



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Programmhaushaltsentwurf 2018–2019



© WHO



Arbeitsdokument



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

EUR/RC66/27

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

30. August 2016

160635

Punkt 5 k) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zweijahreszeitraum 2018–2019: Die Perspektive der Europäischen Region

Das vorliegende Dokument beschreibt, worauf die Europäische Region ihre Anstrengungen zur Umsetzung des Programmhaushalts 2018–2019 (PB 2018–2019) konzentrieren wird. Es sollte in Verbindung mit dem global vorgeschlagenen Entwurf des PB 2018–2019 in seiner Fassung für das Regionalkomitee (Dokument EUR/RC66/20) gelesen werden.

Das Regionalkomitee wird gebeten, die dargelegten strategischen Orientierungslinien, den vorgeschlagenen Haushalt für die Region im Zeitraum 2018–2019 sowie alle Finanzierungsfragen zu prüfen, zu kommentieren und zu beraten.

Inhalt

	Seite
Programmhauhaltsentwurf der WHO für den Zweijahreszeitraum 2018–2019: Die Perspektive der Europäischen Region	1
Herleitung des globalen Entwurfs für PB 2018–2019: ein Bottom-up-Planungsprozess im Kontext der WHO-Reform	5
Prioritäten der Länder	7
Allgemeine Überlegungen zum PB 2018–2019	10
Überblick über den Haushalt für die Europäische Region	10
Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen	14
Zielrichtung für die Europäische Region im PB 2018-2019	17
Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten	17
1.1 HIV/Aids	17
1.2 Tuberkulose	18
1.3 Malaria.....	19
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	19
1.5 Durch Impfung verhütbare Krankheiten und Immunisierung	19
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 1	21
Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten	21
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	22
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	23
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention.....	24
2.5 Ernährung	24
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 2	25
Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	25
3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen.....	26
3.2. Altern und Gesundheit.....	27
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	28
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	29
3.5 Gesundheit und Umwelt	31
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 3	32
Kategorie 4: Gesundheitssysteme	32
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	32
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	35

4.3 Zugang zu Medikamenten und sonstigen Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten.....	37
4.4 Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme	39
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 4	43
Kategorie 5: Antimikrobielle Resistenzen, Lebensmittelsicherheit und Poliomyelitiseradikation	43
5.2.3 Antimikrobielle Resistenzen	43
5.4 Lebensmittelsicherheit.....	44
5.5 Eradikation der Poliomyelitis	45
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 5	46
Das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen.....	46
Prioritäten des Regionalbüros für Europa im Kontext der Reform der Notfallhilfe	47
E.1 Beherrschung von Infektionsrisiken	48
E.2 Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)	49
E.3 Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen	51
E.4 Notfallmaßnahmen.....	51
E.5. Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen	52
Haushaltsentwurf des Programms für gesundheitliche Notlagen.....	53
Kategorie 6: Organisatorische und befähigende Funktionen	53
6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung.....	53
6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	54
6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	55
6.4 Leitung und Verwaltung.....	56
6.5 Strategische Kommunikation	57
Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 6	58
Anhang 1: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 für die Europäische Region der WHO nach Kategorie und Programmbereich [Mio. US-\$].....	59
Anhang 2: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 für die Europäische Region der WHO nach Kategorie und Programmbereich [Mio. US-\$].....	60

Zusammenfassung

1. Der in Dokument EUR/RC66/20 enthaltene globale Programmhaushaltsentwurf 2018–2019 (PB 2018–2019) wird 2016 allen Regionalkomitees zur Prüfung vorgelegt, um sämtlichen Regionen eine Stellungnahme zu den für die Arbeit der Organisation geplanten programmbezogenen Prioritäten, Ergebnissen und zu erbringenden Leistungen (deliverables) sowie zu den Haushaltszuweisungen an die größeren Büros (major offices) sowie die einzelnen Kategorien und Programmbereiche zu ermöglichen.
2. Der Plan der Europäischen Region zur Umsetzung des globalen PB 2018–2019 ist ein fester Bestandteil des Dokuments mit dem globalen Programmhaushalt und enthält weitere Details zur Arbeit des Regionalbüros für Europa im Haushaltszeitraum 2018–2019. Die Prüfung des vorliegenden Dokuments bietet den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region die Gelegenheit, sich näher zu der künftigen Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros im Zweijahreszeitraum 2018–2019 zu äußern.
3. In dem Dokument werden das grundlegende Verfahren und das Ergebnis der von unten nach oben verlaufenden Planung (bottom-up) erläutert. Auf Grundlage der erstmaligen Bottom-up-Planung für den PB 2016–2017 startete das Regionalbüro den neuen Planungszyklus für 2018–2019 mit einer büroweiten Diskussion über die Gesamtprioritäten und legte dabei Schwerpunkte auf wichtige Verpflichtungen der globalen Ebene und der Region (Resolutionen, Aktionspläne, Strategien, Rahmen usw.), verfügbare Werkzeuge und Instrumente, prioritäre Länder und eine Verknüpfung zwischen den für die Region relevanten prioritären öffentlichen Gütern und den Prioritäten der Länder. Dies gewährleistete für den gesamten Planungsprozess Kohärenz und strategische Ausrichtung.
4. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO waren sehr aktiv, was die Kommunikation ihrer prioritären Gesundheitsergebnisse für 2018–2019 betrifft, wobei sich ein hohes Maß an Konsistenz der Prioritäten von einem Zweijahreszeitraum zum nächsten zeigte, und für die meisten Mitgliedstaaten standen Programmbereiche wie 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten), 4.2 (Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote) und 1.2 (Tuberkulose) am höchsten auf der Tagesordnung.
5. Für den PB 2018–2019 wurden größere Anstrengungen unternommen, die Bottom-up-Prioritätensetzung und die Haushaltszuweisungen sowohl nach Kategorie als auch nach Programmbereich besser auszurichten. Als Folge hiervon werden die höchsten Anstiege in absoluten Zahlen in Kategorie 2 (Nichtübertragbare Krankheiten) und Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) verzeichnet (jeweils ca. 2 Mio. US-\$). Dieser Anstieg wird durch die Annahme der Methodik zur strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität für den PB 2018–2019 (Anstieg von ca. 3 Mio. US-\$) und eine Neupriorisierung in anderen Kategorien ermöglicht. Der einzige Rückgang im PB 2018–2019 erfolgt in Kategorie 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf), ist vollständig auf im Programmbereich 3.5 (Gesundheit und Umwelt) vorgenommene Kürzungen sowie auf den großen Anteil dieses Programmbereichs an Kategorie 3 zurückzuführen und wird vorgeschlagen, damit er besser die erwartete Mittelbeschaffung im Zweijahreszeitraum 2018–2019 widerspiegelt.
6. Obwohl es keine größeren Umschichtungen zwischen Kategorien gibt, steht der Haushalt auf der Programmbereichsebene besser mit der strategischen Priorisierung durch den jeweiligen Mitgliedstaat in Einklang: Haushaltsanstiege in von den Mitgliedstaaten stark nachgefragten Programmbereichen wie 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten), 2.2 (Psychische

Gesundheit und Substanzmissbrauch), 4.4 (Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme) und weiteren wurden durch eine Neupriorisierung in anderen Programmbereichen innerhalb derselben Kategorie zusätzlich zu den Gesamtanstiegen in diesen Kategorien ermöglicht. In diesem Dokument werden weitere Details und Konsequenzen dieser Priorisierung dargelegt und erörtert.

7. Wenngleich der PB 2018–2019 im letzten Zweijahreszeitraum des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms zum großen Teil eine Kontinuität der Prioritäten aufweist, so bedeuten zwei neue Entwicklungen für den PB 2018–2019 im Vergleich zu seinen Vorläufern PB 2014–2015 und PB 2016–2017 einen markanten Unterschied: die im September angenommenen Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) und die von der 69. Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Mai 2016 angenommene Reform der Notfallhilfe.

8. Mit Blick auf die SDG legt jeder Mitgliedstaat ausgerichtet an der globalen Ambition, jedoch unter Berücksichtigung der nationalen Gegebenheiten, einschließlich eigener Handlungskonzepte und Maßnahmen, seine nationalen Zielvorgaben fest. Im nach Kategorien und Programmbereichen unterteilten Abschnitt „Zielrichtung für die Europäische Region im Zeitraum 2018–2019“ wird gezeigt, wie und in welchen Bereichen Mechanismen für die verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Fachprogrammen im Rahmen der SDG etabliert werden und wie die Mitgliedstaaten unterstützt werden sollen, um die gesundheitsbezogenen SDG im Zweijahreszeitraum 2018–2019 beschleunigt zu erreichen.

9. Programmbereiche mit Bezug zu gesundheitlichen Notlagen wurden nicht in die Bottom-up-Prioritätensetzung einbezogen, sondern in einem separaten Prozess über alle drei Ebenen der Organisation im Rahmen der laufenden Reform der Notfallhilfe behandelt. Auf die Prioritäten des Regionalbüros für die globale Reform der Notfallhilfe wird in einem späteren Textabschnitt eingegangen, damit die Mitgliedstaaten Gelegenheit erhalten, sich näher zu diesem transformativen Prozess zu äußern, der seit einiger Zeit auf der Agenda aller Mitgliedstaaten in der Europäischen Region weit oben steht.

10. Außerdem präsentiert der größte Teil dieses Dokuments die strategische Ausrichtung der geplanten Arbeit des Regionalbüros für 2018–2019 nach Kategorie und Programmbereich. Es werden spezifische Prioritäten für die Europäische Region innerhalb des globalen Kontextes erörtert und die länderbezogene sowie länderübergreifende Arbeit und die Herausforderungen sowie die wichtigsten Errungenschaften abgedeckt, die in der Region 2018–2019 erwartet werden. Die Perspektive des Regionalbüros für Europa zum PB 2018–2019 wird folglich als ein kohärentes Bild der Gesamtprioritäten, der Zielrichtungen und der Bereitstellung von Mitteln für die Region einschließlich aller Kategorien und Programmbereiche vorgelegt.

Herleitung des globalen Entwurfs für PB 2018–2019: ein Bottom-up-Planungsprozess im Kontext der WHO-Reform

11. Der vorgeschlagene PB 2018–2019 ist der letzte von drei zweijährlichen Haushalten im Rahmen des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms. Ähnlich wie der PB 2014–2015 und der PB 2016–2017 wurde er im Kontext der WHO-Reform entwickelt und erstellt, indem eine verbesserte Ergebniskette genutzt und Erkenntnisse aus den Zweijahreszeiträumen 2014–2015 und 2016–2017 integriert wurden, was die Bottom-up-Planung weiter stärkte, so dass

Rollen und Zuständigkeiten der drei Ebenen der Organisation sowie die Netzwerke für die einzelnen Programmbereiche und Kategorien besser definiert werden konnten.

12. Der Ansatz zur Handhabung der Matrix hatte entscheidende Bedeutung im Planungsprozess. Die Netzwerke für Kategorien und Programmbereiche, die sich aus jeweils designierten Ansprechpersonen auf den drei Ebenen der Organisation (Länder, Regionen und globale Ebene) zusammensetzen, haben für die dringend benötigte Kohärenz zwischen den festgelegten Zielen gesorgt. Wie schon in den vorigen Planungszyklen hat sich das Regionalbüro für Europa aktiv an den verschiedenen Netzwerken beteiligt und von dem Wissensaustausch sowie von der Aufwertung der Rolle bei der Festlegung globaler Ziele profitiert.

