnahmen zu initiieren, und gleichzeitig die Staaten bei ihren Bemühungen zur Übernahme dieser Aufgabe auf nationaler Ebene unterstützen. Sie wird bei der Förderung effektiver Partnerschaften für Gesundheit, der Gestaltung der globalen Gesundheitsarchitektur und der Operationalisierung des Reformprozesses der Vereinten Nationen auf globaler, regionaler und nationaler Ebene die Führungsrolle übernehmen.

46. Angesichts dieser Herausforderungen wird sich die WHO auch künftig als lernende Organisation weiterentwickeln und ihre Managementkompetenz verbessern. Sie wird stärker integrativ und strategisch ausgerichtete und ausgewogene Konzepte für die Finanzierung des Programmhaushalts und das Management der finanziellen Ressourcen in der gesamten Organisation einführen. Es wird kontinuierlich nach Möglichkeiten gesucht, Verwaltungs-, Informations- und Managementsysteme und -dienstleistungen kostenwirksamer zu gestalten, einschließlich durch Optimierung des Standorts, von dem die Leistungen erbracht werden. Die Organisation wird verlässliche Verfahren der Rechenschaftsablage auf allen Ebenen einführen und gleichzeitig die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen diesen Ebenen fördern.

47. Die Arbeit des Sekretariats wird sich an den zentralen Aufgaben der WHO orientieren, die die Konzepte für die Verwirklichung der Strategischen Ziele beeinflussen und einen Rahmen für die Bewertung von Zweckmäßigkeit und Qualität der Ergebnisse auf globaler, regionaler und nationaler Ebene bilden. Diese zentralen Aufgaben sind:

- Übernahme einer **Führungsrolle** bei gesundheitsrelevanten Themen und Bildung von Partnerschaften bei Notwendigkeit gemeinsamen Handelns
- Ausgestaltung der **Forschungsagenda** und Förderung der Gewinnung, Verbreitung und Anwendung wertvollen Wissens
- Festlegung von **Normen und Standards** und Förderung und Kontrolle ihrer Umsetzung
- Formulierung ethischer und evidenzbasierter **Grundsatzoptionen**
- **Fachliche Unterstützung**, Anstoßen von Veränderungen und Aufbau nachhaltiger institutioneller Kapazitäten
- **Überwachung** der Gesundheitssituation und Bewertung gesundheitlicher Trends.

48. Die erwarteten Erfolge im Zeitraum der Durchführung des Mittelfristigen Strategieplans, die sich aus dem Aktionsprogramm der Generaldirektorin ergeben (insbesondere aus den Bereichen Gesundheitsentwicklung und Gesundheitssicherheit, Gesundheitssysteme und Evidenz, Partnerschaften und Leistung der Gesundheitssysteme), werden in den nachstehenden **13 Strategischen Zielen** erläutert. Dabei werden eindeutige, messbare und im Haushalt veranschlagte Ergebnisse vorgegeben. So wird auch die Zusammenarbeit über die Grenzen von krankheitsspezifischen Programmen hinweg durch Berücksichtigung der vielfältigen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Gesundheitsdeterminanten, gesundheitlichen Resultaten, Konzepten, Systemen und Technologien gefördert.

1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann

49. Die einzelnen Strategischen Ziele sollten nicht isoliert voneinander betrachtet werden, da sie die unterschiedlichen, jedoch miteinander verknüpften Maßnahmen widerspiegeln, mit denen die WHO ihr Aktionsprogramm umsetzen will. So werden beispielsweise die Maßnahmen im Bereich bestimmter krankheitsspezifischer Interventionen durch Maßnahmen ergänzt, die bedarfsgerechte Evidenz und Informationen liefern und die Fähigkeit des Gesundheitssystems für eine effektive Programmumsetzung stärken sollen. Durch Ansetzen an sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit werden die zugrunde liegenden Bedingungen und Verhaltensweisen berücksichtigt, die sich auf Gesundheit auswirken.

50. Mit dem Mittelfristigen Strategieplan – einem integralen Bestandteil des Rahmenkonzepts der WHO für ein ergebnisorientiertes Management – wird die langfristige gesundheitspolitische Vision des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms in Strategische Ziele umgesetzt, werden die Prioritäten der Länder (insbesondere die in den Kooperationsstrategien festgelegten) gebührend berücksichtigt und wird die Grundlage für die operative Detailplanung der Organisation geschaffen.

Der ergebnisorientierte Managementrahmen der WHO

51. Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm stellt eine Langzeitperspektive in Bezug auf die Determinanten von Gesundheit und die für die Verbesserung der Gesundheitssituation erforderlichen Maßnahmen dar und gibt eine globale Gesundheitsagenda vor.¹

52. Der Mittelfristige Strategieplan 2008–2013 ergibt sich aus dem Allgemeinen Arbeitsprogramm. Er gibt die strategische Ausrichtung für die Arbeit der Organisation im genannten Sechsjahreszeitraum vor; dabei wird die gesundheitspolitische Agenda durch Schaffung eines Rahmens für mehrere Zweijahreszeiträume verfolgt. Dieser dient zur Orientierung bei der Ausarbeitung der drei zweijährlichen Programmhaushalte sowie der operativen Pläne für jeden Zweijahreszeitraum.

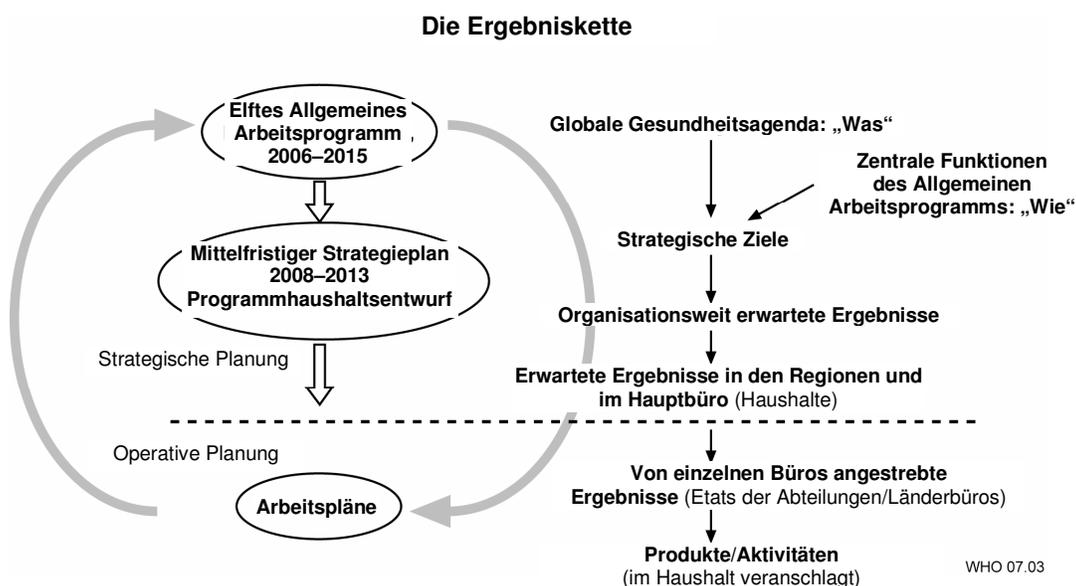
¹ Dokument A59/25.

53. Bei jedem der 13 vorstehend genannten Strategischen Ziele werden die Verknüpfungen zu den jeweils anderen Zielen gebührend berücksichtigt. So wird etwa anerkannt, dass Gesundheitsinterventionen nur dann zu besseren Ergebnissen führen und zu einer Senkung der Krankheitslast beitragen können, wenn nicht nur Normen und Standards für bestimmte Krankheiten entwickelt und gemeinsam mit anderen Politikbereichen die Determinanten von Gesundheit angegangen werden, sondern auch die Gesundheitssysteme gestärkt werden.

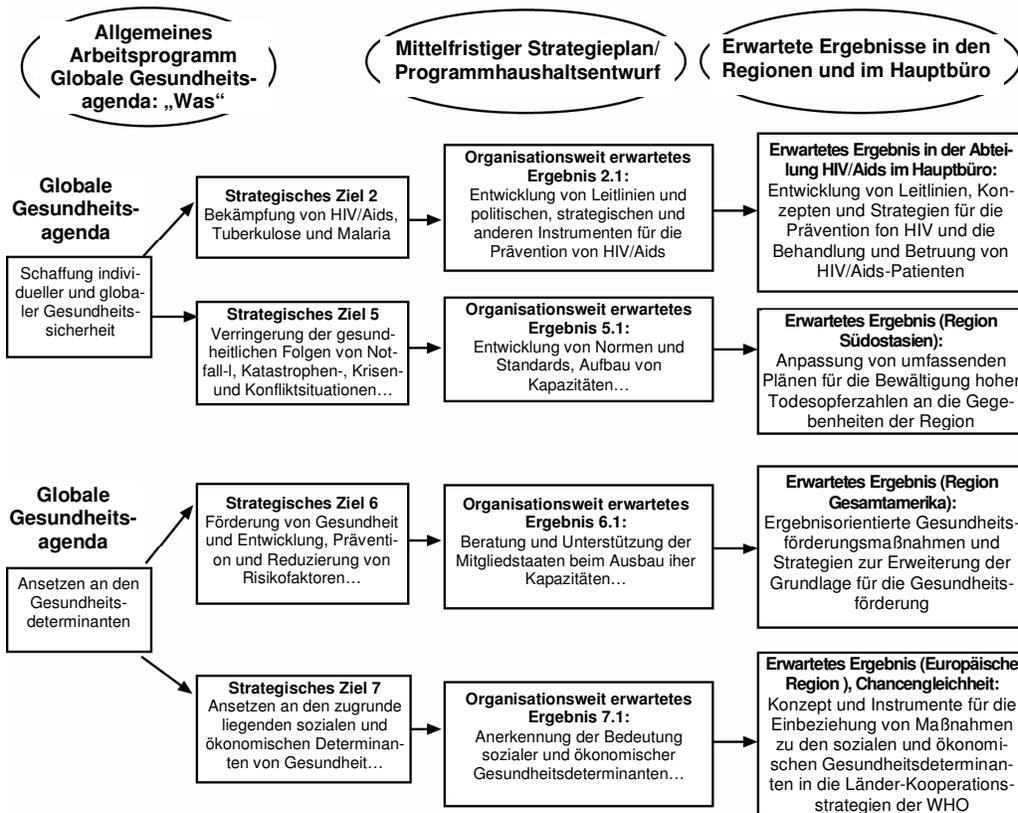
54. Wie durch eine Analyse der 132 Länder-Kooperationsstrategien bestätigt, stellen diese übergeordneten Strategischen Ziele und die entsprechend erwarteten Ergebnisse eine flexible Programmstruktur dar, die den Bedürfnissen der Länder und Regionen besser gerecht wird. Die Zusammenarbeit innerhalb der gesamten Organisation wird durch organisationsweite Teams erleichtert, die anhand der Strategischen Ziele aufgebaut werden.

55. Auf der Grundlage einer Analyse der Sachthemen und Herausforderungen, die unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus den vergangenen Zweijahreszeiträumen sowie der vorhandenen Risiken und verschiedenen Handlungsoptionen erfolgte, werden in dem Plan für jedes Strategische Ziel eine Reihe organisationsweit erwarteter Ergebnisse (genannt, bezüglich derer das Sekretariat in den drei Zweijahreszeiträumen Rechenschaft ablegen muss. Konkret genannt werden Indikatoren, Einzelziele und die für ihre Erreichung benötigten Ressourcen. In dem Bewusstsein, dass Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit entscheidende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung der erwarteten rapiden Veränderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Bedürfnisse und Chancen sind, wird die WHO auch weiterhin aktuelle Entwicklungen mitverfolgen und ihre Ergebniserwartungen entsprechend modifizieren.

Abb. 1: Der ergebnisorientierte Managementrahmen der WHO



Die Ergebniskette anhand eines Beispiels



WHO 07.04

56. Der Mittelfristige Strategieplan benötigt für eine effiziente und wirksame Umsetzung technisch solide Konzepte sowie günstige Rahmenbedingungen. Zu letzteren gehören eine bedarfsgerechte, flexible und effiziente interne Führung der Organisation und die Fähigkeit, mit einem breiten Spektrum von Partnern zielgerichtet zusammenzuarbeiten. Zuverlässige Verfahren der Rechenschaftsablage können eine zuverlässige Bewertung der Leistung der Organisation sowie ihres Umgangs mit den eigenen Ressourcen gewährleisten.

57. Durch die Programmhaushalte wird der Mittelfristige Strategieplan operationalisiert und werden die Bandbreite der durchzuführenden Maßnahmen wie auch die erwarteten Erfolge konkretisiert. Dabei werden für jedes der organisationsweit erwarteten Ergebnisse die Zielvorgaben für die einzelnen Zweijahreszeiträume festgelegt und die für ihre Erfüllung erforderlichen Mittel genannt.

58. Die Programmhaushalte bilden die Grundlage für die operative Planung. Während der Phase der operativen Planung bestimmen die Länder- und Regionalbüros wie auch das Hauptbüro ihren jeweiligen Beitrag zur Erreichung der organisationsweit erwarteten Ergebnisse. In diesen auch als Arbeitspläne bezeichneten operativen Plänen wird festgelegt, wie die vom Sekretariat im Strategieplan und in den zweijährlichen Haushalten eingegangenen Verpflichtungen durch Bereitstellung bestimmter Produkte und Dienstleistungen erfüllt werden sollen. In den Arbeitsplänen werden Zeithorizonte sowie Fragen von Verantwortlichkeit und Rechenschaftsablage für die Bereitstellung von Produkten und Dienstleistungen für jede Organisationseinheit und -ebene konkretisiert, so dass die Strategischen Ziele und die organisationsweit erwarteten Ergebnisse mit der Organisationsstruktur verknüpft werden.

59. Durch eine umfassende Reform soll die Führung der Organisation verbessert werden, wobei die Hauptstoßrichtung im Strategischen Ziel Nr. 13 zum Ausdruck kommt. Diese Ausrichtung findet sich auch in einem organisationsweiten Leitfadens wieder, der kontinuierlich überprüft wird, um den sich verändernden Bedürfnissen der Organisation wirksam gerecht zu werden. Die Reform der Führungsstruktur ist auch ein ständiger Punkt auf der Tagesordnung des Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses des Exekutivrats. Die Reformen erstrecken sich auf den ergebnisorientierten Managementrahmen, das Management der Finanzmittel, die Bereitstellung einer wirksamen operativen Unterstützung und die Gewährleistung einer zuverlässigen Rechenschaftsablage.

60. Für die Messung der Leistungsfähigkeit der Organisation wird derzeit eine Reihe von operationalen Leistungsindikatoren entwickelt. Diese Indikatoren sollen in der gesamten Organisation verwendet werden, um Fortschritte in Bereichen wie Programmterfolg, Personalwirtschaft, Finanzen und Förderung von Mehrsprachigkeit zu prüfen. Der Status der Indikatoren wird regelmäßig auf hoher Ebene überprüft. Ihre Entwicklung und ihre Nutzung für Entscheidungsprozesse sowie für die Reform der Führungsstruktur sollen während des Zeitraums des Mittelfristigen Strategieplans stetig voranschreiten.

61. Die Organisation steht vor der Herausforderung, über unterschiedliche, doch miteinander verflochtene Programmbereiche hinweg sowie zwischen ihren drei Handlungsebenen eine effiziente Zusammenarbeit zu gewährleisten. Organisatorische Prozesse wie gemeinsame Planung und fachliche Begutachtung können diese Arbeit erleichtern – zusammen mit Kooperationsmethoden, die Interdependenz fördern, z. B. größere Mitarbeitermobilität und Rotation innerhalb der Organisation.

62. In einer dezentralisierten Organisation muss für ein effizientes und wirksames Programmmanagement die Notwendigkeit eines organisationsweiten Ansatzes mit entsprechender Zuständigkeit mit der Anerkennung regionaler Besonderheiten vereinbart werden. Transparente Governance-Mechanismen und gemeinsame Systeme und Konzepte für die gesamte Organisation werden zunehmend zur Anwendung kommen und mit einer Verlagerung der Entscheidungsprozesse sowie einer Verstärkung der Rechenschaftspflicht verbunden sein. Diese Entwicklung wird durch einen Paradigmenwechsel von einer Verwaltung mit strengen bürokratischen Kontrollen hin zu mehr Leistungsüberwachung erleichtert.

63. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die Führungskräfte, da sie die treibende Kraft hinter Veränderungen in der Organisation sind. Sie müssen Integration und Teamarbeit fördern, für eine effektive Nutzung der Ressourcen sorgen, Partnerschaften in der gesamten Organisation auf- bzw. ausbauen und in Bezug auf ethische Normen Vorbild sein. Sie überwachen sowohl Fortschritte bei den Programmen als auch die Leistungen der einzelnen Mitarbeiter. Das Globale Programm der WHO zur Förderung von Führungskompetenz setzt genau an diesen Aspekten ihrer Arbeit an.

64. Rechenschaftspflicht ist eine entscheidende Voraussetzung für das ergebnisorientierte Management. Die WHO hat einen Rechenschaftsrahmen eingeführt, der Aspekte von Verantwortung, Rechenschaftsablage und Autorität miteinander verbindet und auf übergeordneten Prinzipien beruht, die gute Governance garantieren. Dazu gehören klar definierte Werte, Verhaltensweisen und Ziele für die Organisation, ein kompetentes Risikomanagement und eine transparente Berichterstattung an alle maßgeblichen Akteure.

65. Zu den Mechanismen für die Gewährleistung von Rechenschaftspflicht und Integrität in der Arbeit der Organisation gehören: Beobachtung und Bewertung von Programmen; programmbezogene Analysen; interne Audits; ein unabhängiger externer Rechnungsprüfer, der der Weltgesundheitsversammlung direkt Bericht erstattet; Personal- und Finanzordnung und -vorschriften; Aufgaben des Ombudsmanns; Mechanismen zur Sicherung interner Gerechtigkeit, jährliche Finanz- und Personalberichte an die Leitungsgremien; und ein Leistungsbewertungssystem für die Mitarbeiter. Diesen wichtigen Funktionen wird mittlerweile zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt, sowohl intern als auch bei den wichtigsten Akteuren.

Effektive Finanzierung des Mittelfristigen Strategieplans

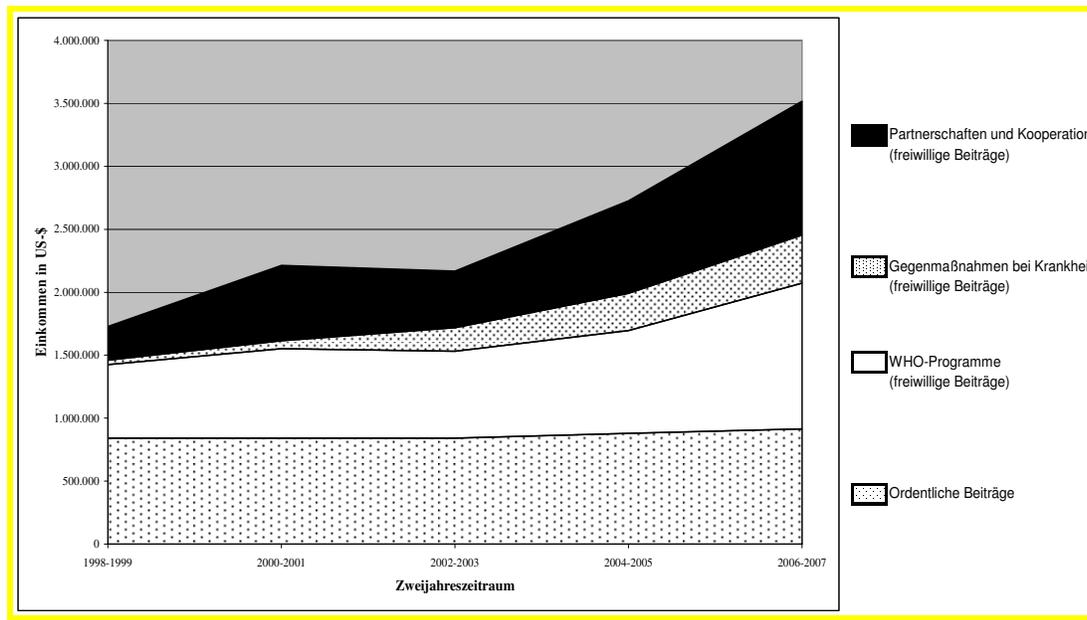
66. Die WHO hat einen ergebnisorientierten Managementrahmen für die Bestimmung des Mittelbedarfs eingeführt und verfügt über einen integrierten Haushalt, der alle Finanzierungsquellen umfasst. Die Kosten für die Erreichung der betreffenden Ergebnisse in einem gewissen Zeitraum werden daher aus verschiedenen Quellen bestritten.

67. Die Haushaltsmittel der WHO stammen hauptsächlich aus ordentlichen Beiträgen der Mitgliedstaaten und aus freiwilligen Beiträgen. Der Anteil der ordentlichen Beiträge am gesamten Mittelaufkommen nimmt allmählich ab, und es entsteht eine wachsende Abhängigkeit von den freiwilligen Beiträgen, die von einer begrenzten Zahl von (großen wie kleinen) Partnern und Geldgebern stammen.

68. Die freiwilligen Beiträge an die Organisation sind in letzter Zeit erheblich angestiegen und bilden inzwischen die wichtigste Geldquelle für die WHO. Dieser Anstieg erklärt sich aus der erhöhten Sensibilisierung namentlich der Geldgeber für die Zusammenhänge zwischen Entwicklung und öffentlicher Gesundheit. Außerdem können infolge der zunehmenden Häufigkeit von „Gesundheitskrisen“ in erheblichem Maße neue Mittel von den Partnern und Geldgebern eingeworben werden. Zu solchen Krisen zählen Ausbrüche übertragbarer Krankheiten (z. B. Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom, Vogelgrippe) ebenso wie natürliche und vom Menschen verursachte Katastrophen (z. B. Erdbeben, Hurricanes, Tsunamis und Kriege). Ebenso wie Umfang und Art der Nachfrage nach internationaler Hilfe im Gesundheitsbereich hat sich auch die Zusammensetzung der Geldgeber

in der internationalen Gesundheitspolitik verändert. Mittlerweile spielen neben den Mitgliedstaaten selbst auch die nationalen Entwicklungshilfeprogramme eine wichtigere Rolle, und auch Beiträge von anderen multilateralen Organisationen, Entwicklungsbanken, privaten Stiftungen und gemeinnützigen Organisationen nehmen zu.

Abb. 2: Entwicklung der Zusammensetzung der Einnahmen der WHO



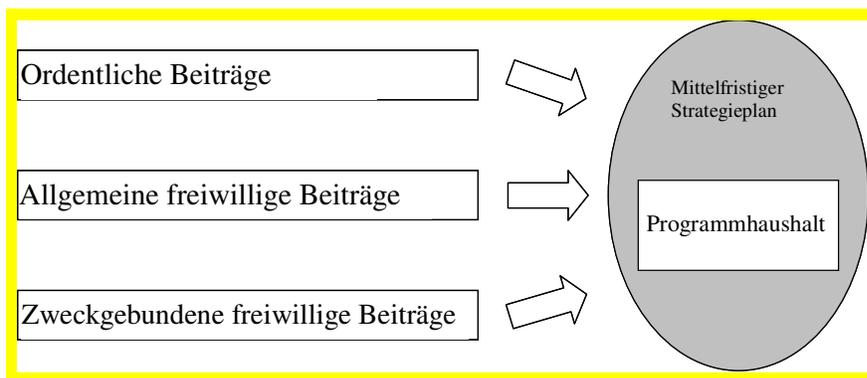
69. Diese sich wandelnde Situation hat dazu geführt, dass die Akteure im Bereich Gesundheit und Entwicklung heute weltweit zunehmend in Form von Partnerschaften und anderen Kooperationen arbeiten, in denen die WHO oft eine Schlüsselrolle spielt. Einige dieser Partnerschaften sind bei der WHO angesiedelt und tauchen im Programmhaushalt auf. Allerdings hat die WHO in Bezug auf deren Etats und Finanzierung naturgemäß kein alleiniges Entscheidungs-, sondern lediglich ein Mitspracherecht. Die eingehenden Gelder für die Sektionen „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ sowie „Partnerschaften und Kooperationen“ sind in stärkerem Maße gewachsen als die Gelder für die Programme der WHO. Im Zweijahreszeitraum 2006-2007 entfiel mehr als ein Drittel der insgesamt eingegangenen Beträge auf Gelder für die Sektionen „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ sowie „Partnerschaften und Kooperationen“ (s. Abb. 2).

70. Da die verschiedenen Einkommenssektionen im Haushalt eine unterschiedliche Dynamik aufweisen und unterschiedlichen Anforderungen an Haushalts- und Ressourcenmanagement unterliegen, werden die Zuweisungen und Ausgaben im Rahmen des Haushalts für jede der drei Sektionen jeweils separat überwacht, analysiert und berichtet. Diese Regelung wird im Zweijahreszeitraum 2008-2009 eingeführt und tritt in vollem Umfang ab dem Zweijahreszeitraum 2010-2011 in Kraft.

71. Die Finanzierung des Mittelfristigen Strategieplans macht ein effizientes Management der verschiedenen Einkommensquellen erforderlich, durch das gewährleistet ist, dass die benötigten Ressourcen bedarfs-, zweck- und zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden. Obwohl die WHO bei der Mobilisierung von Ressourcen sehr erfolgreich ist, bleibt doch ein grundsätzliches Problem bestehen: die Herstellung von Übereinstimmung zwischen den geplanten Maßnahmen und den mobilisierten Ressourcen. Trotz erreichter Verbesserungen sind noch zusätzliche Anstrengungen erforderlich, um Situationen zu vermeiden, in denen die Finanzmittel bei einem Programm oder an einem Standort nicht oder nur teilweise genutzt werden, während anderswo die Mittel dringend benötigt werden. Deshalb ist es erforderlich, dass die freiwilligen Beiträge von den Spendern auf flexiblere und vorhersehbarere Weise eingezahlt werden und dass die Organisation ihre Verfahren für eine effektive Mittelzuweisung bzw. Überwachung der Mittelverwendung stärkt – etwa das Globale Management-System oder die Beratungsgruppe für Finanzmittel, die der Generaldirektorin Empfehlungen hinsichtlich der transparenten Zuweisung von Mitteln innerhalb der gesamten Organisation übermittelt.

72. Während der Laufzeit des Mittelfristigen Strategieplans wird die WHO die eingehenden Finanzmittel nach ihrer ursprünglichen Herkunft unterteilen: **ordentliche** Beiträge, allgemeine **freiwillige** Beiträge und zweckgebundene **freiwillige** Beiträge. Die Organisation wird mit ihren Partnern und Geldgebern weiter auf eine Verbesserung der Ausrichtung der freiwilligen Beiträge an der Erreichung der Ergebnisse nach Maßgabe des Programmbudgets hinarbeiten.

Abb. 3: Finanzierung des Mittelfristigen Strategieplans: Drei Finanzierungsquellen



73. **Ordentliche Beiträge und sonstige Einnahmen** Als zwischenstaatliche Organisation mit globaler Zuständigkeit für die normative fachliche Arbeit muss die WHO aus Gründen der Glaubwürdigkeit und Integrität zwangsläufig einen nennenswerten Anteil ihres Haushalts aus Beiträgen der Mitgliedstaaten bestreiten.

74. Zu den sonstigen Einnahmen zählen hauptsächlich aus ordentlichen Haushaltsmitteln gewonnene Zinseinkünfte, Eingänge von Zahlungsrückständen bei den ordentlichen Beiträgen sowie zu Ende des abgelaufenen Zweijahreszeitraums nicht ausgegebene ordentliche Haushaltsmittel.

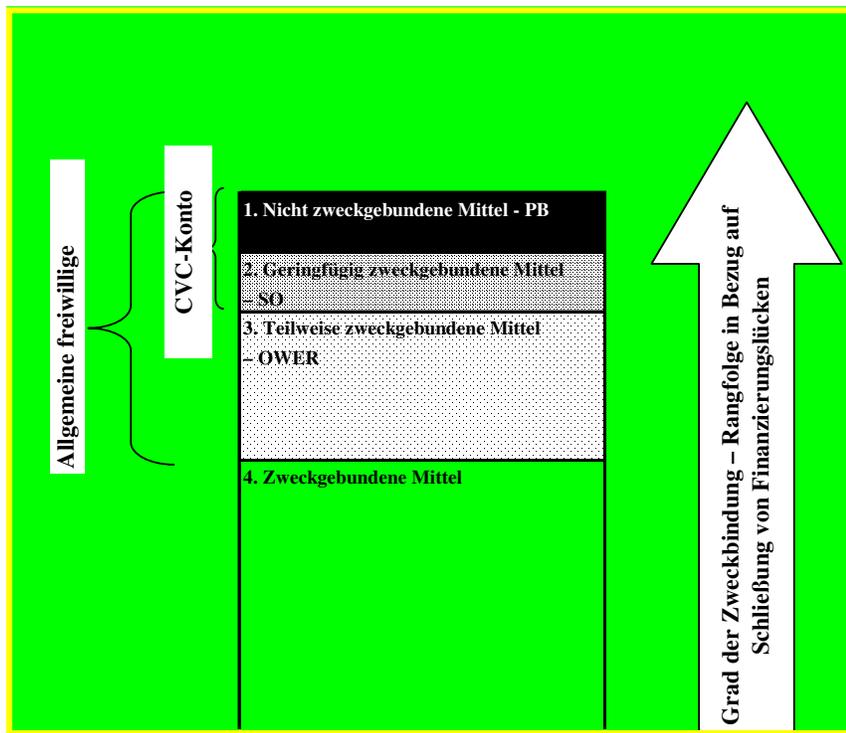
75. Es wird angestrebt, die ordentlichen Beiträge auch in Zukunft als eine der wesentlichen Finanzierungsquellen für den Mittelfristigen Strategieplan zu erhalten.

76. Freiwillige Beiträge 71 % der Gesamtausgaben im Zweijahreszeitraum 2006–2007 wurden aus freiwilligen Beiträgen bestritten. Dabei entfielen mehr als 75% aller eingegangenen freiwilligen Beiträge auf knapp ein Dutzend Geldgeber, während die restlichen Beiträge aus mehr als 400 verschiedenen Quellen stammten.

77. Die meisten freiwilligen Beiträge werden für Entwicklungshilfe und humanitäre Hilfe gespendet und stammen in erster Linie von bilateralen und multilateralen Entwicklungsorganisationen sowie einigen privaten Stiftungen. Zwar sind all diese Mittel willkommen und für die Umsetzung des Arbeitsprogramms der WHO auch notwendig, doch ist die Art ihrer Bereitstellung im Hinblick auf eine ordnungsgemäße Umsetzung des Programmbudgets potenziell problematisch. Darüber hinaus ist die Verwaltung von Tausenden von Vereinbarungen mit den dadurch bedingten Berichterstattungspflichten für die Organisation mit erheblichen Mehrkosten verbunden.

78. Die WHO strebt zusammen mit ihren Partnern und Geldgebern an, den Anteil der vorhersehbarer, nicht zweckgebundenen, allgemeinen **freiwilligen Beiträge** zu erhöhen. So könnten Mittel anhand der von den Leitungsgremien im Programmbudget festgelegten Prioritäten der Organisation eingesetzt, entscheidende Finanzierungslücken überwunden und somit die Umsetzung des Programmbudgets verbessert werden.

Abb. 4: Klassifizierung der Einnahmen aus freiwilligen Beiträgen nach Grad ihrer Zweckbindung



79. Allgemeine freiwillige Beiträge bieten ein erhebliches Maß an Flexibilität und können dort eingesetzt werden, wo der Finanzierungsbedarf am akutesten ist. Beiträge, die auf der Ebene des Programmhaushalts oder der Strategischen Ziele nicht zweckgebunden eingesetzt werden müssen und deren Verwendung keiner vorherigen Zustimmung durch den Geldgeber bedarf, werden über den Titel für die allgemeinen freiwilligen Beiträge (CVC-Konto, s. Abb. 4) verwaltet, den die Beratungsgruppe für Finanzmittel kontrolliert, die aus den Beigeordneten Generaldirektoren und den Direktoren für Gesundheitsprogramme der verschiedenen Regionalbüros besteht.

80. Der Titel für die allgemeinen freiwilligen Beiträge ist ein wesentliches strategisches Management-Instrument, das es der Beratungsgruppe für Finanzmittel ermöglicht, die Übereinstimmung zwischen Haushalt und Mittelausstattung zu verbessern und die Erreichung von Ergebnissen in der gesamten Organisation zu optimieren.

81. Ca. 1% der freiwilligen Beiträge gehen als Mittel ohne jegliche Zweckbindung ein, zwischen 5% und 6% sind nur geringfügig zweckgebunden. Die WHO strebt an, bei der Finanzierung des Mittelfristigen Strategieplans den Anteil dieser Finanzmittel mindestens zu verdoppeln.

82. Beiträge, die als teilweise zweckgebundene Mittel eingehen, die also für ein bestimmtes organisationsweit erwartetes Ergebnis vorgesehen sind, werden von den organisationsweiten Fachteams und den größeren Büros gemäß den jeweiligen Anforderungen verwaltet. Im Zweijahreszeitraum 2006–2007 stammten ca. 10% der Mittel insgesamt aus freiwilligen Beiträgen dieses Typs.

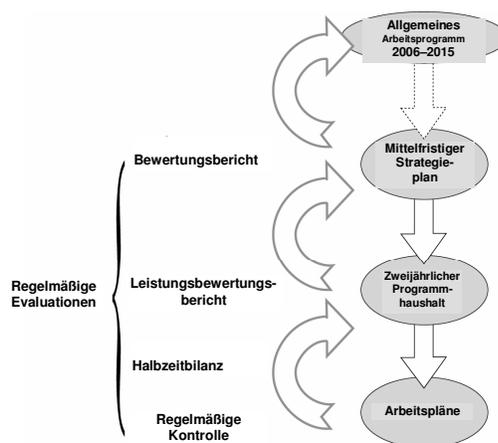
83. Zweckgebundene Beiträge Gegenwärtig wird die Tätigkeit der Organisation überwiegend durch freiwillige Beiträge mit konkreter Zweckbindung finanziert. Im Zweijahreszeitraum 2006-2007 machten solche zweckgebundenen Beiträge ca. 83% aller eingegangenen freiwilligen Beiträge aus. Obwohl diese Beiträge dem Ziel dienen, die festgelegten erwarteten Ergebnisse zu erreichen, und deshalb für die Umsetzung der Arbeitspläne unverzichtbar sind, so ergeben sich doch aus ihrer mangelnden Flexibilität und ihrem hohen Anteil an der Gesamtfinanzierung weiterhin Probleme für die rechtzeitige Umsetzung und ein effektives Ressourcenmanagement.

84. Wenn die WHO ihre Effektivität in der Finanzierung weiter verbessern will, wird für Verwaltung, Überwachung und Evaluation ein solider Rahmen benötigt. Ein solcher Rahmen sollte eine bessere Integration der verschiedenen Finanzierungsquellen erlauben und fundiertere Entscheidungsprozesse sowie eine kontinuierliche Verfeinerung von Konzepten, Strategien und Programmen ermöglichen.

Überwachung, Bewertung und Evaluation

85. Der ergebnisorientierte Managementrahmen der WHO enthält zahlreiche Instrumente zur Überwachung, Bewertung, Evaluation und Bewältigung potenzieller Themenbereiche, die im Zusammenhang mit der Erfüllung des Mittelfristigen Strategieplans und der dazugehörigen Programmhaushalte auftauchen könnten.

Abb. 5: Überwachungs-, Bewertungs- und Evaluationsinstrumente



WHO 06.153

86. Die programmatische und finanzielle Umsetzung wird während des gesamten Zweijahreszeitraums auf der Grundlage von Betriebsplänen (Arbeitsplänen) mindestens alle sechs Monate überwacht. Auf diese Weise kann die Umsetzung besonderer Aktivitäten je nach Stand der Programmumsetzung bzw. nach finanzieller Lage ggf. angepasst bzw. überarbeitet werden.

87. Am Ende des ersten Jahres eines Zweijahreszeitraums wird jeweils eine organisationsweite Halbzeitbilanz durchgeführt, bei der in jedem Büro der WHO die Fortschritte bei der Erreichung der in dessen Zuständigkeitsbereich liegenden konkreten Ergebnisse bewertet werden. Die Halbzeitbilanz ergänzt den ungeprüften Finanzbericht.

88. Der Bericht, mit dem die Erfüllung des Programmhaushalts am Ende des Zweijahreszeitraums bewertet wird, dient der Ergänzung des gleichzeitig vorgelegten geprüften Finanzberichts. Er enthält eine organisationsweite Leistungsbewertung der programmatischen Arbeit des Sekretariats (auch im Hinblick auf die Erfüllung der Zielvorgaben für die Indikatoren) sowie eine Bestandsaufnahme der übergeordneten Erkenntnisse für die Organisation.

89. Der Mittelfristige Strategieplan wird mittels der Bewertung der Erfüllung des Programmhaushalts überwacht. Am Ende des Sechsjahreszeitraums wird in einer Bewertung festgehalten, inwieweit die 13 Strategischen Ziele verwirklicht wurden. Um festzustellen, in welchem Umfang die festgelegten Einzelziele erreicht wurden, werden Daten zu den Indikatoren der verschiedenen Strategischen Ziele erhoben. Es wird eine Leistungsanalyse durchgeführt und eine Zusammenfassung der wichtigsten Resultate bei der Verwirklichung der Strategischen Ziele, der Erfolgs- bzw. Hinderungsfaktoren sowie der wichtigsten Erkenntnisse erstellt, die allesamt bei der Entwicklung künftiger Strategiepläne als Hilfe herangezogen werden können.

90. Ein weiteres Element des Managementrahmens ist die regelmäßige Evaluation der Programme der WHO, bei der die Ergebnisse ihrer Tätigkeit unter themen- programm- oder länderbezogenen Gesichtspunkten bewertet werden.

91. Sowohl in der Planungsphase als auch in der Überwachungsphase des ergebnisorientierten Managementrahmens werden Instrumente wie die Begutachtung durch Fachkollegen eingesetzt, um ein hohes Qualitätsniveau in der gesamten Organisation zu gewährleisten. Auch gemeinsame Überprüfungen durch die obere Leitungsebene und die Leitungsgremien der WHO dienen dazu, während des Sechsjahreszeitraums neu entstehenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen, potenzielle Leistungsdefizite aufzuzeigen und Aufgaben neu zu priorisieren.

92. Auch die Durchführung des Allgemeinen Arbeitsprogramms wird überwacht. Dabei werden die Prioritäten einer eingehenden Bewertung unterzogen und die zentralen Aufgaben der WHO im Auge behalten, um sicherzustellen, dass diese auch weiterhin bedarfsgerecht sind und dass Qualität und Bedeutung der Arbeit der WHO erhalten bleiben.

93. Ein besonderes Augenmerk soll auf die Auswirkungen der Arbeit der WHO auf die Gesundheitssituation der Menschen in Afrika sowie der Frauen weltweit gerichtet werden, auf die die Generaldirektorin besonders hingewiesen hat¹.

¹ Siehe Abschnitt 30.

STRATEGISCHE ZIELE

Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten

Indikatoren und Einzelziele

- Mortalität aufgrund von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten. Angestrebtes Ziel: Verringerung um zwei Drittel bis 2013
- Verstärkte Versorgung der Bevölkerung mit Interventionen zur Bekämpfung, Eliminierung bzw. Eradikation von Tropenkrankheiten. Angestrebtes Ziel: Verringerung um 80% in insgesamt 49 gefährdeten Staaten bis 2013
- Der Anteil der Länder, die eine Zertifizierung für die Eradikation von Poliomyelitis und die Zerstörung oder angemessene Sicherheitslagerung aller Polioviren erreicht und beibehalten haben. Angestrebtes Ziel: 100% bis 2013.

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Die Anstrengungen im Rahmen dieses Strategischen Ziels sind darauf ausgerichtet, durch eine dauerhafte Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten Gesundheitssicherheit zu schaffen. Sie decken sich mit der im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO 2006-2015 enthaltenen globalen Gesundheitsagenda und umfassen Investitionen in Gesundheit zur Armutsbekämpfung, den Aufbau einer individuellen und globalen Gesundheitssicherheit, eine konsequente Nutzung von Fachwissen, Wissenschaft und Technik, eine generelle Stärkung der Gesundheitssysteme und die Verbesserung des allgemeinen Zugangs der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung.

Übertragbare Krankheiten bilden eines der größten möglichen Hindernisse für die Gesundheit auf der ganzen Welt; schon ohne HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose entfallen auf sie 20% der Todesfälle in allen Altersgruppen, 50% der Todesfälle unter Kindern und 33% der Todesfälle in den am wenigsten entwickelten Ländern. Ohne eine Senkung dieser Krankheitslast ist auch die Verwirklichung anderer gesundheitsbezogener und sonstiger Ziele, etwa in Bereichen wie Bildungswesen, Gleichstellung, Armutsbekämpfung und Wirtschaftswachstum, gefährdet. Somit ist die Bekämpfung der Belastung durch übertragbare Krankheiten ein Schlüsselement in zwei der Strategien des Sekretariats zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Dabei handelt es sich einerseits um die Ausarbeitung von geeigneten Maßnahmen zur Bewältigung der vielfältigen und neu entstehenden Bedürfnisse der Länder durch kosteneffektive Konzepte zur Bekämpfung dieser quantitativ wichtigsten Krankheiten und Gesundheitsprobleme und andererseits um die Einführung bzw. Stärkung integrierter epidemiologischer Überwachungssysteme bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdaten.

Epidemien können die Gesundheitssysteme vor plötzliche und intensive Herausforderungen stellen. Sie decken vorhandene Schwächen der Gesundheitssysteme auf und können neben ihrem Einfluss auf Morbidität und Mortalität auch die wirtschaftliche Aktivität und Entwicklung beeinträchtigen. Die erforderlichen schnellen Gegenmaßnahmen nehmen Ressourcen, Arbeitskräfte und Sachgüter in Anspruch, die dann für andere zuvor festgelegte gesundheitspolitische Prioritäten und für routinemäßige Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen wie Impfungen bei Kindern fehlen.

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Prävention, Bekämpfung und epidemiologische Überwachung von übertragbaren Krankheiten sind allesamt wesentliche Komponenten der menschlichen Sicherheit; diese schließt auch die Bereiche Gesundheitssicherheit, wirtschaftliche Entwicklung und Handel ein.
- Durch übertragbare Krankheiten bedingte gesundheitliche Notlagen können Milliarden von Dollar kosten, nicht nur an direkten Gesundheitskosten, sondern auch aufgrund der potenziellen Auswirkungen von Epidemien auf Handel und Finanzen.
- Die Prävention übertragbarer Krankheiten stellt eine der kosteneffektivsten gesundheitspolitischen Interventionen dar, kann aber auch positive wirtschaftliche Auswirkungen haben, insbesondere unter den am stärksten marginalisierten und ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
- Die Bekämpfung von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten, Tropenkrankheiten und Krankheiten mit Epidemiepotenzial hat sich bei der Schließung von Gerechtigkeitslücken als außerordentlich erfolgreich erwiesen, da es gelungen ist, schwer erreichbare, einkommensschwächere und jüngere Bevölkerungsgruppen sowie Frauen, und insbesondere Mütter, zu erreichen.
- Diese Interventionen stellen in vielen Ländern die wirksamsten Komponenten der Gesundheitssysteme dar und bilden gleichzeitig eine Grundlage für die Einbindung und Verbreitung anderer unentbehrlicher Gesundheitsangebote.

Die WHO spielt eine entscheidende Rolle bei der Vorsorge für gesundheitliche Krisensituationen sowie bei deren Entdeckung und Risikobewertung und entsprechenden Aufklärungs- und Gegenmaßnahmen. Sie hat in den letzten fünf Jahren über 1000 Epidemien von internationaler Tragweite bestätigt.

Durch die 2007 in Kraft getretenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) wird die Generaldirektorin rechtsverbindlich verpflichtet, die internen Kapazitäten der Organisation für Epidemie- bzw. Gesundheitswarnungen und entsprechende Gegenmaßnahmen auszuweiten und die Mitgliedstaaten bei Aufbau und Erhaltung von Mindestkapazitäten für die Entdeckung, Bewertung und Bewältigung solcher Gefahren und Krisensituationen zu unterstützen, die mehrheitlich durch übertragbare Krankheiten bedingt sind.

Das Handeln der WHO anlässlich des Ausbruchs des Schwere Akuten Respiratorischen Syndroms und der Gefahr einer durch neue Untertypen des Influenza-Virus bedingten Vogelgrippepandemie hat die Bedeutung von Abstimmung, Führungskompetenz und Transparenz beim Umgang mit Epidemien und Pandemien vor Augen geführt. Die Entwicklung des globalen Ereignismanagementsystems hat die Fähigkeit der WHO zur Aufdeckung, Bewertung, Bestätigung, Meldung und Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen und anderen öffentlichen Gesundheitsrisiken unter Beweis gestellt. Die Initiative zur Ausrottung der Poliomyelitis hat darüber hinaus die Notwendigkeit verdeutlicht, gezielte Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen, etwa in Form von Kampagnen, mit Maßnahmen zur generellen Stärkung der Gesundheitssysteme im Einklang mit den Grundsätzen für die primäre Gesundheitsversorgung zu verbinden.

Um dieses Strategische Ziel zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, sich von vertikalen und isolierten Programmen zu lösen und auf der Grundlage einer eingehenden Bewertung vergangener Erfolge und Misserfolge bei der Schaffung von Strategien für die Entwicklung integrierter Gesundheitssysteme vorhandene Stärken zu nutzen, auf Erfolgen aufzubauen und etwaige Schwächen zu beseitigen.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Mitgliedstaaten personelle, politische und finanzielle Ressourcen einsetzen, um für alle Bevölkerungsschichten einen gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen und sicheren Interventionen zur Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten herzustellen bzw. diesen Zugang zu verbessern. Ein wesentliches Element der finanziellen und operativen Nachhaltigkeit von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen liegt in der Schaffung und Aufrechterhaltung effektiver Koordinationsmechanismen mit allen Partnern und in allen landesweit relevanten Bereichen durch die Mitgliedstaaten sowie in der Bereitschaft, bei der Ausweitung dieser Koordinationsmechanismen auf die regionale und internationale Ebene mit dem Sekretariat zusammenzuarbeiten. Angesichts der Tatsache, dass weniger als 10% der weltweiten Mittel für Gesundheitsforschung für die Erforschung von Gesundheitsproblemen ausgegeben werden, von denen 90% der Weltbevölkerung betroffen sind, wird eine verstärkte Beteiligung der Länder im Forschungsbereich durch Erfüllung der Ziele für die Investition in Gesundheitsforschung, durch Ausweitung der Forschungskapazitäten und durch Verankerung der Forschung als fester Bestandteil aller nationalen Programme und Pläne von entscheidender Bedeutung für einen verbesserten Zugang zu Forschungsergebnissen und für eine Verbesserung ihrer Nutzung sein.