13. Der Planungsprozess wurde offiziell durch ein Rundschreiben der Regionaldirektorin an alle Mitgliedstaaten eingeleitet, in dem sie um deren Beteiligung und Beiträge zur Festlegung der Prioritäten für die Arbeit der WHO auf der Ebene der Länder im Zeitraum 2018–2019 aus der Liste der im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm enthaltenen Gesundheitsresultate (mit Ausnahme des Bereichs Notlagen) bat. Ausgehend von Erfahrungen aus der Planung für 2016–2017 wurde der Zeitraum für die Verhandlungen über die Prioritäten der Länder beim vorliegenden Haushalt etwas länger angesetzt als bei den vorherigen.

14. Das Verfahren beruhte auf vorhandenen Planungsinstrumenten der nationalen Ebene (Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne der Länder), den Verpflichtungen der leitenden Organe der regionsweiten und globalen Ebene, den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) und den operativen Plänen für den Zeitraum 2016–2017. Abteilungsdirektoren, Programmleiter und Leiter von Länderbüros tauschten vor dem Hintergrund der jüngsten Entwicklungen und der Ziele für nachhaltige Entwicklung Meinungen über die strategischen Schwerpunkte der Region für 2018–2019 aus, erkannten aber auch an, dass die Planung für 2018–2019 ein iterativer Prozess ist, weil sie fast zwei Jahre vor der Umsetzung beginnt.

15. Wegen der noch andauernden Reform der Notfallhilfe der WHO, die der 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 vorgestellt und von ihr gebilligt wurde, erfolgte die Planung für die einschlägigen Programmbereiche der drei Ebenen der Organisation gesondert. Folglich wurden die für Notfallhilfe relevanten Programmbereiche (5.1, 5.3 und 5.5) in der Prioritätensetzung nicht berücksichtigt. Die Prioritäten des Regionalbüros für Europa im Kontext der Reform der Notfallhilfe sind in einem separaten Abschnitt zum Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen zusammengefasst.

16. Neben den Prioritäten der Länder wurden in der Bottom-up-Planung auch die Prioritäten des Regionalbüros in Bezug auf die für die Region relevanten öffentlichen Güter bestimmt. In dem Prozess wurden erfolgreich gesundheitspolitische Prioritäten für die Landesebene sowie für die globale Ebene und die Ebene der Region festgelegt, die vor Weitergabe an die globale Ebene durch das Netzwerk für die Planung sowie die Netzwerke für Kategorien und Programmbereiche im Zuge einer strategischen Prüfung auf der Ebene der Region zusammengestellt worden waren.

17. Sowohl auf Ebene der Region als auch auf Landesebene machte der Planungsprozess ähnlich wie im Zweijahreszeitraum 2016–2017 die Abschätzung der zum Erreichen der vorgeschlagenen Ergebnisse erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen

erforderlich. Die Kalkulation der Personalkosten erfolgte auf der Grundlage eines standardisierten Ansatzes und die Tätigkeitskosten wurden ausgehend von den Erfahrungen und Ausgabenmustern des aktuellen und des vorhergehenden Zweijahreszeitraums geschätzt. Wie in früheren Planungsprozessen mündete die Konsolidierung dieser Schätzungen im vorgeschlagenen Entwurf des PB 2018–2019 zur Erörterung durch die 66. Tagung des Regionalkomitees.

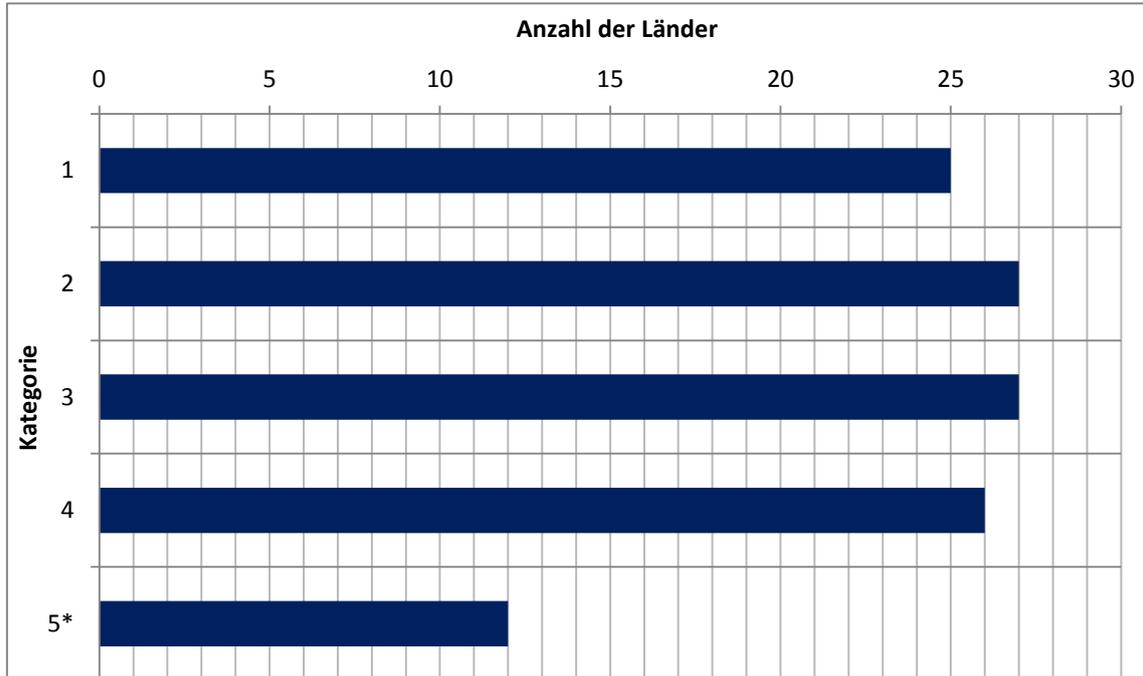
Prioritäten der Länder

18. Ziel der Bottom-up-Planung mit den Ländern war die Bestimmung der vorrangig anzustrebenden gesundheitlichen Resultate für die Zusammenarbeit der WHO mit den Ländern im Zeitraum 2018–2019. Die Mitgliedstaaten wurden gebeten bis zu zehn Prioritäten aus den im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm vorgesehenen Gesundheitsresultaten (mit Ausnahme des Bereichs Notlagen) zu nennen. Sämtliche der ausgewählten Prioritäten sind gut auf das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ abgestimmt.

19. In den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region mit WHO-Länderbüro lag die Federführung auf Seiten des Sekretariats jeweils bei dessen Leitung, die mit dem Gesundheitsministerium und den jeweils maßgeblichen Akteuren zusammenarbeitete. Die nachstehend präsentierten Prioritäten entsprechen den von 27 Mitgliedstaaten genannten. Die Leiter der WHO-Länderbüros haben in Zusammenarbeit mit Fachreferaten beim Regionalbüro eine erste Kostenkalkulation für die Outputs vorgenommen, die auf einer Abschätzung der zum Erreichen bestimmter Ergebnisse an einem bestimmten Standort erforderlichen (personellen und finanziellen) Ressourcen basiert.

20. In Abb. 1 und 2 werden prioritäre Kategorien und Programmbereiche dargestellt, die von den Mitgliedstaaten mit einer Präsenz der WHO für den Zeitraum 2016–2017 genannt wurden. Ähnlich wie im Zeitraum 2016–2017 stuften alle Mitgliedstaaten die Kategorien 2 (Nichtübertragbare Krankheiten) und 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf) als oberste Prioritäten ein. Direkt danach folgte die Kategorie 4 (Gesundheitssysteme), wobei fast alle (25 der 27) Länder vorrangige Resultate in dieser Kategorie nannten (s. Abb. 1).

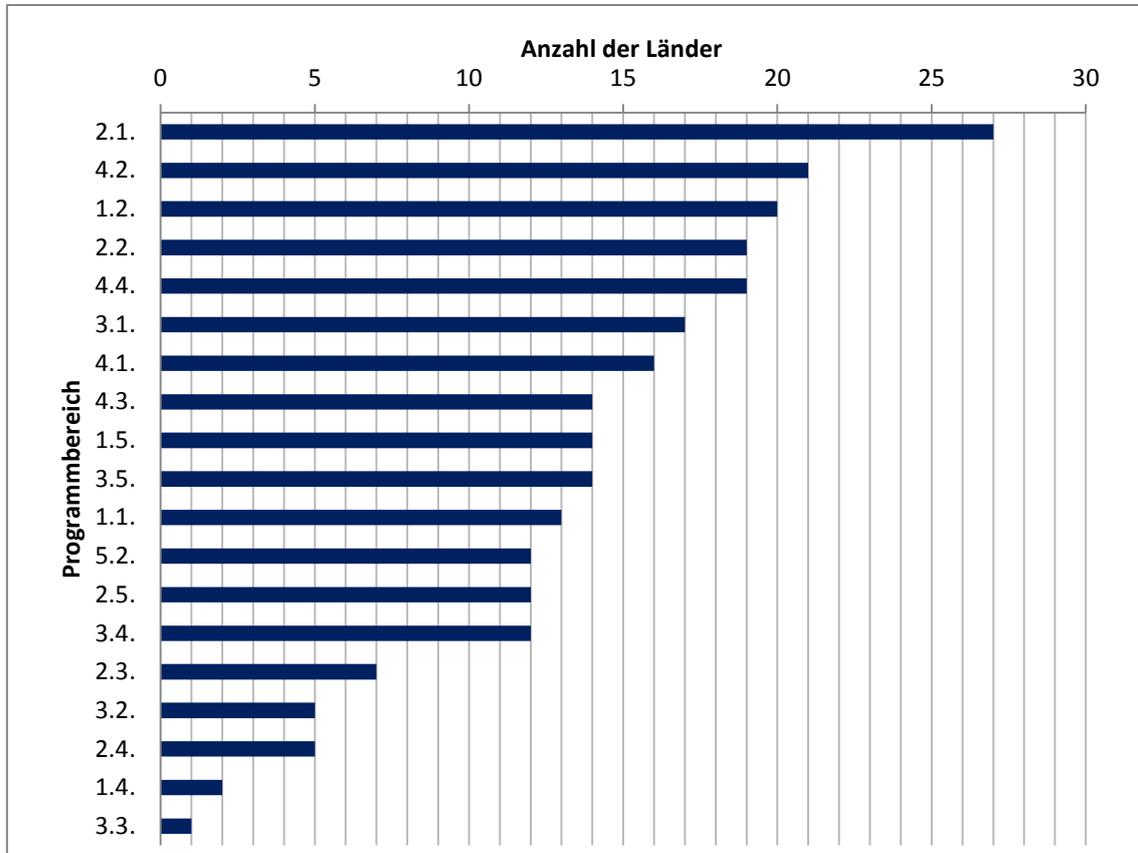
Abb. 1: Häufigkeit der Nennung von Kategorien als Priorität für 2018–2019 durch Mitgliedstaaten in der Europäischen Region mit einer Präsenz der WHO



* Kategorie 5 umfasst nicht die Programmbereiche 5.1, 5.2 (jedoch 5.2.3), 5.3 und 5.6, die unter das neue Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen fallen.

21. Am häufigsten wurde von den Mitgliedstaaten als Priorität der Programmbereich 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten) ausgewählt, gefolgt von den Programmbereichen 4.2 (Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote) und 1.2 (Tuberkulose) (s. Abb. 2). Am anderen Ende des Spektrums finden sich die Programmbereiche 3.3 (Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte), 1.4 (Vernachlässigte Tropenkrankheiten) und 2.4 (Behinderung und Rehabilitation), die am seltensten als Prioritäten genannt wurden.

Abb. 2: Häufigkeit der Nennung von Programmbereichen als Priorität für 2018–2019 durch Mitgliedstaaten in der Europäischen Region mit einer Präsenz der WHO (zur Bezeichnung und Nummerierung der Kategorien und Programmbereiche siehe Anhang 1).



* Kategorie 5 umfasst nicht die Programmbereiche 5.1, 5.2 (jedoch 5.2.3), 5.3 und 5.6, die unter das neue Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen fallen.