Wichtigste Erkenntnisse

Der WHO kommt eine Führungsrolle bei der Ausarbeitung einer globalen Forschungsagenda zu, die durch Verbesserung, Weiterentwicklung und Bewertung neuer Instrumente, Interventionen und Strategien eine innovative und nachhaltige Wirkung auf die Krankheitsbekämpfung entfaltet.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Stärkung seiner Führungsrolle und Intensivierung seiner weltweiten Zusammenarbeit mit Akteuren und Partnerschaften im Gesundheitsbereich und mit der Zivilgesellschaft bei gleichzeitiger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zur Formulierung ethisch begründeter und evidenzbasierter Konzepte und Erleichterung bzw. Verbesserung des Zugangs der Bürger zu vorhandenen wie neuen Instrumenten und Strategien (einschließlich Impfstoffe und Arzneimittel), die angemessene Anforderungen an Qualität, Sicherheit, Effizienz und Kosteneffektivität erfüllen, sowie Abbau etwaiger Ungleichheiten in Bezug auf den Zugang;
- Stärkung seiner Fähigkeit, seine Verpflichtungen zur Bereitstellung fachlicher Hilfe zu erfüllen, Kapazitäten aufzubauen und auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten einzugehen, wie insbesondere in den Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung zu übertragbaren Krankheiten gefordert und in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) festgelegt. Dies schließt eine Erleichterung der Ressourcenbeschaffung und der Überzeugungsarbeit auf nationaler wie internationaler Ebene ein;
- Erhaltung und Stärkung eines effektiven internationalen Systems für die Identifizierung, Bewertung und Bewältigung von Risiken durch Alarm- und Gegenmaßnahmen bei Epidemien und anderen gesundheitlichen Notlagen durch sofortige technische Unterstützung für die betroffenen Mitgliedstaaten und kollektive internationale Eindämmungs- und Bekämpfungsmaßnahmen;
- Beitrag zur Vorsorge im öffentlichen Gesundheitswesen für etwaige Ausbrüche übertragbarer Krankheiten im Zusammenwirken mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie anderen Partnern, darunter ggf. Organisationen der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft;

In den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) werden die Mitgliedstaaten dazu angehalten, die rechtlichen, administrativen, finanziellen, technischen und politischen Rahmenbedingungen zu schaffen, die für Maßnahmen wie die Entwicklung, den Ausbau und die Aufrechterhaltung von integrierten Überwachungssystemen auf primärer/lokaler, intermediärer und nationaler Ebene erforderlich sind. So sollen sie in die Lage versetzt werden, öffentliche Gesundheitsrisiken und potenzielle gesundheitliche Krisensituationen zu entdecken, zu melden und entsprechend zu reagieren und im Hinblick auf evidenzbasierte Grundsatzentscheidungen über gesundheitspolitische Interventionen einschlägige Informationen bereitzustellen.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass das Inkrafttreten der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) am 15. Juni 2007 bei allen Mitgliedstaaten zu einer Erneuerung des Engagements zur Stärkung ihrer nationalen Überwachungs- und Reaktionssysteme und bei den Geldgebern und technischen Partnern zu einem anhaltenden Interesse an der Tätigkeit der WHO (einschließlich Netzwerke und Partnerschaften) und zu entsprechender Unterstützung führen wird;
- dass bei den Bemühungen um Entwicklung bzw. Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme auch weiterhin ein allgemeiner Zugang zu den unentbehrlichen Gesundheitsinterventionen angestrebt wird;
- dass zwischen der weltweit wachsenden Zahl von Akteuren im öffentlichen und privaten Gesundheitswesen eine effektive Abstimmung und Harmonisierung erfolgt;
- dass durch eine offene Kommunikationspolitik auch künftig eine starke gegenseitige Abstimmung der Bemühungen auf globaler Ebene aufrechterhalten wird.

Risikofaktoren, die eine Verwirklichung dieses Strategischen Ziels verhindern könnten:

- dass ein steigender Druck zur Verlagerung des Mitteleinsatzes von den übertragbaren Krankheiten auf andere Aspekte der Gesundheit führt;
- dass Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vernachlässigt oder nicht als gesundheitspolitische Priorität anerkannt oder sichtbar gemacht wird, insbesondere in den am wenigsten entwickelten Ländern. Derartige Interventionen werden nur dann ein vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik auf nationaler wie internationaler Ebene bleiben, wenn dieses Thema durch aufeinander abgestimmte Grundsatzbotschaften des Sekretariats und der anderen internationalen Partner als fester Bestandteil der globalen Gesundheitsagenda bestätigt wird;
- dass die finanziellen und politischen Investitionen in die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) unzureichend sind und deren Umsetzung durch die Mitgliedstaaten Stückwerk ist. Diesen Risiken kann durch die Entwicklung und Einhaltung regionaler Verpflichtungen wie der Erklärung von Kabul über die regionale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (2006) entgegengewirkt werden;
- dass die Anstrengungen des privaten Sektors und auf einzelstaatlicher Ebene für die Sicherung von Finanzmitteln zur Überbrückung der Investitionslücken im Forschungsbereich unzureichend sind. Ohne Förderung und Koordinierung von Strategien und Maßnahmen auf der Grundlage des Konzeptes der globalen öffentlichen Güter kann die Rendite aus den Investitionen nicht maximiert werden;

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Bereitstellung von Instrumenten, Strategien und fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei Bewertung und Ausbau der Beobachtungs- und Überwachungssysteme;
- Koordinierung integrierter Überwachungsaktivitäten auf globaler und regionaler Ebene als Grundlage für Grundsatzentscheidungen und gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen;
- Gestaltung der Forschungsagenda auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten und Förderung und Unterstützung der Gewinnung, Anwendung und Verbreitung von einschlägigem Wissen im Hinblick auf die Formulierung ethisch begründeter und evidenzbasierter Grundsatzoptionen;
- Stärkung der Fähigkeit der Mitgliedstaaten, Gesundheitsforschung zu betreiben, insbesondere bei der Entwicklung von Instrumenten und Strategien zur Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

- dass es nicht gelingt, die Übertragung von Polioviren bis Ende 2009 zu unterbrechen. Dies wird zusätzliche Impfmaßnahmen und eine Intensivierung der epidemiologischen Überwachung wie auch eine Verstärkung der Routineimpfungen erforderlich machen, was mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Die Risiken können durch Einsatz neuer Instrumente und Konzepte zur Beschleunigung der Unterbrechung der Übertragung des wilden Poliovirus sowie durch verstärkte Überzeugungsarbeit und soziale Mobilisierung auf allen Ebenen reduziert werden;
- dass eine Influenzapandemie eine nie da gewesene Morbidität und Mortalität sowie schwere ökonomische Schäden mit sich bringt. Eine vorausschauende Planung für geeignete Entdeckungs- und Reaktionsstrategien, einschließlich Eindämmung und Bekämpfung sowie Forschung zur Entwicklung von Impfstoffen und Arzneimitteln, ist der Schlüssel zur Minimierung der potenziell schädigenden Folgen einer Pandemie.

Organisationsweit erwartete Ergebnisse

1.1 Konzeptionelle und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten, um einen chancengleichen Zugang aller Menschen zu hochwertigen Impfstoffen, einschließlich neuer Impfstoffe und -verfahren, weitestgehend herzustellen und andere für die Kindergesundheit unentbehrliche Interventionen zusammen mit den Immunisierungsmaßnahmen anzubieten.	INDIKATOREN		
	1.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die landesweit eine Impfquote von mindestens 90% erreicht haben (DTP3)	1.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die den Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) in ihre nationalen Impfpläne eingeführt haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	114	104	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	130	135	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	140	150	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	150	160	
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008-2009 153 584	Haushaltsentwurf 2010–2011 345 100	Schätzungen 2012–2013 181 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>In Resolution WHA58.15 begrüßte die Weltgesundheitsversammlung die Globale Vision und Strategie für die Immunisierung, die darauf abzielt, durch Bereitstellung von Impfmaßnahmen für alle in Frage kommenden Menschen, Einführung neuer Impfstoffe und Verfahren und die Verknüpfung von Immunisierungsmaßnahmen mit der Durchführung anderer gesundheitspolitischer Interventionen sowie mit allgemeinen Entwicklungsmaßnahmen im Gesundheitssektor mehr Menschen zu schützen. Darüber hinaus bat sie um konzeptionelle und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Strategie. Mehr als 75% der Mittel werden für Aktivitäten auf der Ebene der Regionen und der Länder ausgegeben. Durch globale Partnerschaften für Gesundheit wie die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung und durch zunehmende Verfügbarkeit von Mitteln für die Mitgliedstaaten zur Umsetzung von Impfprogrammen durch Initiativen wie die Internationale Finanzfazilität für Immunisierungen wird der Druck auf das Sekretariat erhöht, den Mitgliedstaaten konzeptionelle und fachliche Unterstützung bei der Realisierung evidenzbasierter Gesundheitssysteme zu gewähren, um sicherzustellen, dass die Mittel langfristig auf finanziell nachhaltige Weise eingesetzt werden.</i></p>			

1.2 Effektive Koordinierung und Bereitstellung von Unterstützung mit dem Ziel, eine Zertifizierung der Eradikation der Poliomyelitis zu erreichen, und Vernichtung oder entsprechende Eindämmung der Polioviren, so dass eine gleichzeitige Einstellung der Schluckimpfung weltweit ermöglicht wird.

INDIKATOREN		
1.2.1 Anteil der abschließenden Länderberichte, in denen eine Unterbrechung der Übertragung des wilden Poliovirus und eine von der für die Zertifizierung der Poliomyelitis-Eradikation zuständigen Kommission genehmigte Einlagerung von wilden Polioviren nachgewiesen wird	1.2.2 Anteil der Mitgliedstaaten, in denen eine Polio-Schluckimpfung mit einem trivalenten Impfstoff durchgeführt wird und die über einen Zeitplan und eine Strategie für deren spätere Einstellung im Rahmen der Routineimpfungen verfügen	
AUSGANGSLAGE 2008		
63%	0%	
EINZELZIELE FÜR 2009		
75%	0%	
EINZELZIELE FÜR 2011		
98%	75%	
EINZELZIELE FÜR 2013		
100%	100%	
MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
262 615	478 100	240 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Aufgrund einer intensiven Übertragung des Poliovirus in zwei verbliebenen polio-endemischen Ländern sowie Ausbrüchen der Krankheit in jüngster Zeit in bis dahin poliofreien Gebieten hat sich die Eradikation der Poliomyelitis verzögert. Es wird daher erwartet, dass die Impfkampagnen in einigen Ländern auch 2008 fortgesetzt werden und dass die WHO solche Maßnahmen sowie die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur zur Überwachung der Poliomyelitis mit umfassender fachlicher Hilfe unterstützen wird. Wenn eine Unterbrechung der Übertragung erreicht ist, werden dadurch die Kosten der WHO gesenkt, doch die Aktivitäten in Bezug auf die globale Zertifizierung, die Einstellung der Schluckimpfung und die Einlagerung des Virus werden bis 2013 fortgesetzt. Währenddessen wird die Infrastruktur für die Polioimpfung und -überwachung weiter in die übergeordneten fachlichen Hilfsmaßnahmen zum Aufbau von nationalen Kapazitäten für durch Impfung vermeidbare Krankheiten sowie Krankheiten mit Epidemienpotenzial, u. a. im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), integriert.</i></p>		

1.3 Effektive Koordinierung und Bereitstellung von Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel, allen Bevölkerungsgruppen Zugang zu Interventionen für die Prävention, Bekämpfung, Eliminierung und Eradikation vernachlässigter Tropenkrankheiten, einschließlich Zoonosen, zu verschaffen.

INDIKATOREN			
1.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über Zertifizierung für die Eradikation der Drakunkulose verfügen	1.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Eliminierung der Lepra auf subnationaler Ebene erreicht haben	1.3.3 Zahl der gemeldeten menschlichen Fälle von Trypanosomiasis in allen endemischen Ländern	1.3.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die das empfohlene Schutzniveau für die von lymphatischer Filariose, Schistosomiasis und durch den Boden übertragenen Helminthosen bedrohten Bevölkerungsgruppen durch regelmäßige Behandlung mit anthelmintischer präventiver Chemotherapie erreicht haben
AUSGANGSLAGE 2008			
72	6	11 500	11
EINZELZIELE FÜR 2009			
79	10	10 000	15
EINZELZIELE FÜR 2011			
82	13	8 500	20
EINZELZIELE FÜR 2013			
191	18	7 500	25
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
131 669	191 800	185 000	

	<p>BEGRÜNDUNG</p> <p><i>Obwohl kosteneffektive Interventionen existieren und angewandt werden, erfordert die Eliminierung vieler vernachlässigter Tropenkrankheiten als öffentliche Gesundheitsprobleme eine Unterstützung der WHO bei der Realisierung von länderübergreifenden Bekämpfungsprogrammen, die Entwicklung neuer und verbesserter Interventionen zur Bekämpfung der Arzneimittelresistenz sowie eine Unterstützung durch die Privatwirtschaft. Eine Eindämmung dieser Krankheiten ist für die Gesellschaft nachweislich in hohem Maße kosteneffektiv, so dass Interventionen in diesem Bereich sehr wirksam zur Linderung von Armut beitragen können. Mit dem nahenden Erfolg unserer Bemühungen zur Eliminierung / Eradikation von Drakunkulose und Lepra bzw. zur Halbierung der Mortalitätsrate infolge von Tollwut sollten die Anstrengungen des Sekretariats zur Konsolidierung seiner Erfolge und Erhaltung der Dynamik intensiviert werden; daher ist eine Aufstockung der Mittel im Zeitraum 2010–2013 erforderlich. Der integrierte Ansatz bei der Realisierung von gesundheitssystembezogenen Lösungen für die Bekämpfung von Tropenkrankheiten macht eine allmähliche, nachhaltige Aufstockung der Unterstützung für die Mitgliedstaaten im Zeitraum 2008–2013 erforderlich.</i></p>
--	---

<p>1.4 Konzeptionelle und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Ausweitung ihrer Kapazitäten für die Überwachung und Kontrolle aller übertragbaren Krankheiten, die für die öffentliche Gesundheit von Belang sind.</p>	INDIKATOREN		
	1.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über Überwachungssysteme und Schulungsmaßnahmen in Bezug auf alle übertragbaren Krankheiten verfügen, die bei ihnen von Belang für die öffentliche Gesundheit sind	1.4.2 Anteil der Mitgliedstaaten weltweit, die die gemeinsamen Berichtsformulare von WHO und UNICEF zur Überwachung und Kontrolle von Impfmaßnahmen fristgerecht und gemäß Zeitplan einreichen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	60	115	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	80	135	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	150	150	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	193	165	
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
79 668	122 500	87 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die epidemiologische Überwachung spielt eine wesentliche Rolle bei Entscheidungen über die Mittelzuweisung und bei der effektiven und effizienten Verwaltung von gesundheitspolitischen Interventionen durch Gesundheits- und Finanzministerien und Geldgeber sowie bei der Gewährleistung, dass Daten erhoben werden, die über die Chancengleichheit aller Bevölkerungsgruppen, insbesondere von Frauen und Kindern, beim Zugang zu Interventionen Aufschluss geben. Die WHO spielt eine Schlüsselrolle bei der Integration vertikaler Überwachungsprogramme, der Herstellung von Konsens über die wesentlichen Bestandteile der Überwachungsmaßnahmen sowie der Koordinierung von Partnerschaften zwischen Ländern, Finanzierungspartnern und multilateralen Organisationen, die der Schaffung eines angemessenen Investitionsniveaus in die Infrastruktur der Überwachungssysteme dienen. Sie muss bei der Förderung einer integrierten Krankheitsüberwachung als wesentlichem Bestandteil von voll funktionsfähigen Gesundheitssystemen sowie bei einer verstärkten Heranziehung von Daten zur Verbesserung von Alarm- und Gegenmaßnahmen in gesundheitlichen Krisensituationen und bei der Beobachtung übertragbarer Krankheiten, die für die öffentliche Gesundheit von Belang sind, die Führungsrolle übernehmen und alle diese Informationen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen. Es gilt nun, sämtliche Überwachungsmechanismen für übertragbare Krankheiten, insbesondere HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, sowie für nichtübertragbare Krankheiten besser miteinander zu verknüpfen.</i></p>			

<p>1.5 Entwicklung und Validierung neuer Erkenntnisse, Interventionsinstrumente und Strategien, die die vorrangigen Anforderungen an die Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erfüllen, und allmähliche Übernahme der</p>	INDIKATOREN		
	1.5.1 Zahl der neuen und verbesserten Instrumente oder Umsetzungsstrategien, die unter wesentlicher Beteiligung der WHO entwickelt und in wenigstens einem Entwicklungsland von den Behörden eingeführt wurden	1.5.2 Anteil der fachlich begutachteten Publikationen, die aus von der WHO unterstützten Forschungsvorhaben resultieren und bei denen die Institution, der der erste Autor angehört, in einem Entwicklungsland angesiedelt ist	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Keine	48%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
4	55%		

Führungsrolle auf diesem Gebiet der Forschung durch Wissenschaftler aus Entwicklungsländern.	EINZELZIELE FÜR 2011		
	9	58%	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	124	60%	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	72 334	117 700	42 000
	BEGRÜNDUNG		
	<p><i>Obwohl 85% der globalen Belastung durch Behinderungen und vorzeitige Mortalität in den Entwicklungsländern zu verzeichnen sind, werden weniger als 4% der weltweit ausgegebenen Forschungsmittel auf die Untersuchung der Erkrankungen verwandt, die für einen Großteil der Krankheitslast in den Entwicklungsländern verantwortlich sind. Aufgrund von Erhöhungen der Forschungsmittel sowie der wachsenden Bedeutung von öffentlich-privaten Partnerschaften ist es äußerst wichtig, dass das Sekretariat die globale Gesundheitsforschungsagenda definiert, die Harmonisierung von Forschungsaktivitäten erleichtert und die Länder bei evidenzbasierten Grundsatzentscheidungen unterstützt.</i></p>		

1.6 Unterstützung von Mitgliedstaaten beim Aufbau der in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) geforderten Mindestkapazitäten für die Schaffung bzw. Stärkung von Alarm- und Reaktionssystemen für Epidemien und andere gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite.	INDIKATOREN		
	1.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Bewertung der erforderlichen Kapazitäten für Überwachungs- und Reaktionsmaßnahmen gemäß ihren Verpflichtungen nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) abgeschlossen und auf dieser Grundlage einen nationalen Aktionsplan entwickelt haben	1.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten, deren nationales Laborsystem an mindestens einem externen Qualitätskontrollprogramm für übertragbare Krankheiten mit Epidemienpotenzial beteiligt ist	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	50	90	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	180	135	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
		160	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	193	193	
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
76 485	64 200	120 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) haben sich alle Staaten, die Vertragsparteien sind, verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren nach deren Inkrafttreten im Mai 2007 eine Bestandsaufnahme ihrer nationalen Kapazitäten für Überwachungs- und Gegenmaßnahmen vorzunehmen und dieselben Kernkapazitäten zu entwickeln und fünf Jahre lang (ggf. mit einer Fristverlängerung um zwei Jahre) zu erhalten. Zu den Kernkapazitäten gehören laut Internationalen Gesundheitsvorschriften die Fähigkeit zur Überwachung und Frühwarnung bei Epidemiekrankeheiten sowie entsprechende Kapazitäten zur Anwendung von grundlegenden Diagnosemethoden, Gegenmaßnahmen und Kommunikationsstrategien. Im Zeitraum 2008-2009 muss die WHO mit internen technischen und finanziellen Mitteln die Bestandsaufnahme und die Ausarbeitung von Aktionsplänen auf nationaler Ebene unterstützen. Im Zeitraum 2010-2013 werden die Mittel in erster Linie für die Umsetzung sowie für die Kontrolle und Analyse der erzielten Erfolge eingesetzt.</i></p>			

1.7 Mitgliedstaaten und internationale Staatengemeinschaft sollen durch Entwicklung und Umsetzung von Instrumenten, Methodologien, Praktiken, Netzwerken und Partnerschaften	INDIKATOREN	
	1.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Bereitschaftspläne und Standardverfahren zur Vorsorge für bzw. Bewältigung von Krankheiten mit erheblichem Epidemienpotenzial verfügen	1.7.2 Zahl der internationalen Koordinationsmechanismen für die Bereitstellung von lebenswichtigen Impfstoffen, Arzneimitteln und Geräten für Masseneingriffe gegen die wichtigsten Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial
	AUSGANGSLAGE 2008	
90	4	

für Prävention, Aufdeckung, Vorsorge und Intervention in die Lage versetzt werden, die Aufdeckung, Bewertung, Bekämpfung und Bewältigung der wichtigsten Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemienpotenzial (z.B. Influenza, Meningitis, Gelbfieber, hämorrhagisches Fieber, Pest und Pocken) zu gewährleisten.	EINZELZIELE FÜR 2009		
	135	7	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	165	8	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	193	9	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	61 516	163 300	76 000
	BEGRÜNDUNG		
<p>Starke krankheits- und themenspezifische Programme und Projekte sind von entscheidender Bedeutung für die Bemühungen der WHO, sich mit den wichtigsten Bedrohungen systematisch zu befassen und ihren dringend erforderlichen weltweiten Sachverstand in lebenswichtigen Bereichen (z. B. Influenza, Pocken, biologische Sicherheit, Epidemien infolge der vorsätzlichen Freisetzung von Krankheitserregern, Gelbfieber) zu erhalten. Die Vogelgrippe-Krise hat verdeutlicht, dass das Sekretariat die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten beschleunigen muss, um deren Fähigkeit zur Aufdeckung, Bewertung, Bekämpfung und Bewältigung der Bedrohung durch bekannte Krankheiten mit Epidemienpotenzial sowie neue Infektionskrankheiten sicherzustellen. Die Entwicklung von Standardverfahren und die Bevorratung von notwendigen Arzneimitteln und Impfstoffen spielen eine entscheidende Rolle bei der Abschwächung der potenziellen Auswirkungen dieser Krankheiten. Die Aufrechterhaltung und der Ausbau bestehender – und ggf. die Entwicklung neuer – Netzwerke und Partnerschaften zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in den verschiedenen Bereichen der Vorsorge gegen spezifische Epidemiengefahren und der Bewältigung dieser Gefahren sind wesentliche Bestandteile der Strategie der WHO. Ende 2007 sollen alle Mitgliedstaaten über nationale Bereitschaftspläne verfügen, die umgesetzt und erprobt sind. Diese bilden dann die Voraussetzung für die Bewältigung einer etwaigen Pandemie.</p>			

1.8 Koordinierung und schnelle Bereitstellung von regionalen und globalen Kapazitäten für die Mitgliedstaaten zur Aufdeckung, Bestätigung, Einschätzung und Bekämpfung von Epidemien und anderen gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite.	INDIKATOREN		
	1.8.1 Zahl der WHO-Standorte, bei denen das Globale Ereignismanagementsystem eingeführt wurde, um Hauptbüro sowie Regional- und Länderbüros bei der Koordination von Risikobewertung und -kommunikation sowie bei Einsätzen vor Ort zu unterstützen	1.8.2 Anteil der Hilfsersuchen der Mitgliedstaaten, bei denen die WHO koordinierte internationale Unterstützung für die Untersuchung und Eindämmung der Krankheit, die nähere Beschreibung von Ereignissen sowie eine nachhaltige Eindämmung von Ausbrüchen leistet	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	7	90%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	60	100%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	90	100%	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	120	100%	
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
56 172	60 300	71 000	
BEGRÜNDUNG			
<p>Von der WHO wird in zunehmendem Maße erwartet, dass sie ein effektives globales System zur Erfassung einschlägiger Informationen über Epidemien, einschließlich Verifizierung, Risikobewertung, Informationsverwaltung und Planung von Sofortmaßnahmen vor Ort, betreibt und dabei innovative Informationstechnologien, Standardverfahren und die Ressourcen von Partnern aus dem Globalen Verbund zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen (GOARN) sowie aus anderen einschlägigen regionalen Netzwerken verwendet. Für diese Dienstleistung bestehen ein Mandat und eine Verpflichtung im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). Die WHO konzentriert sich auf die Stärkung ihrer Tätigkeit im Bereich Epidemiewarnung und -bewältigung auf Länderebene und regionaler Ebene, verbessert gleichzeitig die Standardisierung und Abstimmung der Arbeit in der gesamten Organisation und stärkt außerdem die Rechenschaftspflicht von Entscheidungsträgern, insbesondere wenn diese die Bereiche Reisen und Handel betreffen.</p>			

<p>1.9 Effektive Gegenmaßnahmen der Mitgliedstaaten und der internationalen Staatengemeinschaft bei erklärten Notlagen, die durch Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial hervorgerufen werden.</p>	INDIKATOREN		
	1.9.1 Anteil der durch Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial hervorgerufenen erklärten Notlagen, bei denen rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
		-	
BEGRÜNDUNG			

Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

Indikatoren und Einzelziele

- Jährlich aufgrund antiretroviraler Therapie gewonnene Lebensjahre in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Angestrebtes Ziel: 15 Mio. Lebensjahre ab 2002 (Ausgangslage: 2 Mio. Lebensjahre seit 2002)
- Senkung der HIV-Inzidenz (Annäherung). Angestrebtes Ziel: Alle Länder mit generalisierten HIV-Epidemien (56 Länder) erreichen eine Verringerung der HIV-Prävalenz unter jungen Menschen (15-24 Jahre) um mindestens 25% gegenüber der Lage zum Zeitpunkt der Verpflichtungserklärung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (2001) bzw. erhalten sie aufrecht (Ausgangslage 2005: sechs Länder)
- Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV. Angestrebtes Ziel: Senkung des Anteils HIV-infizierter Kinder an den von HIV-infizierten Müttern Geborenen auf 10% bis 2013 (Ausgangslage 2005: 25%)
- Reduzierung der HIV-Prävalenz in anfälligen Bevölkerungsgruppen. Angestrebtes Ziel: Sämtliche (136) Länder mit niedriger Prävalenz oder konzentrierten HIV-Epidemien bringen die Ausbreitung von HIV in den am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Konsumenten intravenöser Drogen, Prostituierte und Männer, die sexuell mit Männern verkehren) bis 2013 zum Stillstand oder erreichen eine Trendumkehr (Ausgangslage 2005: Kein Land).
- Reduzierung der Inzidenz der Tuberkulose. Angestrebtes Ziel: Eindämmung und Beginn einer Trendumkehr bezüglich der Inzidenz von Tuberkulose bis 2013 (Ausgangslage: Zahlen von 1990)
- Reduzierung der Prävalenz der Tuberkulose. Angestrebtes Ziel: Reduzierung um 45% bis 2013 (Ausgangslage: Zahlen von 1990)
- Reduzierung der Mortalität infolge von Tuberkulose. Angestrebtes Ziel: Reduzierung um 45% bis 2013 (Ausgangslage: Zahlen von 1990)
- Reduzierung der Mortalität infolge von Malaria in Ländern, in denen die Krankheit endemisch ist. Angestrebtes Ziel: Reduzierung um 50% bis 2013 (Ausgangslage 2002: 1,2 Mio. Todesfälle weltweit).
- Eliminierung der Malaria in den Ländern, in denen gegenwärtig eine Eliminierung bis 2013 für möglich gehalten wird. Angestrebtes Ziel: Sieben Länder sind bis 2013 zertifiziert oder durchlaufen das Zertifizierungsverfahren der WHO für die Eliminierung von Malaria (Ausgangslage 2005: Kein Land)

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

HIV/Aids-, Tuberkulose- und Malariapandemien kosten weltweit jährlich über sechs Millionen Menschenleben und tragen in hohem Maße zur Verarmung von Menschen und Volkswirtschaften bei. Die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria ist für die Verwirklichung vieler Millenniums-Entwicklungsziele von entscheidender Bedeutung und wird auch zu einer erheblichen Reduzierung von Armut und Kindersterblichkeit sowie zu einer erheblichen Verbesserung in Bezug auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen wie auch hinsichtlich anderer gesundheitlicher Ergebnisse führen und die Belastung von Menschen und Gesellschaft sowie von Ländern und ihren Gesundheitssystemen verringern.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die Förderung der Erbringung unentbehrlicher Präventions-, Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungsleistungen sowie des allgemeinen Zugangs zu ihnen wird energisch forciert, um der Krankheitsübertragung Einhalt zu gebieten und die Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu senken. In der primären Gesundheitsversorgung können die Interventionen harmonisiert werden, damit die einzelnen Patientenkontakte mit dem Gesundheitssystem möglichst effektiv gestaltet und die verschiedenen Eintrittspunkte optimiert werden können. Ein besonderes Augenmerk wird auf folgende Bereiche gerichtet: Maximierung der Prävention; Bekämpfung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern; Zuschnitt und Erbringung der Dienstleistungen auf ärmere Menschen, benachteiligte Gruppen wie Frauen und Mädchen und schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen wie Konsumenten intravenöser Drogen, Prostituierte und Häftlinge; Erfüllung der Bedürfnisse der Bevölkerung bei Konfliktsituationen und humanitären Krisen; Berücksichtigung der jeweiligen sozio-

Wichtigste Erkenntnisse

- Frühere und noch andauernde Initiativen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria (z. B. „3 bis 5“, Strategie „Stopp der Tb“ und Globaler Plan „Stopp der Tb“ 2006-2015, Roll Back Malaria und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) haben sich als geeignete Katalysatoren für die langfristigen weltweiten Anstrengungen zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele auf globaler, regionaler und nationaler Ebene erwiesen. Die Herausforderung besteht darin, einen allgemeinen Zugang zu Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen herzustellen, um die drei Krankheiten wirkungsvoll bekämpfen zu können.
- Die Interventionen gegen diese Krankheiten lassen sich selbst unter Bedingungen äußerster Mittelknappheit ausweiten, doch dabei sind eine sinnvolle Planung, eine nachhaltige Finanzierung und gut unterstützte Infrastrukturen unverzichtbar.
- Die Stärkung der Gesundheitssysteme, eine ausreichende finanzielle Unterstützung, klare Etappenziele, eine solide Prozessbeobachtung und -evaluation sowie erweiterte Partnerschaftsstrukturen mit verbesserter Abstimmung sind wesentliche Voraussetzungen für die Intensivierung der Interventionen zur Bekämpfung der drei Krankheiten mit dem Ziel, einen allgemeinen Zugang herzustellen.

kulturellen Aspekte; Förderung der Nutzung von Erkenntnissen, Normen und Standards für die Gestaltung von Konzepten und Programmen.

Dabei werden die Förderung und Unterstützung von Personal- und Anbieterverbänden sowie die Schaffung einer besseren Mischung aus öffentlichen und privaten Angeboten eine entscheidende Rolle spielen, die u. a. folgende Elemente beinhaltet: Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal und Sozialarbeitern; Ausweitung der Dienstleistungsnetze und des Anbieterkreises; Stärkung der Kompetenz im Bereich Personalwirtschaft; Verbesserung der Beteiligung nichtstaatlicher und privatwirtschaftlicher Einrichtungen; Verbesserung der Überweisungssysteme; Nutzung des Potenzials von Gesundheitsfachkräften aus dem nachbarschaftlichen Umfeld sowie von mit den Krankheiten lebenden Menschen und ihren Angehörigen; Förderung von Strategien zur Bindung von Gesundheitspersonal. Weitere wichtige Maßnahmen: Erhöhung der Verfügbarkeit und Förderung einer sinnvollen Nutzung von hochwertigen, sicheren und bezahlbaren Arzneimitteln, Diagnosemethoden, Blutprodukten, Injektionen, Insektiziden, Gesundheitstechnologien und Gesundheitsartikeln; Erweiterung der Netzwerke qualitätsgesicherter Labors; und Gewährleistung des Funktionierens öffentlicher und privater Versorgungsketten.

Die Kontroll-, Bewertungs- und Überwachungssysteme für Entscheidungsprozesse, die Überwachung von Fortschritten und die Gewährleistung von Rechenschaftspflicht in Bezug auf die für HIV, Tuberkulose und Malaria angestrebten Ziele und die Effektivität und Effizienz der Informationssysteme (Erhebung und Nutzung von alters- und geschlechtsspezifischen Daten) sollen allesamt verbessert werden. Die verwendeten Konzepte zielen auch darauf ab, die epidemiologische und verhaltensbezogene Überwachung, die Art der Datenerfassung und die entsprechenden Kapazitäten für die Analyse (u. a. Rückverfolgung von Finanzströmen) zu stärken, die Auswirkungen von Interventionen und Trends für die drei Krankheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu untersuchen und die Indikatoren für die wichtigsten neuen Interventionen (z. B. langfristige Wirkung der antiretroviralen Behandlung auf Menschen mit HIV/Aids und Beobachtung von Resistenzen) zu verfeinern.

Von wesentlicher Bedeutung sind auch Bemühungen um ein anhaltendes Engagement der Politik, eine wirksamere Einbeziehung der Gesellschaft und der Betroffenen selbst und die Schaffung effektiver Partnerschaften; zu letzteren gehört auch eine Abstimmung der Arbeit mit UNAIDS, anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie anderen Partnern auf allen Ebenen. Ein Eintreten für konzentrierte Anstrengungen zur Bekämpfung der drei Krankheiten ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg.

Weitere wesentliche Maßnahmen: Ermöglichung und Förderung von Forschungsarbeiten, insbesondere zu Fragen der Sicherheit und Effektivität von Präventionsverfahren (etwa Impfstoffe und Mikrobizide), Arzneimitteln (u. a. vereinfachte Behandlungen) und Diagnosemethoden und Verfahrensforschung zur Bestimmung der Effektivität von Methoden der Leistungserbringung in unterschiedlichen Kontexten.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Damit die Programme zur Prävention und Bekämpfung von HIV, Tuberkulose und Malaria erfolgreich ausgeweitet werden können, sind auf allen nationalen Ebenen durchgehend starke Kapazitäten für die Entwicklung evidenzbasierter Konzepte, die Analyse ihrer Wirkung und ggf. ihre Anpassung erforderlich. Ebenso benötigt werden eine erhebliche Aufstockung der Mittel, eine Stärkung der Gesundheitssysteme und der Aufbau der notwendigen institutionellen Kapazitäten.

Wichtigste Erkenntnisse

- Für die Intensivierung von Interventionen zur Vorsorge gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria bzw. zur Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten unter Bedingungen der Mittelknappheit gibt es verschiedene Eintrittspunkte und Gelegenheiten, u. a. die integrierte Leistungserbringung.
- Um eine lokale Teilhabe und Nachhaltigkeit zu gewährleisten, ist eine Einbeziehung der örtlichen Gemeinschaften, der betroffenen Patienten selbst sowie von Organisationen der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft und von anderen Akteuren unverzichtbar.
- Erhebliche Schwierigkeiten bestehen nach wie vor in folgenden Bereichen: Intensivierung von Interventionen auf Länderebene; Steuerung von finanziellen und personellen Ressourcen hin zu nachvollziehbaren gesundheitpolitischen Resultaten; Sicherstellung der Verknüpfung mit den maßgeblichen Programmen und Initiativen; Erschließung von Synergien zwischen verschiedenen Interventionen und Leistungserbringungsverfahren; Minimierung der Konkurrenz zwischen den verschiedenen krankheitsspezifischen Programmen; und Entwicklung und Evaluation eines wirksameren Interventionsinstrumentariums.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Formulierung von Konzepten, Strategien und Normen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria;
- Unterstützung durch fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von Konzepten, Strategien und Normen;
- Erleichterung der Verfügbarkeit und des ordnungsgemäßen Gebrauchs von hochwertigen Arzneimitteln und Gesundheitsartikeln;
- Messung von Fortschritten bei der Verwirklichung globaler und regionaler Ziele und Bewertung von Leistungsfähigkeit, Finanzierung und Wirkung nationaler Programme und Systeme;
- Förderung von Partnerschaften sowie von Überzeugungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

zitäten für die Überwindung operativer Sachzwänge. Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass die Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria auch weiterhin in der nationalen wie internationalen Gesundheitspolitik vorrangige Bedeutung behalten;
- dass die Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme mit dem Ziel, einen allgemeinen Zugang zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen und -angeboten zu verwirklichen, einen höheren Stellenwert erhält;
- dass Partnerschaftsmechanismen und die Einbeziehung der maßgeblichen Akteure gestärkt werden, um die auf nationaler und regionaler Ebene angestrebten Einzelziele zu erreichen, und dass innerhalb des wachsenden Kreises von Akteuren im Bereich der Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria die sich bietenden Synergieeffekte genutzt werden und die erforderliche Abstimmung stattfindet;
- dass Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern sowie Diskriminierung und Stigmatisierung, die gegenwärtig noch zu einer Verschärfung der drei Krankheiten führt, als klar vorrangige Querschnittsthemen behandelt werden.

Das Erreichen des Strategischen Ziels kann durch folgende Risiken beeinträchtigt werden:

- dass die Beschaffung und langfristige Sicherung der nötigen Mittel sowohl für das Sekretariat als auch für die Mitgliedstaaten erschwert werden könnten, wenn immer mehr miteinander konkurrierende Prioritäten auftauchen;
- dass sich die bisher erzielten gesundheitlichen Zugewinne bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria in den am wenigsten entwickelten Ländern möglicherweise nicht ohne eine Erhöhung des politischen und finanziellen Engagements aufrechterhalten lassen;
- dass die Aufrechterhaltung der Führungsrolle der WHO sowie des Ausmaßes ihrer Kontakte mit der wachsenden Zahl der Partner vor allem angesichts des zunehmenden Wettbewerbs um Mittel und der besonderen Herausforderungen in Bezug auf Koordinierung und Harmonisierung sich schwierig gestalten könnte.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Unterstützung globaler, regionaler und subregionaler wie auch länderübergreifender Initiativen zur Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tb und Malaria;
- ggf. Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung von Mechanismen für die Beschaffung und Nutzung von Ressourcen;
- Förderung der Forschungsarbeit und Aufbau von Forschungskapazitäten in den Zielländern.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

2.1 Entwicklung von Leitlinien und politischen, strategischen und anderen Instrumenten für die Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie die Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten, einschließlich innovativer Konzepte zur Ausdehnung der Leistungsversorgung für die ärmeren, schwer erreichbaren und anfälligen Bevölkerungsgruppen.	INDIKATOREN			
	2.1.1 Zahl der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die für antiretrovirale Therapie und Präventionsmaßnahmen gegen Mutter-Kind-Übertragung einen Versorgungsgrad von 80% erreicht haben	2.1.2 Anteil der endemischen Länder, die ihre nationalen Interventionsziele für Malaria erreicht haben	2.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die für Tuberkulose die Ziele einer Fallauffdeckungsrate von mindestens 70% und einer Behandlungserfolgsrate von mindestens 85% erreicht haben	2.1.4 Anteil der Mitgliedstaaten mit hoher Belastung, die das Ziel erreicht haben, mindestens 70% der Patienten mit sexuell übertragbaren Infektionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung zu diagnostizieren, zu behandeln und zu beraten
	AUSGANGSLAGE 2008			
	34	5%	54	28%
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	60	50%	100	52%
	EINZELZIELE FÜR 2011			

EINZELZIELE FÜR 2013			
131	100%	193	90%
MITTEL [IN TAUSEND US-£]			
Haushalt 2008–2009 146 534	Haushaltsentwurf 2010–2011 146 800	Schätzungen 2012–2013 150 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die WHO ist fest dazu entschlossen, den Zugang zu Interventionen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria zu maximieren, wie dies in verschiedenen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und in der globalen Strategie des Gesundheitssektors gegen HIV/Aids, der Strategie „Stopp der Tb“, dem Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006-2015, dem Globalen Strategieplan zur Zurückdrängung der Malaria 2005-2015, der globalen Strategie zur Prävention und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen und der Strategie zur Beschleunigung von Fortschritten bei der Verwirklichung von internationalen Entwicklungszielen in Bezug auf reproduktive Gesundheit sowie in der Hervorhebung des Beitrags der WHO zu einer schnelleren Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zur Prävention von HIV/Aids und zur Behandlung bzw. Betreuung der betroffenen Patienten (Notwendigkeit der Fortsetzung der „3 bis 5“-Initiative) sowie zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele und anderer international vereinbarter Ziele zum Ausdruck kommt. Ein Großteil der Mittel ist für Aktivitäten in den Ländern und Regionen bestimmt.</i></p>			

<p>2.2 Konzeptionelle und fachliche Unterstützung der Länder bei der Verstärkung und geschlechtsspezifisch differenzierter Bereitstellung von Interventionen zur Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria und zur Behandlung und Betreuung der betroffenen Patienten, einschließlich integrierter Schulungsmaßnahmen und Leistungserbringung; Ausweitung des Netzwerks der Leistungsanbieter; und Ausbau der Laborkapazitäten und Verbesserung der Verbindungen zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung wie sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Müttern, Säuglingen und Kindern, sexuell übertragene Infektionen, Ernährung, Suchtbehandlung, Versorgung von Atemwegserkrankungen, vernachlässigte Krankheiten und umweltbezogener Gesundheitschutz.</p>	INDIKATOREN		
	2.2.1 Zahl der Zielländer, die umfassende Konzepte und mittelfristige Pläne zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria entwickelt haben	2.2.2 Anteil der Länder mit hoher Belastung, die vom Leistungserbringer initiierte HIV-Untersuchungen und Beratungsangebote zu sexuell übertragbaren Infektionen sowie Angebote der Familienplanung überwachen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	HIV/Aids: 80/131 Tuberkulose: 50/87	0%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	HIV/Aids: 131/131 Tuberkulose: 87/87	25%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	HIV/Aids: Alle Länder Tuberkulose: 148 Malaria: 43/43	75%	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
Haushalt 2008–2009 258 132	Haushaltsentwurf 2010–2011 235 300	Schätzungen 2012–2013 300 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die WHO spielt eine entscheidende Rolle in der Unterstützung der Länder bei der Intensivierung effektiver und geschlechtsspezifisch differenzierter Interventionen für alle Bedürftigen, bei der Beseitigung der personellen Barrieren für Fortschritte, bei der Erschließung bzw. Maximierung von Synergien zwischen den bestehenden Programmen und Leistungserbringungsverfahren und bei der Gewährleistung der Bereitstellung dieser Interventionen für benachteiligte und stark gefährdete Bevölkerungsgruppen.</i></p>			

2.3 Globale Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung für Konzepte und Programme, die einen chancengleichen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Diagnoseverfahren und Gesundheitstechnologien von gesicherter Qualität für die Prävention und Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie ihres vernünftigen Gebrauchs bzw. ihrer sinnvollen Verschreibung fördern und eine ununterbrochene Versorgung mit Diagnostika, sicherem Blut und sicheren Blutprodukten und anderen unentbehrlichen Gesundheitstechnologien und -artikeln gewährleisten.