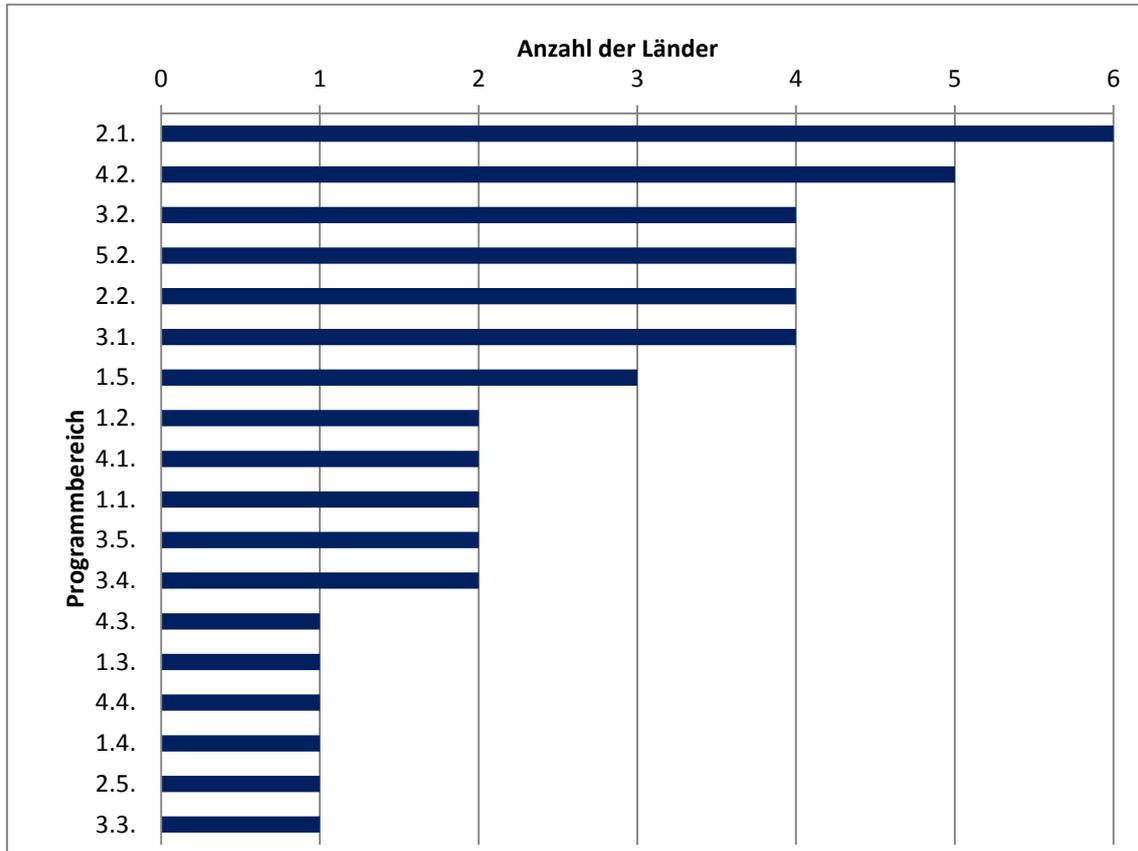
22. Bei den Mitgliedstaaten ohne feste WHO-Präsenz mit ähnlicher Priorisierung für den PB 2018–2019 wie die vorstehend genannten Länder, belegten die Programmbereiche 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten) und 4.2 (Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote) die ersten Plätze. Die meisten Länder ohne feste WHO-Präsenz unterzeichnen keine BCA, weshalb für sie keine getrennte Kostenkalkulation der Outputs erfolgt, sondern diese als Teil der geplanten regionsweiten fachlichen Hilfe für relevante öffentliche Güter einbezogen wurden, die hier überwiegend nach dem länderübergreifenden Modell geleistet wird (s. Abb. 3).

23. Angesichts des hohen Maßes an Fähigkeiten und Fachkompetenz im Regionalbüro und in den Institutionen und öffentlichen Verwaltungen der Mitgliedstaaten in der Region sollten die Prioritäten der Länder auch in Verbindung mit der länderübergreifenden Arbeit gesehen werden, weil auf die gemeinsamen Anforderungen oft in Form regionsweiter (länderübergreifender) Lösungsansätze reagiert wird, die zu der direkten Unterstützung für die Länder im Rahmen von BCA hinzukommen. Folglich setzt sich die Gesamthöhe der Investitionen in die Länder nicht nur aus den direkten Mittelzuweisungen zusammen, sondern umfasst zum Teil auch Mittelzuweisungen für regionsweite und globale Maßnahmen.

24. Zusammengefasst zeichnet sich die Festlegung der Prioritäten der Länder für 2018–2019 durch die Kontinuität der Prioritäten von 2016–2017, gute Abstimmung mit den

Gesamtprioritäten der Region und ein vernünftiges Verhältnis zwischen Prioritäten und Haushaltsvolumen nach Kategorien aus (siehe Abschnitt zur Zielrichtung für die Europäische Region im Zeitraum 2018–2019).

Abb. 3: Häufigkeit der Nennung von Programmbereichen als Priorität für 2018–2019 durch Länder ohne Präsenz der WHO



* Kategorie 5 umfasst nicht die Programmbereiche 5.1, 5.2 (jedoch 5.2.3), 5.3 und 5.6, die unter das neue Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen fallen.

Allgemeine Überlegungen zum PB 2018–2019

Überblick über den Haushalt für die Europäische Region

25. Das Gesamtvolumen des vorgeschlagenen Anteils der Region am PB 2018–2019 beläuft sich auf 264,5 Mio. US-\$. Mit einem Anteil von 5,7% am globalen Gesamthaushalt hat die Europäische Region den zweitniedrigsten Haushalt aller WHO-Regionen; nur das Regionalbüro für Gesamtamerika liegt noch darunter. Dieser Anteil ähnelt stark demjenigen von 5,6% im vorherigen Zweijahreszeitraum.

26. Gegenüber dem Niveau von 2016–2017 sieht der vorgeschlagene PB 2018–2019 für die Europäische Region einen Anstieg von 7,6% vor, wofür zwei Faktoren verantwortlich sind:

- ein Anstieg aufgrund des neuen Programms der WHO für gesundheitliche Notlagen;
- ein Anstieg aufgrund der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität.

27. Im Mai 2016 nahm die 69. Weltgesundheitsversammlung die Entscheidung WHA69(16) zum Modell der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität für die Aufteilung der operativen Sektion 1 des Programmhaushalts (fachliche Zusammenarbeit auf Länderebene) unter den WHO-Regionen an. Gemäß dem angenommenen Modell wird der der Europäischen Region in Sektion 1 zugewiesene Anteil voraussichtlich über mehrere Zweijahreszeiträume steigen. Für 2018–2019 wird der Anstieg auf 3 Mio. US-\$ geschätzt.

28. Abgesehen von diesen Anstiegen dürfte der Anteil der Europäischen Region im Vergleich zum PB 2016–2017 stabil bleiben, so dass die Anstiege nur Umschichtungen innerhalb von und zwischen Kategorien gemäß der strategischen Priorisierung durch die Region widerspiegeln.

29. Der vorgeschlagene Entwurf des PB 2018–2019 wurde in zwei parallelen Prozessen entwickelt: einem Bottom-up-Ansatz für alle nicht Notlagen betreffenden Programme (siehe den Abschnitt weiter oben) und einen Top-down-Ansatz für die neuen Elemente, die mit dem neuen Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen übereinstimmen.

30. Mit Blick auf die neulich angenommenen SDG legt jeder Mitgliedstaat ausgerichtet an der globalen Ambition, jedoch unter Berücksichtigung der nationalen Gegebenheiten, einschließlich eigener Handlungskonzepte und Maßnahmen, seine nationalen Zielvorgaben fest. Die SDG sehen eine starke politische Unterstützung für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region vor. Gesundheit und Wohlbefinden werden als ein Ergebnis der SDG, aber auch als eine Determinante und ein begünstigender Faktor in Bezug auf diese angesehen. Innerhalb der Europäischen Region wird „Gesundheit 2020“ als ein anfängliches Rahmenkonzept zur Umsetzung innerhalb des Gesundheitsbereichs fungieren; unterstützt durch intensive, ressortübergreifende Maßnahmen, wie sie durch alle globalen Ziele und durch die Mittel zur Umsetzung der SDG gefördert werden. Das Regionalbüro hat einen Basishaushaltsposten für Aktivitäten im Zusammenhang mit den SDG in den Programmbereich 3.4 (Soziale Determinanten von Gesundheit) aufgenommen, wobei davon ausgegangen wird, dass alle Kategorien an ihrer Verwirklichung mit fachlicher Zusammenarbeit und finanziellen Beiträgen beteiligt sein werden. Um ihre Verwirklichung zu beschleunigen, soll im nächsten Zweijahreszeitraum die Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit der Fachprogramme im Rahmen der SDG und für die Entwicklung von Fachkooperationspaketen gelegt werden.

31. Die Ausarbeitung des vorgeschlagenen Entwurfs des PB 2018–2019 war für das Regionalbüro ein iterativer Prozess, der durch eine sehr enge Abstimmung zwischen der fachlichen Prioritätensetzung von unten nach oben und der Zuweisung von Haushaltsmitteln durch kollektive Anstrengungen der Region charakterisiert war. Der vorgeschlagene Entwurf des PB 2018–2019 steht deshalb mit der von den Mitgliedstaaten vorgenommenen strategischen Priorisierung im Einklang (s. Abb. 1 und Tabelle 1). Anhang 2 enthält eine

Darstellung des PB 2018–2019 für die Europäische Region nach Kategorie und Programmbereich.

32. Der vorgeschlagene Entwurf des PB 2018–2019 stimmt sehr gut mit der auf der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa gebilligten Haushaltszuweisung überein, wie sie im Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC65/14) skizziert wurde. Der RPI-angepasste PB 2016–2017 enthält Umschichtungen innerhalb jeder Kategorie in Bezug auf den von der WHA genehmigten PB 2016–2017 zur Berücksichtigung von gewonnenen Erkenntnissen, Realitäten der Mittelbeschaffung, vorgenommener strategischer Priorisierung und fachlichen Besonderheiten der Europäischen Region.

33. Im vorgeschlagenen Entwurf für den PB 2018–2019 sind Erhöhungen für alle fachlichen Kategorien mit Ausnahme von Kategorie 3 vorgesehen. Die Anstiege in den Kategorien 1, 2 und 4 stehen im Einklang mit der von den Mitgliedstaaten vorgenommenen Priorisierung (s. Abb. 1). Kategorie 2 verzeichnet den stärksten Anstieg aller Kategorien (5%), was auf die starke Priorisierung von Programmbereichen durch Mitgliedstaaten gemäß ihrer Krankheitslast und den globalen Mandaten zu ihrer Bekämpfung zurückzuführen ist. Der Anstieg in Kategorie 1 spiegelt unerledigte Aufgaben wider, was vor allem in der Priorisierung der Programmbereiche 1.2 (Tuberkulose), 1.5 (durch Impfung verhütbare Krankheiten) sowie 1.1 (HIV/Aids) zum Ausdruck kam. Unter den Fachkategorien erhält Kategorie 4 weiterhin den größten Haushaltsanteil, was ihre übergeordnete Mandate im Rahmen von „Gesundheit 2020“ widerspiegelt. Die Reform der Notfallhilfe erklärt den Gesamtanstieg bei allen Elementen, die ursprünglich als Teil von Kategorie 5 (Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen, und hierunter Programmbereich 5.6 (Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen)) eingeordnet waren. Die vorgeschlagene Absenkung in Kategorie 3 erklärt sich vollständig aus der Kürzung des Programmbereichs 3.5 (Gesundheit und Umwelt), der einen großen Anteil an Kategorie 3 hat, um 10% im Vergleich zum PB 2016–2017 und sie erfolgte, damit er realistischer den Aussichten auf Mittelbeschaffung im nächsten Zweijahreszeitraum 2018–2019 entspricht.

Tabelle 1: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 im Vergleich zu RPI-angepasstem PB 2016–2017 für das Regionalbüro für Europa [Mio. US-\$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Differenz zwischen genehmigtem/angepasstem Gesamtbetrag
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	
1 Übertragbare Krankheiten	11,9	21,9	33,8	12,2	22,8	35,0	3,6%
2 Nichtübertragbare Krankheiten	15,1	18,8	33,9	15,9	19,7	35,7	5,3%
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	9,7	28,6	38,3	11,9	25,1	37,0	-3,4%
4 Gesundheitssysteme	15,7	32,5	48,2	16,0	33,9	49,9	3,5%
5 Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen (ohne 5.2.3 und 5.4)	6,2	9,8	15,9	0,0	0,0	0,0	n. v.
5.2.3 Antimikrobielle Resistenzen und 5.4 Lebensmittelsicherheit	1,6	3,7	5,4	1,8	3,3	5,0	-6,9%
Das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen				13,3	22,8	36,1	n. v.
6 Organisatorische/befähigende Funktionen	29,7	30,2	59,9	27,9	32,0	59,9	0,0%
Kategorien 1–6 insgesamt, ohne 5.1, 5.2 (jedoch mit 5.2.3), 5.3^a	83,7	135,7	219,5	85,7	136,8	222,5	1,4%
Basisprogramme Zwischensumme	89,9	145,5	235,4	99,0	159,6	258,6	9,9%
5.5 Eradikation der Poliomyelitis	1,4	6,0	7,4	1,8	4,1	5,9	-20,3%
5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	0,7	2,3	3,0	0,0	0,0	0,0	n. v.
Programmhaupthaushalt 2016–2017 insgesamt	92,0	153,8	245,8	100,8	163,7	264,5	7,6%

^a Diese Zeile wurde zum Vergleich eingefügt, da nur Basisprogramme des PB 2018–2019 das neue Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen (E.1 bis E.5) enthalten. Vgl. Anhang 2.

34. Auf der Programmebene weisen fünf weitere Bereiche einen Rückgang auf: die Fachbereiche 1.3 (Malaria), 1.4 (Vernachlässigte Tropenkrankheiten) und 2.3 (Gewalt- und Verletzungsprävention) und die Organisationsbereiche 6.2 (Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement) und 6.3 (Strategische Planung, Koordinierung

von Ressourcen und Berichterstattung). Während die Rückgänge in den Bereichen 1.3 und 1.4 relativ klein ausfallen, beträgt die vorgeschlagene Zuweisung für 2.3 nur noch 43% derjenigen von 2016–2017. Dieser Programmbereich erhält trotz seiner Bedeutung und der unternommenen Anstrengungen wenig freiwillige Beiträge; die jüngste Haushaltsüberarbeitung berücksichtigt diese eingeschränkte Fähigkeit zur Mittelbeschaffung. Die Absenkungen in den Programmbereichen 6.2 und 6.3 spiegeln keine veränderten Prioritäten, sondern vielmehr die Struktur der zugrunde liegenden Programme wider.

35. Das letzte bei der Bottom-up-Priorisierung berücksichtigte Element ist das Programm zu Poliomyelitis (Polio), das als separate Haushaltslinie präsentiert wird. Ähnlich wie für das PB 2016–2017 wurde der Bedarf an Haushaltsmitteln für das PB 2018–2019 gemäß den erwarteten Aktivitäten für die Endspielstrategien der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung 2013–2018 festgelegt. Die geringere Zuweisung von Haushaltsmitteln für Polio erscheint vertretbar, da die Europäische Region dank intensiverer Anstrengungen bei der Eindämmung relativ weit fortgeschritten ist und die Hoffnung besteht, dass die Mehrzahl der Endspielaktivitäten durch das Regionalbüro in den Jahren 2016 und 2017 vor dem nächsten Zweijahreszeitraum abgeschlossen sein werden.

36. Für die neuen Programmbereiche im Rahmen des Programms der WHO für gesundheitliche Notlagen wurde ein Top-down-Ansatz gewählt. Demzufolge wurde ihr Haushalt auf der globalen Ebene festgelegt. Die neuen Programmbereiche für das neue Notlagenprogramm sind: E.1 (Beherrschung von Infektionsrisiken), E.2 (Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)), E.3 (Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen), E.4 (Notfallmaßnahmen) und E.5 (Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen). Der Haushalt der Europäischen Region für diese neuen Kernbereiche beläuft sich auf 36 Mio. US-\$.

37. Die Einzelheiten zu den Etats für jeden Programmbereich finden sich in den Erläuterungen zu den Kategorien im Abschnitt Zielrichtung für die Europäische Region im PB 2018–2019 und sind auch im Anhang 2 dargelegt.

38. Die Europäische Region ist entschlossen, ihre starke Gewichtung der Länder beizubehalten, indem sie 38% ihres Anteils am PB 2018–2019 der Landesebene zuweist. Ähnlich wie für das PB 2016–2017 gilt: Wenngleich dieser Anteil im Wesentlichen die Arbeit auf Landesebene widerspiegelt, bezieht er sich wegen der einzigartigen geografischen Verteilung der Bediensteten und des Fachwissens der Europäischen Region zum Teil auch auf die länderbezogene Arbeit des Fachpersonals am Sitz des Regionalbüros in Kopenhagen und in den ausgelagerten Fachzentren.

Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen

39. Die Zweijahreszeiträume 2012–2013 und 2014–2015 zeichneten sich durch einen sehr hohen Anteil der Region am Programmhaushalt aus. In Tabelle 2 werden die verfügbaren Mittel gemäß den genehmigten und zugewiesenen Haushalten sowie die Ausgabenniveaus seit PB 2010–2011 verglichen. Seit 2012 stimmt der genehmigte Haushalt besser mit den Finanzierungsaussichten und dem Aufnahmevermögen der Organisation überein.

Tabelle 2: Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben des Regionalbüros für Europa in vier aufeinander folgenden Programmhaushalten [Mio. US-\$]

	Von der WHA genehmigt/ Vorgeschlagener PB	Zugewiesener PB	Verfügbare (und prognostizierte) Mittel	Finanzierung des PB (verfügbar/genehmigt)	Ausgaben	Ausgaben [des von der WHA genehmigten PB in %]
PB 2010-2011	261,9	265,9	223,0	85%	199,0	76%
PB 2012-2013	213,0	253,3	213,0	100%	204,0	96%
PB 2014-2015	225,0	238,8	214,7	95%	200,9	89%
PB 2016-2017^a	245,8	261,0	244,0	99%	52,7	21%
PB 2018-2019^b	264,5					

^a Für PB 2016–2017 gilt: Verfügbare Mittel = tatsächlich verfügbare Mittel + projizierte freiwillige Beiträge + auf dem Niveau von PB 2014–2015 projizierte organisationseigene Mittel. Ausgaben sind tatsächliche Ausgaben (Stand: 1. Juli 2016).

^b Einschließlich 36 Mio. US-\$, die den Programmbereichen E.1 bis E.5 im Rahmen des neuen Programms der WHO für gesundheitliche Notlagen zugewiesen wurden.

40. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 nutzte das Regionalbüro früher gewonnene Erkenntnisse, um eine höhere Umsetzungsrate und eine stimmigere Anwendung der Ressourcen zu unterstützen. Diese internen Prozesse wie die frühzeitige Genehmigung von Arbeitsplänen, die frühzeitige Verteilung der ersten Tranche organisationseigener Mittel und eine vereinbarte Vorgehensweise bei der Verteilung organisationseigener Mittel an die Länderbüros hatten bereits einen unmittelbaren Einfluss auf den Umsetzungsgrad, der zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Dokuments 21% beträgt. Dies geschieht zusätzlich zu Aktivitäten wie der Planung für den PB 2018–2019, der Vereinbarung und Unterzeichnung von BCA und der Evaluierung des PB 2014–2015 sowohl auf der Landesebene als auch auf der Ebene der Region, die nicht zwangsläufig mit Ausgaben verbunden sind.

41. Was die Finanzierung des Programmhaushalts betrifft, so ging aus dem jüngsten Finanzierungsdialo (Genf, 5. und 6. November 2015) hervor, dass die Finanzierungsperspektive für 2016–2017 auf der globalen Ebene ermutigend, mittelfristig jedoch unsicherer ist. Die gleiche Situation gilt für das Regionalbüro.

42. Ausgehend alleine von der Datengrundlage aus freiwilligen Beiträgen mehrerer Zweijahreszeiträume, die zum Teil 2018–2019 geleistet werden, erwartet das Regionalbüro, im Zweijahreszeitraum 2018–2019 an freiwilligen Beiträgen 24 Mio. US-\$. Unter der Annahme der Zuweisung eines ähnlichen Niveaus an flexiblen Mitteln von der globalen Ebene (ungefähr 103 Mio. US-\$) hätte das Büro bereits 127 Mio. US-\$ oder etwa 48% seines Haushalts finanziert. Dieser Betrag klammert alle Anstrengungen zur Mittelbeschaffung aus, die derzeit oder im Lauf des nächsten Zweijahreszeitraums stattfinden werden.

43. Ähnlich wie die gesamte WHO ist das Regionalbüro für Europa anfällig, weil es stark auf relativ wenige Geber angewiesen ist. Eine Ausweitung des Geberkreises gehört zu den erklärten Zielen des Finanzierungsdialogs, doch hat es hier bisher die geringsten Fortschritte gegeben. Die Erkundung neuer Finanzierungswege mit herkömmlichen und neuen Gebern – einschließlich der Mitgliedstaaten, die bisher keine Geber sind, sowie der Entwicklungsbanken – wird im aktuellen Haushaltszeitraum und für die Zukunft auf der globalen Ebene wie auch in den Regionen ausgeweitet. Bei dieser Arbeit wird die

Organisation durch den neuen, von der 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 angenommenen, Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren vor realen oder wahrgenommenen Interessenkonflikten geschützt.

44. Um sich einen besseren Begriff von der Finanzlage im nächsten Zweijahreszeitraum zu machen, nimmt das Regionalbüro derzeit eine Beurteilung der finanziellen Anfälligkeit für 2018–2019 vor. Die Beurteilung umfasst eine Analyse gesicherter Erkenntnisse und Annahmen in Bezug auf den Kreis der Geber und ihre finanziellen Perspektiven für den nächsten Zweijahreszeitraum und berücksichtigt auch die derzeitigen Anstrengungen zur Mittelbeschaffung, die unter der Führung des Regionalbüros bereits unternommen wurden und sich im nächsten Zweijahreszeitraum auszahlen sollen. Die Analyse soll dem Regionalbüro bessere Prognosen in Bezug auf seine Fähigkeit zur Finanzierung seines Programmhaushalts ermöglichen.

45. Ein Ergebnis der WHO-Reform war eine bessere Koordinierung der Maßnahmen zur Mittelbeschaffung. Die effizientere Mittelbeschaffung und ein organisationsweites strategisches Konzept für den Umgang mit Beitragsgebern dürften sich positiv auf die Vorhersagbarkeit – und zu einem gewissen Grad auch auf die Flexibilität – der Finanzmittel auswirken. Es wird erwartet, dass die Ergebnisse dieser Anstrengungen im nächsten Programmhaushalt positive Wirkung zeigen.