INDIKATOREN				
2.3.1 Zahl der entwickelten bzw. weiterentwickelten globalen Normen und Qualitätsstandards bei Arzneimitteln und Diagnostika für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria	2.3.2 Zahl vorrangiger Medikamente und Diagnostika für die Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, die bewertet und zur Beschaffung durch die Vereinten Nationen präqualifiziert sind	2.3.3 Zahl der Zielländer, die im Rahmen der nationalen pharmazeutischen Systeme Unterstützung zwecks Verbesserung des Zugangs zu bezahlbaren unentbehrlichen Medikamenten gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria anbieten (die Zahl der Zielländer wird für den gesamten Sechsjahreszeitraum festgelegt)	2.3.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die qualitätsgesicherte Untersuchungen aller Blutspenden auf HIV/Aids durchführen	2.3.5 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen alle Injektionen mit sterilen Einwegspritzen durchgeführt werden
AUSGANGSLAGE 2008				
Fünf globale Standards	150 Produkte	10 Länder	77	115
EINZELZIELE FÜR 2009				
10 neue globale Standards	225 Produkte	20 Länder	134	154
EINZELZIELE FÜR 2011				
EINZELZIELE FÜR 2013				
20 neue globale Standards	400 Produkte	Unterstützung für alle Zielländer	193	193
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]				
Haushalt 2008–2009 58 284	Haushaltsentwurf 2010–2011 73 300	Schätzungen 2012–2013 29 000		
BEGRÜNDUNG				
<p><i>Die Arbeit im Bereich HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria ist in erheblichem Maße von Arzneimitteln, Diagnostika und anderen unentbehrlichen Gesundheitstechnologien abhängig. Die Ausweitung des Zugangs zu diesen sowie eine Gewährleistung ihrer Qualität stellen für die WHO eine wesentliche Priorität dar, wie auch aus verschiedenen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung hervorgeht. Dies ist auch für die Mitgliedstaaten zunehmend zu einem vorrangigen Bereich geworden, in dem die Nachfrage nach Unterstützung durch die WHO enorm hoch ist. Ein Großteil der Mittel ist für Aktivitäten in den Ländern und Regionen bestimmt.</i></p>				

<p>2.4 Stärkung und Ausweitung der globalen, regionalen und nationalen Überwachungs-, Bewertungs- und Kontrollsysteme mit dem Ziel, die Fortschritte bei der Zielerfüllung sowie die entsprechenden Mittelzuweisungen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zu beobachten und die Wirkung der Bekämpfungsmaßnahmen und die Entwicklung von Arzneimittelresistenzen zu bestimmen.</p>	INDIKATOREN		
	<p>2.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO jährlich Daten über die Überwachung, Kontrolle oder Mittelzuweisung zur Verwendung in den globalen Jahresberichten über die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria übermitteln</p>	<p>2.4.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO Daten aus der Überwachung von Arzneimittelresistenzen bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose oder Malaria übermitteln</p>	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	<p>HIV/Aids: 48 Tuberkulose: 185 Länder und Gebiete Malaria: 107</p>	<p>HIV/Aids: 13 Tuberkulose: 120 Malaria: 107</p>	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	<p>HIV/Aids: 65 Tuberkulose: 189 Malaria: 107</p>	<p>HIV/Aids: 40 Tuberkulose: 135 Malaria: 107</p>	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	<p>HIV/AIDS: 85 Tuberkulose: 193 Malaria: 107</p>	<p>HIV/AIDS: 50 Tuberkulose: 155 Malaria: 107</p>	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
104 598	100 500	150 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die WHO spielt eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung und Koordinierung der Überwachung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria auf globaler und regionaler Ebene. Dazu gehören neben der Zusammenfassung und Verbreitung von Daten als Grundlage für politische Entscheidungsprozesse und gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen auch folgende Bereiche: Gestaltung der Forschungsagenda; Förderung und Unterstützung der Gewinnung, Übertragung und Verbreitung von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen; Unterstützung der Länder bei der Durchführung von Forschung und der Verwendung der Ergebnisse für die Entwicklung von Instrumenten und Strategien für die Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Bekämpfung der drei Krankheiten. Dabei spielen alle drei Ebenen der Organisation gleichermaßen eine Schlüsselrolle.</i></p>			

<p>2.5 Anhaltendes politisches Engagement und Sicherung der Beschaffung von Ressourcen durch Überzeugungsarbeit sowie Unterhaltung von Partnerschaften in den Bereichen HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose auf nationaler, regionaler und globaler Ebene; ggf. Unterstützung der Länder bei der Entwicklung bzw. Stärkung und Umsetzung von Mechanismen für Mittelbeschaffung und -verwendung und bei der Erhöhung des Aufnahmevermögens</p>	INDIKATOREN		
	<p>2.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten mit funktionsfähigen Koordinierungsmechanismen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria</p>	<p>2.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Gesellschaft, die Patienten selbst, Organisationen der Zivilgesellschaft sowie die Privatwirtschaft in die Planung, Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von HIV/Aids-, Tuberkulose- und Malaria-Programmen einbeziehen</p>	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	<p>HIV/Aids: 80 Tuberkulose: 45 Malaria:</p>	<p>HIV/Aids: 131 Tuberkulose: 65</p>	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	<p>HIV/Aids: 131 Tuberkulose: 87 Malaria:</p>	<p>HIV/Aids: 131 Tuberkulose: 87</p>	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		

für die verfügbaren Mittel; verstärkte Einbindung der Gemeinschaften und der Betroffenen, um Reichweite und Durchschlagskraft der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zu maximieren.	EINZELZIELE FÜR 2013		
	HIV/Aids: 131 Tuberkulose: 87 Malaria:	HIV/Aids: 131 Tuberkulose: 87	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009 35 930	Haushaltsentwurf 2010–2011 62 700	Schätzungen 2012–2013 30 000
	BEGRÜNDUNG <i>Die Mittel werden benötigt, um die Zusammenarbeit und Koordinierung mit verschiedenen Partnern zur schnellen Verbreitung von Interventionen gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sicherzustellen; dazu gehören Überzeugungsarbeit, Koordinierung und Zusammenarbeit mit den wichtigsten Partnern, Netzwerken und Akteuren wie UNAIDS, der Partnerschaft „Stopp der Tb“, einschließlich der Globalen Arzneimittelfazilität, der Partnerschaft zur Zurückdrängung der Malaria, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, dem Programm des Präsidenten der Vereinigten Staaten zur Bekämpfung von Aids (PEPFAR), dem Malaria Medicines and Supply Service und dem AIDS Medicines and Diagnostics Service usw. Sie werden auch benötigt, um die Finanzierung von bestimmten Bereichen der Problematik von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria zu fördern, die erheblich unterfinanziert sind, etwa die Bereiche Laborkapazität und Personal. Die Arbeit betrifft alle drei Ebenen der Organisation.</i>		

2.6 Entwicklung und Validierung neuer Erkenntnisse, Interventionsinstrumente und Strategien, die die vorrangigen Anforderungen an die Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria erfüllen, und allmähliche Übernahme der Führungsrolle auf diesem Gebiet der Forschung durch Wissenschaftler aus Entwicklungsländern.	INDIKATOREN		
	2.6.1 Zahl der neuen und verbesserten Instrumente (z. B. Arzneimittel, Impfstoffe und Diagnostika), deren Anwendung bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose oder Malaria international anerkannt ist	2.6.2 Zahl der neuen und verbesserten Interventionen und Umsetzungsstrategien für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, deren Effektivität festgestellt wurde und über die im Hinblick auf Grundsatzentscheidungen Erkenntnisse an die zuständigen Institutionen weitergegeben wurden	2.6.3 Anteil der fachlich begutachteten Publikationen, die aus von der WHO unterstützten Forschungsarbeiten über HIV, Tuberkulose und Malaria resultieren und deren Erstautor einer Institution angehört, die in einem Entwicklungsland angesiedelt ist
	AUSGANGSLAGE 2008		
	HIV: 1 Tuberkulose: 1	2	48%
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	HIV: 3 Tuberkulose: 3	4	55%
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	HIV: 5 Tuberkulose: 6	8	60%
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009 103 454	Haushaltsentwurf 2010–2011 113 100	Schätzungen 2012–2013 81 000	
BEGRÜNDUNG <i>Eine angemessen ausgerichtete Forschung kann sich durch die Verbesserung, Entwicklung und Bewertung neuer Instrumente, Interventionen und Strategien in erheblichem Maße positiv auf die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria auswirken. Die Katalysatorrolle der WHO auf diesem Gebiet ist von entscheidender Bedeutung für die Ermittlung der effektivsten Maßnahmen zur Bekämpfung der drei Krankheiten und für den Aufbau einer nachhaltigen Grundlage für Entwicklungsländer, die Forschungsvorhaben von nationaler und lokaler Relevanz planen.</i>			

Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen

Indikatoren und Einzelziele

- Reduzierung der Belastung durch die wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten über die gegenwärtigen Trends hinaus
- Eindämmung des gegenwärtigen Vormarsches psychischer, verhaltensbezogener, neurologischer und durch Substanzmissbrauch bedingter Gesundheitsstörungen und Einleitung einer Trendwende
- Eindämmung des gegenwärtigen Anstiegs der verletzungsbedingten Mortalität und Einleitung einer Trendwende

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen sind derzeit in nahezu allen Ländern die wichtigsten Ursachen von Tod und Behinderung. In den letzten Jahren haben Tagungen der verschiedenen Regionalkomitees, der Weltgesundheitsversammlung und der Generalversammlung der Vereinten Nationen der WHO ein umfassendes Mandat zur Bewältigung dieser Probleme übertragen.

Diese sind für 75% aller Todesfälle verantwortlich – eine Zahl, die in den nächsten zehn Jahren noch ansteigen dürfte. Für den Zeitraum 2006-2015 wird ein Rückgang der Zahl der Todesfälle infolge von übertragbaren Krankheiten, Erkrankungen von Müttern und Perinatalekrankungen sowie Mangelernährung um 3% erwartet; dagegen wird für Todesfälle infolge chronischer nichtübertragbarer Krankheiten ein Anstieg um 17%, für neuropsychiatrische Störungen um 14% und für Verletzungen um 12% prognostiziert. Ein Großteil dieser zunehmenden Last wird die Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen betreffen, wo diese Ursachen bereits heute für mindestens 80% aller Todesfälle verantwortlich sind.

Für die Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt und Verletzungen hat sich in allen Regionen ein breites Spektrum von Interventionen als kostenwirksam und bezahlbar bewährt. So betragen die Kosten für ein Grundpaket aus psychiatrischen Maßnahmen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung pro Kopf nur 7 US- $\text{\$}$; durch Installation von Rauchmeldern lässt sich pro ausgegebenem Dollar eine Kostenersparnis von 21 US- $\text{\$}$ erzielen; eine Kombinationstherapie für kardiovaskulär stark gefährdete Personen könnte nach Schätzungen jährlich weltweit eine Verringerung der Zahl der um Behinderungen bereinigten Lebensjahre um 63 Mio. zur Folge haben; und eine Operation bei Grauem Star führt bereits im ersten Jahr zu einer wirtschaftlichen Produktivitätssteigerung in Höhe von 1500% der Kosten des Eingriffs.

Wichtigste Erkenntnisse

- Die herkömmlichen gesundheitspolitischen Konzepte reichen nicht aus, um die durch chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische Störungen und Verhaltensstörungen, Gewalt und Verletzungen verursachten Probleme zu lösen; vielmehr werden hierfür kreative Formen der Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und anderen Partnern benötigt.
- Die durch die Risikofaktoren für chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische und verhaltensbedingte Störungen sowie Gewalt und Verletzungen bedingten Probleme für die öffentliche Gesundheit können aufgrund ihres Ausmaßes zu einer Überlastung der Gesundheitssysteme führen und wesentliche soziale und wirtschaftliche Härten für Einzelpersonen, Familien und ganze Gemeinschaften verursachen, insbesondere in Ländern und Bevölkerungsgruppen, die sich die Kosten für die Gesundheitsversorgung am wenigsten leisten können.
- Eine Intensivierung der Angebote für chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische Störungen sowie Gewalt und Verletzungen ist dringend erforderlich, um die derzeit beträchtliche Behandlungslücke zu überwinden.
- Prävention ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungspläne der Mitgliedstaaten, da sie zu Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit und zu einer Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten führt.
- Die Prävention von Risikofaktoren ist der kosteneffektivste Ansatz für Länder mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen bei der Bekämpfung der nachteiligen gesundheitlichen und sozialen Folgen dieser Krankheiten.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die Bewältigung von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Gesundheitsproblemen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen muss zu einer vorrangigen Aufgabe der Gesundheits- und Entwicklungspolitik auf nationaler wie internationaler Ebene gemacht werden. Ein umfassender bevölkerungsmedizinischer Ansatz mit Förderung sektorübergreifender Zusammenarbeit und Innovation ist von entscheidender Bedeutung. Die Mitgliedstaaten sollten gestärkte und abgestimmte Konzepte zur Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt und Verletzungen sowie zur aktiven Förderung von psychischer Gesundheit entwickeln, die auf Evidenz und auf integrierten Ansätzen beruhen. Eine stärkere Priorisierung der primären Prävention, die Gewährleistung von mehr Bürgerbeteiligung und eine Neuausrichtung der Gesundheitssysteme im Sinne einer wirksameren Versorgung von chronisch Kranken sind allesamt entscheidende Voraussetzungen für erfolgreiche gesundheitliche Ergebnisse in den Mitgliedstaaten.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass eine weit reichende sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Akteuren auf globaler und nationaler Ebene existiert und die Einsicht besteht, dass sektorübergreifendes Handeln eine Voraussetzung für Erfolg ist;
- dass die Länder vorrangig integrierte Maßnahmen zur Prävention bzw. Bewältigung von Erkrankungen, Störungen und Verletzungen ergreifen;
- dass erkannt wird, dass die Länder bei der Mittelzuweisung der primären Gesundheitsversorgung Vorrang gegenüber der Tertiärversorgung einräumen müssen;
- dass die Bedeutung des Handelns auf nationaler und lokaler Ebene sowie der Synergien zwischen diesen staatlichen Handlungsebenen erkannt wird.

Risikofaktoren, die eine Verwirklichung dieses Strategischen Ziels verhindern könnten:

- dass die Notwendigkeit der Bekämpfung der wachsenden Bedrohung von Gesundheit und Entwicklung durch chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische und verhaltensbezogene Störungen sowie Gewalt und Verletzungen auch künftig in der weitreichenden Entwicklungsagenda, wie sie in den Millenniums-Entwicklungszielen zum Ausdruck kommt, unberücksichtigt bleibt;
- dass die nationalen Programme zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Sehstörungen, Gewalt und Verletzungen nicht mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet werden, um die wichtigsten Konzepte und Interventionen umzusetzen.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Höherer Stellenwert für nichtübertragbare Krankheiten, psychische Störungen sowie Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen in globalen und nationalen Entwicklungsplänen und Integration von Maßnahmen zu ihrer Prävention bzw. Bekämpfung in alle Bereiche staatlichen Handelns;
- Entwicklung bzw. Stärkung nationaler Konzepte und Pläne zur Prävention bzw. Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen;
- Förderung der Erforschung von Maßnahmen zur Prävention bzw. Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Gesundheitsproblemen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen;
- Förderung von Partnerschaften für die Prävention bzw. Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Gesundheitsproblemen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen;
- Beobachtung von nichtübertragbaren Krankheiten und ihren Determinanten sowie von psychischen Störungen und durch Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen bedingten Gesundheitsproblemen und Bewertung von Fortschritten auf nationaler, regionaler und globaler Ebene.

Organisationsweit erwartete Ergebnisse

3.1 Überzeugungsarbeit und Unterstützung mit dem Ziel, das politische, finanzielle und fachliche Engagement in den Mitgliedstaaten für die Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, psychischer und verhaltensbezogener Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Behinderungen wie auch Sehstörungen (einschließlich Erblindung) zu erhöhen.	INDIKATOREN			
	3.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Gesundheitsministerien über eine Ansprechperson oder Dienststelle für Verletzungs- und Gewaltprävention mit eigenem Etat verfügen	3.1.2 Veröffentlichung und Verbreitung des Weltgesundheitsberichts über Behinderung und Rehabilitation im Einklang mit Resolution WHA58.23	3.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Etat für den Bereich psychische Gesundheit mehr als 1% des gesamten Gesundheitsetats ausmacht	3.1.4 Zahl der Mitgliedstaaten, deren Gesundheitsministerien oder entsprechende nationale Gesundheitsbehörden über eine personell und finanziell adäquat ausgestattete Dienststelle für die Prävention und Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten verfügen
	AUSGANGSLAGE 2008			
	80	Keine Daten	140	67
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	110	Vorbereitung eines Entwurfs	150	90
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	170	Veröffentlichung in sechs Sprachen	180	160
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
	Haushalt 2008–2009		Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	25 837		35 600	20 000
BEGRÜNDUNG				
<p><i>Die Mittel werden dazu verwendet, auf globaler, regionaler und nationaler Ebene die Handlungsbereitschaft in Bezug auf chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische und verhaltensbezogene Störungen sowie Gewalt, Verletzungen und Behinderungen zu erhöhen und diesen Themen einen höheren Stellenwert zu verschaffen. Die Mittel sollen auch dazu genutzt werden, in den nationalen Gesundheitsbehörden die Schaffung von Dienststellen zu unterstützen, die sich mit solchen Gesundheitsproblemen befassen, und ihre Arbeit während der Anfangsphase zu begleiten. Schließlich sollen die Mittel auch für die Entwicklung von globalen Instrumenten und die Erstellung von Berichten und Kampagnen verwendet werden, die auf der Grundlage einer Situationsbeschreibung Handlungsempfehlungen abgeben.</i></p>				

3.2 Orientierungshilfe und Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, Strategien und Vorschriften in Bezug auf chronische nichtübertragbare Krankheiten, psychische und neurologische Störungen sowie Gewalt, Verletzungen und Behinderungen wie auch Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN			
	3.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Pläne für die Prävention von Unfallverletzungen oder Gewalt verfügen	3.2.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die den Prozess der Entwicklung einer psychischen Gesundheitspolitik oder eines entsprechenden Gesetzes eingeleitet haben	3.2.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die über eine sektorübergreifende nationale Politik zur Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten verfügen	3.2.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die umfassende nationale Pläne zur Prävention von Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens durchführen
	AUSGANGSLAGE 2008			
	40	39	53	67
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	50	48	75	75
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	80	60	110	137
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
	Haushalt 2008–2009		Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	30 440		31 700	33 000

3.3 Verbesserung der Fähigkeit der Mitgliedstaaten zur Erhebung, Analyse, Verbreitung und Verwendung von Daten über Ausmaß, Ursachen und Folgen von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und neurologischen Störungen, von Gewalt, Verletzungen und Behinderung sowie von Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	BEGRÜNDUNG				
	<i>Nationale Pläne und Konzepte sind der Schlüssel zu abgestimmten sektorübergreifenden Maßnahmen für die Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Behinderungen. Bisher haben nur wenige Länder die erforderlichen Konzepte erstellt. Deshalb sollen mit diesen Mitteln Bemühungen auf regionaler und nationaler Ebene unterstützt werden, die der Entwicklung nationaler Pläne dienen und ihre Umsetzung während der Anfangsphase begleiten.</i>				
	INDIKATOREN				
	3.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die der WHO während des Zweijahreszeitraums eine vollständige Bewertung ihrer nationalen Präventionspolitik in Bezug auf Straßenverkehrsunfälle übermittelt haben	3.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die ein Dokument mit landesweiten Daten über Prävalenz und Inzidenz von Behinderungen veröffentlicht haben	3.3.3 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, in denen die grundlegenden Indikatoren für psychische Gesundheit jährlich erfasst werden	3.3.4 Anteil der Mitgliedstaaten, die über ein nationales Gesundheitssystem verfügen und Jahresberichte erstellen, in denen Indikatoren für die vier wichtigsten chronischen nichtübertragbaren Krankheiten berücksichtigt werden	3.3.5 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Belastung durch Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens anhand von bevölkerungsbasierten Untersuchungen dokumentieren
	AUSGANGSLAGE 2008				
	0	60	80	100	32
	EINZELZIELE FÜR 2009				
	130	90	100	120	38
	EINZELZIELE FÜR 2011				
	180	140	140	160	50
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]					
Haushalt 2008–2009 23 987		Haushaltsentwurf 2010–2011 22 000		Schätzungen 2012–2013 35 000	
BEGRÜNDUNG					
<i>Mit den Mitteln sollen die Länder und Regionen dabei unterstützt werden, die Auswirkungen von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Verletzung und Behinderung auf die öffentliche Gesundheit besser zu dokumentieren und die dadurch entstehenden Kosten zuverlässiger zu beziffern. Konkret sollen die Mittel zum Aufbau von Datenerfassungssystemen, zur Unterstützung der Datenanalyse und zu deren Verbreitung verwendet werden. Ein weiterer Verwendungszweck sind die Beobachtung und Rückmeldung in Bezug auf weltweite Trends.</i>					

3.4 Verbesserung der von der WHO zusammengestellten Evidenz über die Kosteneffektivität von Interventionen zur Bekämpfung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen, neurologischen und durch Substanzmissbrauch bedingten Störungen und von Gewalt, Verletzungen und Behinderung sowie von Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN	
	3.4.1 Verfügbarkeit von evidenzbasierten Empfehlungen über die Kosteneffektivität von Interventionen für das Krankheitsmanagement bei ausgewählten psychischen, verhaltensbezogenen oder neurologischen Störungen, einschließlich durch Substanzmissbrauch bedingter Störungen	3.4.2 Verfügbarkeit von evidenzbasierten Empfehlungen oder Leitlinien über die Wirksamkeit oder Kosteneffektivität von Interventionen zur Prävention und Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten
	AUSGANGSLAGE 2008	
	Keine veröffentlicht und verbreitet	2 veröffentlicht und verbreitet
	EINZELZIELE FÜR 2009	
	Veröffentlichung und Verbreitung für 4 Interventionen	2 veröffentlicht und verbreitet

EINZELZIELE FÜR 2011		
EINZELZIELE FÜR 2013		
Für 12 Interventionen veröffentlicht und verbreitet	6 veröffentlicht und verbreitet	
MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
23 700	21 700	30 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Mit den Mitteln sollen in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen weitere Untersuchungen über die Kosteneffektivität der Interventionen unterstützt werden. Dazu gehören Schulungsmaßnahmen und Workshops zur Verfeinerung von Methodologien sowie Studien und die Zusammenstellung von Ergebnissen auf nationaler, regionaler und globaler Ebene, u. a. durch Dokumentation der besten Praktiken und deren gezielte Verbreitung. Die Mittel sollen zur Bereitstellung von Informationen für politische Entscheidungsträger auf nationaler Ebene sowie zu ihrer Unterstützung bei der Prioritätensetzung anhand dieser Informationen dienen.</i></p>		

3.5 Orientierungshilfe und Unterstützung für Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung von sektorübergreifenden bevölkerungsweiten Programmen zur Förderung von psychischer Gesundheit und zur Prävention von psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen und Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN		
	3.5.1 Zahl der veröffentlichten und allgemein verbreiteten Leitlinien über sektorübergreifende Interventionen zur Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen	3.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die während des Zweijahreszeitraums bürgernahe Projekte durchgeführt haben, um die Zahl der Suizide zu verringern	3.5.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die von der WHO empfohlene Strategien zur Prävention von Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens umsetzen
	AUSGANGSLAGE 2008		
	4	0	67
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	10	17	75
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	18	37	137
MITTEL [IN TAUSEND US-£]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
21 476	21 600	69 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Mit den Mitteln soll die Umsetzung von Präventionsprogrammen auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene unterstützt werden, einschließlich durch Angebot der notwendigen Schulungen und Workshops. Die Mittel sollen weiterhin für die Erstellung globaler und regionaler Leitlinien und Konzepte für beste Praktiken sowie für die globale Sammlung und Beobachtung von Erfahrungen und Lehren aus den Ländern herangezogen werden.</i></p>			

3.6 Orientierungshilfe und Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Fähigkeit ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme zur Prävention und Bewältigung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie von Gewalt, Verletzungen, Behinderung und Sehstörungen (einschließlich Erblindung).	INDIKATOREN					
	3.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die im Rahmen ihres Gesundheitssystems Maßnahmen der Traumaver-sorgung für die Opfer von Unfällen oder Gewalt anbieten, die den Leitlinien der WHO entsprechen	3.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit bürgernahen Rehabilitationsangeboten	3.6.3 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die eine Bestandsaufnahme ihres psychiatrischen Systems anhand des Bewertungsinstrumentes der WHO für psychiatrische Systeme (WHO-AIMS) durchgeführt haben	3.6.4 Zahl der Mitgliedstaaten mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die die Untersuchung auf Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Bewältigung im Rahmen von Strategien der primären Gesundheitsversorgung angesiedelt haben	3.6.5 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen Raucherentwöhnungsmaßnahmen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung angeboten werden (nach Maßgabe des WHO-Berichts über die weltweite Tabakepidemie 2008: <i>Das MPOWER-Paket</i>)	
	AUSGANGSLAGE 2008					
	3	0	48	Präzise Daten zur gegenwärtigen Ausgangslage liegen nicht vor	35	
	EINZELZIELE FÜR 2009					
	8	10	72	12	37	
	EINZELZIELE FÜR 2011					
	EINZELZIELE FÜR 2013					
	20	40	120	60	45	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]					
	Haushalt 2008–2009		Haushaltswurf 2010–2011		Schätzungen 2012–2013	
	32 664		29 200		43 000	
BEGRÜNDUNG						
<p><i>Die Mittel sollen für Papiere, Schulungsmaßnahmen, Workshops und direkte Unterstützung beim Ausbau von Gesundheits- und Rehabilitationsangeboten in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen verwendet werden, um in diesen Ländern einen verbesserten Umgang mit chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen und verhaltensbezogenen Störungen sowie mit Gewalt, Verletzungen und Behinderung sicherzustellen.</i></p>						

Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

Indikatoren und Einzelziele

- Qualifizierte Versorgung während der Kindheit. Angestrebtes Ziel: 154 Länder, in denen mindestens 85% aller Geburten von qualifizierten Geburtshelfern begleitet werden.
- Müttersterblichkeitsquote. Angestrebtes Ziel: Weniger als 50 Länder mit einer Müttersterblichkeitsquote über 100 auf 100 000 Lebendgeburten
- Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren. Angestrebtes Ziel: Mindestens 154 Länder erfüllen die im Rahmen der Millenniums-Entwicklungsziele geltende Zielvorgabe 5 (zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken) oder sind auf gutem Wege dazu.
- Zugang zu Angeboten im Bereich der reproduktiven Gesundheit, gemessen am ungedeckten Bedarf an Familienplanungsleistungen, an der kontrazeptiven Prävalenzrate und der Geburtenrate bei Minderjährigen sowie an der vorgeburtlichen Versorgung. Angestrebtes Ziel: Mindestens 154 Länder erfüllen ihre nationalen Ziele für alle vier Indikatoren oder befinden sich auf gutem Wege dazu
- Gesundheit von Jugendlichen, gemessen an den Fruchtbarkeitsraten, der HIV-Prävalenz unter jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren sowie an Adipositas und Übergewicht, Tabakkonsum und Verletzungsrate. Angestrebtes Ziel: Mindestens 50 Länder erfüllen ihre nationalen Ziele für zwei der fünf Indikatoren oder befinden sich auf gutem Wege dazu und weisen bei den übrigen drei Indikatoren keine Verschlechterung auf

Alle Indikatoren werden nach Alter und ggf. nach Geschlecht aufgeschlüsselt.

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Dieses Strategische Ziel ist auf den Ausbau der wichtigsten grundlegenden Bestandteile der primären Gesundheitsversorgung und die Senkung der immensen Krankheitslast gerichtet und beinhaltet auch eine Intensivierung der Anstrengungen zur Verwirklichung der wichtigsten gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (insbesondere Ziele 4 und 5) und anderer internationaler Verpflichtungen wie der Herstellung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Global verschlechtert sich die Lage nach einigen Indikatoren (z. B. Inzidenz der sexuell übertragenen Infektionen und Fruchtbarkeitsrate unter Jugendlichen) und stagniert bei anderen (z. B. Mortalität von Müttern und Neugeborenen), während der Fortschritt in anderen Bereichen sehr schleppend verläuft (z. B. Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren). Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln und anderen Gebrauchsgütern der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist enorm und nimmt in vielen Bereichen noch zu. Somit liegen gegenwärtig viele Länder bei der Erfüllung der international vereinbarten Ziele und Vorgaben nicht im Zeitplan.

Der politische Wille lässt nach und die Mittel sind unzureichend. Die am stärksten betroffenen Gruppen (z. B. einkommensschwache Frauen und Kinder in den Entwicklungsländern) haben nur begrenzten Einfluss auf die Entscheidungssträger und oft keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Bestimmte Themen sind politisch und kulturell sensibel und erhalten trotz der durch sie bedingten Belastung für die öffentliche Gesundheit nicht die ihnen gebührende Beachtung. Die

Wichtigste Erkenntnisse

- Die zu verstärkenden Interventionen sind kostenwirksam und können daher selbst bei begrenzten Mitteln ausgeweitet werden, wenn genügend Wert auf die Entwicklung eines befähigenden politischen Umfeldes und die Stärkung der Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt auf dem Gesundheitspersonal gelegt wird.
- Die betreffenden Programme tragen zum Abbau von Chancenungleichheit bei, indem sie auf die schutzlosesten und marginalisiertesten Bevölkerungsgruppen abzielen, und bilden einen entscheidenden Eintrittspunkt und eine Ausgangsbasis für andere maßgebliche gesundheitspolitische Programme.
- Von der WHO wird erwartet, dass sie bei der Arbeit an der Definition von strategischen und fachlichen Konzepten für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 und für die Aufrechterhaltung der internationalen Verpflichtungen in Bezug auf die reproduktive Gesundheit die Federführung übernimmt und dass sie weiter für erhöhte Investitionen in diese Bereiche eintritt.

Anstrengungen zur Verbesserung der notwendigen Gesundheitsversorgung und Ausweitung des Gesundheitsschutzes sind unzureichend. Miteinander konkurrierende gesundheitspolitische Prioritäten, vertikale programm- und krankheitsorientierte Konzepte und ein Mangel an Abstimmung zwischen Regierungen und Entwicklungspartnern haben zur Folge, dass Programme aufgesplittet, Chancen verpasst und die begrenzten derzeit verfügbaren Ressourcen nicht effizient genutzt werden. Durch die fehlende Aufmerksamkeit für bestehende Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und Gerechtigkeitsdefizite im Gesundheitsbereich werden die gegenwärtigen Bemühungen zur weltweiten Senkung von Mortalität und Morbidität unterlaufen. Dieses Phänomen kann durch ein abgestimmtes Vorgehen aller Beteiligten verändert werden.

Fachliches Wissen und die Erfahrung mit Programmen deuten darauf hin, dass es für die meisten Gesundheitsprobleme, die im Rahmen dieser Strategie behandelt werden, effektive Interventionen gibt und dass grundlegende Interventionen machbar und selbst bei angespannter Haushaltslage bezahlbar sind. Die Weltgesundheitsversammlung hat durch Resolution WHA58.31 Maßnahmen für eine flächendeckende Versorgung mit gesundheitspolitischen Interventionen zugunsten der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern vereinbart. Hierbei können in einem Konzept, bei dem die gesamte Lebensdauer und die Bedeutung von Ereignissen in frühen Lebensphasen sowie von generationsüberschreitenden Faktoren für künftige gesundheitliche Resultate berücksichtigt werden, Lücken zwischen Programmbereichen überbrückt und entsprechende Synergieeffekte geschaffen werden, während die Umsetzung von Resolution WHA58.16 zur Förderung eines aktiven und gesunden Alterns wirksam unterstützt wird.

Die Angebote im Bereich Mütter- und Kindergesundheit und einige weitere Angebote auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit bilden seit langer Zeit das Rückgrat der primären Gesundheitsversorgung und dienen als Grundsockel für andere Gesundheitsprogramme, die sich insbesondere an arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen richten; heute jedoch sind sie überlastet, überfordert und unterfinanziert. Eine Ausweitung dieser Angebote setzt die Stärkung eines Gesundheitssystems durch Unterhaltung einer geeigneten Infrastruktur und zuverlässige Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel und Gesundheitsartikel, durch funktionsfähige Überweisungssysteme und durch Bindung von gut ausgebildeten und motivierten Gesundheitsfachkräften voraus.

STRATEGIC APPROACHES STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die Ansätze für die Verwirklichung dieses Strategischen Ziels setzen einen von den Ländern gesteuerten Planungs- und Umsetzungsprozess mit dem Ziel einer allgemeinen Zugänglichkeit und Bereitstellung der benötigten Gesundheitsangebote für Mütter, Neugeborene, Kinder und Jugendliche voraus und machen eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und der Gerechtigkeitsdefizite im Gesundheitsbereich erforderlich, die hohe Mortalitäts- und Morbiditätsraten zur Folge haben.

Die Programme und Interventionen müssen auf Ebene der Leistungserbringung miteinander verzahnt und abgestimmt werden. Es gilt während der gesamten Lebensdauer, eine kontinuierliche Versorgung im häuslichen Umfeld und in der Gemeinschaft sowie auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu sichern. Diese Aktivitäten müssen im umfassenderen Kontext der Stärkung der Gesundheitssysteme erfolgen, um eine ausreichende und gerechte Finanzierung und Bereitstellung hochwertiger gesundheitsförderlicher Angebote zu gewährleisten, bei denen die benachteiligten und unterversorgten Gruppen bevorzugt berücksichtigt werden. Von besonderer Bedeutung für all diese strategischen Ansätze ist die Notwendigkeit, sich mit der Personalkrise im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen.

Wichtigste Erkenntnisse

- Wirksame Partnerschaften mit allen Akteuren auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene sind von entscheidender Bedeutung für die Vermeidung von Doppelarbeit und einer Zersplitterung der Programme sowie für die Verstärkung und Erhaltung der Dynamik zur Erreichung der international vereinbarten Ziele.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Fachliche Orientierungshilfe bei der Gestaltung und Umsetzung effektiver, evidenzbasierter Konzepte und Interventionen mit dem Ziel, einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung herzustellen, bei dem erheblicher Wert auf die Verringerung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern sowie von Gerechtigkeitsdefiziten im Gesundheitsbereich gelegt wird;
- Aufbau von Kapazitäten der Länder für das Angebot von Gesundheitsleistungen mit besonderem Augenmerk auf die Stärkung des Gesundheitspersonals und die Bereitstellung und rationelle Verwendung von unentbehrlichen Arzneimitteln, sicheren Blutprodukten, Gesundheitstechnologien und Gesundheitsartikeln;
- Abstimmung des fachlichen Inhalts der Programme und Erschließung von Synergieeffekten zwischen Programmbereichen (einschließlich Ernährung, HIV, Tuberkulose und Malaria), Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse aller Altersgruppen bei gleichzeitiger Sicherung einer durchgängigen Versorgung während des gesamten Lebens, sei es im häuslichen Bereich, im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung oder in den nachfolgenden Überweisungseinrichtungen);
- Förderung der notwendigen Erforschung und Entwicklung von Technologien und Interventionen und Gewinnung der notwendigen Erkenntnisse über Determinanten, Ursachen und die Effektivität der Programme;

Bürgernahe Interventionen müssen ebenfalls gefördert werden, um mehr Nachfrage nach Leistungen zu schaffen und die angemessene Versorgung im häuslichen Umfeld während der gesamten Lebensdauer zu fördern. Dabei sollten im Interesse optimaler Resultate die unterschiedlichen Rollen und Bedürfnisse von Männern und Frauen gebührend berücksichtigt werden. Aufmerksamkeit verdient auch die sexuelle Gesundheit von Frauen und Männern außerhalb des Fortpflanzungsprozesses und jenseits des fortpflanzungsfähigen Alters.

Außerdem müssen Konzepte und Programme zur Förderung eines gesunden und aktiven Alterns und eines optimalen Gesundheitsniveaus und Wohlbefindens für ältere Mitbürger entworfen, umgesetzt und bewertet werden.

Die Mitgliedstaaten und ihre Partner müssen Mittel bereitstellen und nationale Maßnahmen priorisieren und gleichzeitig die Überzeugungsarbeit verstärken und alle Beteiligten für einen konkreten Plan auf nationaler Ebene gewinnen. Das Sekretariat wird seine fachliche Unterstützung für die Länder entsprechend intensivieren. Im Arbeitsplan und im Programmhaushalt wird davon ausgegangen, dass das größte Wachstum und der größte Mitteleinsatz mit Unterstützung der Regionalbüros auf Länderebene erfolgen werden.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass eine Stärkung der Gesundheitssysteme insgesamt erfolgt, zu der auch die Entwicklung und Erhaltung einer geeigneten Infrastruktur, eine zuverlässige Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln und Gesundheitsartikeln, die Einrichtung funktionsfähiger Überweisungssysteme und die Ausbildung kompetenter und motivierter Gesundheitsfachkräfte gehören;
- dass zur Behebung der Personalkrise im Gesundheitswesen Maßnahmen auf nationaler wie internationaler Ebene ergriffen werden;
- dass zentrale Prozesse, z. B. die verbesserte Abstimmung der Arbeit von Organisationen der Vereinten Nationen auf Länderebene und die Einbeziehung von Gesundheitsaspekten in nationale Planungs- und Umsetzungsinstrumente wie Armutsbekämpfungsstrategien und mittelfristige Ausgaberahmen, initiiert bzw. fortgesetzt werden;
- dass das Potenzial für die Erschließung neuer Mittel für die Arbeit der WHO auf diesen Gebieten konsequent genutzt wird. Das beträchtliche politische Interesse an Fortschritten in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele wird mit der Unterstützung globaler Partnerschaften und Initiativen wie der Partnerschaft zur Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, bis zum Jahr 2015 noch zunehmen.

Das Erreichen des Strategischen Ziels kann durch folgende Risiken beeinträchtigt werden:

- Die anhaltende Ausbreitung von HIV, Rückschläge bei der Malariaabekämpfung sowie in einigen Ländern wachsende Armut, Naturkatastrophen, politische Instabilität und Ernährungsunsicherheit können die Trendentwicklung bei einigen Indikatoren umkehren.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Beitrag zur Beobachtung der Gesundheitssituation nach Alter und Geschlecht durch die Länder und zur Bewertung der Fortschritte hinsichtlich der für dieses Strategische Ziel relevanten international vereinbarten Ziele und Zielvorgaben sowie zur Beobachtung und Auswertung der Programme zur Sicherung einer optimalen Versorgung mit wirksamen Leistungen;
- Zusammenarbeit im Rahmen von Partnerschaften, um ein Engagement der Politik zu gewinnen und Mittel für die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen zu mobilisieren und gleichzeitig auf ein gesundes Altern hinzuwirken.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

<p>4.1 Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der konzeptionellen Entwicklung und Planung einer umfassenden Strategie für eine erweiterte Bereitstellung allgemein zugänglicher, wirksamer Interventionen in Zusammenarbeit mit anderen Programmen; dabei Berücksichtigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und Gerechtigkeitsdefiziten im Gesundheitsbereich, kontinuierliche Versorgung während der gesamten Lebensdauer, Verzahnung der Angebote unterschiedlicher Ebenen des Gesundheitssystems und verbesserte Abstimmung mit Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft.</p>	INDIKATOREN		
	4.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über ein integriertes Konzept für die Herstellung eines allgemeinen Zugangs zu effektiven Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern verfügen	4.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit Unterstützung der WHO ein Konzept zur Herstellung eines allgemeinen Zugangs zur Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entwickelt haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	10	20	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	20	30	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	40	40	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	68	50	
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
36 032	38 100	75 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Zur Erreichung dieser Ziele sind erforderlich: Befürwortung und Abstimmung von effektiven internationalen Anstrengungen und Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnern (z. B. Partnerschaft zur Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern); Förderung von maßgeblichen Initiativen und genehmigten Maßnahmen wie der Strategie zur Beschleunigung von Fortschritten bei der Verwirklichung von internationalen Entwicklungszielen in Bezug auf reproduktive Gesundheit, der Globalen Strategie zur Prävention und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen, der Strategie zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, der globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, dem integrierten Management von Schwangerschaft und Entbindung, dem integrierten Management von Kinderkrankheiten und der Grundsatzinitiative Kindergesundheit; Förderung von politischen Maßnahmen und Gesetzen auf nationaler Ebene, die internationalen Menschenrechtsnormen entsprechen und der Beseitigung von Gerechtigkeitsdefiziten dienen; Stärkung der Gesundheitssysteme mit besonderem Augenmerk auf der Personalsituation im Gesundheitswesen, der Bereitstellung und rationellen Verwendung unentbehrlicher Arzneimittel, sicherer Blutprodukte und von Gesundheitstechnologien und Gesundheitsartikeln; verstärkte Verknüpfung zwischen den Angeboten für die Gesundheit von Müttern und Kindern und anderen Programmen (u. a. Ernährung, HIV, Tuberkulose und Malaria); Unterstützung für die Gesundheitsmanagementsysteme mit dem Ziel der Überwachung von Fortschritten bei der Erreichung nationaler Vorgaben, die für die Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 sowie für Ziele der sexuellen und reproduktiven Gesundheit relevant sind.</i></p>			

<p>4.2 Bedarfsgerechte Stärkung der nationalen Kapazitäten im Forschungsbereich und Bereitstellung neuer Erkenntnisse, Produkte, Technologien, Interventionen und Dienstleistungskonzepte von globaler bzw. nationaler Relevanz, um die Gesundheitssituation von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen zu verbessern, ein aktives und gesundes Altern zu fördern und die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.</p>	INDIKATOREN			
	4.2.1 Zahl der Forschungszentren, die eine Anschubförderung für eine umfassende institutionelle Entwicklung erhalten haben	4.2.2 Zahl der von der WHO unterstützten abgeschlossenen Studien zu vorrangigen Themen	4.2.3 Zahl der neuen oder aktualisierten systematischen Berichte über beste Praktiken, Konzepte und Standards der Versorgung für die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, die Förderung eines aktiven und gesunden Alterns oder die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung	
	AUSGANGSLAGE 2008			
	Keine	Keine	Keine	
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	8	16	20	
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	16	32	40	

EINZELZIELE FÜR 2013		
24	48	60
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
72 497	68 300	80 000
BEGRÜNDUNG		
<i>Eine von den Ländern gesteuerte Festlegung der Forschungsprioritäten und der Chancen für eine Stärkung der nationalen Forschungskapazitäten muss stärker in den Vordergrund gestellt werden, und die Aufstellung solcher Prioritäten muss in enger Absprache mit den nationalen Forschungspartnern und anderen Akteuren verbessert werden.. Für die Verwendung von Forschungsergebnissen bei der Gestaltung von Konzepten und Programmen wird Unterstützung benötigt.</i>		

4.3 Leitlinien, Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Mütter in den Ländern, einschließlich fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Verstärkung von Maßnahmen zur Gewährleistung einer professionellen Versorgung für jede Schwangere und jedes neugeborene Kind während und nach der Entbindung bzw. Geburt, insbesondere für ärmere und benachteiligte Bevölkerungsgruppen, und Überwachung der erzielten Fortschritte.	INDIKATOREN		
	4.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien zur Förderung einer professionellen Versorgung bei der Geburt durchführen		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	10		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	25		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	50		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	75		
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
65 389	70 800	130 000	
BEGRÜNDUNG			
<i>Das Augenmerk muss hier auf die Stärkung der personellen Kapazitäten, auf die Bereitstellung eines stützenden Umfeldes zur Sicherung einer qualifizierten Geburtshilfe bei jeder Entbindung und auf die Gewährleistung einer lückenlosen Versorgung im nachbarschaftlichen Umfeld wie auch in Gesundheitseinrichtungen gerichtet werden; Letzteres kann auch durch die jederzeit mögliche Überweisung insbesondere benachteiligter Bevölkerungsschichten und -gruppen zu den passenden Gesundheitsangeboten mit dem Ziel geschehen, ihre Beteiligung an der Gestaltung von Konzepten zu verstärken und ihren Zugang zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen und zur spezialisierten Versorgung zu verbessern. Außerdem sind zum Erreichen dieser Resultate Kontroll- und Prüfsysteme zur Bestimmung der Zahl der Müttersterbefälle und zur Aufdeckung von Schwächen des Systems erforderlich, insbesondere was die Bedürfnisse von marginalisierten und unterversorgten Bevölkerungsgruppen betrifft.</i>			

4.4 Leitlinien, Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Überlebenschancen und der Gesundheit von Neugeborenen in den Ländern und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Intensivierung des Ausbaus einer allgemeinen Versorgung, wirksamer Interventionen und der Überwachung der erzielten Fortschritte.	INDIKATOREN		
	4.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien für eine Ausweitung der Versorgung mit Interventionen zur Verbesserung der Überlebenschancen und der Gesundheit von Neugeborenen durchführen		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	20		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	40		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	55		

EINZELZIELE FÜR 2013		
75		
MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
50 790	31.3	115 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Um das erwartete Ergebnis zu erreichen, ist eine durchgehende Versorgung erforderlich, die Leistungen für Mütter, Neugeborene und Kinder umfasst und diese besser mit anderen Programmen etwa für Impfmaßnahmen, Familienplanung, Ernährung, HIV/Aids, Eliminierung der Syphilis und Bekämpfung der Malaria vernetzt. Notwendig sind auch eine Einbeziehung des nachbarschaftlichen Umfelds und die Förderung von Kontakten zwischen Müttern, ihren Familien und Gesundheitsfachkräften und die Sicherung einer lückenlosen Versorgung zwischen nachbarschaftlichem Umfeld und Gesundheitseinrichtungen, die Bereitstellung geeigneter Einrichtungen für die Versorgung von Müttern und Neugeborenen im gemeindenahen Bereich und in der primären Gesundheitsversorgung, insbesondere für Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, sowie Beobachtungssysteme zur Ermittlung von Trends hinsichtlich der Gesundheit und Entwicklung von Neugeborenen, die nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Daten sowie die Identifizierung stark gefährdeter Bevölkerungsgruppen ermöglichen.</i></p>		

<p>4.5 Leitlinien, Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern in den Ländern und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Intensivierung von Maßnahmen für eine allgemeine Versorgung der Bevölkerung mit effektiven Interventionen sowie Verfolgung der erzielten Fortschritte unter Berücksichtigung von Völker- und Menschenrechtsnormen, wie sie insbesondere im Übereinkommen über die Rechte des Kindes verankert sind.</p>	INDIKATOREN	
	<p>4.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien für eine Ausweitung von Interventionen zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern durchführen</p>	<p>4.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Versorgung mit Maßnahmen für das integrierte Management von Kinderkrankheiten auf mehr als 75% der Zielgebiete ausgedehnt haben</p>
	AUSGANGSLAGE 2008	
	20	10
	EINZELZIELE FÜR 2009	
	40	30
	EINZELZIELE FÜR 2011	
	40	45
	EINZELZIELE FÜR 2013	
	75	60
MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
41 776	58 400	93 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Das Erreichen dieses erwarteten Ergebnisses hängt von folgenden Faktoren ab: lückenlose Versorgung für Mütter, Neugeborene und Kinder, auch über verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems hinweg; Kapazitätsaufbau auf allen Ebenen; Verknüpfung mit den Bemühungen, an den zugrunde liegenden sozialen, umweltbedingten und verhaltensbezogenen Determinanten von Krankheit und ungesunder Ernährung anzusetzen; Förderung der Kinderentwicklung und einer gesunden Lebensführung; verstärkter Aufbau von gemeindenahen Kapazitäten und Beteiligung an der Unterstützung des integrierten Managements von Kinderkrankheiten; Beobachtungssysteme zur Ermittlung von Trends hinsichtlich der Überlebenschancen von Kindern mit Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht sowie der Möglichkeit, stark gefährdete Bevölkerungsteile zu identifizieren.</i></p>		

<p>4.6 Fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung evidenzbasierter Konzepte und Strategien zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen und bei der Ausweitung eines Pakets effektiver Interventionen in</p>	INDIKATOREN	
	<p>4.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten mit einem funktionsfähigen Programm zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen¹</p>	
	AUSGANGSLAGE 2008	
	30	
	EINZELZIELE FÜR 2009	
	50	
	EINZELZIELE FÜR 2011	
75		

den Bereichen Prävention, Behandlung und Betreuung gemäß den gängigen Normen.	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100		
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	34 632	31 200	74 000
	BEGRÜNDUNG		
<p><i>Das Erreichen dieses erwarteten Ergebnisses hängt davon ab, ob der Aufbau von Kapazitäten auf Ebene der Länder zur Erhebung und Verbreitung der für Programmumsetzung und Gesundheitsleistungen erforderlichen Daten mit sinnvoller Einbeziehung der jungen Menschen und mit Beteiligung von kommunalen Strukturen sowie unter Schwerpunktlegung auf besonders anfällige Gruppen und Bereiche erfolgt, um den vorrangigen gesundheitlichen Bedürfnissen Jugendlicher gerecht zu werden und ihren Zugang zu den vorhandenen Angeboten zu verbessern. Darüber hinaus muss das politische Umfeld es ermöglichen, dass der Gesundheitssektor Evidenz über wirksame Interventionen und Beispiele für gute Praxis liefert. Zur Ermittlung von Trends hinsichtlich der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen mit Aufschlüsselung der Daten nach Alter und Geschlecht sowie der Möglichkeit, stark gefährdete Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, werden entsprechende Systeme benötigt.</i></p>			

¹ Anmerkung: Ein Land, das über „ein Programm zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen verfügt“, wird hier als ein Land definiert, das offiziell ein Programm für die Gesundheit von Jugendlichen oder jungen Menschen geschaffen hat. Hierbei kann es sich entweder um ein eigenständiges Programm oder um einen klar abgegrenzten Bestandteil eines gesundheitsbezogenen Programms wie etwa eines HIV-Programms handeln. Um als „funktionsfähig“ eingestuft zu werden, sollte ein Programm über a) einen landesweiten Aktionsplan, b) einen Haushalt für konkrete Maßnahmen und c) eine Bilanz der im Vorjahr durchgeführten Maßnahmen verfügen.