46. Den vollständig finanzierten Programmhaushalten der letzten Zweijahreszeiträume war gemeinsam, dass sie in hohem Maß von freiwilligen Beiträgen abhängig waren (zu über 50% im PB 2016–2017 und in den beiden vorhergehenden Zweijahreszeiträumen). Das hohe Mittelniveau verdeckt Probleme in bestimmten Programmbereichen, denen es weiterhin nicht gelingt, freiwillige Beiträge anzuziehen, was zu einer schlechten Übereinstimmung zwischen den verfügbaren Mitteln und den Kosten für Tätigkeiten und Personal beiträgt. Obwohl der Programmhaushalt strategisch priorisiert aufgestellt wird, ist die Mittelbeschaffung oft nur in gut etablierten Programmbereichen erfolgreich und häufig sind die Mittel weiterhin stark zweckgebunden. Das Regionalbüro hat seine flexiblen Finanzmittel dazu genutzt, das Finanzierungsungleichgewicht zwischen Programmbereichen auszugleichen, soweit es ihm möglich war.

47. Das Webportal zum Programmhaushalt soll mehr Transparenz hinsichtlich der erhaltenen Mittel und in Bezug darauf schaffen, wie und wann die WHO sie einsetzt. Das Webportal ermöglicht es, „Armutssinseln“ innerhalb der Organisation zu erkennen, aber auch vergleichsweise überfinanziert erscheinende Bereiche. Dieses Instrument wurde von den Mitgliedstaaten und anderen Akteuren gut angenommen und dürfte die Geber der WHO dazu ermuntern, finanziell bedürftige Programmbereiche zu unterstützen, und es der Organisation ermöglichen, ihre Finanzmittel mit den Prioritäten und dem Bedarf im Bereich der fachlichen Zusammenarbeit in Einklang zu bringen.

Zielrichtung für die Europäische Region im PB 2018-2019

Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten

48. Das Regionalbüro wird auf seinem programm- und abteilungsübergreifenden Vorgehen aufbauen, um in Übereinstimmung mit globalen Strategien die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von gebilligten Aktionsplänen und Rahmenkonzepten für die Region zu unterstützen. Es wird sich dabei auf die Priorisierung der integrierten Versorgung konzentrieren. Dies umfasst Maßnahmen zum Aufbau von Kapazitäten, um die Komorbiditäten (von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten), die antimikrobielle Resistenz und die sozialen Determinanten anzugehen und die allgemeine Gesundheitsversorgung mit Prävention, Förderung, Diagnose, Behandlung, Betreuung, Rehabilitation und finanziellem Schutz in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ sicherzustellen, gestützt auf den gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz mit Beteiligung von Organisationen der Zivilgesellschaft, von Patienten und Bürgervertretern und von anderen Politikbereichen. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, Beiträge zum Aufbau der Evidenzgrundlage zu leisten, und wird weiterhin globale Normen und Standards auf die Gegebenheiten in der Region anwenden. Es wird zugleich auf die einzelnen Länder zugeschnittene fachliche Unterstützung für die Arbeit auf der Landesebene und länderübergreifende Aktivitäten leisten, den Austausch von bewährten Beispielen für gute Praxis zwischen Ländern dokumentieren und erleichtern und der Region helfen, Fortschritte auf dem Weg zur Verwirklichung des Ziels für nachhaltige Entwicklung (SDG 3) mit mehr Chancengerechtigkeit zu erreichen, ohne dass jemand zurückgelassen wird.

1.1 HIV/Aids

49. HIV stellt nach wie vor eine wesentliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar. So ist die Zahl der Neuinfektionen insgesamt zwischen 2005 und 2014 um 76% gestiegen und hat sich in Osteuropa und Zentralasien sogar mehr als verdoppelt. Fast die Hälfte aller Menschen mit HIV kennen ihren HIV-Status nicht, der Versorgungsgrad mit lebensrettender antiretroviraler Therapie erreicht zum Teil nur 20% und in den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen wurde der Epidemie nicht angemessen begegnet. Die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV wie auch der kongenitalen Syphilis gehört weiterhin zu den Prioritäten der Europäischen Region. 2018–2019 wird das Regionalbüro weiterhin umfassende Präventionsarbeit leisten sowie einen Ansatz der „Behandlung für alle“ verfolgen und die Mitgliedstaaten bei dringenden und beschleunigten Maßnahmen gegen HIV unterstützen. Die Mitgliedstaaten werden dabei unterstützt werden, das für 2020 anvisierte Ziel zu erreichen und die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region durch die Aids-Epidemie mit Hilfe hochwirksamer evidenzbasierter Schnellmaßnahmen zu beenden, die im Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/9) beschrieben sind. Die Mitgliedstaaten werden Orientierungshilfe und Unterstützung dahingehend erhalten, ein Paket unentbehrlicher HIV-Angebote zu bestimmen und dieses bürgernah, zugänglich und integriert insbesondere für stark gefährdete Bevölkerungsgruppen in einer den örtlichen Gegebenheiten angemessenen Weise zu erbringen. Das Regionalbüro für Europa wird länderübergreifende Unterstützung und Orientierung für die Durchführung hochwirksamer evidenzbasierter Schnellmaßnahmen bieten, die u.a. Folgendes umfassen können: strategische Informationen zu epidemiologischen

Trends und Maßnahmen von Ländern gegen HIV; die Verbreitung von auf der globalen Ebene empfohlenen Konzepten, Leitlinien und Praktiken in der Region sowie Unterstützung von Umsetzungswissenschaft und Innovationen zur Beschleunigung der Übernahme wirksamer Interventionen und Technologien durch die Länder. Das Regionalbüro wird hochwirksame evidenzbasierte Schnellmaßnahmen durch die aktive Beteiligung am politischen Dialog, die Entwicklung normativer Orientierungshilfe und Instrumente, die Verbreitung strategischer Informationen und die Bereitstellung von Fachunterstützung priorisieren. Ein Fortschrittsbericht über die Umsetzung des Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO wird entwickelt und dem Regionalkomitee auf seiner 69. Tagung im September 2019 unterbreitet werden.

50. In Bezug auf Virushepatitis hat die Einführung flächendeckender Impfmaßnahmen für Kinder gegen Hepatitis B zu einem beträchtlichen Rückgang der Prävalenz der chronischen Hepatitis-B-Infektion in den meisten Ländern mit hoher und mittlerer Last in der Region geführt. Trotz dieser Erfolge leben Schätzungen zufolge in der Europäischen Region über 13 Mio. Menschen mit einer chronischen Hepatitis-B-Virusinfektion und über 15 Mio. mit einer chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion, die beide die Gefahr von Leberzirrhose und Leberkrebs mit sich bringen. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe für die Umsetzung des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/10) mit dem Ziel bieten, Virushepatitis als eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO bis 2030 zu eliminieren. Das Regionalbüro wird sich auf die Unterstützung der Mitgliedstaaten in folgender Form konzentrieren: Bereitstellung von Grundsatzoptionen, besseres Verständnis der Epidemien durch robuste strategische Informationssysteme und Entwicklung nationaler Strategien und Pläne, die koordinierte umfassende und wirksame Maßnahmen gegen Virushepatitis sicherstellen werden. Das Regionalbüro wird in Zusammenarbeit mit Partnern weiterhin Fachunterstützung für die Einführung und Umsetzung aktualisierter WHO-Leitlinien zu Präventionsangeboten, Tests sowie Versorgungs- und Behandlungsleistungen in Bezug auf Virushepatitis durch die Optimierung der Leistungserbringung unter Verfolgung eines Gesundheitsschutzansatzes im Kontext der allgemeinen Gesundheitsversorgung bieten. Es wird auch die Mitgliedstaaten in ihrem Bemühen unterstützen, den chancengleichen und nachhaltigen Zugang zu Diagnoseverfahren und neuen wirksamen Behandlungsverläufen sicherzustellen. Die Fortschritte mit der Umsetzung des Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO werden geprüft und bewertet werden und dem Regionalkomitee auf seiner 69. Tagung im September 2019 in einem Bericht zur Behandlung unterbreitet werden.

1.2 Tuberkulose

51. Die Inzidenz der Tuberkulose ist in der Europäischen Region pro Jahr um durchschnittlich 5,2% gesunken – und damit schneller als in allen anderen WHO-Regionen. Der flächendeckende Zugang zur Behandlung multiresistenter Tb (MDR-Tb) wurde verwirklicht, doch bleiben die Erfolgsraten der Behandlung bei Patienten mit MDR-Tb und Tb/HIV-Koinfektionen weit hinter der Zielvorgabe von 75% zurück (46% bzw. 49%, ähnlich wie auf der globalen Ebene). In Übereinstimmung mit dem Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) und der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose wird sich das Regionalbüro auf die Einführung von Schnelltests, die Erweiterung der Erkenntnisse und die Ausweitung neuer wirksamerer Behandlungsverläufe konzentrieren und in diesem Rahmen grenzüberschreitende Schutzmaßnahmen gegen

Tuberkulose sowie die Versorgung und die präventive Therapie stärken. Fachunterstützung zur Beseitigung von Barrieren für eine integrierte Versorgung in den Gesundheitssystemen wird durch abteilungsübergreifende Zusammenarbeit geleistet. Auf Anfrage werden umfassende Programmüberprüfungen für Länder durchgeführt, die diesen Befunde und Empfehlungen zur Verbesserung ihrer Leistungen an die Hand geben. Mit Hilfe der WHO-Kooperationszentren und mit Beteiligung eines Netzwerks aus Klinikern und Laborexperthen wird die Kapazität der nationalen Programme zur Umsetzung der Endspielstrategie für Tuberkulose gestärkt werden. Das Regionalbüro priorisiert die Unterstützung der Länder in Osteuropa und Zentralasien, unterstützt jedoch auch weiterhin Länder mit niedriger Inzidenz, wobei es der Tuberkulose in Großstädten und bei anfälligen Gruppen besondere Aufmerksamkeit widmet. Ein Zwischenbericht über die Umsetzung des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) wird erstellt und dem Regionalkomitee auf seiner 68. Tagung im September 2018 unterbreitet werden.

1.3 Malaria

52. Die Europäische Region hat 2015 zwar die Unterbrechung der indigenen Übertragung von Malaria erreicht, doch besteht die Gefahr einer Wiedereinführung der Malaria weiter und macht dauerhafte politische Entschlossenheit, hohe Wachsamkeit und anhaltende Investitionen in die Stärkung der Gesundheitssysteme erforderlich, so dass jedes Wiederauftreten rasch entdeckt und eingedämmt werden kann.

53. Im kommenden Zweijahreszeitraum wird das Regionalbüro für Europa weiterhin mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten und die Prävention der Wiedereinführung von Malaria sowie die Aufrechterhaltung ihres malariafreien Status, die Vorbereitung auf die Zertifizierung der Malaria-Eliminierung durch die WHO und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit unterstützen. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird das Regionalbüro seine Unterstützung auf die Zertifizierung der Eliminierung von Malaria in Aserbaidschan, Georgien und der Türkei konzentrieren. Unter Berücksichtigung der hohen Empfänglichkeit und Anfälligkeit Tadschikistans, insbesondere in den Grenzgebieten zu Afghanistan, wird das Regionalbüro die Aktivitäten zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Tadschikistan und Afghanistan weiterhin unterstützen.

1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten

54. Die Arbeit des Regionalbüros wird sich in diesem Bereich vor allem auf neu auftretende/wiederauftretende Vektorkrankheiten, Leishmaniose und über den Boden übertragene Helminthiasis konzentrieren. Im Zeitraum 2018–2019 wird das Regionalbüro weiterhin fachliche Unterstützung für bedürftige Länder leisten, schwerpunktmäßig für Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan und Tadschikistan, damit diese ihre Kapazitäten für Surveillance, Diagnose und Behandlung vernachlässigter Tropenkrankheiten stärken.