4.7 Bereitstellung von Leitlinien, Konzepten und Instrumenten und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten mit dem Ziel, schnellere Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie für eine schnellere Verwirklichung der internationalen Entwicklungsziele in Bezug auf reproduktive Gesundheit zu erreichen, und mit besonderer Schwerpunktlegung auf der Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu hochwertigen Angeboten zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, insbesondere in Bereichen, in denen Defizite herrschen, sowie im Hinblick auf die Aspekte von Menschenrechten, die für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Bedeutung sind.	INDIKATOREN		
	4.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Strategie für eine schnellere Verwirklichung der internationalen Entwicklungsziele in Bezug auf reproduktive Gesundheit umsetzen, wie sie auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) im Jahr 1994 und ihrer Folgekonferenz (ICPD+5) sowie auf dem Millenniumsgipfel und der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2007 vereinbart wurden	4.7.2 Zahl der Zielländer, die ihre bestehenden nationalen Gesetze und Bestimmungen und ihre Politik im Hinblick auf Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit überprüft haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	20	3	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	30	8	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	40	12	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	50	15	
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
48 064	48 300	113 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Das Erreichen dieses Ergebnisses hängt von folgenden Faktoren ab: Aufbau von Kapazitäten auf Ebene der Länder zur Erhebung, Analyse und Verbreitung der für die Programmumsetzung erforderlichen Daten; stärkere Verknüpfung zwischen Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den Angeboten anderer Gesundheitsprogramme, etwa in den Bereichen HIV/AIDS oder Ernährung; und Beobachtung und Auswertung von Programmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems, jeweils mit Schaffung von Verfahren zur Rechenschaftsablage.</i></p>			

<p>4.8 Bereitstellung von Leitlinien, Konzepten, Instrumenten und fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel, verstärkt für eine Thematisierung der Gesundheit im Alter als Thema für die Gesundheitspolitik einzutreten, Konzepte und Programme zur Sicherung einer maximalen Funktionstüchtigkeit während des gesamten Lebens zu entwickeln und umzusetzen und die Erbringer von Gesundheitsleistungen in Bezug auf Konzepte für ein gesundes Altern zu schulen.</p>	INDIKATOREN		
	<p>4.8.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über ein funktionsfähiges Programm für ein gesundes Altern verfügen, das mit Resolution WHA58.16 über die Förderung eines aktiven und gesunden Alterns vereinbar ist</p>		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Keine		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	15		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	<u>20</u>		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	25		
MITTEL [IN TAUSEND US-£]			
Haushalt 2008–2009		Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
10 653		7 800	22 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Das Erreichen dieses erwarteten Ergebnisses hängt von folgenden Faktoren ab: Aufbau von Kapazitäten im Gesundheitswesen für die Förderung eines aktiven und gesunden Alterns; Unterstützung für die Schaffung altersfreundlicher Einrichtungen der Primärversorgung; Sicherstellung einer Beteiligung älterer Menschen an der Entwicklung nationaler Handlungskonzepte und an der Programmplanung mit Schwerpunktlegung auf deren Beitrag zur Gesellschaft; und Unterstützung sektorübergreifender Initiativen, die ein aktives Altern fördern, z. B. die Initiative „Seniorenfreundliche Städte“.</i></p>			

Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen

Indikatoren und Einzelziele

- Tägliche Mortalität. Angestrebtes Ziel: Tägliche Mortalität der von schweren Krisensituationen betroffenen Bevölkerung während der ersten Phase der Gegenmaßnahmen unterhalb von 1 zu 10 000 pro Tag halten
- Zugang zu einer funktionierenden Gesundheitsversorgung. Angestrebtes Ziel: 90% der betroffenen Bevölkerung verfügt innerhalb eines Jahres über Zugangsmöglichkeiten, die mindestens so gut sind wie vor Eintritt der Krisensituation
- Verhältnis Gewicht zu Körpergröße. Angestrebtes Ziel: Weniger als 10% der betroffenen Bevölkerung liegen unterhalb von 80% des Standardwertes für das Verhältnis Gewicht zu Körpergröße

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Dieses Strategische Ziel ist darauf angelegt, zur Sicherheit der Menschen beizutragen, indem die negativen Wirkungen von Notfall-, Katastrophen- und Konfliktsituationen sowie anderen humanitären Krisensituationen auf die Gesundheit minimiert werden und indem auf die Gesundheits- und Ernährungsbedürfnisse der durch solche Ereignisse betroffenen anfälligen Bevölkerungsgruppen reagiert wird.

Jedes Jahr erlebt jeder fünfte Mitgliedstaat eine Krise, bei der die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet wird. Nach Angaben der Internationalen Strategie der Vereinten Nationen zur Katastrophenvorsorge war 2005 ein Anstieg der Zahl der Naturkatastrophen um 18% zu verzeichnen. Infolge einer Vielzahl politischer und sozialer Krisen wurden fast 25 Mio. Menschen im eigenen Land zu Vertriebenen, während weltweit mehr als 9 Mio. Flüchtlinge zu verzeichnen waren.

Krisensituationen führen zu einer plötzlichen und intensiven Belastung der Gesundheitssysteme, die u. U. deren Schwächen ans Licht bringen. Sie können auch die wirtschaftliche Aktivität und Entwicklung beeinträchtigen. In Ländern mit einer schwach entwickelten Gesundheitsinfrastruktur werden die alltägliche Gesundheitsversorgung und die humanitären Programme häufig durch Notstandsmaßnahmen monatelang gestört.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Im Rahmen der Reform der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der humanitären Hilfe wurde die WHO gebeten, die Abstimmung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen zur Vorsorge gegen Krisen bzw. zu deren Bewältigung sowie zum anschließenden Wiederaufbau sicherzustellen. Die WHO ist die federführende Organisation in der Schwerpunktgruppe „Gesundheit des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen.

Bei Notstandsmaßnahmen und humanitärer Hilfe sollte der Gesundheitssektor umfassend einbezogen werden. Die Maßnahmen in Krisensituationen müssen in einer Vielzahl von Bereichen verbessert werden: Bewältigung hoher Opferzahlen; Wasserver- und Abwasserentsorgung und sanitäre Verhältnisse; Ernährung; übertragbare wie nichtüber-

Wichtigste Erkenntnisse

- Vorsorge ist eine Voraussetzung für wirksame Gegenmaßnahmen in Krisensituationen. Der Aufbau nationaler Kapazitäten für die Beherrschung von Risiken und die Verringerung der Anfälligkeit erfordert moderne Handlungskonzepte und Rechtsvorschriften, geeignete Strukturen, Informationen, Pläne und Verfahren, Ressourcen und Partnerschaften.
- Bei Notstandsmaßnahmen und humanitärer Hilfe sollte der Gesundheitssektor umfassend einbezogen werden. Die Gegenmaßnahmen müssen auf mehreren Gebieten verbessert werden, u. a. in den Bereichen Bewältigung hoher Todesopferzahlen, Ernährung, Gesundheit von Müttern und Neugeborenen, psychische Gesundheit, Versorgung mit Arzneimitteln, Logistik und Wiederaufbau der Gesundheitsinfrastruktur. Eine zielgenaue fachliche Anleitung und starke Führungskompetenz sowie bessere Abstimmung sind erforderlich, um sicherzustellen, dass es in diesen Bereichen in künftigen Krisensituationen keine Defizite gibt.
- Häufig werden die Privatwirtschaft und die nationalen Streitkräfte in Maßnahmen der Katastrophenhilfe einbezogen. Kriterien und Modalitäten für die Zusammenarbeit mit ortsfremdem Personal sollten im Voraus vereinbart werden.
- Die richtigen Einsatzkräfte mit den richtigen Qualifikationen müssen unmittelbar nach Eintritt einer Katastrophe gefunden werden; je schneller die Reaktion erfolgt, desto besser das Resultat. Es ist wichtig, Kapazitäten aufzubauen und eine Liste einschlägig ausgebildeter Experten zu erstellen, die auf Abruf bereit stehen.
- Die Erholung von den verheerenden Auswirkungen größerer und komplexer Notstände und Krisen nimmt i.d.R. wesentlich längere Zeit in Anspruch, als von der internationalen Staatengemeinschaft wahrgenommen wird; die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitszustand der Bevölkerung bleiben jahrelang spürbar.

tragbare Krankheiten; Gesundheit von Müttern und Neugeborenen; psychische Gesundheit; Arzneimittel; Gesundheitstechnologien; Logistik; Gesundheitsinformationsdienste; Wiederherstellung der Gesundheitsinfrastruktur.

Eine gesicherte Finanzierung der gesundheitsbezogenen Aspekte von Notfallvorsorge und -bewältigung wirft erhebliche Probleme auf. Deshalb ist es unverzichtbar, dass die Bedarfsanalyse und die Projektgestaltung mit den übrigen Verfahren sowohl innerhalb der Vereinten Nationen als auch in der WHO verknüpft wird; Partnerschaften und Abstimmung sind also erforderlich, um einen größeren und besser vorhersehbaren Zustrom an Geldern insbesondere für die Bewältigung chronischer, komplexer Notlagen zu gewährleisten.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- Die Gesundheitssysteme sind leistungsfähig, funktionieren gut und verfügen über eine ausreichende finanzielle Ausstattung. Investitionen in Programme zur Bewältigung von Krisensituationen in den Ländern sind daher von entscheidender Bedeutung für die Arbeit der WHO in diesem Bereich. Das Angebot gesundheitsbezogener Maßnahmen in Krisensituationen und die Einleitung wirksamer Maßnahmen in gesundheitlichen Notlagen sind integraler Bestandteil des Auftrags der WHO.

Risikofaktoren, die eine Verwirklichung dieses Strategischen Ziels verhindern könnten:

- Die Arbeit im Bereich der Notfallvorsorge und -bewältigung könnte fälschlicherweise als eine zusätzliche Verantwortung verstanden werden, die gegenüber der regelmäßigen normativen und gestalterischen Arbeit der Organisation untergeordnet ist.
- Die Regelung von Verfahren, Bereitschaftsplanung und Kompetenzen in der gesamten WHO wird nur unzureichend auf eine wirksame und zügige Verwendung in Krisensituationen ausgerichtet.
- Die Finanzierung der zentralen erforderlichen Funktionen für Notfallvorsorge und -bewältigung könnte die Organisation u. U. nicht hinreichend in die Lage versetzen, ihr Mandat als federführende Organisation in der Schwerpunktgruppe „Gesundheit des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen wahrzunehmen.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Aufbau von Kapazitäten im Bereich Katastrophenschutz durch sektorübergreifende und multidisziplinäre Konzepte, bei denen alle Gefahren einbezogen werden;
- Schaffung und Erhaltung der Handlungsfähigkeit auf nationaler wie internationaler Ebene zur Ermöglichung schneller Gegenmaßnahmen und eines abgestimmten Vorgehens der vielfältigen Akteure bei gesundheitlichen Notlagen in den Bereichen Umwelt- und Lebensmittelsicherheit sowie bei Katastrophen, Konflikten u. ä.;
- Entwicklung der erforderlichen Wissensgrundlagen und Kompetenzen im Hinblick auf die Vorsorge für Notlagen sowie entsprechende Sofortmaßnahmen;
- Entwicklung von Partnerschaften und Koordinierungsmechanismen mit staatlichen Stellen und der Zivilgesellschaft sowie mit Netzwerken von Kooperationszentren und anderen Kompetenzzentren, um im Bedarfsfall rechtzeitige und effektive Interventionen durchführen zu können;
- Entwicklung fachlicher und operativer Kapazitäten in der gesamten WHO zur Unterstützung der Länder in Krisensituationen, insbesondere bei der Durchführung von Gesundheitsanalysen, der Koordinierung von Gesundheitsmaßnahmen, der Beseitigung von Defiziten, der Bereitstellung von Orientierungshilfe und der Beobachtung der Wirkung der humanitären Maßnahmen auf die Gesundheits- und Ernährungssituation der betroffenen Bevölkerung;
- Nutzung der enormen Bandbreite der innerhalb der WHO vorhandenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Notlagen, u. a. in den Bereichen psychische Gesundheit, Ernährung, Wasserver- und Abwasserentsorgung, Lebensmittelsicherheit, Arzneimittel, Gewalt- und Verletzungsprävention, Bewältigung hoher Todesopferzahlen, übertragbare Krankheiten, Gesundheit von Müttern und Kindern.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

5.1 Entwicklung von Normen und Standards, Aufbau von Kapazitäten und Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei Entwicklung und Ausbau von nationalen Plänen und Programmen zur Notfallvorsorge.	INDIKATOREN			
	5.1.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die über nationale Bereitschaftspläne für die Notfallvorsorge verfügen, die mehrere Gefahren berücksichtigen	5.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Programme zur Verringerung der Anfälligkeit von Gesundheitseinrichtungen für die Folgen von Naturkatastrophen durchführen		
	AUSGANGSLAGE 2008			
	25%	20		
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	60%	40		
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	70%	60		
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
	45 614	49 900	51 000	
BEGRÜNDUNG				
<i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i>				

5.2 Entwicklung von Normen und Standards und Aufbau von Kapazitäten, die den Mitgliedstaaten schnelle Gegenmaßnahmen bei durch Naturgefahren bedingten Katastrophen und konfliktbedingten Krisen ermöglichen sollen.	INDIKATOREN			
	5.2.1 Einrichtung einer Steuerinfrastruktur für die Zuweisung von außerordentlichen Einsatzkapazitäten in den Regionen und im Hauptbüro, die bei akut einsetzenden Krisensituationen aktiviert werden kann	5.2.2 Zahl der globalen und regionalen Schulungsprogramme für öffentliche Gesundheitsmaßnahmen in Krisensituationen		
	AUSGANGSLAGE 2008			
	50%	5		
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	100%	16		
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	100%	20		
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
	67 796	18 500	74 000	
BEGRÜNDUNG				
<i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i>				

<p>5.3 Entwicklung von Normen und Standards und Aufbau von Kapazitäten, die den Mitgliedstaaten die Feststellung der Bedürfnisse sowie die Planung von Übergangs- und Wiederaufbaumaßnahmen nach Konflikten oder Katastrophen ermöglichen sollen.</p>	INDIKATOREN		
	5.3.1 Zahl der humanitären Aktionspläne für anhaltende Krisensituationen, die eine gesundheitspolitische Komponente aufweisen	5.3.2 Zahl der Länder im wirtschaftlichen Übergang, die eine Wiederaufbastrategie für das Gesundheitswesen entwickelt haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	6	8	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	12	25	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	18	20	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
46 465	19 900	65 000	
BEGRÜNDUNG			
<i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i>			

<p>5.4 Bereitstellung koordinierter fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach Naturkatastrophen und Konflikten.</p>	INDIKATOREN		
	5.4.1 Anteil der akuten Naturkatastrophen oder Konflikte, bei denen Interventionen zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten umgesetzt wurden, u. a. durch Einsatz von Frühwarnsystemen und Krankheitsüberwachung in Krisensituationen		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	60%		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	100%		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100%		
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
22 948	13 200	53 000	
BEGRÜNDUNG			
<i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i>			

<p>5.5 Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der nationalen Bereitschaftsplanung und bei der Einrichtung von Alarm- und Reaktionsmechanismen für Krisensituationen in den Bereichen Lebensmittelsicherheit und gesundheitsbezogener Umweltschutz.</p>	INDIKATOREN		
	<p>5.5.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die über nationale Pläne für Vorsorge-, Alarm- und Reaktionsmaßnahmen in Bezug auf Umwelt- und Chemiekatastrophen sowie radiologische Notfälle verfügen</p>		<p>5.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die über Ansprechpersonen für das <i>International Food Safety Authorities Network</i> und für das Netzwerk für Krisensituationen im Bereich umweltbezogener Gesundheitsschutz verfügen</p>
	AUSGANGSLAGE 2008		
	30%	50	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	60%	75	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	70%	100	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	19 190	11 500	18 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i></p>			

<p>5.6 Verbreitung wirksamer Botschaften, Bildung von Partnerschaften und Verbesserung der Abstimmung mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen, mit Regierungen, lokalen und internationalen nichtstaatlichen Organisationen, Hochschuleinrichtungen und Berufsverbänden auf nationaler, regionaler und globaler Ebene.</p>	INDIKATOREN		
	<p>5.6.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die von akut einsetzenden Krisensituationen betroffen sind bzw. die von anhaltenden Krisen betroffen sind und über einen Koordinator für die humanitäre Hilfe verfügen und in denen der vom Ständigen interinstitutionellen Ausschuss (IASC) definierte Aktionsbereich der humanitären Gesundheitsmaßnahmen ordnungsgemäß funktioniert</p>		<p>5.6.2 Anteil der Mitgliedstaaten mit anhaltenden Krisensituationen und einem Koordinator für die humanitäre Hilfe, in denen eine nachhaltige fachliche Präsenz der WHO in den Bereichen Bereitschaftsplanung, Gegenmaßnahmen und Wiederaufbau gegeben ist</p>
	AUSGANGSLAGE 2008		
	30%	30%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	60%	60%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100%	90%	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	16 400	13 700	17 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die Bemühungen werden im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und dann erneut im Zweijahreszeitraum 2012–2013 verstärkt.</i></p>			

5.7 Zügige und wirksame Durchführung von Maßnahmen in akut einsetzenden wie auch anhaltenden Krisensituationen sowie beim Wiederaufbau.	INDIKATOREN		
	5.7.1 Anteil der akut einsetzenden Krisensituationen, für die die WHO koordinierte Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene in Gang setzt	5.7.2 Anteil der Interventionen für lange anhaltende Krisensituationen, die gemäß den in humanitären Aktionsplänen vorgegebenen gesundheitspolitischen Komponenten umgesetzt werden	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	60%		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	80%	100%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100%	100%	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
		-	
BEGRÜNDUNG			

Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind

Indikatoren und Einzelziele

- Anteil der Mitgliedstaaten, die einen Rückgang der Prävalenz des Tabakkonsums um 10% melden. Angestrebtes Ziel: 50% der Mitgliedstaaten melden bis Ende 2013 einen Rückgang um 10%
- Zahl der Mitgliedstaaten mit stabiler oder rückläufiger Tendenz in Bezug auf Alkoholmissbrauch. Angestrebtes Ziel: Anstieg der Zahl der Mitgliedstaaten, die eine stabile oder rückläufige Tendenz melden, um 10% bis Ende 2013
- Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Prävalenz der Adipositas bei Erwachsenen gesunken ist. Angestrebtes Ziel: Drei Mitgliedstaaten, in denen die Prävalenz der Adipositas bei Erwachsenen bis Ende 2013 gegenüber dem Zeitraum 2007–2010 rückläufig ist oder stabil bleibt

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Die sechs wichtigsten Risikofaktoren, mit denen sich dieses Strategische Ziel befasst, sind weltweit für über 60% der Mortalität und mindestens 50% der Morbidität verantwortlich. Sie sind in Bezug auf Gleichstellungsaspekte wichtig und insbesondere für arme Bevölkerungsgruppen in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen von Bedeutung. Zwar wurde in der Vergangenheit durchaus Nachdruck auf die Bewältigung der negativen Auswirkungen der genannten Risikofaktoren gelegt, jedoch weit weniger auf die Prävention und auf geschlechtsspezifisch differenzierte Wege für eine effektive Bewältigung dieser Gesundheitsdeterminanten und das Erreichen der unteren sozioökonomischen Bevölkerungsschichten.

Tabakkonsum ist ein Risikofaktor für sechs der acht weltweit wichtigsten Todesursachen. Tabakkonsum ist die weltweit führende Ursache für vermeidbare Todesfälle. Dabei entfallen mindestens 70% der auf Tabakkonsum zurückzuführenden Todesfälle auf die Entwicklungsländer. Tabakkonsum und Armut sind eng miteinander verknüpft, und die Prävalenzraten sind in ärmeren Bevölkerungsschichten höher. Glücklicherweise gibt es wirksame und kosteneffektive Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums, doch können lediglich 5% der Weltbevölkerung vollständig von auch nur einem der zentralen Konzepte zur Senkung der Nachfrage profitieren. Das Rahmenabkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ist ein evidenzbasierter Vertrag, dessen Ziel darin besteht, zur Senkung der durch Tabakkonsum bedingten Krankheitslast und Mortalität beizutragen.

Der Alkoholkonsum wird jährlich weltweit für den Tod von 2,3 Mio. Menschen und den Verlust von 60 Mio. Lebensjahren verantwortlich gemacht. In den Entwicklungsländern mit insgesamt niedriger Mortalität ist der Alkoholkonsum verantwortlich für 6,2% der gesamten Krankheitslast und damit der wichtigste Risikofaktor. In einer wachsenden Zahl von Ländern ist der intravenöse Drogenkonsum der wichtigste Grund für die rapide Ausbreitung von HIV-Infektionen. Trotz der

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Prävention bzw. Zurückdrängung von Risikofaktoren ist ein unverzichtbarer Bestandteil der nationalen, sozialen und ökonomischen Entwicklungspläne, denn sie hat eine allgemeine Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sowie den Abbau von Ungleichheiten zwischen Gruppen zur Folge.
- Die herkömmlichen gesundheitspolitischen Konzepte reichen nicht aus, um die durch diese Risikofaktoren hervorgerufenen Probleme zu lösen; vielmehr sind kreative Formen der Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und anderen Partnern gefragt.
- Die durch diese Risikofaktoren verursachten Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit können die Gesundheitssysteme überfordern und erhebliche soziale und ökonomische Härten für Einzelpersonen, Familien und ganze Gemeinschaften verursachen. Dies gilt insbesondere für Länder und Bevölkerungsgruppen, die sich die hierdurch verursachten Kosten für die Gesundheitsversorgung am wenigsten leisten können.
- Gesundheitsförderungsprogramme haben sich als kosteneffektiv erwiesen; Beispiele hierfür sind Aufklärungskampagnen zur Reduzierung des Salzgehalts in verarbeiteten Lebensmitteln und Werbeverbote und Preiserhöhungen für Tabakprodukte.

Erkenntnisse über die erhebliche Belastung von menschlicher Gesundheit und Gesellschaft durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen verfügen die WHO und ihre Mitgliedstaaten nur über begrenzte Mittel für die Prävention und Behandlung von durch Substanzmissbrauch bedingten Störungen – trotz der Tatsache, dass für jeden Dollar, der für Behandlung ausgegeben wird, mindestens Dollar an Gesundheits- und Sozialausgaben gespart werden.

Nach Expertenschätzungen sind weltweit 17% der Bevölkerung körperlich inaktiv, weitere 41% nicht in einem für ihre Gesundheit ausreichenden Maße aktiv. Die daraus resultierende Zahl der Todesfälle wird auf 1,9 Mio. pro Jahr geschätzt.¹ Jedes Jahr sterben mindestens 2,7 Mio. Menschen infolge eines zu geringen Verzehrs an Obst und Gemüse. Daneben sterben 2,6 Mio. Menschen an den Folgen von Adipositas.

Die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit der WHO, die von den Mitgliedstaaten 2004 unterstützt wurde², bietet allen Akteuren Empfehlungen und Grundsatzoptionen zur Bewältigung der mit ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel verbundenen Risikofaktoren. Da viele der Determinanten für eine gesunde Ernährung und körperliche Betätigung außerhalb des Gesundheitssektors zu finden sind, liegt für die WHO und andere Akteure eine große Herausforderung darin, sektorübergreifende Maßnahmen zu ermöglichen, um die Umsetzung der Globalen Strategie auf Länderebene auszuweiten.

Unsichere Sexualpraktiken tragen signifikant zur Erhöhung der Krankheitslast durch ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragene Infektionen (wie HIV) und andere soziale, seelische und körperliche Folgen bei, die bislang erheblich unterschätzt worden sind. Die WHO geht davon aus, dass unsichere Sexualpraktiken weltweit der zweitwichtigste Risikofaktor für die Gesundheit in den Ländern mit hoher Mortalität sind. Jedes Jahr werden 80 Mio. Frauen ungewollt schwanger, 46 Mio. entscheiden sich für einen Abbruch, und es werden 340 Mio. neue Fälle von sexuell übertragenen Krankheiten sowie 5 Mio. neue HIV-Infektionen gemeldet. Die verschiedenen Arten von Risikoverhalten treten oft nicht isoliert, sondern gebündelt auf; so besteht beispielsweise häufig ein Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogenmissbrauch und unsicheren Sexualpraktiken. Es ist wichtig, die dem Risikoverhalten zugrunde liegenden sozialen und umweltbedingten Determinanten zu verstehen und Faktoren zu erkennen, die eine Anfälligkeit gegenüber individuellen Risiken schaffen, etwa gesellschaftliche und kulturelle Determinanten wie geschlechtsbedingte Unterschiede, niedriges Bildungsniveau, Armut und andere Formen von Chancenungleichheit. Aus diesem Grund erkennt die WHO die Notwendigkeit eines umfassenden, integrierten Vorgehens in der Gesundheitsförderung in Verbindung mit wirksamen Vorsorge- und Schutzmaßnahmen an, die die Widerstandskraft des Einzelnen aufbaut und die Fähigkeit der Gruppe für eine Verbesserung der eigenen Gesundheitssituation erhöht.

Darüber hinaus zeigen globale Schätzungen, dass 3 Mrd. Menschen, also rund die Hälfte der Menschheit, heute in Städten leben. Als eine Determinante der wichtigsten Risikofaktoren hat die Verstädterung sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Mit der zunehmenden Zahl von Menschen, die in Städten und Großstädten leben, wo die Auswirkungen der sozialen, ökonomischen, umweltbezogenen und technologischen Veränderungen am größten sind, treten neue gesundheitspolitische Themen und Herausforderung in den Vordergrund.

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Prävention und Zurückdrängung von Risikofaktoren ist der kosteneffektivste Ansatz für Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen bei der Bekämpfung der mit diesen Risikofaktoren verbundenen nachteiligen gesundheitlichen und sozialen Folgen.
- Es gibt Erkenntnisse aus bereichsübergreifenden Forschungsvorhaben, nach denen Initiativen, mit denen Frauen, Männer und Bevölkerungsgruppen zur Änderung gesundheits-schädlicher Verhaltensweisen veranlasst werden sollen, zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation führen können; es handelt sich hierbei um separate Interventionen, die auch als solche behandelt werden sollten. Somit erweist sich Befähigung als eine tragfähige Strategie in der Gesundheitspolitik. In Wirtschaft, Bildung und Politik integrierte Interventionen zur Befähigung von Frauen haben sich in Bezug auf die Lebensqualität, Selbstbestimmung und Autorität von Frauen als äußerst wirksamste Maßnahmen erwiesen und zu grundsätzlichen Veränderungen und einer Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Familien geführt.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Übernahme einer globalen Führungsrolle sowie einer entsprechenden Koordinierungs- und Kommunikationsfunktion und Überzeugungsarbeit für die Gesundheitsförderung, um gesundheitliche Verbesserungen zu erreichen, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die wichtigsten Risikofaktoren zu bekämpfen und zur Verwirklichung der nationalen Entwicklungsziele beizutragen;
- Bereitstellung von Leitfäden für die Länder in Bezug auf evidenzbasierte und ethisch begründete Konzepte, Strategien und gesundheitliche Fachfragen und Unterstützung der Länder bei Aufbau und Erhaltung nationaler Systemen für die epidemiologische Überwachung (samt angemessener Verfahren zur Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht und Alter), Beobachtung und Bewertung, besonders in Ländern mit hoher oder steigender Belastung durch lebensstilbedingte Erkrankungen;
- Förderung erhöhter Investitionen auf allen Ebenen und Aufbau von Kapazitäten innerhalb des Sekretariats, insbesondere in den Regional- und Länderbüros, um den Anforderungen der Organisation und der Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsförderung und bei der Prävention bzw. Zurückdrängung von durch Lebensweise bedingten Risikofaktoren gerecht werden zu können;

¹ *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, World Health Organization, 2002.

² Resolution WHA57.17

Die globale Belastung durch Tod, Krankheit und Behinderung aufgrund von Erkrankungen in Verbindung mit den wichtigsten Risikofaktoren ist erheblich. Dennoch fehlt es weiter am nötigen Bewusstsein für die unterschiedlichen Auswirkungen dieser Belastung auf Frauen und Männer, Mädchen und Jungen sowie an dem politischen Engagement für entschlossene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens von Risikofaktoren. Zur Verringerung der Belastung sind erhebliche zusätzliche Investitionen in Form finanzieller und personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Sekretariats und in den Mitgliedstaaten erforderlich, damit die Kapazitäten für Interventionen auf nationaler und globaler Ebene aufgebaut und verstärkt werden können.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die Verfolgung eines geschlechtsspezifisch sensiblen, integrierten Ansatzes der Gesundheitsförderung und der Vermeidung bzw. Zurückdrängung der wichtigsten Risikofaktoren wird zu mehr Synergieeffekten führen, die Effizienz der Interventionen insgesamt erhöhen und die Reichweite und Wirksamkeit vorhandener vertikaler Ansätze steigern.

In den Ländern sind eine Stärkung der Institutionen und der Aufbau nationaler Kapazitäten für die epidemiologische Überwachung (einschließlich angemessener Aufschlüsselung nach Geschlecht und Alter und, wo möglich, sozioökonomischer Gruppe) sowie die Prävention bzw. Zurückdrängung von verbreiteten Risikofaktoren und der mit ihnen verbundenen Erkrankungen von wesentlicher Bedeutung. Darüber hinaus ist im Hinblick auf eine wirksame Beteiligung aller Bereiche der Gesellschaft auch eine starke Führung und Steuerung durch die Gesundheitsministerien erforderlich. Da die wichtigsten Determinanten der Risikofaktoren außerhalb des Gesundheitssektors liegen, sind sektorübergreifende Maßnahmen unverzichtbar. Der Prozess der Verstärkung (mit all seinen Aspekten: räumlich, sozial und ökonomisch) muss ebenfalls unterstützend begleitet werden, um positive gesundheitliche Ergebnisse zu gewährleisten. Die mit der Verstärkung verbundenen Determinanten müssen in den Strategien zur Zurückdrängung der Risikofaktoren wirksam zur Geltung kommen. Daher müssen ggf. auch Verbindungen zur umweltbezogenen Gesundheitsförderung geschaffen werden (vgl. auch Strategisches Ziel 8), insbesondere zur Förderung von Umfeldern, die eine körperlichen Betätigung wie Radfahren oder Zufußgehen begünstigen.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sind erhebliche Anstrengungen erforderlich: zur Stärkung der Führungskompetenz und zum Aufbau von Kapazitäten für die Berücksichtigung der steigenden Bedürfnisse aller relevanten Gesundheitsprogramme und ihres wachsenden Aktionsradius sowie der Empfehlungen der 6. Globalen Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung (Bangkok, 7.–11. August 2005); zur Thematisierung der Determinanten von Gesundheit auf der globalen Entwicklungsagenda, auf allen staatlichen Ebenen, in einzelnen Bevölkerungsgruppen und in der Zivilgesellschaft; und zur Etablierung von Gesundheitsförderung als ein maßgebliches Kriterium für gute Unternehmenspraxis.

Um einen anhaltenden Erfolg zu sichern, sind umfassende Konzepte erforderlich, die mit einer Kombination aus Strategien Grundsatzfragen lösen und Kapazitäten auf Ebene des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft aufbauen.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Unterstützung der Länder beim Aufbau sektorübergreifender nationaler Kapazitäten zur Aufnahme von Aspekten der Gleichstellung der Geschlechter und der generellen Chancengleichheit in die alle Bereiche der Gesundheitsförderung und der Prävention von durch Lebensstil bedingten Erkrankungen sowie zur Stärkung der Wissensbasis und Kompetenz der Institutionen in Bezug auf die wichtigsten Risikofaktoren;
- Unterstützung der Einrichtung sektorenübergreifender Partnerschaften und Bündnisse innerhalb von wie auch zwischen Mitgliedstaaten und Stärkung der internationalen Zusammenarbeit bei der Gewinnung und Verbreitung von Forschungsergebnissen;
- Federführung bei der konsequenten Beseitigung konzeptioneller und struktureller Hindernisse, beim Aufbau von Kapazitäten innerhalb von Familie und nachbarschaftlichem Umfeld und beim Zugang zu Bildung und Aufklärung, um ein verantwortungsbewussteres Sexualverhalten zu fördern und die Folgen von gefährdendem Sexualverhalten und unsicheren Sexualpraktiken zu bewältigen;
- Bereitstellung direkter fachlicher Unterstützung für die Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in Zusammenarbeit mit dem Sekretariat des Übereinkommens, u. a. durch Hilfsangebote für die Verstärkung der Anti-Tabak-Maßnahmen, wie sie im *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: the MPOWER package* erläutert sind.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass zusätzliche finanzielle und personelle Investitionen erfolgen, um Kapazitäten für die Gesundheitsförderung und die Prävention von Risikofaktoren aufzubauen;
- dass in Bezug auf ausgewogene Konzepte, Mechanismen, Netzwerke und Maßnahmen effektive Partnerschaften und sektorübergreifende und multidisziplinäre Kooperationen geschaffen werden, in die alle Akteure auf städtischer, nationaler, regionaler und internationaler Ebene einbezogen werden;
- dass mit Entschlossenheit umfassende und integrierte Handlungskonzepte, Pläne und Programme umgesetzt werden, die an den gängigen Risikofaktoren ansetzen, und dass damit die Erkenntnis einhergeht, dass ausgewogene integrierte Konzepte zur Prävention der wichtigsten Risikofaktoren ein großes Spektrum an positiven gesundheitlichen Effekten ermöglichen;
- dass die Investitionen in die Forschung erhöht werden, insbesondere um auf Bevölkerungsebene wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln.

Risikofaktoren, die eine Verwirklichung dieses Strategischen Ziels verhindern könnten:

- dass bei der Zusammenarbeit oder Interaktion mit der Privatwirtschaft alle Anstrengungen deren kommerziellen Interessen ausgesetzt werden; dies gilt u. a. für die Tabak- und Zuckerindustrie und für die Hersteller von verarbeiteten Lebensmitteln und alkoholischen wie nichtalkoholischen Getränken. In jedem Fall müssen Leitlinien für ein angemessenes Verhalten eingehalten werden und der Vorrang der öffentlichen Gesundheit muss gewahrt bleiben;
- fehlende Anerkennung für die Bedeutung von Maßnahmen auf nationaler und lokaler Ebene sowie von Maßnahmen zur Herbeiführung von Synergieeffekten durch nationale und lokale Behörden mit dem Ziel der Förderung von Gesundheitsaspekten in allen Politikbereichen;
- dass die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention der Risikofaktoren durch einen zu geringen Stellenwert dieses Bereichs und zu spärliche Mittelzuweisung durch das Sekretariat und die Länder beeinträchtigt werden. Für eine Minimierung dieser Gefahr ist ein kontinuierliches Eintreten für eine Aufstockung der Investitionen unverzichtbar;
- dass integrierte Konzepte zur Prävention bzw. Zurückdrängung von Risikofaktoren die Fähigkeit des Sekretariats wie auch der Länder beeinträchtigen, Sachverstand in Bezug auf konkrete Krankheiten und Risikofaktoren beizusteuern. Um ein solches Ergebnis zu vermeiden, müssen ausreichende Mittel für integrierte Handlungskonzepte sowie das erforderliche Mindestmaß an Fachwissen in den wichtigsten Handlungsfeldern aufrechterhalten werden.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

<p>6.1 Beratung und Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Ausbau ihrer Kapazitäten für Gesundheitsförderung in allen einschlägigen Programmen und bei der Schaffung effektiver sektorübergreifender und multidisziplinärer Kooperationen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sowie der Prävention bzw. Zurückdrängung der wichtigsten Risikofaktoren.</p>	INDIKATOREN		
	6.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mindestens eine/n der Aktionsbereiche und Verpflichtungen aus den Weltkonferenzen zum Thema Gesundheitsförderung evaluiert und die Ergebnisse in einem Bericht festgehalten haben	6.1.2 Zahl der Städte, die Programme für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung durchgeführt haben, die auf den Abbau von Gerechtigkeitsdefiziten im Gesundheitsbereich abzielen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	24	6	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	30	12	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	42	24	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	52	48	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	38 879	60 900	66 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die 7. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 2009 in Afrika stattfinden soll, bietet die Chance zu einer Bestandsaufnahme der erreichten Fortschritte und zur Überarbeitung des globalen Konzepts der WHO zur Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt der Arbeit im Zeitraum 2010–2013 wird darin bestehen, die Führungsrolle der WHO bei der Gesundheitsförderung zu konsolidieren und auf Länderebene für Verfahren zur Aktualisierung der Konzepte und Strategien zu sorgen. Damit diese Ziele erreicht werden können, ist eine erhebliche Anhebung der Mittel erforderlich, um sicherzustellen, dass die Entwicklungen in der Gesundheitsförderung auf globaler, regionaler und nationaler Ebene einen wirksamen Beitrag zur Verringerung der Belastung durch Krankheit und Tod leisten, die mit diesen wichtigen Risikofaktoren assoziiert ist.</i></p>			

<p>6.2 Beratung und Unterstützung zur Stärkung der nationalen Systeme für die Überwachung der wichtigsten Risikofaktoren durch Entwicklung und Validierung von Handlungsrahmen, Instrumenten und Verfahrensweisen und ihre Verbreitung in Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Belastung durch Tod und Behinderung infolge dieser Risikofaktoren.</p>	INDIKATOREN		
	6.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die für die Beobachtung der wichtigsten Risikofaktoren bei Erwachsenen über ein funktionsfähiges nationales Überwachungssystem verfügen, das auf dem STEPwise-Konzept der WHO basiert.	6.2.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die für die Beobachtung der wichtigsten Risikofaktoren bei Jugendlichen über ein funktionsfähiges nationales Überwachungssystem verfügen, das auf der Methodologie des Global School-based Student Health Survey basiert	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	25	25	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	50	50	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	60	60	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	75	75	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013

	23 807	14 600	31 000
BEGRÜNDUNG			
<i>In vielen Fällen wurde mit der Arbeit bereits begonnen, doch in einer erheblichen Zahl von Mitgliedstaaten müssen noch verlässliche Überwachungssysteme für die Risikofaktoren und die entsprechenden Gegenmaßnahmen eingerichtet werden; viele von ihnen werden daher die Unterstützung der WHO benötigen. Außerdem werden die Mitgliedstaaten, die früher Untersuchungen abgeschlossen haben, fachliche Unterstützung für Wiederholungsstudien benötigen, evtl. aber auch zusätzliche Instrumente zur epidemiologischen Überwachung. Es ist davon auszugehen, dass für die Entwicklung, Veränderung, Validierung und Verbreitung von Standards und Betriebsverfahren ein erheblich höheres Maß an Anstrengungen (und damit an Mitteln) erforderlich sein wird.</i>			

6.3 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Morbiditäts- oder Mortalitätslast infolge von Tabakkonsum bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf die Bekämpfung bzw. Prävention der dadurch bedingten öffentlichen Gesundheitsprobleme; Unterstützung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bei der Umsetzung der Bestimmungen des Übereinkommens und der Ausarbeitung von Protokollen und Leitlinien.	INDIKATOREN		
	6.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die aufgrund neuerer, repräsentativer landesweiter Untersuchungen, z. B. Global Adult Tobacco Survey (GATS) oder STEPS, über vergleichbare Daten zur Prävalenz des Tabakkonsums bei Erwachsenen verfügen	6.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit Rechtsvorschriften zum Nichtraucherschutz auf allen gesetzlichen Ebenen sowie in allen Arten von Orten und Institutionen gemäß der Definition im <i>WHO-Bericht über die weltweite Tabakepidemie 2008</i>	6.3.3 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen Werbe- und Verkaufsförderungsmaßnahmen für Tabakerzeugnisse sowie Sponsoring durch die Tabakindustrie gemäß der Definition im <i>WHO-Bericht über die weltweite Tabakepidemie 2008</i> gesetzlich verboten sind
	AUSGANGSLAGE 2008		
	44	16	20
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	50	18	23
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	65	22	30
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	75	26	40
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
38 466	55 200	72 000	
BEGRÜNDUNG			
<i>Das Sekretariat wird eng mit der Konferenz der Vertragsparteien und dem Sekretariat des Übereinkommens zusammenarbeiten, um den Vertragsstaaten bei der Entwicklung umfassender Handlungskonzepte, Programme und Überwachungssysteme zur Eindämmung des Tabakgebrauchs die erforderliche Unterstützung zu geben, damit sie ihre Verpflichtungen im Rahmen des Übereinkommens sowie seiner künftigen Protokolle erfüllen können. Die Weltgesundheitsversammlung hat in Resolution WHA59.17 eine Fortsetzung der Unterstützung und ggf. eine Verstärkung der Arbeit des Sekretariats gefordert.</i>			

6.4 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Morbiditäts- oder Mortalitätslast, die durch den Konsum von Alkohol, Drogen und anderen psychotropen Substanzen bedingt ist, bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf	INDIKATOREN		
	6.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit Unterstützung der WHO Strategien, Pläne und Programme für die Prävention von durch Alkohol, Drogen und andere psychotrope Substanzen bedingten öffentlichen Gesundheitsproblemen ausgearbeitet haben	6.4.2 Zahl der Strategien, Leitlinien, Normen und technischen Instrumenten zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Prävention und Bekämpfung von durch Alkohol, Drogen und andere psychotrope Substanzen bedingten öffentlichen Gesundheitsproblemen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	25	5	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	35	8	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
50	10		

die Bekämpfung bzw. Prävention der dadurch bedingten öffentlichen Gesundheitsprobleme.	EINZELZIELE FÜR 2013		
	60	15	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	20 978	17 100	33 000
	JUSTIFICATIONBEGRÜNDUNG		
<p><i>Um glaubwürdig zu bleiben, muss die Organisation eine Antwort auf die durch den Konsum von Alkohol, Drogen und anderen psychotropen Substanzen bedingten Probleme für die öffentliche Gesundheit geben, die der durch solche Verhaltensweisen bedingten Morbiditäts- und Mortalitätslast angemessen ist. Daher werden dringend erhebliche zusätzliche Investitionen u. a. für den Kapazitätsaufbau und die institutionelle Stärkung auf allen Ebenen des Sekretariats, einschließlich der WHO-Kooperationszentren, benötigt; dabei muss ein besonderer Schwerpunkt auf die Regional- und Länderbüros gelegt werden, um wirksam auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten reagieren und die Umsetzung der einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung unterstützen zu können. Ein umfassender und integrierter Ansatz zur Prävention und Zurückdrängung dieser Gruppe von Risikofaktoren wird befürwortet, doch ist hierfür eine deutliche Erhöhung der Mittel erforderlich.</i></p>			

6.5 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit hoher oder steigender Morbiditäts- oder Mortalitätslast infolge von ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf die Bekämpfung bzw. Prävention der dadurch bedingten öffentlichen Gesundheitsprobleme.	INDICATORS/INDIKATOREN		
	6.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die sektorübergreifende Strategien und Aktionspläne für gesunde Ernährung oder Bewegungsförderung gemäß den Empfehlungen der Globalen Strategie der WHO für Ernährung, Bewegung und Gesundheit angenommen haben	6.5.2 Zahl der technischen Instrumente der WHO, die die Mitgliedstaaten bei der Förderung von besserer Ernährung oder mehr Bewegung unterstützen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	29	9	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	50	14	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	65	16	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	75	18	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	20 347	15 300	31 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die WHO-Leitlinien für Beziehungen zu externen Akteuren sollen überarbeitet und aktualisiert werden, um der gegenwärtigen Situation besser gerecht zu werden, insbesondere in Bezug auf die Lebensmittelindustrie sowie die Hersteller von alkoholischen und alkoholfreien Getränken, und um zu gewährleisten, dass die öffentlichen Gesundheitsziele ein stärkeres Profil erhalten. Die WHO muss ihre normative Arbeit im Bereich der Bewegung verstärken, und ein Großteil der Überarbeitung der Leitlinien wird in Konsultation mit den Mitgliedstaaten erfolgen. Darüber hinaus ist ein Austausch mit nationalen wie internationalen nichtstaatlichen Organisationen und Bürgergruppen erforderlich.</i></p>			

6.6 Entwicklung evidenzbasierter und ethisch begründeter Handlungskonzepte, Strategien, Empfehlungen, Normen und Leitlinien und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Förderung sichererer Sexualpraktiken und bei der Stärkung der Institutionen im Hinblick auf die Bewältigung der sozialen und individuellen Folgen risikoreichen Sexualverhaltens.	INDIKATOREN		
	6.6.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die Evidenz zu den Determinanten oder Folgen risikoreichen Sexualverhaltens sammeln		6.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die mittels der Überwachungsinstrumente von WHO STEPS vergleichbare Daten über Indikatoren für risikoreiches Sexualverhalten gewinnen
	AUSGANGSLAGE 2008		
	4		0
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	8		2
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	10		5
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	12		8
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
18 580	14 000	30 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Um die dringend erforderlichen Interventionen zur Bekämpfung riskanten Sexualverhaltens – dessen Folgen in Ländern mit hoher Mortalität die zweitwichtigste Ursache für Tod und Behinderung darstellen – fortsetzen und ausweiten zu können, werden zusätzliche Mittel in erheblichem Umfang benötigt. Die erforderlichen Maßnahmen reichen von der Gewinnung einschlägigen Fachwissens bis zur Unterstützung der Länder bei der Umsetzung von Konzepten, Strategien und Interventionen. Die Investitionen für das Erreichen dieses erwarteten Ergebnisses werden auch zur Verwirklichung der Ziele in Bezug auf andere Arten von Risikoverhalten beitragen. Für die Schaffung und den Ausbau einer Erkenntnisgrundlage und die Stärkung der normativen Funktion der WHO werden zusätzliche Mittel bereitgestellt.</i></p>			

Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten

Indikatoren und Einzelziele

- Anteil der nationalen Gesundheitsindikatoren, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter und wenigstens zwei weiteren Determinanten (ethnische Zugehörigkeit, Wohnort und/oder sozio-ökonomischer Status) und verfügbar für Explorationsforschung
- Zahl der sozialen und ökonomischen Indikatoren für gesundheitsförderliche Bedingungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Wohnort (z. B. Bildungsniveau, landwirtschaftliche Produktion, Infrastruktur, Wohnungswesen und Arbeitsbedingungen, kriminelle und gewalttätige Ereignisse, Entwicklung der Gesellschaft und Haushaltseinkommen)
- Zahl der Konzepte und Arbeitspläne aus vorrangigen Politikbereichen außerhalb des Gesundheitssektors (z. B. Landwirtschaft, Energie, Bildung, Finanzen, Verkehr), bei denen gesundheitsbezogene Ziele berücksichtigt wurden
- Zahl der gesundheitsbezogenen Konzepte und Rechtsvorschriften (z. B. nationale Verfassungen und Strategien für den Gesundheitssektor), in denen Themen wie Gleichstellung der Geschlechter, Menschenrechte und Chancengleichheit ausdrücklich erwähnt und in die Ausgestaltung und Umsetzung einbezogen werden
- Ausmaß, in dem nationale Entwicklungs- und Armutsbekämpfungspläne Wege aufzeigen, wie das Recht auf eine bestmögliche Gesundheit ohne Diskriminierung nach und nach verwirklicht werden kann (ausdrückliche Zuständigkeiten von Akteuren, Zielvorgaben, Zeitrahmen, Mittelzuweisung).

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Chancengleichheit im Gesundheitsbereich ist ein die ganze Organisation umspannendes Grundprinzip. In den letzten Jahrzehnten hat sich in diesem Bereich trotz der Fortschritte im medizinischen und technologischen Bereich die Kluft zwischen den verschiedenen Ländern bzw. zwischen den sozialen Gruppen innerhalb der Länder vergrößert. Die WHO und andere Akteure in den Politikbereichen Gesundheit und Entwicklung haben die Bewältigung dieser Chancenungleichheiten zu einer wichtigen Priorität erklärt und wollen die Länder bei der Durchführung wirksamerer Maßnahmen zur Erfüllung der gesundheitlichen Bedürfnisse der anfälligen Bevölkerungsgruppen unterstützen. Hierfür ist eine Auseinandersetzung mit den sozialen und ökonomischen Faktoren erforderlich, die die Gesundheitschancen der Menschen bestimmen. Obwohl politisch oft nur schwer durchsetzbar, ist ein sektorübergreifender Ansatz dennoch unverzichtbar, wenn substanzielle Fortschritte hin zu mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich erreicht werden sollen. In den Millenniums-Entwicklungszielen werden die vielfältigen Verflechtungen zwischen gesundheitlicher und ökonomischer Entwicklung, die Notwendigkeit der Abstimmung einer Vielzahl von Sektoren zur Erreichung von Gesundheitszielen und die Bedeutung der Beseitigung von Armut und Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern unterstrichen.

Diese Situation wirft Probleme für die Gesundheitsministerien auf, die zur Förderung sektorübergreifender Zusammenarbeit im Bereich der sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit neue Wege beschreiten müssen, während sie gleichzeitig die zentralen Programme des Gesundheitssektors besser auf die Bedürfnisse anfälliger Bevölkerungsgruppen ausrichten müssen. Zu den effektiven Möglichkeiten zur Er-

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Bilanz der sektorübergreifenden Arbeit ist nicht gleichgültig: Vielmehr wird dieses Schlüsselement der Erklärung von Alma-Ata von vielen als einer der am wenigsten erfolgreichen Aspekte des Prozesses „Gesundheit für alle“ in den 1980er und 1990er Jahren eingestuft.
- Andererseits gibt es in der WHO durchaus Beispiele für vielversprechende Neuerungen auf diesem Gebiet, z.B. die bürgernahen Initiativen (Community-Based Initiatives) in der Region Östlicher Mittelmeerraum. Zur Beurteilung des Potenzials für eine Ausweitung dieser Initiativen ist eine eingehendere Bewertung erforderlich.
- Die in den Partnerländern der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH) stattfindenden politischen Neuerungen und die Arbeit der Kommission selbst können als Beispiele für gute Praxis dienen und verdeutlichen, wie die politischen Herausforderungen in Verbindung mit Maßnahmen zu den sozialen Determinanten bewältigt werden können.

schließung gesundheitlicher Zugewinne für anfällige Gruppen gehört die Einbeziehung von Aspekten der Gerechtigkeit, der Umverteilung und der Gleichstellung sowie von anderen ethischen Überlegungen in gesundheitspolitische Konzepte und Programme. Die Menschenrechte bieten einen verbindenden konzeptionellen Rahmen für diese Strategien und Normen zur Bewertung von Fortschritten.

Dabei kommt es entscheidend darauf an: erstens ausreichenden Sachverstand zu den sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit, zur Analyse der Gleichstellungssituation zwischen den Geschlechtern sowie zu Fragen der Ethik und der Menschenrechte auf globaler, regionaler und nationaler Ebene zu entwickeln, um die Mitgliedstaaten bei der sektorübergreifenden Erhebung der erforderlichen Daten und dem sich daraus ergebenden Handlungsbedarf zu unterstützen; zweitens dafür zu sorgen, dass alle Ebenen der Organisation Aspekte der sozialen und ökonomischen Determinanten (einschließlich Geschlecht und Armut), der Gleichstellung der Geschlechter sowie der Ethik und der Menschenrechte in ihre Programme und ihre normative Arbeit einbeziehen; und drittens für die Messung der jeweiligen Wirkung einen zuverlässigen Ansatz zu wählen. Die letztere Herausforderung ist besonders groß, weil die Zugewinne an Chancengleichheit im Gesundheitsbereich in der Regel weder schnell zutage treten noch ohne Weiteres bestimmten Interventionen zugeschrieben werden können. Für die Bewertung von Prozessen, also die Frage, wie Konzepte und Interventionen gestaltet, überprüft und umgesetzt werden, sind unterscheidungskräftige Analysemethoden erforderlich. Dabei gilt es zu weniger darum, die Gesundheitsergebnisse selbst zu messen, als um die Bewertung der Frage, ob die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen in Bezug auf die Herbeiführung einer Veränderung bekannt ist. Ein weiterer wichtiger Indikator sind die Beziehungen des Gesundheitssektors insgesamt mit anderen Teilen von Staat und Gesellschaft.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die strukturellen Determinanten von Gesundheit betreffen den politischen, ökonomischen und technologischen Kontext, die Art der sozialen Schichtung nach differenzierenden Faktoren wie Beschäftigungsstatus, Einkommen, Bildung, Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit, gesetzliche Maßnahmen sowie staatliche Maßnahmen außerhalb der Gesundheitspolitik eines Landes. Eine Förderung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ist daher unentbehrlich.

Voraussetzung für das Erreichen dieses Strategischen Ziels ist ein abgestimmtes Vorgehen aller Ressorts auf der Grundlage eines gesamtstaatlichen Konzepts, das das Recht aller auf bestmögliche Gesundheit vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Verantwortung als gemeinsames Ziel unabhängig von Sektor und sozialer Klientel sichert.

In nationalen Strategien und Plänen sollten alle für die Gesundheit relevanten Formen sozialer Benachteiligung und Anfälligkeit berücksichtigt und dabei die Zivilgesellschaft und die maßgeblichen Akteure einbezogen werden, etwa durch bürgernahe Initiativen. Der politische Entscheidungsprozess sollte sich an menschenrechtlichen und ethischen Grundsätzen orientieren, um Gerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Verantwortlichkeit, Nachhaltigkeit und Stimmigkeit der gesundheitsbezogenen Konzepte und Programme zu gewährleisten und gesellschaftliche Ausgrenzung zu überwinden.

Für die Beseitigung der Grundursachen für Gerechtigkeitsdefizite im Gesundheitsbereich sind koordinierte Anstrengungen der WHO – sowohl des Sekretariats als auch der Mitgliedstaaten – erforderlich, um dafür zu sorgen, dass Aspekte von Gleichstellung, Armutsbekämpfung, Ethik und Menschenrechten in die Erstellung von Ge-

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Annahme integrierter Handlungskonzepte, Pläne und Programme auf nationaler Ebene wird durch die „Verantwortungslücke“ erschwert. Zwar betreffen die sozialen und ökonomischen Determinanten sowohl den gesamten staatlichen Bereich als auch die Öffentlichkeit, doch gibt es keinen Akteur, der alleinige Zuständigkeit für sie hat.
- Voraussetzungen für den Erfolg sind die Überwindung der Isolation des politischen Entscheidungsprozesses und die Entwicklung und Pflege effektiver Partnerschaften mit einer großen Bandbreite von Akteuren auf nationaler, regionaler und globaler Ebene (u. a. Organisationen der Vereinten Nationen und andere internationale Partner wie auch nichtstaatliche Organisationen).

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Bereitstellung fachlicher und politischer Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung nationaler Systeme für die Erfassung und Analyse aufgeschlüsselter gesundheitsbezogener Daten und bei der Ausarbeitung, Umsetzung und Beobachtung von Gesundheitskonzepten auf der Grundlage des gesamtstaatlichen Konzeptes der Gesundheitsversorgung;
- Gewährleistung der Einbeziehung von ethischen Aspekten wie Gleichstellung, Umverteilung und Menschenrechte in die Arbeit der Organisation auf allen Ebenen, u. a. durch Erstellung gemeinsamer Terminologien und Instrumente sowie von Materialien für die Überzeugungsarbeit, durch Erweiterung der Wissensbasis und der Kapazitäten für die Durchführung und durch Sicherstellung der Stimmigkeit der Strategien;
- Verwendung der Empfehlungen der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit zur Unterstützung von Handlungskonzepten gegen die zugrunde liegenden Ursachen von Gerechtigkeitsdefiziten im Gesundheitsbereich, z. B. soziale Ausgrenzung, Mangel an Bildungs- und Berufschancen sowie durch Geschlecht, Alter, Behinderung oder ethnische Zugehörigkeit bedingte Ungleichheiten.

sundheitsleitlinien sowie in politische Entscheidungsprozesse und Programmarbeit einfließen können.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden prinzipiellen Voraussetzungen erreichen:

- dass die Gesundheitsministerien in vielen Umfeldern mit geeigneten Informationen sowie politischer und fachlicher Unterstützung versorgt werden, damit sie gewillt und in der Lage sind, bei den Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne eine Vorreiterrolle zu übernehmen und sich auf ein „gesamtstaatliches“ Vorgehen in der Gesundheitspolitik zuzubewegen;
- dass es auf allen Organisationsebenen möglich ist, eine dauerhafte Unterstützung für die Einbeziehung von Fragen der sozialen Determinanten von Gesundheit, der Gleichheit zwischen den Geschlechtern sowie der Menschenrechte in die fachliche Zusammenarbeit und in den Grundsatzdialog mit den Mitgliedstaaten aufzubauen;
- dass in vielen Ländern die für Planung und Umsetzung von Gesundheitsprogrammen Verantwortlichen bereit und in der Lage sind, trotz fachlicher und politischer Komplikationen Strategien in ihre Programme einzubeziehen, die den Aspekten der Gerechtigkeit, der Umverteilung, der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und der Menschenrechte dienen.

Die wichtigsten Risiken, die ein Erreichen dieses Strategischen Ziels verhindern könnten, sind:

- das Fehlen eines wirksamen Konsenses über Konzepte und Handlungsrahmen zwischen den beteiligten Partnern, u. a. Organisationen der Vereinten Nationen und weitere internationale Gremien und nichtstaatliche Organisationen;
- unzureichende Investitionen durch nationale Regierungen in den Erwerb und Einsatz geeigneter Fähigkeiten, damit Instrumente zur Analyse von Aspekten der Menschenrechte, der Ethik, der Wirtschaft, der Gleichstellung und der Armut effektiv und in großem Umfang umgesetzt werden können.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Programmen der Vereinten Nationen und ggf. auch mit Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft in dem Bestreben, Gesundheit als Menschenrecht und die Menschenrechte als Instrument zur Verbesserung von Gesundheit und zum Abbau von Gerechtigkeitsdefiziten zu fördern, an gesundheitsrelevanten makroökonomischen Faktoren (z. B. Handel) anzusetzen und Institutionen zu unterstützen, die die ethische Ausrichtung ihrer Entscheidungsverfahren zu gesundheitsbezogenen Konzepten, Programmen und Vorschriften verbessern;

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

7.1 Anerkennung der Bedeutung sozialer und ökonomischer Gesundheitsdeterminanten in der gesamten Organisation und ihre Einbeziehung in die normative Arbeit der WHO und die fachliche Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und anderen Partnern.	INDIKATOREN		
	7.1.1 Zahl der Regionen der WHO, die über eine regionale Strategie für die sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit verfügen, wie sie in dem von der Generaldirektorin unterstützten Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit genannt werden		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	2		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	5		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	6		
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008–2009		Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
17 814		17 500	23 100

	BEGRÜNDUNG		
	<i>Obwohl sie über das Erreichen dauerhafter gesundheitlicher Verbesserungen für die Gesamtbevölkerung entscheiden, haben die zugrunde liegenden Gesundheitsdeterminanten bisher von der WHO nur relativ geringe Aufmerksamkeit erhalten, so dass eine beträchtliche Mittelaufstockung gegenüber der Ausgangslage erforderlich ist. Im Zeitraum 2008–2009 wird die Kommission ihre Arbeit abschließen; die Umsetzung in den Ländern wird auf allen Ebenen der Organisation beginnen. Im Zeitraum 2010–2011 werden die Bemühungen auf gleichem Niveau liegen; die bisherig für die Arbeit der Kommission anfallenden Ausgaben werden von höheren Ausgaben auf Länderebene abgelöst. Im Zeitraum 2012–2013 wird die Beschleunigung der Arbeit auf Länderebene eine Aufstockung um ca. 10% erforderlich machen.</i>		
7.2 Initiative der WHO bei der Schaffung von Chancen und Möglichkeiten für sektorübergreifende Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene zur Thematisierung der sozialen und ökonomischen Gesundheitsdeterminanten (einschließlich des Verständnisses der Folgen von Handel und Handelsabkommen für die öffentliche Gesundheit und des sich daraus ergebenden Handlungsbedarfs) und zur Förderung von Armutsbekämpfung und nachhaltiger Entwicklung.	INDIKATOREN		
	7.2.1 Zahl der veröffentlichten Erfahrungsberichte der Länder über die Inangriffnahme sozialer Determinanten für Chancengleichheit im Gesundheitsbereich	7.2.2 Zahl der Instrumente für die Unterstützung der Länder bei der Untersuchung der Auswirkungen von Handel und Handelsabkommen auf die Gesundheitssituation	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	2	7	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	10	7	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	38	10	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	16 499	21 900	21 400
BEGRÜNDUNG			
<i>Die sektorübergreifende Arbeit auf globaler wie auch auf lokaler Ebene ist für die Bewältigung der sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit unverzichtbar. Dafür ist in den Zeiträumen 2008-2009 und 2010-2011 eine geringfügige Ausweitung der Tätigkeit der WHO erforderlich. Im Zeitraum 2012-2013 dagegen soll die Arbeit auf allen Organisationsebenen verstärkt werden.</i>			
7.3 Erfassung, Zusammenstellung und Analyse von für die Gesundheit relevanten sozialen und ökonomischen Daten (aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Gesundheitszustand, z. B. Krankheit oder Behinderung).	INDIKATOREN		
	7.3.1 Zahl der während des Zweijahreszeitraums veröffentlichten Länderberichte, die aufgeschlüsselte Daten sowie eine Analyse hinsichtlich der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich enthalten		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	25		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	35		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	60		
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	13 410	11 800	17 500
BEGRÜNDUNG			
<i>Explorationsforschung zu den sozialen und ökonomischen Determinanten und zur gesundheitlichen Chancengleichheit ist von der erhöhten Verfügbarkeit aufgeschlüsselter erhobener und gemeldeter Daten abhängig. Diese entscheidende Voraussetzung für die Indikatoren zu allen Strategischen Zielen wird ein erhebliches Maß an Unterstützung durch die WHO erforderlich machen, die mit der Zeit noch verstärkt werden muss, damit die Länder ihre angestrebten Ziele erfüllen können.</i>			

7.4 Förderung ethisch und rechtlich motivierter Ansätze in der WHO sowie auf nationaler und globaler Ebene.	INDIKATOREN		
	7.4.1 Zahl der für die Mitgliedstaaten oder das Sekretariat erstellten Instrumente, die Orientierungshilfe hinsichtlich der Verwendung eines menschenrechtlich motivierten Ansatzes bei der Gesundheitsförderung bieten	7.4.2 Zahl der für die Mitgliedstaaten oder das Sekretariat erstellten Instrumente, die Orientierungshilfe für die Durchführung einer Ethikprüfung mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitspolitik bieten	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	20	8	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	28	12	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	45	20	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	7 423	8 800	9 700
	BEGRÜNDUNG		
<i>Zusätzlich zur normativen Arbeit der Kernteams auf dem Gebiet der Ethik und der Menschenrechte werden in den kommenden Jahren Mitarbeiter mit entsprechendem fachlichen Hintergrund auf allen Ebenen der Organisation verstärkt an diesen Themen arbeiten und dabei auch die globalen Konzepte in Maßnahmen auf Länderebene umsetzen. Dieser zusätzliche Sachverstand und Aktionsradius in der gesamten Organisation führt zu einem bescheidenen Anstieg der Haushaltsmittel gegenüber dem letzten Zweijahreszeitraum.</i>			

7.5 Einbeziehung von Gleichstellungsanalysen und entsprechenden Handlungskonzepten in die normative Arbeit der WHO und Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Entwicklung von Konzepten und Programmen, die geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen.	INDIKATOREN		
	7.5.1 Zahl der von der WHO entwickelten bzw. aktualisierten Normen und Standards, in denen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden	7.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die in ihren Gesundheitsprogrammen mit Unterstützung der WHO eine oder mehr Maßnahmen zur Einbeziehung von Gleichstellungsaspekten durchgeführt haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	38	83	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	54	107	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	74	155	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	10 759	11 900	13 900
	BEGRÜNDUNG		
<i>Die höhere Unterstützung für Maßnahmen zur Förderung von Gleichstellung zwischen den Geschlechtern in der gesamten WHO im Zeitraum 2008–2009 erklärt sich aus der Zielsetzung, diese Aspekte in alle Tätigkeitsbereiche der Organisation einfließen zu lassen. In den nachfolgenden Zweijahreszeiträumen wird es infolge eines verstärkten Personaleinsatzes und verstärkter Anstrengungen in den Regional- und Länderbüros zu einem Wachstum kommen.</i>			

Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen

Indikatoren und Einzelziele

- Anteil der Stadt- und Landbevölkerung mit Zugang zu verbesserter Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung. Angestrebte Ziele: Zugang zu besserem Trinkwasser für 94% der Stadtbevölkerung und 78% der Landbevölkerung bis 2013 (geschätzte Ausgangslage 2004: 95% bzw. 73%); Zugang zu verbesserter Abwasserentsorgung für 81% der Stadtbevölkerung und 48% der Landbevölkerung bis 2013 (geschätzte Ausgangslage 2004: 80% bzw. 39%)
- Anteil der Bevölkerung, die feste Brennstoffe verwendet (als Indikator für den ungesunden Einsatz von Energiequellen zum Kochen und Heizen). Angestrebtes Ziel: Nur 30% der Weltbevölkerung verwenden bis 2013 noch feste Brennstoffe (Ausgangslage 2003: 52%)
- Krankheitslast (gemessen in DALY) aufgrund umweltbedingter Gesundheitsrisiken in zentralen Sektoren (z. B. Verkehr, Energie- und Wasserwirtschaft, Landwirtschaft). Angestrebte Ziele (jeweils bis 2013): 2,8% der weltweiten Krankheitslast aufgrund von Verkehr (geschätzte Ausgangslage 2002: 3,1%) und 3% aufgrund eines unzureichenden Zugangs zu einer verbesserten Wasserver- und Abwasserentsorgung (geschätzte Ausgangslage 2006: 3,8%)
- Krankheitslast (ausgedrückt in DALY) durch ausgewählte Berufsrisiken. Angestrebtes Ziel: 1,2% der weltweiten Krankheitslast aufgrund ausgewählter berufsbedingter Risiken wie Lärm, Verletzung, Rückenschmerzen, kanzerogene Stoffe und Schwebstaub bis 2013 (Ausgangslage 2000: 1,5%)

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Durch verfügbare Interventionen und Strategien für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz könnte die globale Krankheitslast um ca. ein Viertel und die Krankheitslast der Entwicklungsländer um ca. ein Drittel gesenkt werden. Doch Gesundheitssysteme erkennen lediglich einen Bruchteil der umweltbestimmten Determinanten von Gesundheit als Teil ihres Aufgabenbereichs und behandeln sie auch nur selten als Priorität bei der Festlegung der Strategien für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Die wenigen vorhandenen Daten deuten darauf hin, dass lediglich 2% eines durchschnittlichen nationalen Gesundheitshaushalts in präventive Gesundheitsstrategien investiert werden. Es ist offensichtlich, dass die Gesundheitseinrichtungen einerseits vor der Herausforderung stehen, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, andererseits aber auch die Chance haben, dies durch wirksamere Strategien und Interventionen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes zu erreichen.

Rapide Veränderungen in Bezug auf Lebensweise, Produktionsmuster und Energieverbrauch könnten in Verbindung mit der fortschreitenden Urbanisierung, dem Klimawandel und der zunehmenden Belastung der Ökosysteme sowohl kurz- als auch langfristig noch größere Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsausgaben haben, als dies bereits der Fall ist, wenn es das Gesundheitswesen versäumt, auf die gegenwärtig auftauchenden umweltbedingten Gefahren für die Gesundheit zu reagieren. Ein anschauliches Beispiel ist die bisher fehlende Aufmerksamkeit für die Gesundheitsfolgen des Klimawandels. Auch wenn einige gesundheitliche Konsequenzen des Klimawandels nicht rückgängig gemacht werden können, so lassen sich die Auswirkungen doch signifikant verringern, wenn das Gesundheitswesen prompt reagiert.

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Arbeit der WHO im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes schafft die Grundlage für globale Normen für Umweltqualität und für wirksame Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung (z. B. Leitlinien für Luftgüte und Trinkwasserqualität).
- Die Bewältigung umweltbedingter Gesundheitsrisiken kann auch zahlreiche erwünschte Nebenwirkungen auf Aspekte der Gleichstellung und Chancengleichheit haben, etwa eine Zeitersparnis für Frauen, die sonst Brennmaterial sammeln müssten, oder eine erhöhte Anwesenheit von Mädchen in der Schule.
- Der Nutzen aus Verbesserungen durch umweltbezogenen Gesundheitsschutz kommt reichen wie armen Menschen in Industrie- und Entwicklungsländern zugute und führt zu niedrigeren Gesundheitskosten und zu weniger Konflikten über Umweltressourcen.

Um die Anfälligkeit gegenüber umweltbedingten und gesundheitlichen Gefahren zu verringern, benötigen die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen dringend neue Daten über die epidemiologischen Auswirkungen dieser Gefahren sowie über die sie antreibenden veränderlichen Faktoren. Ebenso benötigen sie auch Belege für die Wirksamkeit von Interventionen, die unerwünschte gesundheitliche Ergebnisse vermeiden oder mildern, sowie von solchen, die die positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt maximieren können. Weil so viele der ursächlichen Wurzeln für die umweltbedingten Gesundheitsgefahren aus Aktivitäten von anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik herrühren, erfordert ein wirksames Risikomanagement im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes Maßnahmen sowohl des Gesundheitssektors als auch anderer Politikbereiche, hierunter die konkreten Umfelder, in denen diese Ursachen auftreten: zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Stadt.

Die Gesundheitspolitiker sind zunehmend aufgerufen, sich an Foren zu ökonomischer Entwicklung und Grundsatzfragen zu beteiligen, deren Entscheidungen tiefgreifende langfristige Auswirkungen auf Umweltverschmutzung, biologische Vielfalt und Ökosysteme und damit auf den umweltbedingten Gesundheitsschutz haben. Gesundheitsfachleute, die oft auf die Behandlung des einzelnen Patienten spezialisiert sind, müssen besser mit Fähigkeiten und Methoden zur Beobachtung und Zusammenführung von gesundheitlichen und umweltbezogenen Daten ausgestattet werden, Strategien für das öffentliche Bewusstsein aktiv gestalten und auf Krisensituationen reagieren. .

Auch wenn der Gesundheitssektor Entwicklungskonzepte nicht allein umsetzen kann, so kann er doch die epidemiologische Evidenz und die erforderlichen Werkzeuge, Verfahren oder Empfehlungen zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen von Entwicklungskonzepten und -plänen sowie Investitionstätigkeiten bereitstellen. Ebenso müssen die Akteure außerhalb des Gesundheitssektors auf die gesundheitlichen Risiken aufmerksam gemacht, also aufgeklärt und zum Handeln befähigt werden. Dazu sollte eine integrierte Bewertung und eine sektorübergreifende Entwicklung von Handlungskonzepten gefördert und die Gesundheitspolitik und mit den anderen Politikbereichen zusammengebracht werden.

Das Handlungsmandat der WHO in diesem Bereich ist fest in ihrer Satzung und in der Geschichte der gesundheitspolitischen Praxis und ihrer Erfolge verankert. Die Reform der Vereinten Nationen verschafft der WHO die Chance, ihre weltweite Führungsrolle im Bereich öffentliche Gesundheit und Umwelt stärker wahrzunehmen und dabei Gesundheitsaspekte konkret mit Zielen der nachhaltigen Entwicklung zu verbinden.

Voraussetzung für die Bewältigung dieser Aufgabe ist die Erkenntnis, dass bessere Konzepte und höhere Investitionen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes den größten Nutzen fast immer für die bedürftigsten Bevölkerungsgruppen mit der ungünstigsten Gesundheitssituation bringen. Dazu zählen arme Menschen und Kinder, denn insbesondere die Gesundheit von Kindern wird durch umweltbedingte Risiken beeinträchtigt und erfordert daher ein besonderes Augenmerk.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Um die Ursachen der umweltbedingten Bedrohungen für die Gesundheit an der Wurzel anpacken zu können, muss der Gesundheitssektor die folgenden übergeordneten Strategien verfolgen: Übernahme einer Führungsrolle bei den gesundheitspolitischen Aspekten der internationalen Umweltpolitik und anderer Politikbereiche; Befürwortung und Einrichtung von Partnerschaften für koordinierte sektorübergreifende Aktivitäten und integrierte Konzepte zur Verringerung von umwelt-

Wichtigste Erkenntnisse

- Überlegungen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sind maßgebliche Gründe dafür, Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors von der Notwendigkeit zu überzeugen, sich mit den Auswirkungen ihres Handelns auf die Gesundheit zu befassen, nicht zuletzt wegen der heute weltweit existierenden Vorschriften zur Prüfung der Umweltverträglichkeit geplanter Politiken und Investitionen.
- Die Debatte über den umweltbezogenen Gesundheitsschutz erleichtert das Verständnis der komplexen Zusammenhänge zwischen ökonomischer und sozialer Entwicklung sowie Umwelt und Ökosystemen und ermöglicht so die Festlegung zentraler Indikatoren zur Bewertung von Fortschritten in Richtung nachhaltiger Entwicklung.
- Das Arbeitsumfeld ist ein Zugangspunkt zur Gesundheitsversorgung, insbesondere in Gebieten mit niedrigem Einkommen, wo es oft die einzige Kontaktmöglichkeit zur Gesundheitsversorgung darstellt.
- Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung ist berufstätig, und der Arbeitsplatz ist der geeignete Ort, um nicht nur berufsbedingte Risiken zu verringern, sondern auch die Determinanten von Gesundheit anzugehen und eine Zusammenarbeit mit Sektoren außerhalb des Gesundheitsbereichs anzubahnen.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Unterstützung der Primärprävention durch Verringerung der umweltbedingten Gesundheitsrisiken und Beobachtung der Auswirkungen;
- Unterstützung der Bewertung der umweltbedingten Gesundheitsrisiken und der Bewältigung von Notfall-, Konflikt- und Katastrophensituationen und Schwerpunktlegung auf Präventions-, Vorsorge- und Sofortmaßnahmen sowie die Planung von Wiederaufbaumaßnahmen;
- Erleichterung und Förderung von Entwicklung, Austausch und Anwendung von Wissen, Forschungsergebnissen und Neuerungen und gleichzeitig verbesserte Aufklärung über neue Umweltgefahren und ausgewogene Lösungen für die verschiedenen Akteure.

bedingten Gesundheitsrisiken; und Förderung der Entwicklung von Rahmen und Strategien zum Nutzen der Gesundheit.

Die Beherrschung der Risiken für die öffentliche Gesundheit erfordert verstärkte institutionelle und fachliche Kapazitäten zur Bewertung und Quantifizierung der umwelt- und berufsbedingten Gesundheitsrisiken, zur Bewertung der Auswirkungen von zur Bewältigung dieser Risiken bestimmten Konzepten und Interventionen und zur Erleichterung der Umsetzung der geeigneten Interventionen. Die Vorsorge- und Gegenmaßnahmen in Bezug auf Umweltkrisen und -katastrophen und sich abzeichnende Gefahren verdienen bei der Entwicklung des Gesundheitssektors besondere Aufmerksamkeit. Eine stärkere Verlagerung auf Interventionen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes wird zur Verringerung der Anfälligkeiten beitragen und die Fähigkeiten der zuständigen Experten stärken, im Gesundheitssektor präventive Maßnahmen anzubieten.

Zur Ermittlung und Beseitigung aufgrund von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit und sozialen Umständen bestehender Ungleichheiten bezüglich der umweltbedingten Gesundheitsrisiken und -ergebnisse sind weitere Arbeiten erforderlich, um sicherzustellen, dass die Gesundheit von anfälligen Bevölkerungsgruppen durch Risikomanagement-Konzepte geschützt und verbessert werden kann. Es müssen auch innovative Partnerschaften geschaffen werden, damit sich die Wirkung der präventiven Maßnahmen vergrößert. Zum Beispiel übersteigt die Summe internationaler Entwicklungsgelder an die Entwicklungsländer weit die offizielle Entwicklungshilfe und bietet eine herausragende Chance zur Verbesserung der Gesundheit durch die Beeinflussung der Investitionen in anderen Sektoren. Durch den Klimawandel erhalten die Gesundheitsministerien größere Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheit in allen Politikbereichen. Die durch den Klimawandel geschaffene Dynamik wird erkannt und genutzt, um Initiativen und Partnerschaften, u. a. durch Öffentlichkeitsarbeit und aufsuchende Aktivitäten, zu schaffen, um den Führungskräften im Gesundheitssektor zu helfen, das Profil von Themen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes zu schärfen und in den Vordergrund zu rücken und die Fähigkeit der Gesundheitssysteme zur Einbeziehung von Themen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes in die traditionelle Diskussion im Gesundheitssektor zu erhöhen.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass die Akteure im Gesundheitssektor angesichts neuer Erkenntnisse zunehmend die wachsende Krankheitslast infolge von umweltbedingten Gesundheitsrisiken erkennen;
- dass die zuständigen Entscheidungsträger (Politiker, internationale Finanzorganisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft) in den Wirtschaftssektoren, die für die umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten am wichtigsten sind, die Gesundheit zunehmend als Schlüsselthema erkennen und Kosten und Nutzen des eigenen Handelns für die Gesundheit als zentrale Grundlage für ihre Entscheidungen begreifen;
- dass die Partner in der Entwicklungszusammenarbeit (Banken, multi- und bilaterale Hilfsorganisationen, Stiftungen und Empfängerländer) zunehmend erkennen, dass ein Abbau der Umweltgefahren für die Gesundheit einen wichtigen Beitrag zur Verwirklichung von Zielen der nachhaltigen Entwicklung bedeutet und dass ein diesbezügliches Versäumnis tatsächlich das Erreichen der einschlägigen Millenniums-Entwicklungsziele gefährden könnte;

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Förderung globaler Partnerschaften im Bereich umweltbezogener Gesundheitsschutz;
- Formulierung von Grundsatzpositionen mit dem Ziel der Beeinflussung internationaler Trends in verschiedenen Politikbereichen;
- Sammeln von Fachwissen und Beratung in Bezug auf die Abschätzung und Beherrschung umwelt- und berufsbedingter Gesundheitsrisiken, ggf. auch unter Vorwegnahme neuer Themen wie etwa der Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit;
- Beitrag zur Stärkung der Fähigkeit, Konzepte zur Förderung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes zu formulieren und umzusetzen, u. a. durch Ausarbeitung von Normen und Standards;
- Beobachtung und Abschätzung umweltbedingter Gesundheitsgefahren.

- dass das Klima im Zusammenhang mit der Reform der Vereinten Nationen weiterhin günstig bleibt, damit die WHO eine stärkere globale Führungsrolle in Bezug auf Themen der öffentlichen Gesundheit und der Umwelt wahrnehmen kann, und dass es der Organisation gelingt, das Profil der Gesundheit bei humanitären Hilfsmaßnahmen besser zu verdeutlichen und Gesundheit zu einem der Ziele für ökologische Nachhaltigkeit und ökonomische Entwicklung zu machen;

Da umweltbedingte Gesundheitsrisiken primär auf Maßnahmen in anderen Politikbereichen zurückzuführen sind, müssen zu ihrer Verringerung Interventionen durchgeführt werden, die sich der direkten Kontrolle des Gesundheitssektors entziehen. Die Gesundheitspolitik muss daher die betreffenden anderen Politikbereiche dazu ermutigen, dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz mehr Aufmerksamkeit zu widmen und genügend Einfluss auszuüben, um die erwünschten Änderungen herbeizuführen. Vor diesem Hintergrund kann die Verwirklichung dieses Strategischen Ziels durch folgende Risiken verhindert werden:

- dass die Erwartungen aus anderen Politikbereichen in Bezug auf baldige Ergebnisse und eine schnelle Zurückdrängung der umweltbedingten Gesundheitsrisiken u. U. die Fähigkeit des Gesundheitssektors, ihr Handeln zu unterstützen, übersteigen. Diese Fallgrube kann durch die Auswahl realistischer, erreichbarer Ziele vermieden werden;
- dass die Informationen über optimale Interventionen der anderen Politikbereiche zur Verbesserung der berufs- und umweltbedingten Gesundheitssituation nicht zugänglich sind. Diese Gefahr kann durch Investitionen der Gesundheitsbehörden in die Analyse und Dokumentation der wirksamsten Interventionen mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis vermieden werden;
- dass die führenden Politiker und Partner aus aller Welt in den Bereichen Entwicklung und/oder Umwelt nur ein schwaches oder vorübergehendes Engagement zur Bewältigung und Zurückdrängung der umweltbedingten Bedrohungen der Gesundheit zeigen. Investitionen in Partnerschaften, aufsuchende und stärker strategisch ausgerichtete globale Öffentlichkeitsarbeit zu Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes (z. B. „Flaggschiff-Berichte“ zu den globalen Aussichten in diesem Bereich) und das Erkennen von Lösungen, die der Gesundheit, der Entwicklung und der Umwelt zugute kommen, können dazu beitragen, dieses Problem zu überwinden;
- dass die Gesundheitssystem weiter nur schwach zur Zurückdrängung der berufs- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken und zur Beseitigung der Wurzeln dieser Probleme beitragen und dass auch die mangelnde Teilhabe der Gesundheitsministerien an der Bewältigung der Auswirkungen der Umwelt auf die öffentliche Gesundheit weiter fortbesteht.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

8.1 Durchführung evidenzbasierter Bewertungen und Formulierung bzw. Aktualisierung von Normen und Standards zu den wichtigsten umweltbedingten Gesundheitsrisiken (z. B. schlechte Luftqualität, Chemikalien, elektromagnetische Felder, Radon, qualitativ schlechtes Trinkwasser und Abwasserwiederverwendung).	INDIKATOREN		
	8.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die während des Zweijahreszeitraums mit fachlicher Unterstützung durch die WHO Bewertungen von konkreten umweltbedingten Gesundheitsrisiken vorgenommen oder die umweltbedingte Krankheitslast quantifiziert haben	8.1.2 Zahl neuer oder aktualisierter Normen, Standards oder Leitlinien der WHO zu Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz oder des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, die während des Zweijahreszeitraums veröffentlicht wurden	
	AUSGANGSLAGE 2008		
		5	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
		10	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
		12 pro Jahr	
	EINZELZIELE FÜR 2013		
		15	
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	32 960	38 100	35 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Um auf den soliden Erfahrungen des Sekretariats in den Bereichen Risikobewertung Bewertung der Krankheitslast, Formulierung von Normen und Empfehlungen und Betreuung von Umweltabkommen aufbauen und einen Mehrwert erzielen zu können, sind folgende Maßnahmen erforderlich: Harmonisierung der Risikobewertung für alle Arten von Gefahren; Bereitstellung von Informationen über Risikobewertung zur Unterstützung der WHO-Leitlinien und der gemeinsamen Pestizidspezifikationen von FAO/WHO; Bereitstellung von Risikobewertungen für Chemikalien in Lebensmitteln (sowohl Zusätze als auch Pestizidrückstände) für die Codex-Alimentarius-Kommission; Schaffung einer interaktiven Bibliothek für Informationen über Risikobewertung, Normen und Krankheitslast als Erweiterung zur Datenbank für Informationen über chemische Sicherheit aus zwischenstaatlichen Organisationen im Rahmen des Internationalen Programms für Chemikaliensicherheit sowie zu anderen Datenbanken; globale Verfolgung und Rückmeldung von Fortschritten in Bezug auf die für die Gesundheit relevanten umweltbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele; Erstellung von gesundheitsbezogenen Beiträgen zum Strategischen Konzept für ein internationales Chemikalienmanagement und zur Ergänzung der Beiträge des Gesundheitssektors zum Stockholmer Übereinkommen über persistente organische Schadstoffe und zum Rotterdamer Übereinkommen über das Verfahren der vorherigen Zustimmung nach Innenkenntnissetzung für bestimmte gefährliche Chemikalien sowie Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel im internationalen Handel.</i></p>			

8.2 Fachliche Unterstützung und Beratung für die Mitgliedstaaten bei der Durchführung von Interventionen der Primärprävention, die der Senkung von umweltbedingten Gesundheitsrisiken dienen, Förderung der Sicherheit und der öffentlichen Gesundheit, u. a. in	INDIKATOREN		
	8.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit fachlicher Unterstützung durch die WHO mindestens in einem der folgenden Umfelder Interventionen zur Primärprävention von umweltbedingten Gesundheitsrisiken durchführen: am Arbeitsplatz, zu Hause oder in der Stadt		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
EINZELZIELE FÜR 2011			

konkreten Bereichen (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause oder in Städten) und in anfälligen Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder).	EINZELZIELE FÜR 2013		
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	35 208	30 800	29 000
	BEGRÜNDUNG		
<p><i>Nach der sehr positiven Erfahrung mit der Bekämpfung berufs- und umweltbedingter Risiken in bestimmten Umgebungen und in enger Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren besteht nun ein starker Wunsch nach einer Wiederaufnahme und Ausweitung der Unterstützung durch das Sekretariat bei der Entwicklung und Durchführung solcher Interventionen im Rahmen der Primärprävention in bestimmten Umfeldern und bei der Eindämmung der wichtigsten Risiken. Es gibt bereits Pläne für neue globale Initiativen für die Unterstützung von Interventionen zur Bekämpfung von berufs- und umweltbedingten Risiken und zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in Schulen, in der Kommunalverwaltung, zu Hause und in Gesundheitseinrichtungen; geplant ist auch die Dokumentation von Kosten und Nutzen solcher Interventionen.</i></p>			
8.3 Fachlicher Beistand und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Stärkung der nationalen Risikomanagementsysteme im Bereich der berufs- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken sowie der dazugehörigen Funktionen und Angebote.	INDIKATOREN		
	8.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mit Unterstützung des Sekretariats nationale Aktionspläne oder Handlungskonzepte zur Beherrschung berufsbedingter Gesundheitsrisiken umgesetzt haben, die sich z. B. am globalen Aktionsplan der WHO zum Gesundheitsschutz für Arbeitnehmer (2008–2017) orientieren		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	21 224	19 800	33 000
	BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, berufs- und umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu bewältigen, ist begrenzt und steht in keinerlei Verhältnis zu dem enormen Potenzial, das die Verbesserung von Arbeits- und Wohnbedingungen für die Primärprävention von Krankheiten beinhaltet. Die geplante Arbeit soll dazu beitragen, die Fähigkeit des Gesundheitssektors zur Planung und Erbringung hochwertiger Gesundheitsangebote in den Bereichen Beruf und Umwelt zu stärken und die Interventionen und Überwachungsmaßnahmen durch eine bessere Erkenntnisgrundlage, durch logistische und fachliche Unterstützung und durch die Einbeziehung einer Reihe von Organisationen für die Durchführung von Initiativen zur Risikominderung und Gesundheitsförderung (z. B. unter Beschäftigten in der Schattenwirtschaft) auszudehnen.</i></p>			
8.4 Schaffung von Leitfäden, Instrumenten und Initiativen zur Unterstützung des Gesundheitssektors bei der Beeinflussung anderer Politikbereiche mit dem Ziel, dort Handlungskonzepte zu bestimmen und einzuführen, die der Verbesserung von Gesundheit, Umwelt und Sicherheit dienen.	INDIKATOREN		
	8.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die ein Interesse an der Einführung von der WHO vorgeschlagener gesundheitsförderlicher Konzepte oder Rahmenbedingungen in anderen Politikbereiche bekundet haben		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	EINZELZIELE FÜR 2011		

EINZELZIELE FÜR 2013		
MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
21 000	14 900	32 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Gesundheitspolitik ist nur bedingt in der Lage, das Handeln anderer Politikbereiche in Richtung einer Förderung von Gesundheit in den Bereichen Arbeit und Umwelt zu beeinflussen, und fehlt es ihr an Instrumenten, Wissen und Fähigkeiten, andere Politikbereiche einzubeziehen. Die neuen Aktivitäten werden auf den Erfahrungen der Organisation mit Gesundheitsfolgenabschätzung, Kosten-Nutzen-Analyse und umweltbezogenem Gesundheitsschutz in anderen Politikbereichen aufbauen, um so eine substanzielle Wissensgrundlage zu schaffen und zu eröffnen, die über die Auswirkungen der Ressortpolitik auf die berufs- und umweltbedingte Gesundheit, über deren Kosten und Nutzen und über die Erfahrungen bei der Umsetzung von Veränderungen in den betreffenden Politikbereichen Aufschluss geben. Zu der Arbeit wird die Entwicklung globaler Initiativen gehören, bei denen unter Einbeziehung von Netzwerken, Partnerschaften, Praxisgemeinschaften und strategischer Öffentlichkeitsarbeit gezielt ausgesuchte Politikbereiche dazu ermutigt werden sollen, in ihrer Politikgestaltung Aspekte der Risikoprävention am Arbeitsplatz und im umweltbezogenen Gesundheitsschutz zu berücksichtigen und zu Prioritäten zu machen. Das Sekretariat wird die Länder dabei fachlich begleiten und unterstützen, ihre Institutionen durch Kompetenzbildung zu stärken, um die Fähigkeit der Gesundheitspolitik zu erweitern, Veränderungen in anderen Politikbereichen herbeizuführen. Das Sekretariat wird auch das Aufstellen von Messlaten, die Leistungsbewertung und den Politikwechsel hin zu einer gesundheitsförderlichen Ressortpolitik erleichtern.</i></p>		

<p>8.5 Ausweitung der Führungsrolle des Gesundheitssektors für die Schaffung einer gesünderen Umwelt und die Veränderung der Politik in allen Politikbereichen, um die Ursachen der umweltbedingten Gesundheitsrisiken an der Wurzel zu packen, u. a. durch Reaktion auf neue und wiederkehrende Folgen von Entwicklung für die Bereiche umweltbezogener Gesundheitsschutz, Konsum- und Produktionsmuster sowie auf die schädlichen Wirkungen neuer Technologien.</p>	INDIKATOREN		
	8.5.1 Zahl der Studien oder Berichte über neue und wiederkehrende berufs- und umweltbezogene Gesundheitsthemen, die von der WHO veröffentlicht oder mitveröffentlicht werden	8.5.2 Zahl der von der WHO veröffentlichten oder mitveröffentlichten Berichte über Fortschritte hinsichtlich der Ziele für die Wasserver- und Abwasserentsorgung, die in wichtigen internationalen Rahmenvereinbarungen über Entwicklung wie den Millenniums-Entwicklungszielen festgelegt sind	8.5.3 Zahl der hochrangigen regionalen Foren zu Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, die im Zweijahreszeitraum von der WHO organisiert oder fachlich unterstützt werden
	AUSGANGSLAGE 2008		
			3
	EINZELZIELE FÜR 2009		
			5
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
			6
MITTEL [IN TAUSEND US-€]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
20 064	19 000	23 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Umwelt- und berufsbedingte Gesundheitsrisiken sind direkt mit den Konsum- und Produktionsmustern und der Politik verschiedener Wirtschaftssektoren verknüpft; gegenwärtig gibt es allerdings noch keinen Konsens über die Trends bei diesen Mustern und dieser Politik oder über ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsrisiken. Die Folge sind ein kurzfristiges Denken und Handeln in Bezug auf umweltbedingte Gesundheitsrisiken und ungeeignete Vorsorge- und Gegenmaßnahmen. Das Sekretariat wird eine globale, mehrjährige Strategie für aufsuchende Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit durchführen, strategische Analysen erstellen, mit seiner Arbeit zu Veröffentlichungen von hoher Durchschlagskraft beitragen (darunter Berichte über die globalen Aussichten im Bereich um-</i></p>			

weltbezogener Gesundheitsschutz), Konzepte für das Wissensmanagement bereitstellen und Regierungen und hochrangige Akteure durch globale und regionale Foren sowie durch Verbindungen mit Netzwerken aus Praktikern in die Antworten auf diese Probleme einbinden. Es wird auf vorhandenen Wirtschafts- und Umweltanalysen aufbauen, die potenziellen Auswirkungen sozialer und ökonomischer Trends prüfen, die Auswirkungen von politischen Maßnahmen beobachten, Informationen über vorbildliche Praktiken verbreiten und Maßnahmen empfehlen, die die Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit am Arbeitsplatz sowie des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes verbessern.