1.5 Durch Impfung verhütbare Krankheiten und Immunisierung

55. Impfungen haben in den letzten Jahrzehnten eine bemerkenswerte Senkung der Kindersterblichkeit in der Europäischen Region der WHO bewirkt. Heute erhalten neun von zehn Kindern in den ersten Jahren mindestens eine Reihe von Basisimpfungen und führen infolgedessen ein gesünderes und produktiveres Leben. Trotz der erzielten Fortschritte werden weiter fast eine halbe Mio. Säuglinge nicht vollständig durch drei Dosen des

Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfstoffs vor Vollendung des ersten Lebensjahrs geschützt und die Mitgliedstaaten melden weiter Fälle von Masern und Röteln.

56. Eine schwankende Unterstützung von Maßnahmen verhindert weitere Fortschritte sowie die innovativen Lösungskonzepte und die Ausweitung der Angebote, wie sie zur Wahrung der Rechte unterversorgter und marginalisierter Migranten sowie benachteiligter Kinder und Familien notwendig wären.

57. Das Regionalbüro wird die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten intensivieren, um die angestrebten Fortschritte mit den Zielsetzungen und Zielen des Europäischen Impfkaktionsplans (2015–2020) zu erreichen. Es wird zur Stärkung des politischen Engagements für die Immunisierung beitragen, indem es die Mitgliedstaaten bei der Einführung und Umsetzung geeigneter Rechtsrahmen, der Integration von Impfplänen in breitere gesundheitsstrategische Pläne und der Stärkung auf Erkenntnissen beruhender Entscheidungen zur Einführung neuer Impfstoffe und Technologien unterstützt. Es wird Instrumente und Materialien für die Überzeugungsarbeit mit dem Ziel entwickeln und verbreiten, die Bedeutung des Impfwesens zu betonen und das Wissen über seinen Wert und Nutzen zu fördern.

58. Mit Heranrücken des Jahres 2020 weitet das Regionalbüro seine Aktivitäten zur Verifizierung der Eliminierung von Masern und Röteln aus, es wird diese Arbeit durch die Bekämpfung von Hepatitis B flankieren und es wird erfolgreiche Strategien zum Erreichen unterversorgter Bevölkerungsgruppen und deren Durchimpfung aktiv unterstützen, etwa die maßgeschneiderte Erbringung von Impfleistungen und die Einführung elektronischer Impfreister.

59. Im kommenden Zweijahreszeitraum wird das Regionalbüro die Nachhaltigkeit von Immunisierungsprogrammen stärken, indem Kapazitäten für die Mittelbeschaffung und die Risikokommunikation gefördert werden und der Zugang zu qualitätsgesicherten und bezahlbaren Impfstoffen verbessert wird.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 1**Tabelle 3: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 für Kategorie 1 (Übertragbare Krankheiten) und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) [Mio. US-\$]**

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Zunahme / Abnahme (in %)
1 Übertragbare Krankheiten							
1.1 HIV und Hepatitis	2,0	5,4	7,4	2,2	5,6	7,8	5%
1.2 Tuberkulose	6,0	5,5	11,5	5,7	5,8	11,5	0%
1.3 Malaria	-	1,0	1,0	0,2	0,8	1,0	0%
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	-	0,4	0,4	-	0,3	0,3	-25%
1.5 Impfpräventable Krankheiten	3,9	9,6	13,5	4,1	10,2	14,3	6%
Kategorie 1 insgesamt	11,9	21,9	33,8	12,2	22,8	35,0	4%

Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten

60. Die Ziele für nachhaltige Entwicklung, die auf den freiwilligen Zielvorgaben des globalen Kontrollrahmens für nichtübertragbare Krankheiten und auf „Gesundheit 2020“ aufbauen und diese erweitern, verbreiterten 2015 das globale Mandat und die Verpflichtungen in Bezug auf die Gesundheitsbereiche, die unter die Kategorie 2 fallen. Maßgebliche Zielvorgaben zum SDG 3 sind:

- Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern,
- die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken,
- bis 2020 die Zahl der Todesfälle und Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen weltweit halbieren,
- die Durchführung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern nach Bedarf stärken.

61. Damit diese Zielvorgaben und diejenigen zu Gesundheitsfinanzierung, Geschlechtergleichstellung, Luftverschmutzung und anderen Themen erreicht werden, müssen die länderübergreifenden Aktivitäten und die Arbeit auf der Landesebene gestärkt werden. In den Jahren von 2016 bis 2019 müssen die Länder und die Region auf Kurs gebracht werden, damit die SDG bis 2030 erreicht werden können. Die zeitliche Verzögerung von der Durchführung von Interventionen bis zum Eintreten des Nutzens für die öffentliche Gesundheit bedeutet, dass die Europäische Region die Zielvorgaben bis 2030 entweder nicht

erreichen wird oder keinen ausreichenden Erfüllungsstand wird vorweisen können, wenn sie im Zweijahreszeitraum 2018–2019 nicht substanzielle Fortschritte erzielt.

2.1 Nichtübertragbare Krankheiten

62. Der Ansatz der Region zum Erreichen dieser Zielvorgaben stützt sich auf eine Strategie mit vier Elementen:

- Entwicklung und Stärkung der sozialen Determinanten, der politischen Rahmenbedingungen und der Nachhaltigkeit von Plänen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten,
- Stärkung der Surveillance zur Verbesserung der Fähigkeit zur Überwachung von Interventionen und Fortschritten auf dem Weg zum Erreichen der Zielvorgaben,
- Verringerung bestimmter Risiken auf der Ebene der Bevölkerung,
- Stärkung der Gesundheitssysteme in Bezug auf die Durchführung klinischer Prävention und Versorgung.

63. In den Zweijahreszeitraum 2018–2019 fallen das vierte und das fünfte Jahr des Bestehens des ausgelagerten Fachzentrums für nichtübertragbare Krankheiten in Moskau, das die erste Phase der Umsetzung eines Pakets für die Länderebene auf der Grundlage dieser Strategie abschließen wird.

64. In Bezug auf die Zielvorgabe nach SDG zur vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten ging diese bis zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Textes in allen Ländern mit verlässlicher Datenlage seit der Jahrtausendwende stetig zurück und resultierte in einer kontinuierlichen Annäherung der Raten zwischen dem Osten und dem Westen der Region. 2018–2019 wird es darum gehen, die Maßnahmen in der Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Mortalität zu beschleunigen: Männer zwischen 30 und 69 Jahre. Die Fokussierung auf die Verringerung des kardiovaskulären Risikos und die Bekämpfung von Krebserkrankungen werden deshalb höchste Priorität genießen.

65. 2018 wird die Generalversammlung der Vereinten Nationen erneut nichtübertragbare Krankheiten sowie die seit 2011 erzielten Fortschritte erörtern. Auf dieser Tagung wird die Europäische Region über die umfassende Einbeziehung nichtübertragbarer Krankheiten in nationale Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen und einen hohen Grad der Erfüllung zeitgebundener Verpflichtungen gemäß der ausführlichen Überprüfung durch die Vereinten Nationen im Jahr 2014 berichten können. Die Erfahrungen aus der Europäischen Region werden 2018 in internationalen Foren als Beitrag zur Etablierung der Führungsrolle der WHO in den letzten zwölf Jahren der SDG vorgestellt werden.

66. In der Europäischen Region werden umfassende Schritte zur Eindämmung des Tabakgebrauchs unternommen. Fortschritte in der nationalen Gesetzgebung vieler Länder, der rückläufige Trend des Tabakgebrauchs bei Erwachsenen und manche Meldungen über Rückgänge bei Jugendlichen sind außerordentlich ermutigend. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Dokuments liegt die Europäische Region unter den WHO-Regionen in Bezug auf die Anzahl der Länder, die standardisierte Packungen für Tabakprodukte eingeführt haben, in Führung. Einige Länder haben Rechtsvorschriften zur Verwirklichung einer tabakfreien Gesellschaft erlassen. Gleichzeitig behindern intensiviertere Anstrengungen der Tabakindustrie

massiv den Fortschritt und der verzeichnete Rückgang des Tabakgebrauchs erfolgt zu langsam, um die globalen Zielvorgaben vollständig erfüllen zu können.

67. 2018–2019 wird der Schwerpunkt darauf gelegt werden, durch die weitere Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO den Rückgang des Tabakgebrauchs zu beschleunigen. Preispolitik, Rechtsvorschriften, Überzeugungsarbeit und in den Ländern im Zweijahreszeitraum 2016–2017 gewonnenes Branchen-Know-how werden stärker genutzt werden. Das Regionalbüro wird die Länder fachlich zum Thema des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen unterstützen, sofern in der Zwischenzeit das entsprechende Protokoll in Kraft getreten ist.

68. Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum geht zwar in allen Ländern langsam zurück, doch werden die Länder mit dem weltweit höchsten Alkoholkonsum im Zeitraum 2018–2019 weiterhin in der Europäischen Region liegen. Des Weiteren wird sich in Bezug auf andere Drogen die Diskussion über die Entkriminalisierung oder Legalisierung bis 2018 intensiviert haben, was für Führungskräfte im Bereich der öffentlichen Gesundheit mit Herausforderungen verbunden sein wird.

69. Bis 2018 wird das Regionalbüro für Europa ein breites Spektrum von Politikanalysen durchgeführt und eine aussagekräftige epidemiologische Handlungsgrundlage geschaffen haben. Ein Schwerpunkt wird 2018–2019 sein, auf Ebene der Region konzertierte Maßnahmen gegen Probleme wie niedrige Alkoholpreise, massive Werbung (einschließlich digitaler Werbung mit Jugendlichen als Zielgruppe) und den leichten Zugriff auf Alkohol anzustoßen.

2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch

70. In den Mitgliedstaaten sind das Bewusstsein für die Notwendigkeit, im Bereich der psychischen Gesundheit mehr zu tun, und die Akzeptanz dieser Notwendigkeit erkennbar gestiegen, was sich daran zeigt, dass sich die SDG (und ihr Motto „Niemanden zurücklassen“) sowie weitere Dokumente und Berichte der Vereinten Nationen, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Europäischen Kommission auf das Thema beziehen. In der Europäischen Region ist das anscheinend auch auf die Würdigung des Umstands zurückzuführen, dass die verbreitete Rezession und umfassende Wanderungsbewegungen in der jüngeren Vergangenheit klar erkennbar Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hatten. Global steht eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung, die den Mitgliedstaaten helfen, Systeme und Leistungen für die psychosoziale Versorgung zu entwickeln und zu überwachen, so etwa Orientierungshilfe gebende Handlungsrahmen (wie der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit), Standards und Normen (wie das WHO Quality Rights Tool Kit), klinische Entscheidungshilfen (wie der Interventionsleitfaden zum Globalen Aktionsprogramm für psychische Gesundheit – mhGAP-IG) und Berichte und Verzeichnisse (wie der Mental Health Atlas). Zusätzlich verfügt die Europäische Region über eine starke Forschungsbasis, eine vergleichsweise gute Personalausstattung für den Bereich psychische Gesundheit und eine Reihe wirksamer nichtstaatlicher Organisationen (zumindest im Westen der Region).

71. 2018–2019 wird ein Gesundheitssystemansatz zur psychischen Gesundheit mit starkem Fokus auf neu aufkommenden aktuellen Themen verfolgt werden, der auch Demenz, geistig behinderte Erwachsene, eGesundheit im Bereich der psychischen Gesundheit und Themen im Zusammenhang mit den Gesundheitsschutzdimensionen von Drogenkonsum umfasst.

2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention

72. In Bezug auf die Zielvorgabe nach SDG 3 sind die Zahlen der Todesfälle und Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen in der Europäischen Region ebenfalls rückläufig (in acht Ländern sind sie allerdings seit 2010 gestiegen). Die Rückgänge gehen jedoch langsam vonstatten und aus dem Blickwinkel der Europäischen Region erscheinen die globalen Zielvorgaben unrealistisch. Deshalb müssen die Mitgliedstaaten 2018–2019 aktiv werden und mehr Verantwortung für ihre Bilanz bei der Bekämpfung dieser vollständig vermeidbaren Todesfälle übernehmen.