8.6 Entwicklung evidenzbasierter Konzepte, Strategien und Empfehlungen und fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erkennung, Vermeidung bzw. Bewältigung von durch den Klimawandel bedingten Problemen für die öffentliche Gesundheit.	INDIKATOREN		
	8.6.1 Zahl der von der WHO veröffentlichten oder mitveröffentlichten Studien oder Berichte über die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung	8.6.2 Zahl der Länder, die Pläne umgesetzt haben, durch die der Gesundheitssektor befähigt werden soll, sich auf die negativen Gesundheitsfolgen des Klimawandels einzustellen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
	24 100		
BEGRÜNDUNG			

Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Indikatoren und Einzelziele

- Anteil der unter Minderwuchs leidenden Kinder unter fünf Jahren. Angestrebtes Ziel: 22% (Ausgangslage: 30%)
- Anteil der Kinder unter fünf Jahren, die übergewichtig sind. Angestrebtes Ziel: 8% (Ausgangslage: 8%)
- Anteil der Kinder im schulpflichtigen Alter und der Jugendlichen unter 20 Jahren, die übergewichtig bzw. adipös sind. Angestrebtes Ziel: 10% (Ausgangslage: 10%)
- Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren aufgrund bestimmter lebensmittelbedingter Durchfallerkrankungen. Angestrebtes Ziel: Verringerung um 5% gegenüber der Ausgangslage 2009

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Dieses Strategische Ziel befasst sich mit einigen wesentlichen Determinanten von Gesundheit und Krankheit: Mangelernährung in allen Formen, unsichere Lebensmittel, d. h. Lebensmittel, in denen chemische, mikrobiologische, zoonotische und andere Gefahren für die Gesundheit lauern, und unsichere Nahrungsmittelversorgung von Haushalten. Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit sind Querschnittsthemen, die sich durch das gesamte Leben von der Geburt bis ins hohe Alter ziehen. Sie sind in stabilen Zeiten wie auch in Krisensituationen von Bedeutung und sollten speziell im Kontext der HIV/Aids-Epidemie thematisiert werden.

Etwa 800 Millionen Menschen leiden an Unterernährung, und ca. 170 Millionen Säuglinge und Kleinkinder sind untergewichtig. Jedes Jahr sterben mehr als 5 Mio. Kinder an Unterernährung und weitere 1,8 Mio. an durch Lebensmittel oder Wasser übertragenen Durchfallerkrankungen. Milliarden von Menschen sind von durch Lebensmittel übertragenen und zoonotischen Krankheiten betroffen, von denen manche tödlich verlaufen oder schwere Gesundheitsfolgen nach sich ziehen. Mikronährstoffmangel – der so genannte „versteckte Hunger“ – ist weltweit ein schwerwiegendes Problem. Dies gilt insbesondere für Eisen-, Vitamin-A-, Jod- und Zinkmangel. Unterernährung stellt die gravierendste Bedrohung für Gesundheit und Wohlbefinden in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen und weltweit dar. Adipositas im Kindesalter wird allmählich selbst in den Ländern mit niedrigem Volkseinkommen als Problem erkannt. Weltweit sind mehr als eine Milliarde Erwachsene übergewichtig; davon sind 300 Millionen adipös. Diese Problembereiche werden immer noch als voneinander unabhängig gesehen, doch sind beide in den meisten Ländern häufig auf Armut zurückzuführen und kommen in vielen Bevölkerungsgruppen gleichzeitig vor.

Trotz der Auswirkungen aller Formen von Mangelernährung auf Sterblichkeit, Morbidität und Volkswirtschaft entfallen nur 1,8% der gesamten Finanzmittel für die gesundheitsbezogene Entwicklungshilfe auf den Bereich Ernährung. Nur 0,7% der gesamten Hilfe der Weltbank für die Entwicklungsländer fließt in die Bereiche Ernährung und Ernährungssicherheit. In den Ländern fällt das finanzielle Engagement noch geringer aus. Um das bereits erläuterte Strategische Ziel zu erreichen, sind in Normal- wie Krisenzeiten finanzielle, personelle und politische Ressourcen zur Entwicklung, Förderung und Um-

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Verringerung der Armut und das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele sind globale Prioritäten. Die Ziele in Bezug auf die Verringerung der Armut werden wahrscheinlich erreicht, weniger wahrscheinlich ist dies bei den Zielvorgaben für Hunger und Untergewicht bei Kindern, was das Erreichen anderer Ziel gravierend beeinträchtigt.
- Ein höheres Einkommen führt nicht automatisch zu einer Verbesserung der Ernährung, der Lebensmittelsicherheit und der Ernährungssicherheit und wirkt sich auch nicht zwingend positiv auf Mikronährstoffmängel aus. Deshalb sind in diesen Bereichen direkte Programminvestitionen erforderlich.
- Ernährung und Lebensmittelsicherheit haben in nationalen Entwicklungsplänen einen zu geringen Stellenwert, und die Synergien, die durch die Verknüpfung dieser beiden Themenbereiche erreicht werden könnten, werden oft nicht erkannt.
- Vielleicht das größte Hindernis ist der Mangel an ausreichend qualifiziertem Personal in den Bereichen Ernährung und Lebensmittelsicherheit. Die Schaffung von Kapazitäten mit einem Schwerpunkt auf Führungskompetenz in den Bereichen Ernährung und Lebensmittelsicherheit auf der Ebene des nationalen Gesundheitswesens ist eine Priorität.
- In den Ländern steigt das Interesse an einer Erweiterung und Stärkung der WHO-Präsenz und ihrer Einflussnahme auf die Bereiche Ernährung und Lebensmittelsicherheit.
- Es bedarf dringend einer engeren Zusammenarbeit und gemeinsamer Aktivitäten im gesamten System der Vereinten Nationen. Die WHO sollte bei ihren Partnern auf eine einheitliche Vision und eine gemeinsame Agenda hinwirken. Eine koordinierte Strategie für Überzeugungsarbeit und Kommunikation sowie starke Partnerschaften werden entscheidend dazu beitragen, diese Agenda voranzubringen.
- Die Bereiche Ernährung und Lebensmittelsicherheit erhielten in der Vergangenheit stets nur geringe finanzielle Unterstützung. Die erneuerte und koordinierte Unterstützung durch Entwicklungspartner ist von großer Bedeutung.

setzung einer sektorübergreifenden, wissenschaftsbasierten, umfassenden und integrierten Agenda für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit auf globaler, regionaler und nationaler Ebene erforderlich. Schwerpunkte einer solchen Agenda sollten die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele und anderer internationaler Verpflichtungen in Bezug auf Ernährung und Lebensmittelsicherheit sein; dazu gehört die Prävention von durch Lebensmittel übertragenen, zoonotischen und ernährungsbedingten chronischen Erkrankungen sowie von Mikronährstoffmangel.

Trotz rückläufiger Prävalenz von Untergewicht bei Kindern in den meisten Regionen ist der Rückgang nicht stark genug, um die im ersten Millenniums-Entwicklungsziel festgelegte Zielvorgabe für die Verringerung der Mangelernährung bei Kindern zu erfüllen. Außerdem steigen die Raten in Afrika weiterhin an. Zwischen Armut, Hunger und Unterernährung bei Kindern bestehen nur lose Zusammenhänge, so dass steigender Wohlstand nicht automatisch zur Linderung von Hunger und Unterernährung bei Kindern führt. Deshalb sind zur Reduzierung der Unterernährung bei Kindern direkte Programminvestitionen erforderlich. Bei den Bemühungen zur Linderung der meisten Formen von Mangelernährung sollte zur Verbesserung der Erfolgsaussichten gewährleistet sein, dass die Maßnahmen primär den ärmeren Bevölkerungsschichten zugute kommen. Wenn nicht größere Fortschritte bei der Beseitigung von Hunger und Mangelernährung erzielt werden, dürften viele der anderen Millenniums-Entwicklungsziele nur schwer zu erreichen sein. Es bestehen wesentliche Zusammenhänge zwischen Unterernährung und den meisten der folgenden Ziele: Kindersterblichkeit (Ziel 4), Gesundheit von Müttern (Ziel 5) sowie HIV/Aids und Malaria (Ziel 6). Die Wechselwirkungen zwischen Unterernährung und Armut (Ziel 1), Bildung (Ziel 2) und Gleichstellung zwischen den Geschlechtern (Ziel 3) sind zwar weniger offensichtlich, doch trotzdem ebenso wichtig. Wenn nicht Ernährung und Lebensmittelsicherheit als unerlässlich für die Gesundheit der Bevölkerung sowie die wirtschaftliche Entwicklung anerkannt und wenn nicht besondere Anstrengungen zur Erfüllung der im ersten Millenniums-Entwicklungsziel festgelegten Zielvorgaben für die Bekämpfung von Hunger und Unterernährung bei Kindern unternommen werden, wird dadurch die Verwirklichung aller anderen Ziele beeinträchtigt.

Maßnahmen auf nationaler, subnationaler und kommunaler Ebene zur Förderung, zum Schutz und zur Unterstützung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit zugunsten von Einzelpersonen und Familien sind entscheidende Voraussetzungen für den Erfolg. Solche Maßnahmen sind auch bei der Förderung des Zusammenwirkens maßgeblicher Akteure in den Bereichen Gesundheit, Umwelt und Entwicklung wichtig, um sichere und nachhaltige landwirtschaftliche Produktionsverfahren zu gewährleisten, bei denen berufsbedingte Gesundheitsrisiken minimiert und die langfristig positiven gesundheitlichen Effekte auf Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit maximiert werden.

Von wesentlicher Bedeutung bei allen Plänen und Konzepten auf dem Gebiet der Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit ist auch die Berücksichtigung von Menschenrechts- und Gleichstellungsaspekten.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Um dieses Strategische Ziel zu erreichen, müssen Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit in der nationalen Entwicklungspolitik eine ebenso zentrale Rolle spielen wie in der landwirtschaftlichen Entwicklung und bei der Nahrungsmittelerzeugung und der Viehzucht. Dabei müssen die Bedürfnisse der biologisch und sozial anfälligsten Bevölkerungsgruppen besonders berücksichtigt werden.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Förderung der Konzeptentwicklung durch breit angelegte Allianzen und sektorübergreifende Ansätze mit dem Ziel, auf der Grundlage nationaler Prioritäten umfassende und wirksame Konzepte und Aktionspläne für Lebensmittelsicherheit und Ernährung auszuarbeiten;
- Ausweitung der WHO-Präsenz auf regionaler und Länderebene sowie ihrer Kapazitäten in den Bereichen Ernährung und Lebensmittelsicherheit, um die Mitgliedstaaten angemessen unterstützen zu können;
- Förderung der Anerkennung von Fragen der Ernährung und Lebensmittelsicherheit als zentrale Aspekte der Gesundheit der Bevölkerung und der wirtschaftlichen Entwicklung;
- Zusammenarbeit mit den nationalen Regierungen bei der Entwicklung nationaler Lebensmittelkontrollsysteme und Bereitstellung von Instrumenten zur Unterstützung dieses Prozesses; Unterstützung nationaler und regionaler Programme zur Bekämpfung durch Lebensmittel übertragener Krankheiten zoonotischen und nichtzoonotischen Ursprungs, um eine nachhaltige Entwicklung der Lebensmittelproduktion zu gewährleisten;
- Wirksame Vermittlung der Notwendigkeit integrierter Konzepte zur Verbesserung von Ernährung und Lebensmittelsicherheit; die gleichzeitige Gewährleistung des Zugangs zu sicheren und nahrhaften Lebensmitteln erweitert dies um einen Menschenrechtsaspekt;
- Verbesserte Abstimmung und engere Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen zur Förderung der Integration von Programmen für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit auf nationaler Ebene und zu ihrer Einbindung in nationale Entwicklungskonzepte;
- Maximierung der Rolle der WHO als Organisation, die maßgebliche Akteure zusammenbringt, und Entwicklung neuer Ansätze mit den Zielen, ihre normative Funktion zu stärken, durch die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Normen, Standards, Empfehlungen und fachlicher Leitlinien Wissenslücken zu schließen und wichtige Partner einzubeziehen, um eine stärkere Verbreitung und Nutzung der Informationsprodukte der WHO zu gewährleisten;
- Stärkung weltweiter Kontakte zwischen Politikern in den Ressorts Gesundheit, landwirtschaftliche Entwicklung, Wasserwirtschaft, Handel und Umwelt, damit Maßnahmen auf dem Gebiet der Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit umfassend und unter Einbeziehung aller maßgeblichen Akteure geplant und durchgeführt werden können, so dass nachhaltige gesundheitliche Zugewinne möglich werden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen gehören die Entwicklung und Umsetzung ethisch und kulturell akzeptabler grundlegender Interventionen, die Verbesserung des Zugangs zu diesen Interventionen, die Schaffung von Synergien und die Verstärkung von Verknüpfungen zwischen Programmen und die Vermeidung von Überschneidungen bei der Erbringung von Leistungen sowie die Förderung eines tieferen Verständnisses bei Einzelpersonen, Familien und ihrem Umfeld für die Bedeutung von guter Ernährung, gesunden Essgewohnheiten und Lebensmittelsicherheit für Gesundheit und Wohlbefinden insgesamt. Andere notwendige Bedingungen sind: die Schaffung geeigneter gesetzlicher und ordnungspolitischer Rahmenbedingungen auf der Grundlage bestehender internationaler Vorschriften und Mechanismen; Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Akteuren in der Lebensmittelerzeugung und -verarbeitung und im Vertrieb, um die Verfügbarkeit gesünderer Lebensmittel zu verbessern; Förderung einer ausgewogenen Ernährung, u. a. durch Sicherstellung der Einhaltung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und des Codex Alimentarius von FAO und WHO. Ergänzt werden die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen durch die Stärkung der nationalen Kapazitäten zur Gewinnung von Erkenntnissen durch Überwachungsmaßnahmen und Forschungsanstrengungen.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass der Zugang zu sicheren Lebensmitteln und ausreichender Ernährung als Menschenrecht und als notwendige, ja sogar grundlegende Voraussetzung für Gesundheit und Entwicklung anerkannt wird;
- dass individuelles Verhalten durch effiziente Präventionssysteme und günstige Rahmenbedingungen, die der Öffentlichkeit bewusste Entscheidungen zur Vermeidung von Mangelernährung und unsicheren Lebensmitteln ermöglichen, positiv beeinflusst werden kann.

Die wichtigsten Risikofaktoren, die eine Verwirklichung des Strategischen Ziels verhindern könnten, liegen in den derzeit geringen personellen und finanziellen Investitionen und in einem Mangel an Führungskompetenz bei der Entwicklung und Umsetzung umfassender Konzepte und wirksamer Interventionen. Ohne zusätzliche Investitionen auf allen Ebenen werden die Chancen auf Erfüllung des Ziels ernsthaft beeinträchtigt.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

<p>9.1 Bildung von Partnerschaften und Bündnissen, Aufbau von Führungskompetenz und verstärkte Abstimmung und Vernetzung mit allen Akteuren auf nationaler, regionaler und globaler Ebene, um die Überzeugungs- und Kommunikationsarbeit zu verbessern, sektorübergreifende Maßnahmen anzuregen, die Investitionen in Maßnahmen für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit zu erhöhen und eine Forschungsagenda auszuarbeiten und zu unterstützen.</p>	INDIKATOREN		
	9.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die über institutionalisierte und funktionsfähige Koordinationsverfahren zur Förderung sektorübergreifender Konzepte und Maßnahmen in den Bereichen Lebensmittelsicherheit, Ernährungssicherheit und Ernährung verfügen	9.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit sowie einen jeweiligen Mechanismus für ihre Finanzierung in ihre sektorweiten Handlungskonzepte oder in Strategiepapiere zur Armutbekämpfung aufgenommen haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	30	44	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	60	60	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	80	80	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	16 975	20 900	10 000
	BEGRÜNDUNG		
<p><i>Maßnahmen zum Aufbau von Partnerschaften und Führungskompetenz und zur Verstärkung von Überzeugungs- und Kommunikationsarbeit werden auf regionaler und nationaler Ebene durchgeführt und konzentrieren sich auf den Zweijahreszeitraum 2008–2009. In dem erwarteten Ergebnis kommen die grundlegenden Anforderungen im Hinblick auf den Ausbau effizienter sektorübergreifender nationaler Systeme für Ernährung und Lebensmittelsicherheit während des gesamten Zeitraums zum Ausdruck. Die für 2008–2009 benötigten Mittel werden für die Durchführung von Workshops und Missionen vor Ort, die Ausarbeitung gemeinsamer Programme mit anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen im Zuge des Reformprozesses sowie die Entwicklung und Umsetzung von Kommunikationsstrategien verwendet. In den Zweijahreszeiträumen 2010–2011 und 2012–2013 wird von einem geringeren Mittelbedarf ausgegangen.</i></p>			

<p>9.2 Erstellung von Normen – einschließlich Referenzen, Anforderungen, Forschungsschwerpunkten, Leitlinien, Schulungshandbücher und Standards – und ihre Weiterleitung an die Mitgliedstaaten, um deren Fähigkeit zur Bewertung und Bekämpfung aller Formen von Mangelernährung sowie durch Lebensmittel übertragbarer Krankheiten zoonotischen und nichtzoonotischen Ursprungs zu verbessern und gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern.</p>	INDIKATOREN		
	9.2.1 Zahl der neu erstellten und an die Mitgliedstaaten und die internationale Gemeinschaft übermittelten Standards, Leitlinien und Schulungsmaterialien für Ernährung und Lebensmittelsicherheit	9.2.2 Zahl der neu erstellten Normen, Standards, Leitlinien, Instrumente und Schulungsunterlagen zur Prävention und Bewältigung von durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten zoonotischen und anderen Ursprungs	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Keine	Keine	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	15	3	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	50	10	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	30 031	28 500	30 000

	BEGRÜNDUNG
	<p>Die normative Arbeit der WHO in Bezug auf Normen, Standards und Empfehlungen für Lebensmittel und Ernährung wird im Zeitraum 2008-2009 fortgesetzt, um Defizite in entscheidenden Bereichen wie Mikro- und Makronährstoffe (Kohlenhydrate, Fette und Öle) zu beseitigen und mikrobiologische und chemische Gefahren zu verhindern bzw. zu bewältigen. Sie wird umfassende Expertenkonsultationen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen erfordern. Der Großteil der Mittel wird im Hauptbüro verwendet werden, da das erwartete Ergebnis eine Zusammenarbeit zwischen der WHO und den Gremien und Aktivitäten des Codex Alimentarius bei der Bereitstellung wissenschaftlichen Rates erforderlich macht, beispielsweise in Form von Tagungen des Gemeinsamen Sachverständigenausschuss von FAO und WHO für Lebensmittelzusatzstoffe, der Gemeinsamen Tagung von FAO und WHO zum Thema Pestizidrückstände und der Gemeinsamen Sachverständigentagung von FAO und WHO über mikrobiologische Risikobewertung. Auch zu Themen wie Ernährung und HIV/Aids, Ernährungsinterventionen in der Schule, Ernährung in Krisensituationen, Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, Lebensmittelsicherheit und der Prävention von durch Lebensmittel übertragbaren und zoonotischen Krankheiten sollen Leitlinien und Schulungsinstrumente erstellt werden. Weil die normative Arbeit ein kontinuierlicher Prozess ist, werden die für die Zweijahreszeiträume 2010-2011 und 2012-2013 erforderlichen Mittel voraussichtlich in gleicher Höhe liegen.</p>

9.3 Verstärkung der Kontrolle und Überwachung der Bedürfnisse sowie der Bewertung und Analyse der Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und ernährungsbedingte Krankheiten; Verbesserung der Fähigkeit, beste Lösungswege zu bestimmen – in Normalzeiten wie auch in Krisensituationen.	INDIKATOREN		
	9.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die die WHO-Leitlinien für das Wachstum von Kindern angenommen und umgesetzt haben		9.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die über national repräsentative Überwachungsdaten für die wichtigsten Formen von Mangelernährung verfügen
	AUSGANGSLAGE 2008		
	20	90	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	50	100	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100	150	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
18 509	16 700	15 000	
BEGRÜNDUNG			
<p>Ein Großteil der Mittel wird auf regionaler und nationaler Ebene ausgegeben. Um die Länder bei der Bewertung ihrer Maßnahmen zu unterstützen, sollen mit den für 2008-2009 benötigten Mitteln regionale Workshops organisiert, national repräsentative Untersuchungen entwickelt und Missionen durch das Hauptbüro oder die Regionalbüros durchgeführt werden. Es besteht eine enge Verbindung zwischen diesem und dem vorangegangenen erwarteten Ergebnis, da Kontrolle, Überwachung und Bewertung der Maßnahmen die Unterstützung darstellen, die für Aktivitäten zur Einbeziehung von Fragen der Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit in sektorweite Handlungskonzepte, Strategiepapiere zur Armutsbekämpfung und/oder Entwicklungskonzepte, Pläne sowie Haushalte benötigt wird. Weil Kontrolle und Bewertung einen kontinuierlichen Prozess darstellen, werden die Mittel in den Zweijahreszeiträumen 2010-2011 und 2012-2013 voraussichtlich in gleicher Höhe liegen.</p>			

<p>9.4 Aufbau von Kapazitäten und Unterstützung für Zielländer bei der Ausarbeitung, Verstärkung und Umsetzung von Ernährungsplänen, -konzepten und -programmen, die auf eine Verbesserung der Ernährung während des gesamten Lebens abzielen – in Normalzeiten wie auch in Krisensituationen.</p>	INDIKATOREN					
	9.4.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die mindestens drei vorrangige Maßnahmen umgesetzt haben, die in der Globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern empfohlen werden	9.4.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien zur Prävention und Bekämpfung von Mikronährstoffmangel umgesetzt haben	9.4.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die Strategien zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten und Verhinderung ernährungsbedingter chronischer Krankheiten umgesetzt haben	9.4.4 Zahl der Mitgliedstaaten, die Ernährungsaspekte in ihre Konzepte zur Bekämpfung von HIV/Aids einbezogen haben	9.4.5 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Bereitschaftspläne und Handlungskonzepte für Ernährungsnotstände verfügen	
	AUSGANGSLAGE 2008					
	60	40	40	65	30	
	EINZELZIELE FÜR 2009					
	90	70	70	65	45	
	EINZELZIELE FÜR 2011					
	EINZELZIELE FÜR 2013					
	120	80	80	80	70	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]					
	Haushalt 2008–2009		Haushaltsentwurf 2010–2011		Schätzungen 2012–2013	
	24 314		21 800		40 000	
BEGRÜNDUNG						
<p><i>Ein Großteil der Mittel wird auf regionaler und nationaler Ebene ausgegeben. Auch die Präsenz der WHO im Bereich Ernährung und Lebensmittelsicherheit wird auf diesen Ebenen erheblich verstärkt. Im Zeitraum 2008–2009 werden die Mittel dafür verwendet, die Regional- und Länderbüros sowie die Außenstellen mit ausreichend Personal auszustatten und die effektive Durchführung von Ernährungsinterventionen nach den Bedürfnissen und Anforderungen der Länder zu unterstützen. In den Zweijahreszeiträumen 2010–2011 und 2012–2013 dürfte der Mittelbedarf insgesamt leicht zurückgehen. Die Ausweitung der Programme der Länder könnte einen Rückgang der Nachfrage nach direkter fachlicher Unterstützung zur Folge haben.</i></p>						

<p>9.5 Verstärkung der Überwachungs-, Präventions- und Kontrollsysteme für durch Lebensmittel übertragbare Krankheiten zoonotischen und nicht-zoonotischen Ursprungs und Schaffung von Programmen zur Beobachtung und Analyse von Lebensmittelsrisiken und Integration dieser Programme in die bestehenden nationalen Überwachungssysteme und Weitergabe der Ergebnisse an alle maßgeblichen Akteure.</p>	INDIKATOREN		
	9.5.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Prävention, Bekämpfung und Überwachung von durch Lebensmittel übertragenen Zoonosen eingerichtet bzw. ausgebaut haben	9.5.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die einen Plan zur Verringerung der Inzidenz mindestens einer wesentlichen durch Lebensmittel übertragenen Zoonose initiiert haben	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	20	50	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	20	50	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	40	70	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	17 032	14 800	30 000

	<p>BEGRÜNDUNG</p> <p><i>Ein Großteil der Mittel wird auf regionaler und nationaler Ebene ausgegeben. Die für den Zeitraum 2008-2009 benötigten Mittel werden dafür verwendet, Maßnahmen in Verbindung mit dem Globalen Netzwerk zur Salmonellenüberwachung zu unterstützen, die der Schaffung von Kapazitäten auf nationaler und regionaler Ebene für die Überwachung, Prävention und Bekämpfung von durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten und Zoonosen dienen. Dieses und das nächste erwartete Ergebnis sind miteinander verbunden, da die Kontrolle und Überwachung der Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau effizienter Systeme für Lebensmittelsicherheit darstellen. Weil die Überwachung und Bekämpfung von durch Lebensmittel übertragbaren Krankheiten und Zoonosen kontinuierliche Prozesse darstellen, werden die Mittel in den Zweijahreszeiträumen 2010–2011 und 2012–2013 voraussichtlich in gleicher Höhe liegen.</i></p>
--	--

<p>9.6 Aufbau von Kapazitäten und Unterstützung für die Mitgliedstaaten, u. a. für ihre Beteiligung an internationalen Normgebungsverfahren, um ihre Fähigkeit zur Gefahrenbewertung bei durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten zoonotischen und nicht-zoonotischen Ursprungs sowie im Bereich der Lebensmittelsicherheit zu verbessern und nationale Lebensmittelkontrollsysteme mit Verknüpfungen zu internationalen Notfallsystemen zu entwickeln und umzusetzen.</p>	INDIKATOREN		
	9.6.1 Zahl der ausgewählten Mitgliedstaaten, die Unterstützung für die Beteiligung an internationalen Normgebungsverfahren in Bezug auf Nahrungsmittel erhalten, wie etwa im Rahmen der Codex-Alimentarius-Kommission	9.6.2 Zahl der ausgewählten Mitgliedstaaten, die nationale Systeme für Lebensmittelsicherheit aufgebaut haben, die über Verknüpfungen zu internationalen Notfallsystemen verfügen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	90	30	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	90	30	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	110	80	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltswurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
20 073	16 200	30 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Ein Großteil der Mittel soll als Beitrag zu einer wirksamen Beteiligung der Länder an internationalen Normsetzungsverfahren und für den Aufbau leistungsfähiger Systeme für Lebensmittelsicherheit, Ernährung und Veterinärmedizin dienen. Die Mittel, die während der drei Zweijahreszeiträume zur Unterstützung der Beteiligung an Normsetzungsverfahren benötigt werden, sollen nach und nach in dem Maße reduziert werden, in dem mehr Länder sich in diesem Bereich selbst finanzieren können. Die Mittel für den Aufbau von Systemen dürften angesichts des erwarteten Bedarfs auf demselben Niveau verbleiben.</i></p>			

Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

Indikatoren und Einzelziele

- Verminderung der Lücken bei der Versorgung mit integrierten Instrumentarium an Interventionen und Dienstleistungen in mindestens acht von zehn Ländern
- Verbesserung der Führungskompetenz und der Führung von Gesundheitssystemen, beurteilt anhand von regional vereinbarten Maßstäben, in zwei von fünf Ländern
- Verringerung der Zahl der Länder mit kritischen Engpässen beim Gesundheitspersonal um 25% und gerechtere Verteilung von Gesundheitsfachkräften
- Erhöhung der für prioritäre Gesundheitsprobleme ausgegebenen Gesundheitsforschungsmittel um 25% in mindestens zehn Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen im Rahmen des übergeordneten Einzelziels, bis 2013 die Bereitstellung von 2% des Gesundheitsetats für Forschungszwecke zu erreichen
- Einhaltung international akzeptierter Standards für Gesundheitsinformationssysteme in mindestens sieben von zehn Ländern
- Verringerung der Zahl der Länder, in denen der Selbstbeteiligungsgrad der Patienten an den Gesamtausgaben für Gesundheit mehr als 30% beträgt
- Entwicklung und Umsetzung von Strategien für Wissensmanagement und eGesundheit zur Stärkung der Gesundheitssysteme in mindestens 70 Ländern

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Trotz staatlicher Versprechen hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheitsversorgung haben nur allzu viele Menschen nicht den Zugang zu den präventiven und kurativen Gesundheitsleistungen, die sie benötigen und mit Recht erwarten. Am häufigsten sind davon die armen und anfälligen Bevölkerungsschichten betroffen. Die Gründe sind von Land zu Land verschieden: Es kann an Personal und Materialien fehlen; die angebotenen Dienstleistungen sind unzugänglich, unpassend, von schlechter Qualität oder unerschwinglich; aufgrund gesellschaftlicher Ausgrenzung kann Einzelnen oder Gruppen der Zugang verwehrt sein, wovon häufig gerade die betroffenen sind, die ihn am meisten benötigen; oder die Anbieter – sowohl private als auch staatliche – richten sich nicht nach den Behandlungswünschen der Bevölkerung. Wenn die Leistungserbringung legitimen Erwartungen nicht gerecht wird, spricht dies oft für Probleme in der Finanzierung, Organisation und Führung der Gesundheitssysteme.

Die Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich müssen eine Vielzahl von Zielen und widersprüchlichen Forderungen miteinander vereinbaren, häufig in einem Kontext, in dem ein Mangel an wichtigen Ressourcen besteht – Finanzen, Personal, Infrastruktur, Materialien, Informationen, politische Unterstützung. Oft sind sie auf schwache Institutionen angewiesen, die unzureichenden Zugang zu wichtigen Wissens- und Evidenzgrundlagen haben und deshalb schlecht dafür gerüstet sind, fundierte Antworten auf wichtige Fragen zu geben, zum Beispiel danach, wie sich Mittel beschaffen lassen, wie vorhandene Mittel besser genutzt werden können, um eine zugänglichere, bezahlbarere und effizientere Erbringung eines ganzen Spektrums prioritärer Leistungen und Ergebnisse zu gewährleisten, oder wie Gesundheitspersonal gebunden und motiviert werden kann.

Die Übernahme der Verantwortung für die Leitung, Führung und Steuerung des Gesundheitssystems (bisweilen als „Führung“ oder „Steuerung“ bezeichnet) setzt faktisch Folgendes voraus: das Vorhandensein verfügbarer, kompetenter, aufgeschlossener und leistungsstarker Gesundheitsfachkräfte mit Zugang zu geeigneten und sicheren medizinischen Technologien und Instrumenten; eine wirksame Verwaltung staatlicher und nicht staatlicher Anbieter; eine faire, angemessene und nachhal-

Wichtigste Erkenntnisse

- Gesundheitssysteme, die großen Wert auf die primäre Gesundheitsversorgung legen, spielen eine wichtige Rolle für die Maximierung von Gesundheitsergebnissen und die Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs, einer gerechten Finanzierung und einer hohen Qualität der Versorgung.
- Die Bevölkerung beurteilt die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht nur anhand der Wirksamkeit der bereitgestellten Interventionen. Sie misst auch anderen Aspekten Wert bei: Kontinuität von Prävention und Versorgung; Integrationsgrad; patientenzentrierter kundennaher Ansatz; Sicherheit; Achtung von Würde und Wahlfreiheit. Unabhängig davon, ob die Versorgung durch staatliche oder nicht staatliche Anbieter erfolgt, haben diese Merkmale – oder ihr Nichtvorhandensein – einen großen Einfluss auf Nachfrage, Inanspruchnahme und Versorgungsgrad. Wenn die Leistungserbringung den Erwartungen der Bevölkerung und des Fachpersonals entsprechen soll, ist die Auswahl der für den jeweiligen Kontext geeigneten Organisations- und Managementmodelle ebenso wichtig wie eine ausreichende Finanzierung.

tige Finanzierung, die soziale Absicherung bietet; und Systemintelligenz, gestützt auf Informationssysteme, Forschung und Wissensmanagement, als Grundlage für die Gestaltung der Gesundheitspolitik und die Weiterentwicklung des Systems.

Weil die Art und Weise, in der Leistungen organisiert und verwaltet werden, Einfluss auf den Zugang, den Versorgungsgrad und die Ergebnisse hat, schließt die Führung eines Gesundheitssystems auch die Verantwortung für die Organisation der Leistungserbringung insgesamt ein. Wenngleich es kein alleingültiges Modell für die Organisation der Leistungserbringung gibt, haben sich doch einige Prinzipien durchgesetzt. Erstens sollten Maßnahmen ergriffen werden, um Ausgrenzung zu verhindern und den Zugang zu integrierten Dienstleistungen sicherzustellen, die Prävention, Versorgung und soziale Absicherung umfassen. Zweitens muss das gesamte Spektrum sowohl staatlicher als auch privater Anbieter berücksichtigt werden. Drittens müssen unnötige Überschneidungen und Fragmentierung vermieden werden. Viertens sollten wirksame Mechanismen zur Rechenschaftsablage unter Beteiligung der Zivilgesellschaft und der einzelnen Bevölkerungsgruppen vorhanden sein. Wie die Erfahrung gezeigt hat, tun sich Länder auf allen Entwicklungsstufen schwer damit, die Sicherheit der Gesundheitsversorgung für ihre Patienten zu gewährleisten.

Aus einer Reihe von Gründen fehlt in vielen Ländern das notwendige Fachpersonal für die Durchführung wichtiger Gesundheitsinterventionen. Aufgrund jahrelanger Unterfinanzierung der Ausbildungsinstitutionen der Entwicklungsländer für den Gesundheitsbereich bringen diese häufig nicht genug qualifiziertes Personal hervor. Gesundheitsfachkräfte können durch eine Reihe von Faktoren bewogen werden, ihren Arbeitsplatz aufzugeben, was zu geografischen Ungleichgewichten sowohl zwischen städtischen und ländlichen Gebieten innerhalb von Ländern als auch zwischen Ländern und Regionen führt. Die Abwanderung von Gesundheitspersonal in die Industrieländer hat gravierende Folgen für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern.

Die Ausbildung qualifizierter Gesundheitsfachkräfte kann durch Faktoren wie einen ungünstigen Qualifikationsmix und fehlende Gleichstellung zwischen den Geschlechtern, Diskrepanzen zwischen den Ausbildungsinhalten und den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung, unsichere Arbeitsbedingungen, eine mangelhafte Wissensgrundlage, die enge Konzentration auf den staatlichen Sektor oder fehlende Koordinierung zwischen den Sektoren beeinträchtigt werden. „Das Gesundheitspersonal muss dort vorhanden sein, wo die Patienten leben, und über die notwendigen fachlichen Qualifikationen auf der Grundlage evidenzbasierter Sicherheits- und Qualitätsstandards verfügen.“

Die Art der Finanzierung des Gesundheitssystems ist eine zentrale Determinante für Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, so dass die Gesundheitsfinanzierung heute in den meisten Ländern zu einer zentralen Frage in der politischen Debatte geworden ist. Wenngleich viele der ärmsten Länder mehr Ressourcen benötigen, gehört es auch zum Aufbau des Gesundheitssystems, mehr mit den vorhandenen Ressourcen zu erreichen, Mittel und Wege für eine besser prognostizierbare Finanzierung zu finden, Innovationen und Entscheidungen über die Reihenfolge von Veränderungen zu fördern, mit einer zunehmenden Vielzahl von Partnern zusammenzuarbeiten und sicherzustellen, dass die Leistungen die Armen und andere marginalisierte Gruppen erreichen, insbesondere Frauen.

Die Grundsätze der Primärversorgung sind auch heute noch unverändert gültig; der Kontext, in dem sie in die Praxis umgesetzt werden müssen, ist jedoch komplex. Um einen allgemeinen Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen sowie eine gerechte Finanzierung und bedarfsgerechte Systeme sicherzustellen, muss die Aufmerksamkeit erneut auf die Entwicklung von Konzepten der Primärversorgung gerichtet werden, die u. a. die Gesellschaft dazu veranlassen können, sich mit den jeweils relevanten Risikofaktoren und den sozioökonomischen

Wichtigste Erkenntnisse

- Gute Führungsarbeit und Führungskompetenz sind wichtige Voraussetzungen sowohl für die Effizienz als auch für die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen. Verbesserte Fähigkeiten zur Konzeptentwicklung, Regulierung, Verwaltung und Kooperation mit anderen Akteuren führen zu einer besseren Leistungserbringung. Neben einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Ländern wird auch mehr systembezogenes Wissen über die Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze zur Stärkung der Kapazitäten für die Führung des Gesundheitssektors benötigt.
- Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen kommen in unterschiedlicher Weise mit dem Gesundheitssystem in Kontakt. Nach wie vor haben geschlechtsbedingte Ungleichheiten einen wesentlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und auf die Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems.
- Gut ausgebildetes und ausreichend qualifiziertes Gesundheitspersonal ist eine entscheidende Voraussetzung für die Erbringung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden.
- Um einen Wissensbestand in Bezug auf Gesundheitsfachkräfte zu schaffen und entsprechende Datenbanken anzulegen, ist eine sektorübergreifende Koordinierung erforderlich.
- Wo verstärkt auf die Erhebung von Patientengebühren und andere Formen der Selbstbeteiligung gesetzt wird, werden Gesundheitsleistungen für manche Bürger unerschwinglich; dies könnte für manche Patienten zu einer finanziellen Katastrophe und direkt in die Verarmung führen. Vorauszahlungen in Form von Steuern, Versicherung oder einer Kombination aus beiden können Menschen vor den negativen Folgen von Selbstbeteiligung schützen.
- Die Bereitstellung von mehr Mitteln für den Gesundheitsschutz in armen Ländern ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Gesundheitsverbesserung. Bei der Nutzung der Mittel kommt es auf mehr Effizienz und Chancengleichheit an. Gleiches gilt für die Entwicklung geeigneter Vorauszahlungsmechanismen.
- Vor dem Hintergrund der verstärkten Nachfrage nach Informationen können in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen die Gesundheitsinformationssysteme gestärkt werden. Um Unterstützung zu leisten, müssen an einem gut mit Ressourcen ausgestatteten Netzwerk viele Partner beteiligt werden.

Gesundheitsdeterminanten zu befassen. Gesundheitssysteme müssen auch in der Lage sein, sich rasch an neue Herausforderungen und Rahmenbedingungen anzupassen.

Viele Länder verfügen nur über begrenzte Kapazitäten zum Betreiben von Gesundheitsinformationssystemen, zur Durchführung national relevanter Gesundheitsforschung und zur Umsetzung von Forschungsergebnissen in praxistaugliche Konzepte. Die gestiegene internationale Nachfrage nach Gesundheitsinformationen und Evidenz stellt für die Länder eine Chance und eine Herausforderung zugleich dar. Die Anpassung der Ergebnisse an den nationalen Bedarf erfordert besondere Aufmerksamkeit und Anstrengungen. Informationen, Evidenz und Forschung sind nicht nur tragende Komponenten nationaler Gesundheitssysteme, sondern auch notwendig für die Entwicklung, Überwachung und Evaluation globaler Konzepte und Programme. Die Überwachung der Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen globaler Ziele wie den Millenniums-Entwicklungszielen wird durch den Mangel an neueren vergleichbaren Gesundheitsstatistiken beträchtlich erschwert.

Um Gesundheitssysteme unter solchen Umständen führen zu können, muss eine Reihe von Aufgaben erledigt werden: Schaffung institutioneller Kapazitäten in so unterschiedlichen Bereichen wie der Analyse, der Ausarbeitung und der Umsetzung von Handlungskonzepten; Überwindung der Diskrepanzen zwischen Wissen und Praxis; Optimierung der Zuweisung und Verwendung von Ressourcen; Aufbau der Kooperation zwischen den verschiedenen Ressorts der Regierung sowie mit öffentlichen und privaten Akteuren außerhalb davon; Ausrichtung und Anpassung von Konzepten an die Organisationsstruktur und -kultur; Regulierung des Verhaltens der Akteure im Gesundheitssystem; und Einführung wirksamer Verfahren zur Sicherung von Rechenschaftsablage und Transparenz.

Dies stellt die Mitgliedstaaten vor beträchtliche Herausforderungen. Um wirksamere Arbeitsbeziehungen zwischen Programmen und Abteilungen bzw. Dienststellen zu entwickeln und die derzeitige fragmentierte Organisation der Gesundheitssysteme zu überwinden, müssen große institutionelle Hindernisse überwunden werden.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Der Ansatz der WHO für die Unterstützung der Länder wird auf den politischen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontext zugeschnitten, in den das Gesundheitssystem eingebettet ist. Dabei werden sich seine Maßnahmen auf vereinbarte internationale Grundsätze, u. a. Gesundheit für alle, sowie auf eine Strategie für die primäre Gesundheitsversorgung, bestimmte Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und die Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe stützen.

In seiner Länderarbeit wird die WHO bei der Diagnose der Beschränkungen für die Gesundheitssysteme behilflich sein, sich an Bestandsaufnahmen des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung im Rahmen von Kooperationen, der Entwicklung von Personalkonzepten für das Gesundheitswesen und der Ausarbeitung von Investitionsstrategien beteiligen, die mit übergeordneten nationalen Entwicklungskonzepten übereinstimmen, zur Schaffung nationaler Kapazitäten in den Bereichen Gesundheitspolitik, Systemanalyse und Forschung beitragen und die Bemühungen der Länder zur Beobachtung von Trends in den Gesundheitssystemen und hinsichtlich ihrer Leistung unterstützen.

Die WHO und ihre Partner werden zu einer globalen Reaktion auf die Personalprobleme im Gesundheitswesen beitragen. Die Organisation wird insbesondere die Notwendigkeit einer angemessenen Finanzierung des Gesundheitspersonals berücksichtigen, die Kapazitäten von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen erweitern und sich auf globaler und nationaler Ebene mit Nachdruck für die Aufrechterhaltung einer wirksamen Ausbildung von Personal einsetzen.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Ausarbeitung evidenzbasierter Grundsatzpapiere zu wichtigen Themen wie den Möglichkeiten zur Verringerung der Häufigkeit finanzieller Katastrophen aufgrund von Selbstbeteiligung oder zur Steigerung der Produktivität von Gesundheitspersonal; Unterstützung von Ansätzen für ein informelleres Lernen unter Verwendung neuer Informationstechnologien; und Förderung von eGesundheit-Netzwerken innerhalb von Ländern sowie grenzüberschreitend;
- Beiträge zur Ausarbeitung von Konzepten für den Gesundheitssektor und zur Entwicklung von evidenzbasierten Strategien und von mit einer Kostenkalkulation versehenen Plänen mit Verknüpfungen zu den gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie zur Stärkung der Fähigkeit der Gesundheitsministerien, Konzepte für den Gesundheitssektor, die zu weiter gefassten nationalen Entwicklungskonzepten und festgelegten Prioritäten passen, zu gestalten und Mittel gemäß den Grundsatzzielen zuzuweisen;
- Angebot konzeptioneller Beratung zu bestimmten Aspekten von Systemen, z. B. Personalstrategien und Investitionspläne für das Gesundheitswesen, Entwicklung von Informationssystemen, konzeptionellen Optionen für die Gesundheitsfinanzierung usw., die auf Grundsätzen basieren, die in Resolutionen von der Weltgesundheitsversammlung aufgeführt sind;
- Unterstützung für die Entwicklung nationaler Führungskompetenz im Gesundheitsbereich an zentraler Stelle und dezentral, um Ressourcen für die Gesundheit zu mobilisieren und den Gesundheitsbedürfnissen entsprechende Konzepte und Pläne zu formulieren, umzusetzen, zu beobachten und auszuwerten, und Betonung der Stärkung nationaler Systeme (sowohl der staatlichen als auch der nichtstaatlichen Komponenten); Einbeziehung der Bevölkerung und letztendlich Verbesserung des Zugangs zu sowie der Verfügbarkeit von unentbehrlichen Gesundheitsleistungen in den Bereichen Prävention wie auch Behandlung;
- Bereitstellung von Unterstützung für die Länder bei der Beobachtung von Trends in den Gesundheitssystemen und deren Leistung, unterstützt durch einschlägige Forschungsvorhaben und eGesundheit-Plattformen;

Die internationalen Aktivitäten der WHO in den Bereichen Information, Evidenz und Forschung werden auf ihrer unmittelbaren Zusammenarbeit mit den Ländern aufbauen. Durch sie werden globale öffentliche Güter wie Instrumente, Methoden und Messgrößen für die Überwachung der Gesundheit und der Leistung von Gesundheitssystemen geschaffen, Standards für die Gesundheitsforschung und die Ausarbeitung evidenzbasierter Konzepte ausgerichtet und festgelegt und Instrumente und Grundsatzoptionen für die Stärkung von Gesundheitsleistungen und -systemen bereitgestellt.

Die WHO wird ihre Fähigkeit, die maßgeblichen Akteure zusammenzubringen, sowie ihr Ansehen nutzen, um das Umfeld der internationalen gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe für das Gesundheitswesen zu gestalten.

Die Patientensicherheit ist zu einem festen Bestandteil der globalen Gesundheitsagenda geworden. Die WHO wird Normen und Leitlinien bereitstellen, um die Mitgliedstaaten bei der Einschätzung und Weiterverfolgung von Art und Umfang des Problems zu unterstützen. Sie wird auch evidenzbasierte Leitlinien für die Verbesserung der Sicherheit in vorrangigen Bereichen ausarbeiten. Das Sekretariat und die Mitgliedstaaten müssen bei der Verbesserung der Sicherheit und der Koordinierung internationalen Fachwissens zusammenarbeiten. Das Sekretariat wird die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, Mechanismen, Verfahren und Anreize bereitzustellen, die alle Akteure – darunter öffentliche und private Anbieter und deren Verbände – dazu veranlassen, unter Beachtung der Grundsätze der primären Gesundheitsversorgung gemeinsam auf eine Verbesserung der Leistungserbringung und auf ein Ende des Ausschlusses vom Zugang zur Versorgung hinarbeiten. Es wird Maßnahmen zur Einführung bzw. Stärkung wirksamer Mechanismen zur Rechenschaftsablage fördern, die auf nationaler Ebene vereinbarte Prioritäten schützen.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass ein vereinbarter Grundkonsens besteht, demzufolge der Staat für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verantwortlich ist, selbst wenn andere Akteure an der Finanzierung und Durchführung der Gesundheitsversorgung beteiligt sind;
- dass in Übereinstimmung mit der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe Veränderungen an den Finanzierungskanälen und der Arbeitsweise externer Partner vorgenommen werden;
- dass wirksame Partnerschaften mit maßgeblichen nationalen, regionalen und globalen Akteuren wie regionalen und internationalen Finanzinstitutionen, Informationsstellen, Berufsverbänden, Organisationen der Zivilgesellschaft, privaten Anbietern, Finanzministerien und internationalen Expertengruppen wie dem ACHR aufgebaut werden;
- dass die Führung und die strategische Planung in allen mit Gesundheit befassten staatlichen Ressorts verbessert werden;

- dass eine grundlegende wirtschaftliche, soziale und politische Stabilität herrscht, wenngleich die WHO Gesundheitssysteme auch dann weiter unterstützen würde, wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind;
- dass internationale wie nationale Investitionen in Informationen und Forschung in ausreichendem Umfang getätigt werden, um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden.

Folgende Risikofaktoren könnten die Verwirklichung dieses Strategischen Ziels verhindern:

- dass die Geberfinanzierung für konkrete Gesundheitsergebnisse und kurzfristige Resultate die Verteilung von Ressourcen und Qualifikationen sowie die Entwicklung der erforderlichen Unterstützungssysteme und -institutionen für alle grundlegenden Dienste und Programme erschwert, obwohl sie zur Verringerung unnötiger Verschwendung, Fragmentierung und Doppelarbeit beitragen würden;
- dass sich Regierungen ausschließlich auf das Netz aus öffentlichen Einrichtungen konzentrieren und es unterlassen, das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit zu steuern und zu regulieren;
- dass sich Regierungen zu Lasten der sekundären und tertiären Versorgung ausschließlich auf die primäre Gesundheitsversorgung oder die Versorgung auf der ersten Kontaktebene konzentrieren oder umgekehrt, anstatt auf die Schaffung integrierter Versorgungsnetzwerke hinzuarbeiten, die alle Ebenen einschließen;
- dass internationale und nationale Investitionen in diesem Bereich dem steigenden Bedarf insbesondere im Bereich der Personalbildung nicht gerecht werden;
- dass auf dem globalen Arbeitsmarkt die Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften aus Ländern, die bereits heute nicht genügend Gesundheitspersonal haben, weiter anhält;
- dass Länder weiterhin international festgelegten Obergrenzen für die öffentlichen Ausgaben unterworfen sind, was sich negativ auf die eigene Fähigkeit auswirkt, angemessen qualifiziertes Gesundheitspersonal in ausreichender Zahl anzuwerben und zu binden;
- dass bei den Bemühungen zur Beseitigung von Defiziten in den Bereichen Informationen, Evidenz und Forschung primär in kurzfristige, aber nicht nachhaltige Lösungen investiert wird.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Bereitstellung von Unterstützung für den Aufbau nationaler Gesundheitsinformationssysteme zur Erzeugung, Analyse und Nutzung zuverlässiger Informationen aus bevölkerungsbezogenen Quellen (wie Umfragen und wichtigen Meldedaten, auch nach Geschlecht aufgeschlüsselt) sowie klinischen und administrativen Datenquellen in Zusammenarbeit mit Partnern; dabei liegen die Schwerpunkte auf der wirksamen Vermittlung international vereinbarter Konzepte, Terminologie und Maßeinheiten in Bezug auf Gesundheitssysteme sowie auf verbesserten nationalen Informationssystemen, die Inputs, Dienstleistungen und Ergebnisse von Gesundheitssystemen erfassen;
- Fortsetzung der Zusammenarbeit mit dem OECD-Entwicklungshilfesausschuss und anderen Partnern an der Verbesserung der Rechenschaftsablage der Geber im Gesundheitsbereich, mit globalen Gesundheitspartnerschaften zur Durchsetzung der Prinzipien „guter Praxis“ aus der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit von Entwicklungshilfe, mit Entwicklungsbanken und Finanzierungspartnerschaften bei Forderungen nach mehr und besser prognostizierbaren Finanzmitteln im Gesundheitsbereich sowie mit Partnerschaften wie dem *Health Metrics Network*, der *Global Health Workforce Alliance* und der Allianz für Gesundheitspolitik und Systemforschung;
- Nutzung der Stärken internationaler nichtstaatlicher Organisationen mit einem Interesse an Gesundheitssystemen und Förderung von Klarheit in Bezug auf Botschaften, Kosten und Wirkung;
- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen, die Gesundheitsversorgung sicherer zu machen.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

<p>10.1 Verbesserung von Management und Organisation der Erbringung integrierter bevölkerungsbezogener Gesundheitsleistungen durch öffentliche und nichtöffentliche Anbieter und Netzwerke auf der Grundlage einer Primärversorgungsstrategie, mit einer Erhöhung von Versorgungsgrad, gesundheitlicher Chancengleichheit, Qualität und Sicherheit der individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheitsleistungen sowie einer Verbesserung der Gesundheitsergebnisse.</p>	INDIKATOREN		
	<p>10.1.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die in Bezug auf individuelle Gesundheitsleistungen (Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation) und bevölkerungsbezogene Gesundheitsleistungen den Versorgungsgrad erhöht und deren Zugang und Qualität verbessert haben</p>		<p>10.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Einbindung krankheitsspezifischer Programme in die allgemeine Gesundheitsversorgung Fortschritte erzielt haben</p>
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Noch zu bestimmen		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	Anstieg um 15%		Anstieg um 20%
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	Anstieg um 25%		Anstieg um 35%
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	73 379	130 400	96 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Das Management und die Organisation der Leistungserbringung stellen viele Länder, insbesondere solche, in denen die Verwaltung der Gesundheitssysteme fragmentiert ist, vor erhebliche Schwierigkeiten. Ähnliches gilt auch für die WHO, die ihre Arbeitsweise entsprechend anpassen muss. Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen dieses Ziels werden anhand von Ergebnissen sowie der Verbesserung der institutionellen Organisationsweise gemessen; dies betrifft speziell den Grad der Integration von Programm- und Systementwicklung. Erstere verwendet zusammengesetzte Indikatoren, die operationalisiert werden. Bei der Letzteren wird die Entwicklung im Zeitverlauf anhand von landesspezifischen oder für eine Region spezifischen Maßstäben beurteilt, die auch den regionalen Kontext berücksichtigen. In dem Maß, in dem sich die Arbeitsweise der WHO weiterentwickelt und sich ihre Unterstützungskapazität vergrößert, dürfte die Nachfrage nach Unterstützungsleistungen zunehmen, so dass dafür mehr Mittel bereitgestellt werden müssen.</i></p>			

<p>10.2 Verbesserung der nationalen Kapazitäten für Führungsarbeit und Führungskompetenz durch einen evidenzbasierten Grundsatzdialog, Schaffung institutioneller Kapazitäten für Konzeptanalyse und -entwicklung, strategiegestützte Beurteilung der Leistung von Gesundheitssystemen, mehr leistungsbezogene Transparenz und Rechenschafts-ablage und wirksamere sektorübergreifende Zusammenarbeit.</p>	INDIKATOREN			
	<p>10.2.1 Anteil der Mitgliedstaaten, die bei Beurteilung anhand regional vereinbarter Maßstäbe Verbesserungen der institutionellen Prozesse, Strukturen und Kapazitäten für die Analyse und Ausarbeitung von Konzepten, die strategische Planung, die Regulierung, die interinstitutionelle Koordination und die Durchführung von Reformen belegen können</p>	<p>10.2.2 Anteil der Mitgliedstaaten, die bei Beurteilung anhand regional vereinbarter Maßstäbe eine verbesserte leistungsbezogene Rechenschafts-ablage sowie eine Beteiligung von Zivilgesellschaft, Gemeinschaft, Verbrauchern und Berufsverbänden an der Ausarbeitung und Durchführung von Handlungskonzepten sowie einer diesbezüglichen Berichterstattung belegen können</p>	<p>10.2.3 Anteil der Mitgliedstaaten, die bei Beurteilung anhand regional vereinbarter Maßstäbe eine verbesserte Bilanz in Bezug auf Ausarbeitung und Vollzug von Gesetzen, Ausarbeitung und Umsetzung von Konzepten sowie den Bereich Regulierung belegen können</p>	<p>10.2.4 Anteil der Mitgliedstaaten, die bei Beurteilung anhand regional vereinbarter Maßstäbe wirksame sektorübergreifende Kooperationsmechanismen zur Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen mit dem Ziel besserer Gesundheitsergebnisse einführen</p>
	AUSGANGSLAGE 2008			
2007–2008 festzulegen				

EINZELZIELE FÜR 2009			
Signifikante Verbesserung gegenüber der länderspezifischen Ausgangslage im Zeitraum 2007-2008 in mindestens 10% der Mitgliedstaaten			
EINZELZIELE FÜR 2011			
EINZELZIELE FÜR 2013			
Signifikante Verbesserung gegenüber der länderspezifischen Ausgangslage in mindestens 50% der Mitgliedstaaten			
MITTEL [IN TAUSEND US-£]			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
87 484	55 100	108 000	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Die Maßnahmen, die zur Verbesserung von Führung, Steuerung und Regulierung der nationalen Gesundheitssysteme ergriffen werden müssen, sind im Wesentlichen länderspezifisch. Sie müssen jedoch evidenzbasiert sein und sich auf erweiterte institutionelle Kapazitäten stützen und sollten zur Verbesserung der Konzeptgestaltung führen, wofür geeignete Mechanismen zur Rechenschaftsablage vorhanden sind. Fortschritte müssen unter Verwendung von für das betreffende Land oder die jeweilige Region spezifischen Maßstäben objektiv beurteilt werden. Die Beurteilung sollte sich auf zentrale Grundsatz- und Strategiefragen beziehen, wobei der Schwerpunkt auf die Gestaltung von Mechanismen für die Leistungserbringung und auf grundlegende gesundheitspolitische Aufgaben und Konzepte für Pharmazeutika, Technologien, die Infrastrukturentwicklung, Gesundheitspersonal, Finanzierung sowie die Koordinierung der Beiträge aller wichtigen Akteure im Gesundheitssektor gelegt werden sollte.</i></p> <p><i>Voraussetzung für die Verbesserung der Kapazitäten und der Praxis sind systematische gemeinsame Grundsatzanalysen, die dazu dienen, die Evidenzgrundlagen zu schaffen, Instrumente zu entwickeln, Maßstäbe und Normen festzulegen und diese in die Arbeit nationaler Institutionen zu integrieren. In dem Maß, in dem Probleme und ihre Lösungen zunehmend ermittelt und dokumentiert werden, wird die Schaffung von Kapazitäten im Laufe der Zeit wahrscheinlich auf immer mehr Bereiche ausgedehnt werden. Die größer werdenden Eigenkapazitäten der WHO, insbesondere auf der regionalen und der Länderebene, dürften zur Folge haben, dass die Nachfrage nach Unterstützung zunimmt, so dass der Umfang der Unterstützung entsprechend ausgeweitet werden müsste.</i></p>			

10.3 Verbesserung der Koordinierung der verschiedenen Mechanismen (einschließlich der Geberhilfe), mit denen die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen unterstützt werden, nationale Zielvorgaben für die Entwicklung von Gesundheitssystemen zu erreichen, und Verbesserung globaler Gesundheitsziele.

INDIKATOREN		
10.3.1 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die Beiträge wichtiger Akteure mit nationalen Konzepten harmonisiert werden, gemessen in Übereinstimmung mit der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe		
AUSGANGSLAGE 2008		
Noch zu bestimmen		
EINZELZIELE FÜR 2009		
Anstieg um 20% gegenüber der Ausgangslage 2008		
EINZELZIELE FÜR 2011		
EINZELZIELE FÜR 2013		
Anstieg um 30% gegenüber der Ausgangslage 2008		
MITTEL [IN TAUSEND US-£]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
15 801	14 700	17 000

	BEGRÜNDUNG
	<i>Wenige Mitgliedstaaten verfügen über Mechanismen für die Koordinierung, Harmonisierung und Ausrichtung von Beiträgen der Geber und anderer Akteure im Gesundheitssektor. Zur Beschleunigung der Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele wird die WHO weiterhin die Regierungen bei ihren Bemühungen unterstützen, wirkungsvoll mit Partnern zusammenzuarbeiten.</i>

10.4 Stärkung der Gesundheitssysteme in den Ländern, die hochwertige und aktuelle Informationen als Grundlage für die Gesundheitsplanung und für die Überwachung der Fortschritte bei der Verwirklichung wichtiger nationaler und internationaler Ziele liefern.	INDIKATOREN		
	10.4.1 Anteil der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die über geeignete Gesundheitsstatistiken und Überwachungsverfahren in Bezug auf die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele verfügen, die vereinbarten Normen entsprechen		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	30%		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	35%		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	66%		
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	34 352	34 500	58 000
	BEGRÜNDUNG		
	<i>Die Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsinformationen dürfte anhalten, und eine Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme der Länder wird nur unter großen Anstrengungen gelingen. Durch maßgebliche Partnerschaften, vor allem mit dem Health Metrics Network, sind im Zweijahreszeitraum 2006-2007 mehr Ressourcen verfügbar geworden. Weil die Stärkung der Gesundheitssysteme in den Ländern viele Jahre in Anspruch nehmen wird, insbesondere in einigen vernachlässigten Bereichen wie wesentlichen Registrierungssystemen, dürfte das Wachstum über 2010 hinaus moderat anhalten.</i>		

10.5 Sicherung einer besseren Wissens- und Erkenntnisgrundlage für Entscheidungsprozesse im Gesundheitsbereich durch Erhärtung und Veröffentlichung der vorhandenen Befunde, Erleichterung der Wissensgewinnung in vorrangigen Bereichen und eine globale Vorreiterrolle in der Gesundheitsforschungspolitik und -koordinierung, auch in Bezug auf ethische Verhaltensgrundsätze.	INDIKATOREN			
	10.5.1 Anteil der Länder, für die hochwertige Profile mit zentralen Gesundheitsstatistiken aus ihren frei zugänglichen Datenbanken verfügbar sind	10.5.2 Anzahl der Länder, in denen die WHO eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung der Gewinnung und Nutzung von Wissen, u. a. mittels Erhebung von Primärdaten durch Umfragen und Melderegister oder durch Verbesserung oder Analyse und Synthese von Daten aus Gesundheitseinrichtungen, als Grundlage für Konzepte und Planungen spielt	10.5.3 Wirksame Erforschung von Verfahren zur Koordinierung und Führung im Gesundheitsbereich, die auf globaler und regionaler Ebene bestehen	
	AUSGANGSLAGE 2008			
	66%	20	Nutzung solcher Mechanismen auf globaler Ebene und in einigen Regionen	
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	80%	<u>30</u>	Nutzung solcher Mechanismen auf globaler Ebene und in allen Regionen	
	EINZELZIELE FÜR 2011			

	EINZELZIELE FÜR 2013			
	Mehr als 90%	45	Nutzung solcher Mechanismen auf globaler Ebene und in allen Regionen	
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)			
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
	36 484	44 400	38 000	
	BEGRÜNDUNG			
	<i>Der Beitrag der WHO zur Sicherung einer besseren Wissens- und Erkenntnisgrundlage für die Entscheidungsfindung im Gesundheitsbereich wird moderat zunehmen und die Position der WHO als global und regional führende Institution bei der Überwachung der Gesundheitssituation sichern und festigen. Die Fortsetzung der normativen Arbeit der Organisation über Klassifizierungen in einer neuen Ära der Informationstechnologie dürfte zu einer vollständigen Überarbeitung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme im Jahr 2011 führen. Um die Nachfrage nach der Unterstützung der WHO in diesem Bereich befriedigen zu können, wird ein moderater Anstieg des Etats erwartet.</i>			
	10.6 Stärkung der nationalen Gesundheitsforschung für die Entwicklung von Gesundheitssystemen im Rahmen regionaler und internationaler Forschungsvorhaben und Einbeziehung der Zivilgesellschaft.	INDIKATOREN		
		10.6.1 Anteil der Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, in denen die nationalen Systeme für die Gesundheitsforschung die international vereinbarten Mindeststandards erfüllen	10.6.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die die Empfehlung der <i>Commission on Health Research for Development</i> aus dem Jahr 1990, mindestens 2% ihres Gesundheitsetats für Forschung auszugeben, umsetzen	
		AUSGANGSLAGE 2008		
10% - 15% (noch zu präzisieren)		Weniger als 25% (noch zu präzisieren)		
EINZELZIELE FÜR 2009				
25%		Anstieg um 10% gegenüber der Ausgangslage 2008		
EINZELZIELE FÜR 2011				
EINZELZIELE FÜR 2013				
50%		Anstieg um 25% gegenüber der Ausgangslage 2008		
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]				
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013		
21 088	20 000	38 000		
BEGRÜNDUNG				
<i>Angesichts der aktuellen Situation in vielen Mitgliedstaaten und weltweit dürfte die Überwindung der Beschränkungen für die nationale Gesundheitsforschung zur Entwicklung von Gesundheitssystemen ein allmählicher und eher langfristiger Prozess sein. In der nächsten Dekade sollten sich mehr Mitgliedstaaten daran beteiligen. Die Allianz für Gesundheitspolitik und Systemforschung wird eine wichtige Rolle bei der Beschaffung und Verteilung von Mitteln für die Finanzierung vorrangiger Vorhaben der Gesundheitssystemforschung spielen.</i>				
10.7 Entwicklung und Umsetzung von Konzepten und Strategien zu Wissensmanagement und eGesundheit mit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitssysteme.	INDIKATOREN			
	10.7.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die zur Überwindung der Wissenskluft Wissensmanagementkonzepte ausarbeiten, die insbesondere dazu dienen sollen, die digitale Kluft zu verringern	10.7.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit Zugang zu elektronischen internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Wissensarchiven in den Gesundheitswissenschaften (auf der Grundlage der zweijährlichen Erhebung des Globalen Observatoriums für eGesundheit der WHO)	10.7.3 Anteil der Mitgliedstaaten mit Konzepten, Strategien und Regulierungsrahmen für den Bereich eGesundheit (auf der Grundlage der zweijährlichen Erhebung des Globalen Observatoriums für eGesundheit der WHO)	

AUSGANGSLAGE 2008		
15	60	15
EINZELZIELE FÜR 2009		
30	90	30
EINZELZIELE FÜR 2011		
EINZELZIELE FÜR 2013		
70	120	70
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
39 064	27 400	39 064
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Arbeit der WHO in Bezug auf Konzepte und Strategien für Wissensmanagement und eGesundheit wird anfänglich vorwiegend normativen Charakter haben, sich jedoch nach und nach hin zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei deren Umsetzung verlagern. Während der nächsten Jahre werden kontinuierliche Investitionen benötigt, und ein moderater Anstieg des Etats ist erforderlich, um eine steigende Zahl von Mitgliedstaaten einzubeziehen und zu unterstützen.</i></p>		

<p>10.8 Stärkung der Daten- und Wissensgrundlage über Gesundheitspersonal und Aufbau von Kapazitäten in den Ländern für konzeptionelle Analysen, Planung, Umsetzung, Informationsaustausch und Forschung.</p>	INDIKATOREN	
	<p>10.8.1 Zahl der Länder, die innerhalb der letzten fünf Jahre im <i>Global Atlas of the Health Workforce</i> über zwei oder mehr Datenpunkte zu Gesundheitspersonal Bericht erstattet haben</p>	<p>10.8.2 Zahl der Mitgliedstaaten mit einer nationalen Strategie- und Planungsstelle für Gesundheitspersonal</p>
	AUSGANGSLAGE 2008	
	63	40
	EINZELZIELE FÜR 2009	
	75	50
	EINZELZIELE FÜR 2011	
	EINZELZIELE FÜR 2013	
	96	60
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
76 216	46 400	67 000
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Verfügbarkeit qualifizierten Gesundheitspersonals trägt zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen bei, z. B. hinsichtlich der Überlebenschancen von Müttern, Neugeborenen und Kindern. Die Entwicklung der Personalsituation im Gesundheitswesen lässt sich jedoch nicht isoliert behandeln. Um die personellen Sachzwänge analysieren und wirksame Lösungen benennen und umsetzen zu können, sind ein Dialog zwischen den maßgeblichen Akteuren sowie sektorübergreifende Arbeit erforderlich. Die Wissensbasis in Bezug auf die Personalsituation im Gesundheitswesen muss weiterentwickelt werden. Um geeignete Indikatoren zu ermitteln, mit denen die Entwicklung globaler und regionaler Situationen und Trends hinsichtlich dieser Personalsituation verfolgt werden kann, müssen entsprechende Daten und Informationen erhoben und analysiert werden. Um die Wissensgrundlage bezüglich der Personalsituation erweitern und die besten Praktiken zu ihrer Verbesserung bestimmen und fördern zu können, müssen entsprechende Forschungsvorhaben unterstützt und noch stärker vorangetrieben werden. Diesen Notwendigkeiten sollte letztlich dadurch Rechnung getragen werden, dass die Fähigkeit der Länder zur Förderung der Ausbildung von Gesundheitspersonal sowie zur Sicherstellung des politischen Willens und der Schaffung eines Umfelds, das die Ausarbeitung nationaler Konzepte und Pläne sowie ihre Umsetzung ermöglicht, verbessert wird, damit Engpässe abgebaut und Unausgewogenheiten im Hinblick auf die Verteilung des Gesundheitspersonals beseitigt werden können. Damit die Gesundheitspersonalentwicklung in den Ländern gefördert werden kann, müssen die Kapazitäten der WHO auf allen Ebenen gestärkt werden.</i></p>		

<p>10.9 Fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten, insbesondere für Länder mit gravierenden Personalproblemen im Gesundheitswesen, mit dem Ziel der Verbesserung von Ausbildung, Verteilung und Qualifikationsmix der Gesundheitskräfte sowie ihrer Bindung.</p>	INDIKATOREN		
	10.9.1 Anteil der 57 Länder mit schwerwiegendem Gesundheitspersonal-mangel laut <i>Weltgesundheitsbericht 2006</i> , die über einen Personalplan für das Gesundheitswesen mit mehrjähriger Laufzeit verfügen	10.9.2 Anteil der 57 Länder mit schwerwiegendem Gesundheitspersonal-mangel laut <i>Weltgesundheitsbericht 2006</i> , die über einen Investitionsplan zur Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitskräften verfügen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Weniger als 10%	Weniger als 10%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	Mindestens 10%	Mindestens 10%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	Mindestens 50%	Mindestens 50%	
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	40 041	66 500	62 000
BEGRÜNDUNG			
<p><i>In den Resolutionen WHA59.23 und WHA59.27 wurden als Reaktion auf die globale Personalkrise im Gesundheitswesen die rasche Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitskräften und eine weitere Stärkung der Bereiche Krankenpflege und Geburtshilfe gefordert. In 57 Ländern haben der Mangel an Gesundheitspersonal und die Unausgewogenheiten bei der Verteilung von Gesundheitsfachkräften einen kritischen Punkt erreicht. Um die Ausbildungskapazitäten sowie die Qualität von Bildung und Ausbildung des Gesundheitspersonals zu verbessern, müssen die zuständigen nationalen Institutionen gestärkt werden. Mit Instrumentarien, Leitlinien und anderen Arten fachlicher Unterstützung soll gewährleistet werden, dass die Länder die Situation ihres Gesundheitspersonals über das gesamte Arbeitsleben hinweg vom Eintritt in den Arbeitsmarkt bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben verbessern können. Der Migration von Gesundheitskräften wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet, und die Anstrengungen zur Steuerung der internationalen Arbeitskräftemigration werden in Zusammenarbeit mit globalen Partnern wieder aufgenommen.</i></p>			

<p>10.10 Bereitstellung ethisch begründeter und evidenzbasierter konzeptioneller und fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten zur Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitssystems in Bezug auf Verfügbarkeit von Mitteln, soziale und finanzielle Absicherung, Chancengleichheit, Zugang zu Leistungen und effiziente Ressourcennutzung.</p>	INDIKATOREN		
	10.10.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Beschaffung zusätzlicher Mittel für den Gesundheitsbereich, beim Abbau finanzieller Zugangsschranken, bei der Eindämmung von katastrophalen finanziellen Folgen sowie von Verarmung aufgrund von Zahlungen aus eigener Tasche oder bei der Verbesserung des Sozialschutzes, der Wirtschaftlichkeit und der Chancengleichheit beim Ressourceneinsatz konzeptionell und fachlich unterstützt werden	10.10.2 Zahl der wichtigen erstellten und verbreiteten Grundsatzpapiere, deren Nutzung unterstützt wird und in denen vorbildliche Praktiken bei Mittelbeschaffung, Ressourcenbündelung und Einkauf, einschließlich des Vertragswesens, sowie bei der Bereitstellung von Interventionen und Leistungen, beim Umgang mit Fragmentierung in Systemen im Zusammenhang mit vertikalen Programmen und beim Zufluss internationaler Mittel dokumentiert werden	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	<u>15</u>	6 Grundsatzpapiere für politische Entscheidungsträger	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	<u>40</u>	12 Grundsatzpapiere	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	<u>90</u>	20 Grundsatzpapiere	
	MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	31 249	33 200	41 000

	<p>BEGRÜNDUNG</p> <p><i>Die Nachfrage seitens der Mitgliedstaaten nach Unterstützung in Bezug auf Methoden zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit bzw. Ausgewogenheit ihrer Systeme der Gesundheitsfinanzierung und zur Ausdehnung der finanziellen Absicherung auf anfällige Gruppen hat erheblich zugenommen. Die Reaktion darauf macht die Bewertung und Verbreitung von Erfahrungen und vorbildlichen Praktiken unter verschiedenen Bedingungen erforderlich. Um dieser steigenden Nachfrage nachzukommen, ist für 2008-2009 ein signifikanter Anstieg der Mittel und in den Folgejahren jeweils ein moderater Anstieg erforderlich.</i></p>		
<p>10.11 Entwicklung von Normen, Standards und Messinstrumenten zur Rückverfolgung von Ressourcen, Abschätzung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, der Kosten und Wirkungen von Interventionen sowie von katastrophalen finanziellen Folgen, Verarmung und sozialer Ausgrenzung, und Unterstützung und Beobachtung der Verwendung solcher Normen, Standards und Instrumenten.</p>	<p>INDIKATOREN</p>		
	<p>10.11.1 Entwicklung, Verbreitung und Förderung der Nutzung zentraler Instrumente, Normen und Standards als Anleitung für die Entwicklung und Umsetzung von Handlungskonzepten – dies erfolgt gemäß dem erklärten Bedarf, jedoch mit folgenden Elementen: Rückverfolgung und Zuweisung von Ressourcen, Haushaltserstellung, Finanzmanagement, Berücksichtigung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und sozialem Ausschluss, Organisation und Effizienz der Leistungserbringung, einschließlich Vertragswesen, oder Häufigkeit von katastrophalen finanziellen Folgen und Verarmung</p>	<p>10.11.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Nutzung solcher WHO-Instrumente zur Nachvollziehung und Auswertung der Angemessenheit der Mittel und der Mittelverwendung, zur Abschätzung des künftigen Finanzbedarfs, zur Verwaltung und Überwachung der verfügbaren Mittel oder zur Untersuchung der Auswirkungen der Finanzierungspolitik auf die Haushalte fachliche Unterstützung erhalten</p>	
	<p>AUSGANGSLAGE 2008</p>		
	<p>Ausarbeitung und Verteilung von Instrumenten zu folgenden Themen: nationale Gesundheitsbilanzen, Kostenkalkulation, katastrophale finanzielle Folgen und Verarmung, Kostenwirksamkeit, Konsequenzen der Gestaltung der Krankenversicherung und Vertragswesen</p>	<p>15</p>	
	<p>EINZELZIELE FÜR 2009</p>		
	<p>Entwicklung zusätzlicher Instrumente für eine intensivere Verfolgung der Mittelverwendung und der wirtschaftlichen Belastung; ggf. Überarbeitung bestehender Instrumente, Entwicklung eines Gestaltungsrahmens für die Finanzpolitik</p>	<p>30</p>	
<p>EINZELZIELE FÜR 2011</p>			
<p>EINZELZIELE FÜR 2013</p>			
<p>Modifizierung, Aktualisierung und Verbreitung der Instrumente und Rahmen gemäß Erfordernissen</p>	<p>50</p>		
<p>MITTEL [IN TAUSEND US-£]</p>			
<p>Haushalt 2008–2009</p> <p>23 896</p>	<p>Haushaltsentwurf 2010–2011</p> <p>18 500</p>	<p>Schätzungen 2012–2013</p> <p>28 000</p>	
<p>BEGRÜNDUNG</p> <p><i>Es besteht eine wachsende Nachfrage nach Unterstützung von der WHO durch Bereitstellung von Normen oder Leitlinien für die Abschätzung der wirtschaftlichen Auswirkungen von Krankheit, durch Rückverfolgung der Ausgaben für bestimmte Krankheiten oder durch Ermittlung und Überwachung von Haushalten, die durch Zahlungen aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen in eine katastrophale finanzielle Lage geraten und verarmen. Um diese Nachfrage befriedigen zu können, müssen die Kapazitäten sowie die Fähigkeit zur Unterstützung politischer Entscheidungsträger, die die daraus resultierenden Normen und Standards anwenden möchten, substanzial verbessert werden.</i></p>			

10.12 Ergreifung von Maßnahmen zur Einwerbung zusätzlicher Mittel nach Erfordernis, zur Schaffung von Kapazitäten für die Ausarbeitung von Konzepten zur Gesundheitsfinanzierung sowie zur Interpretation und Nutzung von Finanzinformationen und zur Förderung der Gewinnung und Umsetzung von Wissen zur Unterstützung der Konzeptentwicklung.	INDIKATOREN		
	10.12.1 Präsenz und Führungsrolle der WHO in internationalen, regionalen und nationalen Partnerschaften und Nutzung ihrer Evidenz, um die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigem Einkommen zu erhöhen oder um Länder bei der Ausarbeitung und Überwachung von Strategiepapieren zur Armutsbekämpfung oder von sektorweiten Handlungskonzepten, mittelfristigen Ausgabenrahmen und anderen langfristigen Finanzierungsmechanismen zu unterstützen, die die Vereinbarkeit von sozialem Gesundheitsschutz und Primärversorgung ermöglichen	10.12.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Schaffung von Kapazitäten für die Ausarbeitung von Konzepten und Strategien für die Gesundheitsfinanzierung sowie für die Interpretation von Finanzdaten unterstützt werden oder die als Orientierungshilfe für den Prozess maßgebliche Informationen über Gesundheitsausgaben, Finanzierung, Effizienz und gesundheitliche Chancengleichheit erhalten	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Beteiligung der WHO an 2 globalen oder regionalen Partnerschaften zu Finanzierungsoptionen; Bereitstellung von Unterstützung zu langfristigen Finanzierungsoptionen in 6 Ländern	Fachliche Unterstützung für 25 Länder und jährlich aktualisierte Übersichten über die Gesundheitsausgaben für alle 193 Mitgliedstaaten	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	Beteiligung der WHO an 4 Partnerschaften; Bereitstellung von Unterstützung zu langfristigen Finanzierungsoptionen in 16 Ländern	Fachliche Unterstützung für 55 Länder und jährlich aktualisierte Übersichten über die Gesundheitsausgaben für alle Mitgliedstaaten sowie Informationen zur Häufigkeit von katastrophal hohen Ausgaben in 90 Ländern	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	Beteiligung der WHO an 8 Partnerschaften; Bereitstellung von Unterstützung für 40 Länder	Fachliche Unterstützung für 90 Länder, jährlich aktualisierte Übersichten über die Gesundheitsausgaben für alle Mitgliedstaaten sowie überarbeitete und aktualisierte Informationen zur Häufigkeit von katastrophal hohen Ausgaben für zusätzliche 20 Länder	
	MITTEL [IN TAUSEND US-€]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
35 000	20 100	47 000	
BEGRÜNDUNG			
<i>Die WHO hat zu den internationalen und nationalen Bemühungen um zusätzliche Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung in armen Ländern und zugunsten anfälliger Gruppen auch in den übrigen Ländern beigetragen. Es ist wichtig, diese Dynamik international zu verstärken und die Länder aktiv zu unterstützen, damit Gesundheitsaspekte in Wirtschaftspläne wie die mittelfristigen Haushaltsrahmen (MTEF) integriert werden können. Zur Förderung dieser Anstrengungen muss die Kapazität der Länderbüros und anderer Ebenen der WHO ausgebaut werden.</i>			
10.13 Entwicklung evidenzbasierter Normen, Standards und Messinstrumente zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Quantifizierung und Verringerung des Umfangs der unsicheren Leistungen im Gesundheitswesen.	INDIKATOREN		
	10.13.1 Verbreitung von Schlüsselinstrumenten, Normen und Standards als Orientierungshilfe für die Entwicklung, Messung und Umsetzung von Konzepten und Unterstützung von deren Nutzung	10.13.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die sich an globalen Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit und an anderen globalen Sicherheitsinitiativen einschließlich Forschung und Messung beteiligen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	1 globaler Sicherheitsstandard und 10 wesentliche Unterstützungsinstrumente	30	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
		45	

EINZELZIELE FÜR 2011		
EINZELZIELE FÜR 2013		
Anstieg um 100%		
MITTEL [IN TAUSEND US-\$]		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	34 500	
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Patientensicherheit ist zu einem festen Bestandteil der globalen Gesundheitsagenda geworden. Die WHO wird Normen und Richtlinien bereitstellen, um die Mitgliedstaaten bei der Einschätzung und Weiterverfolgung von Art und Umfang des Problems zu unterstützen. Sie wird auch evidenzbasierte Richtlinien für die Verbesserung der Sicherheit in vorrangigen Bereichen anbieten. Die Antwort der WHO muss umfassend sein. Das Sekretariat und die Mitgliedstaaten müssen bei der Verbesserung der Sicherheit und der Koordinierung internationalen Fachwissens zusammenarbeiten.</i></p>		

Verbesserung des Zugangs zu Medizinprodukten und Medizintechnologien sowie ihrer Qualität und Anwendung

Indikatoren und Zielvorgaben

- Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien als Teil der Erfüllung des Rechts auf Gesundheit und dessen Anerkennung in der Verfassung sowie den nationalen Rechtsvorschriften von Ländern. Angestrebtes Ziel: Anerkennung in 50 Ländern bis 2013
- Verfügbarkeit und mittlere Verbraucherpreisrelation von 30 ausgewählten unentbehrlichen Generika im öffentlichen, privaten und nichtstaatlichen Sektor. Angestrebtes Ziel: 1) 80%-ige Verfügbarkeit der Arzneimittel in allen Sektoren; 2) mittlere Verbraucherpreisrelation für die ausgewählten Generika nicht über dem Vierfachen des Weltmarktpreises für das jeweilige Generikum.
- Entwicklungsstand der nationalen Regulierungskapazitäten. Angestrebtes Ziel: Bis 2013 Bewertung der nationalen Regulierungsbehörden; 33% der Länder verfügen über einen Basisniveau in Bezug auf vorhandene Regulierungsfunktionen, in 50% wird ein mittleres Niveau und in 17% ein hohes Niveau erreicht.
- Anteil der für Kinderimpfprogramme verwendeten Impfstoffe von gesicherter Qualität. Angestrebtes Ziel: 100% bis 2013
- Prozentualer Anteil der Verschreibungen gemäß den aktuellen nationalen oder institutionellen klinischen Leitlinien. Angestrebtes Ziel: 70% bis 2013.

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Eine erfolgreiche primäre Gesundheitsversorgung, das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele und funktionsfähige neue globale Finanzierungsmechanismen sind ganz und gar von der Verfügbarkeit von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Impfstoffen und Gesundheitstechnologien gesicherter Qualität abhängig. In den Mitgliedstaaten entfällt etwa die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben auf medizinische Produkte. Dennoch sterben täglich ungefähr 27 000 Menschen unnötigerweise, weil ihnen der Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln verwehrt bleibt. Bei vielen unentbehrlichen Arzneimitteln fehlt eine pädiatrische Formulierung. Die internationalen Marktkräfte begünstigen nicht die Entwicklung neuer Produkte für arbeitsbedingte Krankheiten, und internationale Handelsabkommen führen dazu, dass bestimmte unentbehrliche Arzneimittel, die zu einem späteren Zeitpunkt auf den Markt kommen werden, für die meisten Menschen, die sie benötigen, unerschwinglich sein werden. Die Globalisierung ermöglicht die Ausbreitung gefälschter Medizinprodukte in einem noch nie zuvor gesehenen Maß. Sicherheitskontrollen für neue Arzneimittel gegen HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und Tropenkrankheiten fehlen gerade in den geografischen Gebieten, in denen sie am meisten angewandt werden müssten.

Medizinische Produkte und Technologien (einschließlich Medizingeräte) retten Leben, verringern Leiden und verbessern die Gesundheit, aber nur, wenn sie qualitativ hochwertig, sicher, wirksam, verfügbar und bezahlbar sind und von Verschreibenden wie Patienten ordnungsgemäß eingesetzt bzw. genutzt werden. In vielen Ländern sind nicht alle diese Bedingungen erfüllt. Häufige Gründe hierfür sind ein fehlendes Bewusstsein für den möglichen Nutzen in Form von medizinischen Erfolgen und wirtschaftlichen Ersparnissen sowie fehlender politischer Wille und fehlende öffentliche Investitionen, wirtschaftliche und politische Sachzwänge, auch seitens der Geber, und widersprüchliche Finanzierungs- und Versorgungsstrategien. Zwischen dem kurzfristigen Zugewinn durch spezielle vertikale Systeme und der langfristigen Entwicklung

Wichtigste Erkenntnisse

- Ohne hochkarätige politische Unterstützung und zusätzliche Investitionen, sowohl im Haushalt der WHO als auch in den staatlichen Etats, bleibt das große Potenzial, das in unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien liegt, ungenutzt, was zu einer unnötig hohen Zahl an Erkrankungen, Behinderungen und Todesfällen sowie zu erheblichen wirtschaftlichen Verlusten führt.
- Es gibt ein großes Potenzial für qualitative Verbesserungen und wirtschaftliche Einsparungen. So können Programme zur Förderung eines rationalen Gebrauchs einen dreifachen, und Programme für Präqualifikation sogar einen 200-fachen wirtschaftlichen Ertrag abwerfen.
- In den neuen globalen Finanzierungsprogrammen wird nur unzureichend die Notwendigkeit anerkannt, nationale Kapazitäten für Qualitätssicherung, Beschaffungs- und Versorgungsweisen, Arzneimittelüberwachung sowie den rationalen Gebrauch von Arzneimitteln und Technologien zu schaffen, weil dies allgemein als Aufgabe der WHO angesehen wird. Ohne zusätzliche Anstrengungen in diesen Bereichen ist u. U. ein Großteil der Ausgaben für neue Anschaffungen vergebens.
- Die Nachfrage nach Unterstützung in Bezug auf medizinische Produkte und Technologien übersteigt bei weitem die Möglichkeiten des Sekretariats.

umfassender nationaler Konzepte und Versorgungssysteme für medizinische Produkte und Technologien muss im Rahmen umfassender Gesundheitssysteme ein Gleichgewicht hergestellt werden.

Die Entwicklung und Umsetzung umfassender nationaler Konzepte für medizinische Produkte und Technologien, die darauf abzielen, den Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien gesicherter Qualität sowie ihre Nutzung im Rahmen eines umfassenden Gesundheitssystems zu verbessern, würden signifikant zur Verbesserung der Gesundheitssituation sowie zur Verringerung von Morbidität und Mortalität, insbesondere aufgrund von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose sowie von Erkrankungen von Kindern und Müttern, beitragen.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Die Ausweitung des Zugangs zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien gesicherter Qualität und die Verbesserung ihrer Anwendung durch Gesundheitsfachkräfte und Patienten sind seit vielen Jahren vorrangige Anliegen für die Mitgliedstaaten und das Sekretariat. Dieses langfristige Ziel lässt sich am besten durch die Einführung und Umsetzung umfassender nationaler Konzepte für medizinische Produkte und Technologien erreichen.

Eine angemessene Versorgung mit medizinischen Produkten und Technologien gesicherter Qualität und ihre rationelle Nutzung hängen weitgehend von Marktkräften ab, erfordern aber auch öffentliche Investitionen, politischen Willen und einen Kapazitätsaufbau innerhalb nationaler Institutionen (einschließlich Regulierungsbehörden).

Die Anwendung evidenzbasierter internationaler Normen und Standards, die in gründlichen, transparenten, umfassenden und maßgeblichen Prozessen entwickelt wurden, und die Einführung und Umsetzung von Programmen zur Förderung eines guten Versorgungswesens, der Qualitätssicherung und einer rationellen Nutzung von medizinischen Produkten und Technologien (einschließlich Geräte) sind von entscheidender Bedeutung. Schwerpunkte sollten hier auf eine zuverlässige Beschaffungspraxis, die Bekämpfung gefälschter und minderwertiger Produkte, kostenwirksame klinische Interventionen, die langfristige Einhaltung von Behandlungen und die Eindämmung antimikrobieller Resistenzen gelegt werden.

Weitere Schwerpunkte werden darin liegen, einen gesundheitspolitischen Ansatz der Innovation zu verfolgen, die Länder dabei zu unterstützen, die im Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums vorgesehenen Spielräume auszuschöpfen, und Maßnahmen, die sich in Ländern mit hohem Einkommen als erfolgreich erwiesen haben, an die Bedürfnisse und Rahmenbedingungen von Ländern mit mittlerem bis niedrigem Einkommen anzupassen. Die auf den Weltgesundheitsversammlungen 2007 und 2008 erörterte Arbeit der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte wird dabei gebührend berücksichtigt werden. Außerdem wird die Beobachtung des Zugangs zu diesen Produkten und Technologien sowie ihrer Sicherheit, Qualität, Wirksamkeit und Anwendung durch unabhängige Begutachtung gefördert werden. Das Sekretariat wird die anerkannte fachliche Führungskompetenz der WHO und ihre einzigartigen globalen normativen Aufgaben mit weltweiter Überzeugungsarbeit, konzeptioneller Orientierungshilfe und gezielter Unterstützung für die Länder verbinden.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Ausarbeitung von konzeptionellen Orientierungshilfen, Nomenklaturen und Referenzmaterialien durch die Beratergremien und Sachverständigenkomitees der WHO, durch regionale und globale Konsultationsprozesse oder andere globale oder regionale normative Prozesse, mit besonderem Schwerpunkt auf dem chancengleichen Zugang zu unentbehrlichen Produkten und Technologien (einschließlich pädiatrischer Formulierungen) und ihrem rationellen Gebrauch, auf internationalen qualitativen und klinischen Standards für neue unentbehrliche Produkte und Technologien, auf Standards für traditionelle Arzneimittel und auf Strategien zur Förderung und Überwachung der Anwendung der WHO-Standards;
- Förderung des chancengleichen Zugangs zu qualitativ hochwertigen Produkten und Technologien sowie ihres rationellen Gebrauchs durch Bereitstellung fachlicher und konzeptioneller Unterstützung für Gesundheitsbehörden, Fachverbände, Verbraucherorganisationen und andere Akteure und Ermöglichung von Bedarfsanalysen und Kapazitätsaufbau;
- Direkte Umsetzung von hochwertigen Programmen im Rahmen von Präqualifikationsprogrammen der WHO und der Vereinten Nationen für vorrangige Impfstoffe, Arzneimittel und Diagnostika;
- Bereitstellung von Unterstützung für Länder bei der Herstellung, Nutzung und Ausfuhr von Produkten zuverlässiger Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit durch Stärkung der nationalen Regulierungsbehörden und ein internationales Programm zur Bekämpfung von Fälschungen;
- Bereitstellung von Unterstützung für Länder bei der Errichtung und Umsetzung von Programmen zur Förderung eines guten Versorgungswesens, eines zuverlässigen Beschaffungswesens und einer rationellen Nutzung von Produkten und Technologien;
- Bereitstellung von Unterstützung für Länder bei der Errichtung bzw. Stärkung von Systemen zur Überwachung nach der Markteinführung, zur Arzneimittelaufsicht, zur Gewährleistung von Blutsicherheit und zur Verschreibungskontrolle sowie bei der Vermittlung der Ergebnisse an die Bürger und andere Akteure mit dem Ziel der Förderung der Patientensicherheit;

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass die Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zu unentbehrlichen Produkten und Technologien gesicherter Qualität und die Verbesserung ihrer Anwendung durch Gesundheitsfachkräfte und Patienten vorrangige Anliegen für die Mitgliedstaaten und damit für das Sekretariat bleiben;
- dass die WHO unangemessenem politischem und wirtschaftlichem Druck widerstehen und die in ihrer Satzung und in internationalen Verträgen enthaltenen Verpflichtungen in Bezug auf die Entwicklung internationaler pharmazeutischer Normen und Standards für Produkte und Technologien weiterhin erfüllen wird;
- dass ausreichende Mittel zur Verfügung stehen werden und somit der Trend des vergangenen Jahrzehnts umgekehrt werden kann.

Das Erreichen dieses Strategischen Ziels kann durch folgende Risiken beeinträchtigt werden:

- dass die Arbeit innerhalb der nationalen Systeme und des Sekretariats in Bezug auf medizinische Produkte und Technologien, anstatt innerhalb eines umfassenden Gesundheitssystems integriert zu werden, auf mehrere vertikale Programme verteilt wird;
- dass in den neuen globalen Finanzierungsprogrammen die Notwendigkeit der Schaffung nationaler Kapazitäten für Qualitätssicherung, Beschaffungs- und Versorgungswesen, rationellen Gebrauch und Überwachung von Arzneimitteln und für Systeme für Blutsicherheit nur unzureichend anerkannt wird und dies dazu führt, dass ein Großteil der neuen Mittel vergeudet wird.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Sammlung von Berichten und Informationen über signifikante Ereignisse oder globale Anzeichen hinsichtlich Produktqualität oder -sicherheit in weltweiten Datenbanken, Überprüfung dieser Berichte und Informationen sowie Verbreitung der Ergebnisse;
- Anregung der Entwicklung, Erprobung und Anwendung neuer Produkte, Instrumente, Standards und konzeptioneller Leitlinien zur Förderung eines verbesserten Zugangs zu Produkten und Technologien, die auf die wichtigsten Krankheitslasten in den Ländern abzielen, sowie zur Förderung ihrer Qualität und Verbesserung ihrer Nutzung.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

11.1 Werbung und Unterstützung für die Ausarbeitung und Beobachtung umfassender nationaler Konzepte für den Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien sowie die Förderung von deren Qualität und Nutzung.	INDIKATOREN			
	11.1.1 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Ausarbeitung und Umsetzung offizieller nationaler Konzepte für den Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten und Technologien sowie die Förderung von deren Qualität und Nutzung Unterstützung erhalten	11.1.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die Unterstützung bei der Gestaltung bzw. Stärkung umfassender nationaler Einkaufs- oder Versorgungssysteme erhalten	11.1.3 Zahl der Mitgliedstaaten, die bei der Ausarbeitung bzw. Umsetzung nationaler Strategien, Konzepte und Regulierungsverfahren für Blut und Blutprodukte oder Infektionsbekämpfung Unterstützung erhalten	11.1.4 Veröffentlichung eines zweijährlichen globalen Berichts über Preise, Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Arzneimitteln anhand der vorhandenen Berichte aus den Ländern und Regionen
	AUSGANGSLAGE 2008			
	62	20	46	Veröffentlichung des Berichts im Jahr 2007
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	68	25	52	Veröffentlichung des Berichts
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	78	35	64	Veröffentlichung von 2 Berichten (2011 und 2013)

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
39 305	65 200	44 000

BEGRÜNDUNG

Die globale konzeptionelle Orientierungshilfe der WHO in Bezug auf den Zugang zu medizinischen Produkten und Technologien wird allgemein anerkannt. Durch diesen Bestandteil der Arbeit der WHO werden die gesundheitliche Chancengleichheit, die Nachhaltigkeit und die Integration vieler vertikaler Programme in ein einheitliches nationales Versorgungssystem gefördert.