73. Jenseits von Straßenverkehrsunfällen ist das breite Spektrum von Gewalt und Verletzungen die führende Todesursache bei den 5- bis 44-Jährigen und stellt in der Europäischen Region eine große Herausforderung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und eine wichtige Ursache für Ungleichheit dar. Autounfälle und Gewalt gegen Frauen und Kinder sind auch zentrale Themen in den SDG und in „Gesundheit 2020“. 2018–2019 wird in ähnlicher Weise gegen die übrigen nichtübertragbaren Krankheiten vorgegangen durch verbesserte Surveillance, Grundsatzdialoge, Schulungen zur Risikominderung und fachliche Unterstützung bei gezielten Interventionen für anfällige Gruppen. Um eine Debatte anzustoßen sowie Rechenschaft und Gegenmaßnahmen zu fördern, wird versucht werden, den vermeidbaren Anteil von Sterbefällen in jedem Land zu bestimmen und zu melden.

2.5 Ernährung

74. Der globale Kontrollrahmen für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten soll den Anstieg von Adipositas und Diabetes in der Europäischen Region stoppen. Laut Prognosen des leistungsstarken Surveillance-Systems für Übergewicht und Adipositas, das durch Projekte in der Europäischen Region der WHO aufgebaut wurde, werden sie allerdings in fast allen Ländern der Region auch 2030 noch ansteigen, wenn nicht zwischen 2016 und 2020 konzertiert gegengesteuert wird. Die Initiative der Europäischen Region zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter hat nachgewiesen, dass zwischen 20 und 50 Prozent der Kinder unter zehn Jahren übergewichtig oder adipös sind.

75. Gleichzeitig werden in der Europäischen Region signifikante Fortschritte erzielt, wobei der Bewegungsförderung, Werbebeschränkungen, der Eliminierung von Transfettsäuren, der Salzreduktion, Preisinterventionen und klinischen Ernährungsansätzen einschließlich Orientierungshilfe und Aufbau von Kapazitäten in den Bereichen Ernährung in der Schwangerschaft und gesunder Start ins Lebens zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Selbst wenn der Gesamttrend in die gegenteilige Richtung zu weisen scheint, wird die Konzentration auf konkrete Maßnahmen wie diese den Anstieg von Übergewicht und Adipositas verlangsamen und unmittelbar zur Verringerung des Risikos eines vorzeitigen Todes beitragen.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 2

Tabelle 4: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 für Kategorie 2 (Nichtübertragbare Krankheiten) und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) [Mio. US-€]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Zunahme/Abnahme [%]
2 Nichtübertragbare Krankheiten							
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	9,8	10,2	20,0	9,2	12,9	22,2	11%
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	2,6	3,2	5,8	3,1	3,0	6,1	5%
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention	2,0	3,6	5,6	1,0	2,2	3,2	-43%
2.4 Behinderung und Rehabilitation	0,4	0,1	0,5	1,1	0,1	1,2	140%
2.5 Ernährung	0,3	1,7	2,0	1,5	1,5	3,0	50%
Kategorie 2 insgesamt	15,1	18,8	33,9	15,9	19,7	35,7	5%

Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

76. Die Programmbereiche der Kategorie 3 stehen im Mittelpunkt des Lebensverlaufansatzes und von Querschnittprioritäten der Organisation. Innerhalb der Europäischen Region wird „Gesundheit 2020“ weiterhin als übergeordnetes Rahmenkonzept für die Umsetzung innerhalb des Gesundheitsbereichs fungieren und durch intensive, ressortübergreifende Maßnahmen unterstützt werden. Die SDG und ihre Zielvorgaben umfassen alle Aspekte der Kategorie 3.

77. Die Kategorie 3 hat die doppelte Aufgabe, ressortspezifische und ressortübergreifende Aktivitäten zur Unterstützung der Mitgliedstaaten anzustoßen sowie für Politikkohärenz in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in den übrigen Kategorien zu sorgen.

78. Eine partizipatorische, ressortübergreifende Politikgestaltung zugunsten der Gesundheit ist eine grundlegende Voraussetzung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region. Die Kategorie 3 wird in allen ihren Programmbereichen diesen Ansatz im Zweijahreszeitraum 2018–2019 weiter fördern, um wirksame Maßnahmen und Interventionen durchführen und die sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden angehen zu können. Durch bewährte Einrichtungen wie den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa, das Paneuropäische Programm für Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP), das Gesunde-Städte-Netzwerk oder Regionen für Gesundheit unterstützt sie auch unmittelbar eine ressortübergreifende Politikgestaltung und eine Reihe völkerrechtlich bindender Instrumente (Übereinkommen und Protokolle).

3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen

79. Die neue Globale Strategie für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen des Generalsekretärs der Vereinten Nationen, die im September 2015 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen gebilligt wurde, und die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung thematisieren die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie den allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, Versorgungsangebote und Rechte in den Ländern. Das erfordert den Aufbau nationaler Kernkapazitäten, den das Regionalbüro zu unterstützen plant, wobei der Umfang der Unterstützung jedoch von der Finanzierung abhängt.

80. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020), die 2014 mit Resolution EUR/RC64/R6 angenommen wurde, und der Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen (Dokument EUR/RC66/13), der den Mitgliedstaaten auf der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa zur Prüfung vorgelegt wird, werden die Arbeit des Regionalbüros in diesem Programmbereich anleiten. Der neue Aktionsplan und eine Reihe von für 2018–2019 geplanten Aktivitäten auf der Ebene der Region und in den Ländern sollen Kinder und Jugendliche in der Europäischen Region in die Lage versetzen, ihr Potenzial in Bezug auf Gesundheit, Entwicklung und Wohlbefinden voll auszuschöpfen und ihre durch vermeidbare Krankheiten und Sterblichkeit bedingte Last zu senken. Das soll erreicht werden, indem die Regierungen in der Entwicklung nationaler Strategien und auf Erkenntnissen beruhender Aktionspläne für Kinder und Jugendliche unterstützt werden, die den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung und die Entstehung einer Generation mit Gesundheitskompetenz sicherstellen, die während des gesamten Lebensverlaufs ihre eigenen Gesundheitsrisiken bewältigen kann.

81. Als Folgemaßnahme zur Resolution EUR/64/R6 wird das Regionalbüro 2018 einen Zwischenbericht zu Fortschritten in Bezug auf die Akzeptanz der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region vorlegen. Die Berichterstattung wird die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen unterstützen, durch verbesserte Dokumentation der Krankheitslast und der Risiken, die Kinder und Jugendliche, insbesondere in anfälligen Gruppen, zu tragen haben, die Lebenswirklichkeit der Kinder besser wahrzunehmen.

82. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiterhin in der Förderung von hochwertiger Primärversorgung, Krankenhausleistungen und schulischen Gesundheitsangeboten in Übereinstimmung mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes unterstützen und auf diese Weise den unerledigten Aufgaben in Bezug auf vermeidbare Todesfälle und die Bekämpfung von Infektionskrankheiten Rechnung tragen. Gleichzeitig wird die Schaffung von Mechanismen zur Unterstützung gesunden Wachstums und der Entwicklung in der Kindheit und im Jugendalter, auch durch Bildungseinrichtungen, ein wichtiger Schwerpunkt bleiben.

83. Das Regionalbüro wird die Länder darin unterstützen, Ungleichheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zwischen und in den Ländern zu verringern, und dabei der Prävention der Mortalität und Morbidität von Müttern und Neugeborenen sowie der

Verringerung des ungedeckten Bedarfs bei der Familienplanung besondere Aufmerksamkeit widmen. Die fachliche Unterstützung wird die Entwicklung neuer nationaler Konzepte für Angebote zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, deren Beobachtung und Verbesserung sowie erleichterten Zugänglichkeit umfassen.

84. Zur Unterstützung der Entwicklung des Aktionsplans zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen sowie der Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/14) wurde 2016 eine Analyse der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Gesundheit von Frauen in der Europäischen Region im Zeitraum 2015–2016 durchgeführt. Um die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen im Lebensverlauf zu fördern und zu verbessern und die Gesundheit und das Wohlbefinden zukünftiger Generationen sicherzustellen, wird in die Umsetzung dieser Aktionspläne und der Erklärung von Minsk über den Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 ein breites Netzwerk von Akteuren aktiv einbezogen werden.

85. 22 Länder haben den Programmbereich 3.1 zu einer Priorität für den Zweijahreszeitraum 2018–2019 erklärt. Weitere Verbesserungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen und das Erreichen der einschlägigen SDG erfordern eine ressortübergreifende Zusammenarbeit. Gemeinsam mit anderen Programmen im Regionalbüro (Nichtübertragbare Krankheiten einschließlich der Risikofaktoren, Gesundheitssysteme, Impfpräventable Krankheiten, Gewalt- und Verletzungsprävention und andere) sowie mit Ressorts außerhalb des Gesundheitswesens wie Bildung und Sozialfürsorge sind mehrere Aktivitäten in Ländern und auf der Ebene der Region geplant.

3.2. Altern und Gesundheit

86. Die Tätigkeit zu den Themen Altern und Gesundheit ist unmittelbar mit einer Reihe von Zielen und Zielvorgaben aus „Gesundheit 2020“ und der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verknüpft (längeres Leben und höhere Lebensqualität/weniger Ungleichheiten/Förderung von Partnerschaften mehrerer Politikbereiche) und ist unentbehrlich, damit nicht nur die gesundheitsbezogenen Zielvorgaben, sondern auch andere erreicht werden können, etwa was die Geschlechtergleichstellung, Armutsbekämpfung sowie widerstandsfähige und nachhaltige Städte und menschliche Siedlungen angeht.

87. Die Arbeit im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird auf die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituationen älterer Menschen in der Europäischen Region ausgerichtet sein, die nach wie vor uneinheitlich sind. Zwar bieten jetzt mehr Länder öffentliche Unterstützung für informelle Betreuungspersonen gebrechlicher Menschen, doch waren die Impfraten für Influenza unter älteren Menschen im Allgemeinen rückläufig. Der Anstieg der Lebenserwartung ohne Behinderung hat in den letzten Jahren stagniert.

88. Die Veröffentlichung des Weltberichts über Altern und Gesundheit 2015 und die Annahme der Globalen Strategie und des Globalen Aktionsplans für Altern in Gesundheit durch die 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 haben das Profil der Arbeit der WHO zu Altern und Gesundheit global geschärft und dürften weiterhin kräftige Impulse für die Umsetzung in der Europäischen Region im Zweijahreszeitraum 2018–2019 geben.

89. Der Schwerpunkt des Globalen Aktionsplans auf Aktivitäten zu Langzeitpflegesystemen in allen Ländern passt gut zu der ausdrücklichen Forderung der Mitgliedstaaten der Europäischen Region nach fachlicher Unterstützung zur Förderung des Verständnisses und der Entwicklung von Konzepten und Plänen für den Aufbau nachhaltiger Langzeitpflegesysteme. Dies wird eine weitere Stärkung der Zusammenarbeit über mehrere Politikbereiche hinweg mit dem Ziel erfordern, die Gesundheitssysteme auf Angebote für die bürgernahe und integrierte Versorgung älterer Menschen auszurichten.

90. Die Veröffentlichung eines Handbuchs und eines Politikinstruments zu seniorengerechten Umfeldern in der Europäischen Region wird 2016 die Gebietskörperschaften verschiedener staatlicher Ebenen unterstützen, die gemeinsam Initiativen für ressortübergreifende Maßnahmen zur Schaffung seniorengerechter Umfelder ergriffen haben, viele von ihnen als Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO. Diese Aktivitäten werden in Zusammenarbeit mit einem breiten Spektrum von Partnerorganisationen und Initiativen wie der Europäischen Innovationspartnerschaft im Bereich „Aktives und gesundes Altern“ der Europäischen Kommission und dem Globalen Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden der WHO fortgeführt werden.