11.2 Entwicklung internationaler Normen, Standards und Leitlinien für Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität medizinischer Produkte und Technologien und Werbung und Unterstützung für ihre Umsetzung auf nationaler bzw. regionaler Ebene.	INDIKATOREN			
	11.2.1 Zahl der neuen oder aktualisierten globalen Qualitätsstandards, Referenzzubereitungen, Leitlinien und Instrumente zur Verbesserung von Bereitstellung, Management, Anwendung, Qualität oder wirksamer Regulierung von medizinischen Produkten und Technologien	11.2.2 Zahl der medizinischen Produkten zugeordneten internationalen generischen Bezeichnungen	11.2.3 Zahl der vorrangigen Arzneimittel, Impfstoffe, Diagnostika und Geräte, die zur Beschaffung durch die Vereinten Nationen präqualifiziert sind	11.2.4 Zahl der Mitgliedstaaten, für die die Funktionalität der nationalen Regulierungsbehörden bewertet oder unterstützt wurde
	AUSGANGSLAGE 2008			
	30 pro Zweijahreszeitraum	8900	150	20
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	30 zusätzlich	9100	250	30
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			
	60 zusätzlich	9500	500	80
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013		
69 172	72 200	104 000		
BEGRÜNDUNG				
<i>Die globale normative Arbeit des Sekretariats in Bezug auf Impfstoffe, Arzneimittel und Gesundheitstechnologien ist einzigartig und wird von den Mitgliedstaaten, von anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen sowie anderen internationalen und nichtstaatlichen Organisationen hochgeschätzt. Sie kommt allen Mitgliedstaaten zugute und sollte von Einzelentscheidungen der Geber unabhängig bleiben. Es besteht eine unerwartet hohe Nachfrage nach dem Präqualifizierungsprogramm der WHO für Impfstoffe, vorrangige Arzneimittel und Diagnostika. Das Programm hat sich zum wichtigsten Treiber für die Schaffung von Kapazitäten bei nationalen Regulierungsbehörden entwickelt. Damit die Nachfrage nach der Präqualifizierung von Impfstoffen, vorrangigen Arzneimitteln und Diagnostika vollständig befriedigt werden kann, dürfte ein Anstieg der Mittel um ca. 30% erforderlich sein.</i>				

11.3 Entwicklung und Unterstützung evidenzbasierter konzeptioneller Orientierungshilfe zur Förderung einer wissenschaftlich sinnvollen und kostenwirksamen Anwendung von medizinischen Produkten und Technologien durch Gesundheitsfachkräfte und Verbraucher innerhalb des Sekretariats sowie in regionalen und nationalen Programmen.	INDIKATOREN		
	11.3.1 Zahl der unterstützten nationalen oder regionalen Programme zur Förderung einer sinnvollen und kostenwirksamen Anwendung von medizinischen Produkten oder Technologien		11.3.2 Zahl der Mitgliedstaaten, die über nationale Listen für unentbehrliche Arzneimittel, Impfstoffe oder Technologien verfügen, die innerhalb der letzten fünf Jahre aktualisiert wurden und im Rahmen der öffentlichen Beschaffung bzw. Kostenerstattung verwendet wurden
	AUSGANGSLAGE 2008		
	5		80
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	10		90
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	20		100
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	25 556	23 300	34 000
	BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die meisten neuen Finanzierungsmechanismen wie der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie UNITAID schenken der Förderung des rationellen Gebrauchs der von ihnen bereitgestellten Arzneimittel durch Verschreibende und Patienten nur wenig Aufmerksamkeit. Dies wird gemeinhin als eine Aufgabe der WHO angesehen. Ohne Verbesserungen in diesem Bereich können Gesundheitsergebnisse nicht vollständig erreicht werden, und es besteht die Gefahr, dass ein Großteil der neuen Mittel vergeudet wird.</i></p>			

Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden

Indikatoren und Zielvorgaben

- Zahl der Länder, die gesundheitsbezogene und von der Weltgesundheitsversammlung angenommene Resolutionen und Vereinbarungen umsetzen. Angestrebtes Ziel: mehr als die Hälfte der Mitgliedstaaten bis 2013
- Zahl der Länder, deren Regierung einer Kooperationsstrategie mit der WHO zugestimmt hat, in der qualitativ überprüft wird, inwiefern die von der WHO erhaltenen Ressourcen mit den Partnern abgestimmt und in die nationalen Gesundheits- und Entwicklungsstrategien eingebunden sind. Angestrebtes Ziel: 80 bis 2013 (Ausgangslage 2006–2007: 3)
- Grad der Erfüllung der in der Erklärung von Paris aufgeführten Vergleichsmaßstäbe in Bezug auf Harmonisierung und Partnerausrichtung bei der gesundheitsbezogenen staatlichen Entwicklungshilfe.¹ Angestrebtes Ziel: Erfüllung von 100% der Vergleichsmaßstäbe bis 2013

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Die Führungskompetenz und Führungsarbeit der Organisation werden von den Leitungsgremien – der Weltgesundheitsversammlung, dem Exekutivrat und den Regionalkomitees – sowie durch die Leitungsebene des Sekretariats auf globaler und regionaler Ebene – die Generaldirektorin und die Regionaldirektoren – gewährleistet.

Die Leitungsgremien benötigen eine effektive Zuarbeit, und ihre Entscheidungen müssen bedarfsgerecht und transparent umgesetzt werden. Innerhalb des Sekretariats müssen Befugnisse, Zuständigkeiten und Rechenschaftspflichten klar definiert sein, insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Ressourcen und die Entscheidungen über deren Verwendung zunehmend dezentralisiert und dorthin verlagert werden, wo die Programme tatsächlich umgesetzt werden.

Die Kapazitäten der Organisation müssen auf allen Ebenen ausgebaut werden, damit der beständig wachsende Bedarf an sinnvoll nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Gesundheitsinformationen gedeckt werden kann. Die Organisation sollte dafür gerüstet sein, sowohl intern als auch nach außen – im Vorfeld wie im Falle von Krisen – eine rechtzeitige und konsequente Kommunikation auf globaler, regionaler und Länderebene zu gewährleisten, um ihre Führungsrolle und ihr Engagement für Chancengleichheit unter Beweis stellen und unverzichtbare Gesundheitsinformationen liefern zu können und in dieser Tätigkeit wahrgenommen zu werden.

Wichtigste Erkenntnisse

- Angesichts der zunehmenden Zahl der an der Gesundheitsarbeit beteiligten Sektoren, Akteure und Partner müssen die Rolle und die Stärken der WHO genau verstanden und erkannt werden. Um ihre Ziele zu erreichen und zur Beseitigung sozialer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich sowie zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele beizutragen, wird die WHO ihre Position behaupten müssen.
- Die zunehmende Zahl der mit Gesundheitsaspekten befassten anderen Akteure hat zu Verantwortungslücken sowie zu einem Mangel an Synergieeffekten bei der Koordinierung von Maßnahmen geführt. Globale Partnerschaften für Gesundheit bieten die Chance zur Bündelung der unterschiedlichen Stärken von öffentlichen und privaten Organisationen und sowie von Gruppen der Zivilgesellschaft bei der Bewältigung von gesundheitspolitischen Problemen und Ungleichgewichten.

¹ Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe: Eigenverantwortung, Harmonisierung, Partnerausrichtung, Ergebnisorientierung und gegenseitige Rechenschaftspflicht, Paris, 2. März 2005. Die WHO bemüht sich gemeinsam mit der OECD, der Weltbank und anderen Akteuren um die Anpassung der Erklärung von Paris an den Gesundheitsbereich. Mit dem Fortschreiten dieses Prozesses sollen die folgenden Zielvorgaben nach und nach mehr auf den Gesundheitsbereich abgestimmt werden: 50% der staatlichen Entwicklungshilfe werden im Rahmen koordinierter Programme im Einklang mit nationalen Entwicklungsstrategien eingesetzt; 90% der durch diese Hilfe finanzierten Beschaffungen erfolgen über die Beschaffungssysteme der Partnerländer; Halbierung der Hilfe, die im vereinbarten Finanzjahr nicht planmäßig ausgezahlt wird; 66% der Hilfe wird im Rahmen programmorientierter Ansätze bereitgestellt; 40% der WHO-Ländermissionen werden gemeinsam durchgeführt; 66% der gesundheitsbezogenen Länderanalysen der WHO werden gemeinsam durchgeführt.

Auf der Länderseite sind starker politischer Wille, gute Staatsführung und Führungskompetenz erforderlich. Bei der Gestaltung, Regelung und Steuerung der Gesundheitssysteme und der Zuweisung der jeweiligen gesundheitsbezogenen Zuständigkeiten von Regierung, Gesellschaft und Bürger kommt dem Staat eine Schlüsselrolle zu. Dazu gehört die Beschäftigung nicht nur mit Themen des Gesundheitssektors, sondern auch mit umfassenderen Fragen, die erhebliche Auswirkungen auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen haben können (z. B. Mangel an sozialer Chancengleichheit, Reform des öffentlichen Dienstes oder Wirtschaftspolitik). Das Sekretariat wiederum muss sicherstellen, dass es seine Unterstützungsmaßnahmen nach klar definierten Länderstrategien ausrichtet, dass diese im Einklang mit den Mittelfristigen Strategieplänen und Programmhaushalten der WHO stehen und dass die Präsenz der Organisation vor Ort optimal an die Bedürfnisse und den Entwicklungsstand des jeweiligen Landes angepasst ist.

Auf globaler Ebene könnten bestimmte Mechanismen ausgebaut werden, um den beteiligten Akteuren eine transparente, ausgewogene und effektive Behandlung von Gesundheitsfragen zu ermöglichen. Die WHO sollte dazu beitragen sicherzustellen, dass die für die nationale Gesundheitspolitik verantwortlichen Entscheidungsträger und Berater voll an allen internationalen Foren beteiligt werden, in denen gesundheitsrelevante Fragen erörtert werden. Dies ist besonders wichtig angesichts der aktuellen sozialen und ökonomischen Interdependenz, aufgrund derer sich Entscheidungen zu Fragen der Handelspolitik, der Konfliktlösung oder der Menschenrechte deutlich auf die Gesundheitssituation auswirken können. Die zahlreichen Akteure im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die nicht staatlichen oder zwischenstaatlichen Organisationen angehören, sondern Aktivisten, Wissenschaftler oder Lobbyisten aus der Privatwirtschaft sind, benötigen Foren, die es ihnen ermöglichen, sich in transparenter Weise an der globalen bzw. nationalen gesundheitspolitischen Debatte zu beteiligen. Sie spielen auch eine Rolle bei der Gewährleistung einer guten Regierungsführung und einer entsprechenden Rechenschaftsablage.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Für die Verwirklichung dieses Strategischen Zieles ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten und Sekretariat erforderlich. Konkret sollten die zentralen Maßnahmen folgende Bereiche abdecken: Führung, Ausrichtung und Koordinierung der Arbeit der WHO; Stärkung der Führung der Organisation durch stärkere Beteiligung der Mitgliedstaaten und wirksame Unterstützung durch das Sekretariat; effektive Vermittlung von Tätigkeit und Wissen der WHO an Mitgliedstaaten, andere Partner und Akteure sowie die Allgemeinheit.

Bei ihrer Zusammenarbeit mit den Ländern zur Förderung der Umsetzung der globalen Gesundheitsagenda wird die WHO zur Formulierung ausgewogener nationaler Strategien und Prioritäten beitragen und in den globalen Konzepten und Prioritäten die Rahmenbedingungen und Perspektiven der Länder berücksichtigen. Grundlage für die Koordinierung der verschiedenen Ebenen der Organisation muss eine wirksame Präsenz in den Ländern sein, die den nationalen Bedürfnissen und Prioritäten gerecht wird und in der die gemeinsamen Grundsätze der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und der gesundheitlichen Chancengleichheit zum Ausdruck kommen. Auf der nationalen Ebene wird die Organisation sektorübergreifende Konzepte zur Förderung der globalen Gesundheitsagenda unterstützen und institutionelle Kapazitäten für Führungskompetenz und Führungsarbeit sowie für die Planung der gesundheitlichen Entwicklung schaffen. Darüber hinaus wird sie auch die fachliche Zusammenarbeit zwischen Entwicklungs- und Industrieländern fördern.

Wichtigste Erkenntnisse

- An die Vereinten Nationen insgesamt werden immer höhere Erwartungen gestellt, und es ist mehr denn je erforderlich, ihren besonderen Nutzen zu verdeutlichen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Beziehungen auf der Länderebene, da hier zahlreiche Veränderungen stattfinden, die auf die Ausrichtung der Arbeit internationaler Organisationen an den gesundheitspolitischen Konzepten und Programmen der Länder zurückzuführen und im Zuge einer Harmonisierung ihrer Bemühungen zwecks Reduzierung des Verwaltungsaufwands zu sehen sind. Damit die internationale Gesundheitsarchitektur wirtschaftlicher wird und sich besser auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten einstellen kann, muss die WHO deshalb weiterhin die Initiative ergreifen und innovative Verfahren für die Steuerung globaler Partnerschaften oder eine Beteiligung an ihnen entwickeln.

Weitere Maßnahmen sind: Förderung der Entwicklung funktionsfähiger Partnerschaften und einer globalen Gesundheitsarchitektur, die chancengerechte gesundheitliche Ergebnisse auf allen Ebenen gewährleistet; Unterstützung von Konzepten zur Gesundheitsentwicklung und Gesundheitssicherheit, die mit Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, anderen internationalen Organen und sonstigen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich abgestimmt sind; aktive Beteiligung am Dialog zur Reform der Vereinten Nationen; Zusammenbringen relevanter Akteure zur Erörterung von Gesundheitsfragen von globaler und regionaler Tragweite.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass alle Akteure an ihrer Verpflichtung zu gesundheitlicher Chancengleichheit, verantwortungsvollem Handeln und Führungskompetenz festhalten und dass die Mitgliedstaaten und das Sekretariat sich an die Resolutionen und Beschlüsse der Leitungsgremien halten;
- dass die gegenwärtig vertrauensvollen Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten und dem Sekretariat fortbestehen;
- dass im Rahmen des ergebnisorientierten Managementrahmens die Rechenschaftsablage bezüglich der tatsächlichen Durchführung beschlossener Maßnahmen gestärkt wird;
- dass sich durch die während der Laufzeit des Mittelfristigen Strategieplans möglichen Veränderungen im externen und internen Umfeld Rolle und Aufgaben der WHO nicht grundsätzlich verändern; gleichwohl muss die WHO in der Lage sein, beispielsweise auf Veränderungen infolge der Reformen des Systems der Vereinten Nationen zu reagieren und sich daran anzupassen.

Von den Risiken, die das Erreichen des Strategischen Ziels beeinträchtigen könnten, könnten die möglichen Konsequenzen der Reform des Systems der Vereinten Nationen in Betracht gezogen werden. Die Chancen würden steigen, wenn die WHO die Initiative ergreift und aktiv an diesem Prozess mitwirkt. Die steigende Zahl von Partnerschaften könnte allerdings auch dazu führen, dass es vermehrt zu Überschneidungen zwischen Initiativen kommt, die Transaktionskosten für Regierungen und Geldgeber steigen, Unklarheit über die jeweilige Verantwortung entsteht und Prioritäten und Systeme der Länder nicht ausreichend berücksichtigt werden. Falls es zu solchen Entwicklungen käme, müssten entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

12.1 Ausübung einer wirksamen Führungskompetenz der Organisation und ihre zielgenaue Ausrichtung durch Verbesserung der Governance, Kohärenz, Rechenschaftsablage und Synergieeffekte in der Arbeit der WHO.	INDIKATOREN		
	12.1.1 Anteil der Dokumente, die den Leitungsgremien innerhalb der satzungsgemäßen Fristen in den sechs offiziellen Sprachen der WHO vorgelegt werden	12.1.2 Ausmaß des Verständnisses von Rolle, Prioritäten und Kernbotschaften der WHO unter den zentralen Akteuren, ermittelt anhand einer Umfrage bei diesen Akteuren	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	50%	76% der Akteure sind vertraut/sehr vertraut mit den Aufgaben und Prioritäten der WHO	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	75%	86% der Akteure sind vertraut/sehr vertraut mit den Aufgaben und Prioritäten der WHO	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	90%	96% der Akteure sind vertraut/sehr vertraut mit den Aufgaben und Prioritäten der WHO	
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
87 222	156 900	108 128	
BEGRÜNDUNG			
<i>Dieses organisationsweit erwartete Ergebnis betrifft ein breites Spektrum von Aktivitäten, einschließlich der Organisation von Tagungen der Leitungsgremien und anderen zwischenstaatlichen Gesundheitsforen. Die Rolle der WHO als Organisation, die maßgebliche Akteure zusammenbringt, dürfte in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Die Stärkung der institutionellen Integrität der WHO einschließlich der Aufsichtsfunktion wird auch künftig eine wichtige Voraussetzung für das Erreichen dieses Ergebnisses sein.</i>			

12.2 Herstellung einer wirksamen WHO-Länderpräsenz ¹ zur Umsetzung von WHO-Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern, die an die nationale Gesundheits- und Entwicklungspolitik der Mitgliedstaaten angepasst und mit dem VN-Länderteam und anderen Entwicklungspartnern abgestimmt sind.	INDIKATOREN			
	12.2.1 Zahl der Mitgliedstaaten, in denen die WHO ihre Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern an die Prioritäten des Landes und an dessen Entwicklungszyklus anpasst und ihre Arbeit innerhalb relevanter Rahmengerüste (Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen, Strategiedokumente zur Armutsbekämpfung und sektorweite Ansätze) mit den Vereinten Nationen und anderen Entwicklungspartnern abstimmt	12.2.2 Anteil der WHO-Länderbüros, die ihre Kernkapazität im Lichte ihrer landesspezifischen Kooperationsstrategie überprüft und angepasst haben	12.2.3 Anteil der Arbeitspläne, die mit der jeweiligen landesspezifischen Kooperationsstrategie übereinstimmen	
	AUSGANGSLAGE 2008			
	40	20%		
	EINZELZIELE FÜR 2009			
	80	40%		
	EINZELZIELE FÜR 2011			
	EINZELZIELE FÜR 2013			

¹ Die WHO-Länderpräsenz ist die Plattform für eine wirksame Zusammenarbeit mit den Ländern zur Förderung der globalen Gesundheitsagenda, für Beiträge zu nationalen Strategien und für die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Perspektiven der Länder in den globalen Strategien und Prioritäten.

EINZELZIELE FÜR 2013		
145	80%	
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
71 128	30 800	87 481
BEGRÜNDUNG		
<p><i>Die Bemühungen der WHO um Stärkung der operativen Zusammenarbeit werden sich möglicherweise auf der Länderebene stärker auswirken. Sie werden in den nächsten Jahren beibehalten und können dabei Mittel erfordern, beispielsweise für die Verbesserung der Fähigkeit zur engeren Zusammenarbeit mit Partnern auf der Länderebene und im Bereich der Harmonisierungsmechanismen.</i></p>		

<p>12.3 Schaffung globaler Mechanismen für Gesundheit und Entwicklung, die auf der Grundlage einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Agenda, welche den Bedürfnissen und Prioritäten der Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich entspricht, eine effektive Bereitstellung dauerhafterer und vorhersehbarer Mittel fachlicher und finanzieller Art für die Gesundheitsversorgung gewährleistet.</p>	INDIKATOREN		
	12.3.1 Zahl der Gesundheitspartnerschaften, an denen die WHO beteiligt ist und die gemäß den Prinzipien bewährter Praktiken aus den Globalen Partnerschaften für Gesundheit arbeiten	12.3.2 Anteil der von der WHO gesteuerten Gesundheitspartnerschaften, die sich an den WHO-Leitlinien für Partnerschaften orientieren	12.3.3 Anteil der Länder, in denen die WHO in Gesundheits- und Entwicklungspartnerschaften federführend oder aktiv beteiligt ist (formell oder informell), einschließlich im Rahmen von Reformen des Systems der Vereinten Nationen
	AUSGANGSLAGE 2008		
	3	0%	Weniger als 20%
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	10	14%	Mehr als 50%
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	50	100%	Bis 2009 festzulegen
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
21 030	33 800	26 058	
BEGRÜNDUNG			
<p><i>Weil es immer wichtiger wird, auf globaler und regionaler Ebene aktiver mit anderen Akteuren in den Bereichen Gesundheit und Entwicklung zusammenzuarbeiten, wird für dieses organisationsweit erwartete Ergebnis in den nächsten Jahren ein geringfügig höherer Mittelbedarf erwartet.</i></p>			

<p>12.4 Bereitstellung von grundlegendem Gesundheitswissen und von Argumentationshilfen in mehreren Sprachen für die Mitgliedstaaten, gesundheitspolitischen Partner und andere Akteure durch wirksamen Wissensaustausch.</p>	INDIKATOREN	
	12.4.1 Durchschnittliche Zahl der Seitenzugriffe/der Benutzer der Website des WHO-Hauptbüros pro Monat	12.4.2 Zahl der auf Websites von Länderbüros, Regionalbüros und WHO-Hauptbüro verfügbaren Seiten in anderen Sprachen als Englisch
	AUSGANGSLAGE 2008	
	28 Mio./3,5 Mio.	12 733
	EINZELZIELE FÜR 2009	
	48 Mio./5 Mio.	22 000
	EINZELZIELE FÜR 2011	

EINZELZIELE FÜR 2013		
80 Mio./7 Mio.	40 000	
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
34 964	32 400	43 333
BEGRÜNDUNG		
<i>Aufgrund der Tätigkeit der WHO werden die Maßnahmen in Bezug auf dieses organisationsweit erwartete Ergebnis geringfügig zunehmen.</i>		

Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann

Indikatoren und Zielvorgaben

- Kostenwirksamkeit der Befähigungsfunktionen (enabling functions) der Organisation, d. h. Anteil des Gesamtetats für dieses Strategische Ziel am Gesamthaushalt der WHO. Angestrebtes Ziel: 12% bis 2013 (Ausgangslage 2006–2007: 14,5%)
- Ausrichtung der Ausgaben am Programmhaushalt, gemessen am Anteil der Strategischen Ziele, für die 80% bis 120% der im Programmhaushalt veranschlagten Mittel ausgegeben wurden. Angestrebtes Ziel: 90% der Strategischen Ziele bis 2013 (Ausgangslage 2004–2005: 60% der Arbeitsbereiche)
- Wirksamkeit der Führungs- und Verwaltungskapazitäten auf Länderebene (entsprechende Messmethoden werden im Rahmen eines Messverfahrens entwickelt, das der Beurteilung der allgemeinen Wirksamkeit der Arbeit der WHO auf Länderebene dient).

THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Wie im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm hervorgehoben wird, ist ein kontinuierlicher Wandel heute die Regel. Die Organisation muss sich fortlaufend weiterentwickeln und ihre Flexibilität und Anpassungsfähigkeit unter Beweis stellen, um künftige weltweite gesundheitliche Herausforderungen, die sich von den derzeitigen Problemstellungen grundlegend unterscheiden können, wirksam bewältigt werden können.

Die globale Gesundheitspolitik, in der die WHO eine Schlüsselfunktion einnimmt, wird heute immer komplexer. Ständig treten neue Akteure und Partnerschaften auf den Plan. In Übereinstimmung mit ihrer Rolle als federführende internationale Organisation im Gesundheitsbereich muss die WHO ihre Außenbeziehungen strategisch ausrichten. Auch die Harmonisierungsbemühungen unter den Akteuren in der Entwicklungspolitik und die umfassenden Reformen innerhalb des Systems der Vereinten Nationen beeinflussen die Handlungsweise globaler und lokaler Akteure. Die WHO wird sich aktiv an diesen Entwicklungen beteiligen und kann wertvolle Beiträge zur Reform des Systems der Vereinten Nationen leisten, etwa durch eigene vorbildliche Arbeitsweisen.

In den vergangenen zehn Jahren wurde in deutlich höherem Maße in das Gesundheitswesen investiert. Dies hat zu einer wachsenden Nachfrage der Länder nach fachlicher Unterstützung durch die WHO geführt. Diese höheren Investitionen wirken sich auch auf die Beziehungen der WHO zu ihren wichtigsten Partnern und Geldgebern aus; diese erwarten mehr Transparenz und eine bessere Rechenschaftsablage sowohl in Form messbarer Ergebnisse als auch durch Nachweise über die Verwendung der Finanzmittel.

Fortschrittliche Informationstechnologien, eine zunehmende Abhängigkeit von globalen Wirtschaftszyklen, innovative Managementtechniken und ein zunehmend konkurrenzorientierter Arbeitsmarkt sind allesamt Faktoren, die bei der organisatorischen Steuerung der WHO berücksichtigt werden müssen.

Auch wenn in vielen Bereichen Fortschritte erzielt wurden, so sind dennoch zahlreiche weitere Herausforderungen zu überwinden, wenn die Unterstützung durch Management- und Verwaltungstätigkeiten in der gesamten Organisation optimiert werden soll.

Wichtigste Erkenntnisse

- Die Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Organisationsführung erfordern Zeit und ein langfristiges Engagement der Leitungsebene und der Mitarbeiter.
- Robuste Informationssysteme, die weltweit zeitnahe und genaue Informationen (auch sinnvoll nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselt) liefern, sind eine Voraussetzung für die Umsetzung von Organisationsreformen in die tägliche Praxis.
- Die effiziente Führung und Verwaltung von WHO-Programmen erfordern ein ausgewogenes Verhältnis zwischen globalen Konzepten und Systemen und einer dezentralisierten Durchführung unter Berücksichtigung regionaler und nationaler Besonderheiten.
- Die Bemühungen um eine stärkere Gewichtung des Leistungsmanagements und eine bessere Rechenschaftsablage (programmatisch und individuell) müssen beibehalten und weiter gestärkt werden.
- Es bedarf weiterer Anstrengungen, um sicherzustellen, dass die Konzepte und Verpflichtungen der Organisation in Bezug auf Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und gesundheitliche Chancengleichheit auf allen Ebenen der Organisation vermittelt, verstanden und berücksichtigt werden, insbesondere durch Lern- und Fortbildungsmaßnahmen.

Der ergebnisorientierte Managementrahmen der WHO wurde durch die notwendigen Vorarbeiten zum Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm und die Entwicklung des Mittelfristigen Strategieplans gestärkt. Es können jedoch weitere Maßnahmen ergriffen werden, mit denen gewährleistet wird, dass der Managementrahmen praktische Erfahrungen berücksichtigt, den Bedürfnissen der Länder besser gerecht wird, eine engere Zusammenarbeit unterstützt und die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern innerhalb der gesamten Organisation fördert.

Angesichts der Tatsache, dass etwa 80% der Mittel der Organisation aus freiwilligen Beiträgen bestehen, stellt das Finanzmanagement nach wie vor eine Herausforderung dar. Die regelmäßige Überwachung der Mittel und das entsprechende Berichtswesen wurden in der gesamten Organisation verbessert. Damit die Ressourcen besser auf den Programmhaushalt ausgerichtet und die Transaktionskosten gesenkt werden können, bedarf es mehr Flexibilität und weniger Zweckbindung bei der Finanzierung durch die Partner sowie intern einer wirksameren Mittelverwendung.

Fortschritte wurden durch Umsetzung weit reichender Reformen im Personalwesen, die eine Straffung der Einstellungspolitik und der Klassifikationsverfahren beinhalteten, durch Einführung eines weltweiten Kompetenzmodells für alle Mitarbeiter, die Einrichtung eines Personalentwicklungsfonds sowie durch Einführung eines Programms zur Förderung der Führungskompetenz auf der gesamten Leitungsebene erzielt. Auf der Grundlage dieser Fortschritte müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um die Personalplanung innerhalb der WHO zu verbessern und eine Organisationskultur, die Lernen und Leistung gleichermaßen fördert, weiter zu stärken. Zudem werden Maßnahmen zur Förderung der Personalrotation und der Mobilität der Mitarbeiter innerhalb der Organisation erforderlich sein.

Die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben muss als Anliegen der Mitarbeiter anerkannt werden, die ein ausgewogenes Verhältnis zwischen ihren Aufgaben als Angestellte und anderen Verpflichtungen anstreben. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede und die aus individuellen Lebensumständen resultierenden Anforderungen an Personen müssen berücksichtigt werden. Dazu zählen beispielsweise die Aufgaben, die viele Frauen bei der Versorgung abhängiger Familienmitglieder wahrnehmen, obwohl sie weiterhin eine Berufstätigkeit ausüben.

Mit der Einführung des globalen Managementsystems wurde die Verbesserung der Effizienz und der Effektivität der Organisation sowie der Wirkung der WHO-Programme auf der Länderebene angestrebt. Die Einführung des globalen Managementsystems erfolgte gleichzeitig mit administrativen, verfahrensbezogenen und strukturellen Veränderungen. Dazu zählte auch die Einrichtung des globalen Dienstleistungszentrums in Malaysia. Diese Veränderungen müssen kontinuierlich beobachtet werden, um zu gewährleisten, dass das Potenzial des Systems innerhalb der gesamten Organisation voll ausgeschöpft werden kann.

Angesichts der dezentralen Arbeitsweise der WHO war die Abstimmung zwischen Zuständigkeiten und Befugnissen auf allen Ebenen des Sekretariats eine der wichtigsten Aufgaben, da sie die Grundvoraussetzung für eine sinnvolle Rechenschaftsablage bildet. Durch die Einführung des globalen Managementsystems konnte diese Abstimmung wesentlich verbessert werden. Zur Einführung eines umfassenderen Rahmens für die Rechenschaftsablage in der Organisation sind jedoch weitere Anstrengungen erforderlich. Insbesondere sollte auch die Entscheidungsfähigkeit der WHO-Länderbüros gestärkt werden.

Das Sekretariat wird folgende Schwerpunkte setzen:

- Förderung eines ergebnisorientierten Ansatzes in allen Bereichen der Arbeit der WHO, bei dem die Bedeutung der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und der gesundheitlichen Chancengleichheit, das Erlernen neuer Fähigkeiten, die gemeinsame Planung sowie die Kooperation betont werden und in dem sich die Stärken der WHO innerhalb der internationalen Gesundheits- und Entwicklungspolitik widerspiegeln;
- Einführung eines stärker integrativ, strategisch und gerechtigkeitsorientiert ausgerichteten Ansatzes für die Finanzierung des Programmhaushalts und den Umgang mit Finanzmitteln in der gesamten Organisation; dazu zählt auch ein höheres Maß an Koordination bei der Einwerbung der Mittel;
- Schaffung einer Organisationskultur, die allen Mitarbeitern im Rahmen ihrer Tätigkeiten Lernprozesse ermöglicht, die Einhaltung ethischer Grundüberzeugungen, die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und die Wahrung von Integrität fördert, Leistung belohnt und Mobilität fördert, damit die Organisation über effiziente und leistungsfähige Mitarbeiter verfügt;
- Stärkung der operativen Unterstützung auf allen Ebenen der Organisation, indem kontinuierlich nach Möglichkeiten gesucht wird, Verwaltungs-, Informations- und Managementsysteme und -verfahren kostenwirksamer bereitzustellen, einschließlich durch Optimierung des Standorts, von dem die Leistungen erbracht werden; Bereitstellung eines sicheren und gesunden Arbeitsumfelds unter Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben; Steuerung auf der Grundlage klar definierter Vereinbarungen zum Dienstleistungsumfang;
- Bereitstellung von Rahmengerüsten und Instrumenten zur Einführung zuverlässiger Verfahren für die Rechenschaftsablage im Sekretariat bei gleichzeitiger Förderung der Zusammenarbeit und Koordination zwischen dessen verschiedenen Ebenen.

In den letzten beiden Jahren stand die Organisation vor großen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Investitionen in eine umfassende Erneuerung der Infrastruktur sowie der Einhaltung der Mindestnormen der operationellen Sicherheit der Vereinten Nationen. Dies war insbesondere auf den gestiegenen Bedarf an operativer Unterstützung sowie auf frühere Entscheidungen zur Zurückstellung von Projekten wegen Mittelknappheit zurückzuführen. Deshalb muss jetzt ein nachhaltiger Mechanismus zur Finanzierung der Investitionen in die umfassende Erneuerung der Infrastruktur sowie in Sicherheitsbereich gefunden werden.

STRATEGISCHE ANSÄTZE

Zur Erreichung dieses Strategischen Ziels und zur Bewältigung der genannten Herausforderungen sind umfassende, einander ergänzende Ansätze erforderlich. Während der vergangenen Jahre wurden erhebliche interne Reformanstrengungen unternommen, um die Verwaltungs- und Entscheidungskompetenz des Sekretariats zu verbessern. Diese Maßnahmen zeigen nun erste Erfolge. In den nächsten Jahren werden diese Ansätze durch folgende Maßnahmen verstärkt: Ersetzung der bisherigen starren, bürokratischen Kontrollmechanismen durch ein System nachträglicher Prozesskontrolle im Sinne einer verstärkten Delegation von Aufgaben sowie einer verbesserten Rechenschaftsablage; Verlagerung von Zuständigkeiten und Entscheidungsprozessen über die Verwendung von Mitteln an die Stellen, die mit der Umsetzung der jeweiligen Programme befasst sind; Verbesserung von Transparenz und Integrität der Entscheidungen; Stärkung der Organisationsführung und Stabilisierung organisationsweiter Systeme bei gleichzeitiger Berücksichtigung regionaler Besonderheiten; Stärkung der Entscheidungs- und Verwaltungsfähigkeit und -befugnis an allen Standorten, insbesondere in den Länderbüros. Die erfolgreiche Umsetzung dieser strategischen Ansätze wird nur mit aktiver Unterstützung durch die Mitgliedstaaten gelingen, beispielsweise durch rechtzeitige Finanzierung des Programmhaushalts der Organisation, auch unter Rückgriff auf freiwillige Beiträge.

ANNAHMEN, RISIKEN UND OPTIONEN

Dieses Strategische Ziel ließe sich unter folgenden Voraussetzungen erreichen:

- dass die Fortsetzung und weitere Beschleunigung der gegenwärtigen Reformen in der WHO bei den Mitgliedstaaten und beim Sekretariat gleichermaßen Unterstützung finden, denn eine nachhaltige Verbesserung der Führungsmethoden erfordert von der oberen Leitungsebene ein hohes Maß an Führungskompetenz und von sämtlichen Mitarbeitern der Organisation entschlossene Anstrengungen, damit die Strategien und Konzepte in der täglichen Praxis von jedem Einzelnen umgesetzt werden können;
- dass die Kommunikation nach innen und außen reibungslos verläuft, um zu gewährleisten, dass die zur Erreichung dieses Ziels unternommenen Anstrengungen für die veränderlichen Bedürfnisse der Organisation relevant bleiben;
- dass sich die während der sechsjährigen Laufzeit des Strategieplans zu erwartenden Veränderungen im externen und internen Umfeld Rolle und Aufgaben der WHO nicht grundsätzlich verändern; gleichwohl sollten Organisationsreformen dazu beitragen, die WHO in eine flexiblere Organisation zu

verwandeln, die in der Lage ist, sich an Veränderungen anzupassen;

- dass der Kostendämpfungsdruck in Bezug auf die Verwaltungskosten weiter anhält; das Sekretariat wird deshalb auch weiterhin die Kosten minimieren und sicherstellen, dass alle diesbezüglichen Möglichkeiten geprüft werden, einschließlich Outsourcing und Verlagerung von Mitarbeitern.

Dieses Strategische Ziel ist eng mit der Arbeit der übrigen Organisation verknüpft. Die zunehmenden Aufgaben, die im Rahmen der anderen Strategischen Ziele anfallen, machen zusätzliche Ressourcen zur Unterstützung dieser Aufgaben erforderlich, auch wenn hier nicht zwingend ein linearer Zusammenhang besteht. Zu den Risiken, die das Erreichen des Ziels beeinträchtigen könnten, zählen die Auswirkungen von Veränderungen der Arbeitsweise, die das in der Organisation vorhandene Wissen, die Qualität der Arbeit, die erforderlichen Kontrollmechanismen und die Rechenschaftsablage nicht gefährden dürfen.

Bei der Bereitstellung eines räumlichen Arbeitsumfelds, das das Wohlbefinden und die Sicherheit der Mitarbeiter an allen Standorten fördert, können schwerwiegende Probleme auftreten, wenn Ausgaben für Gebäude hinausgeschoben werden: Unterlassene Instandhaltung kann Störungen zur Folge haben, die wiederum den Gesamtbedarf an Mitteln für die spätere Durchführung von Notreparaturen erhöhen, deren Kosten aufgrund von Wechselkurschwankungen und Inflation dann höher ausfallen können.

ORGANISATIONSWEIT ERWARTETE ERGEBNISSE

13.1 Orientierung der Arbeit der Organisation an strategischen und operativen Plänen, die die gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigen, den Bedürfnissen der Länder gerecht werden, durch die gesamte Organisation ausgearbeitet werden und wirksam zur Leistungsüberwachung und -bewertung genutzt werden.	INDIKATOREN		
	13.1.1 Anteil der Arbeitspläne in den Ländern, die bezüglich ihrer fachlichen Qualität sowie des Grads der Berücksichtigung gewonnener Erkenntnisse und der Bedürfnisse des jeweiligen Landes einer fachlichen Begutachtung unterzogen wurden	13.1.2 Von einzelnen Büros angestrebte Ergebnisse, für die der Fortschrittsstatus innerhalb der festgelegten Fristen für die regelmäßige Berichterstattung aktualisiert wurde	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	0%	60%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
		80%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	30%		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	60%	90%	
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	36 916	40 800	43 805
BEGRÜNDUNG			
<i>Der übergeordnete ergebnisorientierte Managementrahmen (beispielsweise gemeinsame Planung, Qualitätssicherung, fachliche Begutachtung usw.) muss gestärkt werden. Trotz Erhöhung der Ausgaben im Zweijahreszeitraum 2006-2007 müssen die Investitionen insbesondere auf regionaler Ebene und Länderebene weiter erhöht werden, damit die Zusammenarbeit verbessert und integrative Lösungen gefördert werden können. Um eine genauere Rechenschaftsablage über die Ergebnisse der Programmarbeit sowie eine bessere Steuerung der Planung und Programmdurchführung auf allen Ebenen der Organisation zu gewährleisten, sind erhebliche Anstrengungen erforderlich.</i>			

13.2 Solide Finanzpraxis und effizientes Finanzmanagement durch laufende Überwachung und Mobilisierung von Ressourcenströmen, damit diese mit dem Programmhaushalt übereinstimmen.	INDIKATOREN		
	13.2.1 Grad der Einhaltung der Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor durch die WHO	13.2.2 Anteil der freiwilligen Beiträge, die als „allgemeine freiwillige Beiträge“ eingestuft werden	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	Rechnungslegungsstandards nicht eingeführt		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	Einführung der Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
	Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013
	60 654	67 800	72 538
BEGRÜNDUNG			
<i>Die geplante Erhöhung entspricht der Fokussierung auf eine besser abgestimmte und stärker strategische Ausrichtung bei der Einwerbung von Mitteln, und dies erfordert den geschlossenen Einsatz der gesamten Organisation. Zur erfolgreichen Einführung der Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor und zur Gewährleistung noch besserer finanzieller Rechenschaftsablage und Integrität sind gewisse Investitionen erforderlich. Im oben genannten Mittelbedarf sind 20 Mio. US-\$ für den Wechselkurssicherungsmechanismus enthalten.</i>			

13.3 Einführung einer Personalpolitik und -praxis, die hoch qualifizierte Arbeitskräfte anzieht und an die Organisation bindet, das Erlernen neuer Fähigkeiten und die berufliche Weiterentwicklung fördert, Leistung belohnt und sich für die Einhaltung ethischer Grundüberzeugungen einsetzt.	INDIKATOREN		
	13.3.1 Anteil der Dienststellen ¹ , die über einen genehmigten zweijährlichen Personalplan verfügen	13.3.2 Zahl der Mitarbeiter, die innerhalb eines Zweijahreszeitraums einen neuen Posten antreten oder an einen anderen Standort versetzt werden (aufgeschoben bis zum Zweijahreszeitraum 2010-2011)	13.3.3 Anteil der Mitarbeiter, die den Zyklus des Systems für Leistungsmanagement und Mitarbeiterentwicklung einhalten
	AUSGANGSLAGE 2008		
	40%		65%
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	75%		75%
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100%		95%
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
29 630	37 000	35 549	
BEGRÜNDUNG			
<i>Die geplante Steigerung ist darauf zurückzuführen, dass auf regionaler Ebene stärkere Kapazitäten für eine wirkungsvollere Unterstützung von Führungskräften und anderen Mitarbeitern auf regionaler Ebene und auf nationaler Ebene aufgebaut werden müssen. Die Stärkung des Personalwesens sollte intensiv weiterverfolgt werden, indem neue Strategien eingeführt werden, die die Mobilität und Rotation der Mitarbeiter erhöhen, die Leistungsförderung verbessern usw.</i>			

¹ Mit „Dienststellen“ sind hier Länderbüros (144), Abteilungen der Regionalbüros (~30) und Abteilungen des Hauptbüros (~40) gemeint.

13.4 Vorhandensein vom Managementstrategien, -konzepten und -methoden für Informationssysteme, die zuverlässige, sichere und kosteneffektive Lösungen garantieren und gleichzeitig den veränderlichen Anforderungen der Organisation Rechnung tragen.	INDIKATOREN		
	13.4.1 Zahl der Informationstechnik-Funktionen ¹ , die in Übereinstimmung mit der als vorbildlich geltenden Praxis in der gesamten Organisation realisiert wurden	13.4.2 Anteil der Dienststellen, die kontinuierlich in Echtzeit auf Managementinformationen zugreifen	
	AUSGANGSLAGE 2008		
	0		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	3		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	5		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	7		
MITTEL (IN TAUSEND US-\$)			
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
106 228	120 300	127 483	
BEGRÜNDUNG			
<i>In diesem Bereich bleibt der Mittelbedarf relativ konstant: Einerseits konnten die Einheitskosten aufgrund von Effizienzgewinnen und des globalen Einkaufs von Informationstechnologieressourcen an Standorten mit niedrigeren Kosten gesenkt werden. Andererseits musste wegen der Einführung des globalen Managementsystems und der Überlappung mit älteren Anwendungen, die mehr Support erfordern, ein Kostenanstieg hingenommen werden. Im Zweijahreszeitraum 2012-2013 wird die Organisation nach Eingang obligatorischer neuer Software-Versionen beginnen, die Systembasis zu aktualisieren.</i>			

¹ Dazu zählen u. a. Incidence Management, Configuration Management, Release Management, „Service Desk“-Funktion.

13.5 Unterstützungsdienste ¹ für Management und Verwaltung, mit denen die Funktionsfähigkeit der Organisation gewährleistet werden soll, auf der Grundlage von Vereinbarungen zum Dienstleistungsumfang, die einen Schwerpunkt auf Qualität und bedarfsgerechte Leistungen legen.	INDIKATOREN		
	13.5.1 Anteil der durch das globale Dienstleistungszentrum erbrachten Leistungen, die den in den Vereinbarungen zum Dienstleistungsumfang festgelegten Kriterien entsprechen		
	AUSGANGSLAGE 2008		
	0%		
	EINZELZIELE FÜR 2009		
	75%		
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
	100%		
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
149 647	130 100	179 217	
BEGRÜNDUNG			
<i>Die Gesamtarbeitsbelastung wächst in allen Bereichen der Organisation, und dies muss sich auch in Art und Umfang der Unterstützung niederschlagen. Gleichzeitig führt auch die beständige Suche nach kostenwirksameren Arbeitsverfahren zu gewissen Einsparungen. Im Zweijahreszeitraum 2008-2009 muss der Mittelumfang allerdings geringfügig erhöht werden. Im Rahmen einer umfassenden Überprüfung des Dienstleistungsangebots wird in den nächsten Monaten eine genauere Kostenkalkulation vorgenommen.</i>			

¹ Dazu zählen Dienste in den Bereichen Informationstechnologie, Personal, Finanzen, Logistik und Sprachendienste.

13.6 Eine Arbeitsumgebung, die positive Auswirkungen auf Wohlbefinden und Sicherheit der Mitarbeiter an allen Standorten hat.	INDIKATOREN		
	13.6.1 Anteil der geplanten Projekte, die in den Sanierungsgesamtplan aufgenommen und im jeweiligen Zweijahreszeitraum abgeschlossen wurden	13.6.2 Anteil der WHO-Dienststellen, die die Mindestnormen der operationellen Sicherheit der Vereinten Nationen (MOSS) einhalten	
	AUSGANGSLAGE 2008		
		65%	
	EINZELZIELE FÜR 2009		
		75%	
	EINZELZIELE FÜR 2011		
	EINZELZIELE FÜR 2013		
		95%	
	MITTEL (IN TAUSEND US-\$)		
Haushalt 2008–2009	Haushaltsentwurf 2010–2011	Schätzungen 2012–2013	
159 297	149 600	181 408	
BEGRÜNDUNG			
<i>Der Ausgabenanstieg für dieses erwartete Ergebnis ist vor allem auf die erhöhten Sicherheitsausgaben zurückzuführen, die mit der Einhaltung der Mindestnormen der operationellen Sicherheit verbunden sind. Der Gesamtbetrag der benötigten Mittel wird in den kommenden Monaten im Zuge der Entwicklung des Sanierungsgesamtplans angepasst. Im Mittelbedarf sind sowohl der Sicherheitsfonds als auch der Liegenschaftsfonds berücksichtigt.</i>			