3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte

91. Geschlechtergleichstellung und Menschenrechte zählen zusammen mit den sozialen und umweltbedingten Determinanten zu den vom Regionalbüro priorisierten Querschnittsansätzen zur Unterstützung der Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“ in Bezug auf Chancengleichheit zur weiteren Steigerung der Lebenserwartung, gekoppelt mit der Verringerung der Unterschiede bei der Lebenserwartung innerhalb von und zwischen Ländern in der Europäischen Region.

92. Die globalen Anstrengungen zur Förderung von Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechten werden insbesondere durch die SDG zu Gesundheit und Wohlbefinden (SDG 3), zur Verwirklichung der Geschlechtergleichstellung und zur Befähigung von Frauen zur Selbstbestimmung (SDG 5) und zur Verringerung von Ungleichgewichten in und zwischen Ländern (SDG 10) vorangebracht. Diese verleihen den Ansätzen zu Geschlechtergleichstellung und Menschenrechten im Gesundheitswesen neuen Schwung, indem sie wichtige Probleme wie Gewalt gegen Frauen, Ungleichheiten bei der Verteilung unbezahlter und bezahlter Arbeit sowie die bestehende Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Ethnizität, sexueller Orientierung, sozialem Geschlecht, Migration, sozioökonomischem Status usw. aufgreifen.

93. Der Schwerpunkt des Regionalbüros liegt auf der systematischen Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte in seine gesamte sowie der Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Integration von Gleichstellung, Chancengleichheit und Rechten in nationale gesundheitspolitische Handlungskonzepte und Programme.

94. Die Unterstützung für die Mitgliedstaaten wird auf eine strategische Entwicklung setzen, die 2016 und 2017 durch die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO eingeläutet wird und Verknüpfungen zwischen den SDG 3, SDG 5 und SDG 10 etablieren soll. Weitere strategische Arbeit wird im Rahmen der Entwicklung der Strategie für die Gesundheit von

Männern geleistet werden, die die Auswirkungen von geschlechtsbezogenen, sozioökonomischen und umweltbedingten Determinanten auf die Gesundheit von Männern in der Europäischen Region berücksichtigen wird.

95. Dieses Ergebnis wird auch davon abhängen, ob die Ansätze zu Geschlechtergleichstellung, Menschenrechten sowie den sozialen und umweltbedingten Determinanten systematisch in die gesamte Arbeit des Regionalbüros einbezogen werden. Die Kapazität der WHO-Länderbüros zur systematischen Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte im Gesundheitswesen wird in Zusammenarbeit mit anderen UN-Organisationen im Rahmen der Europäischen und Zentralasiatischen Regionalen Arbeitsgruppe für Geschlechtergleichstellung und gemäß dem Systemweiten Aktionsplan der Vereinten Nationen für die Gleichstellung der Geschlechter und die Ermächtigung der Frauen ausgebaut werden. Engere Abstimmung und gemeinsame Arbeit mit dem gesamten Programmbereich 3.4 wurden 2016–2017 initiiert und werden als Ziele weiterverfolgt, damit verstärkt Synergien und gemeinsame Aktivitäten zu den Themen Geschlechtergleichstellung, Menschenrechte sowie soziale und umweltbedingte Determinanten von Gesundheit zugunsten der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Agenda für nachhaltige Entwicklung geschaffen werden.

3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit

96. Die Arbeit des Regionalbüros in diesem Bereich unterstützt einen horizontalen Ansatz zu den sozialen Determinanten von Gesundheit sowie substanzielle Aktivitäten zu den speziellen Bereichen Migration und Gesundheit und anfällige Gruppen, insbesondere Roma.

97. Die 2012 vom Regionalbüro durchgeführte Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles ergab Erkenntnisse und Politikoptionen für gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Verringerung der sozialen Ungleichgewichte im Gesundheitswesen. Die Einführung der SDG (und insbesondere des SDG 10) und das Schwerpunktmotto „Niemanden zurücklassen“ stützen die Arbeit der WHO zur Stärkung der Kapazitäten für evidenzbasierte Politik und Steuerung zur Einbeziehung von Gesundheit in Sozial- und Wirtschaftspolitik und in Entwicklungspläne.

98. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 werden im Bereich Unterstützung der Länder und Partnerschaften auf Ebene der Region für Maßnahmen zu den sozialen Determinanten als Prioritäten die ressortübergreifende Bewertung, die grundsatzpolitische Beratung und der Aufbau von Kapazitäten zum Ansatz für Gesundheit in allen Politikbereichen sowie die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Integration von Gesundheit in die nationale und lokale Agenda für nachhaltige Entwicklung festgelegt. Regionsweite interinstitutionelle und Politikbereiche übergreifende Plattformen werden weiter gestärkt, damit Brücken zwischen sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen entstehen, die zu förderlicheren Bedingungen für Aktivitäten auf der Landesebene zu den sozialen Determinanten von Gesundheit beitragen können.

99. Die Arbeit zur Quantifizierung des wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Nutzens von Handlungskonzepten und Investitionen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit erfasst direkte und indirekte soziale Auswirkungen sowie ökonomische Multiplikatoren einschlägiger Konzepte und Initiativen. Eine multidisziplinäre Partnerschaft mit wissenschaftlichen Einrichtungen und Forschungsinstitutionen wird etabliert werden, um

die Entwicklung neuer Methoden und Erkenntnisse zur Unterstützung der Investitionen und zur Anwendung solcher Ansätze auf die Handlungskonzepte und Strategien der WHO und der Mitgliedstaaten zu fördern.

100. Den Bedürfnissen anfälliger und marginalisierter Gruppen wird in der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten weiterhin hoher Stellenwert beigemessen. Um besser auf die wachsende Last durch nichtübertragbare Krankheiten reagieren zu können, von der in einer Gesellschaft die Armen, Anfälligsten und am meisten Ausgeschlossenen unverhältnismäßig stark betroffen sind, wird sich die Unterstützung für die Länder bedarfsorientiert auf gesunde Umfeldler, Netzwerke, die Dokumentation von Erkenntnissen in Bezug auf die Frage, was funktioniert, und die Verbesserung von Wissensprodukten, Instrumenten sowie Politik- und Strategiedokumenten konzentrieren. Das Regionalbüro wird soziale Determinanten und soziale Ungleichgewichte und Gesundheit in und zwischen Ländern beobachten und auf der regionalen Ebene in Zweijahresabständen Bericht erstatten. Es wird Statusberichte zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als Instrument der Überzeugungsarbeit zugunsten verbesserter einschlägiger Maßnahmen angesichts der anhaltenden Finanzkrise veröffentlichen. Aus dem Programm zur Unterstützung der Gesundheit der Roma-Bevölkerung werden Lehren gezogen werden, um das Thema Anfälligkeit umfassender angehen zu können.

101. Die Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/8) – eines kooperativen Rahmens mit Partnern, Ländern und Instituten für Forschungspolitik – wird im Zweijahreszeitraum 2018–2019 eine hohe Priorität für die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro bleiben. Die Arbeit in diesem besonderen Bereich wird sich auf die Stärkung der Kapazitäten und der Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme in Bezug auf Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit konzentrieren, die durch große gemischte Migrationsströme entstehen. Kurz- bis mittelfristig wird ein Schwerpunkt sein, den Gesundheitsbedarf von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Migranten in nationale Gesundheitspläne, -strategien und -konzepte zu integrieren. Zu diesem Zweck werden die Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Primärversorgung gestärkt und die sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Aspekte der Gesundheit von Migranten sowie die Verringerung ihrer Anfälligkeit angegangen werden.

102. Die Gründung eines Wissenszentrums für Ausbildung, Kommunikation, Erkenntnissynthese und Verbreitung wird bei an der Bewältigung der Migration beteiligten medizinischen und anderen Fachkräften das Wissen, die Kompetenzen und das Verständnis für gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit Migration verbessern und Wissenslücken schließen, die durch Strategie und Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO festgestellt wurden. Regelmäßige Kommunikation einschließlich des gemeinsam mit der Universität Pécs entwickelten vierteljährlichen Nachrichtenbriefs des Projekts über gesundheitsschutzbezogene Aspekte der Migration in der Europäischen Region und ein Webportal als Hauptinstrumente für Überzeugungsarbeit werden genutzt werden, damit dieses Thema seinen hohen Stellenwert auf der politischen und fachlichen Tagesordnung bewahrt.

103. Die SDG bedeuten eine starke politische Unterstützung für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region. Gesundheit und Wohlbefinden sind als ein Ergebnis der SDG, aber auch als eine Determinante und ein begünstigender Faktor in Bezug auf diese anzusehen. Innerhalb der Europäischen Region wird „Gesundheit 2020“ weiterhin

als grundlegendes Rahmenkonzept für die Umsetzung innerhalb des Gesundheitsbereichs fungieren und durch intensive, ressortübergreifende Maßnahmen unterstützt werden. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 soll die Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Fachprogrammen im Rahmen der Agenda 2030 und für den Ausbau der Fachkooperation entstehen, damit die SDG schneller erreicht werden.

3.5 Gesundheit und Umwelt

104. Die Europäische Region hat im Bereich Umwelt und Gesundheit beachtliche Fortschritte erzielt. Schätzungen zufolge sind die umweltbedingten Determinanten von Gesundheit für etwa 20% der gesamten Mortalität und bis zu 25% der gesamten Krankheitslast verantwortlich, wobei sich jeweils ein Großteil der Gesamtlast ungleichmäßig auf die geografischen, demografischen, soziokulturellen und sozioökonomischen Untergruppen verteilt.

105. Die umweltbedingte Krankheitslast verursacht hohe Kosten und einen beträchtlichen Verbrauch an Ressourcen, verhindert die Optimierung von Gesundheit und Wohlbefinden und untergräbt die soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Das Regionalbüro geht die umweltbedingten Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden mit Hilfe des einzigen, lange bestehenden, strukturierten ressortübergreifenden Prozesses an, der durch regelmäßig stattfindende Ministerkonferenzen gelenkt wird: der EHP. Die wichtigsten am EHP beteiligten Politikbereiche neben dem Gesundheitsbereich – Umwelt, Verkehr, Boden- und Wasserbewirtschaftung, Arbeit und Beschäftigung (insbesondere in Bezug auf den Arbeitsschutz), Industrie, Handel und andere – sind an einer gesamtstaatlichen Reaktion auf die umweltbedingten Determinanten von Gesundheit beteiligt.

106. Die Sechste Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit soll im Juni 2017 zu einer überarbeiteten transformativen Agenda für den Bereich Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region führen, wobei der EHP als wichtiger Hebel zur Verwirklichung der SDG bis 2030 dienen soll. Der sich abzeichnende Konsens unter den Mitgliedstaaten und Akteuren im EHP wird Grundlagen für die fachliche Arbeit schaffen, damit einschlägige evidenzbasierte Konzepte in den Bereichen öffentliche Gesundheit und Umwelt umgesetzt werden können, die aus den Verpflichtungen aus diesem und anderen Prozessen sowie aus völkerrechtlich bindenden Übereinkommen und anderen internationalen Instrumenten resultieren. Eine engere Partnerschaft mit den unmittelbar zuständigen Organisationen der Vereinten Nationen wie der Wirtschaftskommission für Europa sowie dem Umweltprogramm und eine größere Annäherung an ihre Arbeit werden den EHP stärken.

107. Das Regionalbüro und der EHP werden für nationale Steuerungsprozesse und Plattformen weiterhin finanzielle, fachliche, politische und andere Unterstützung leisten und die Entwicklung und Umsetzung nationaler umwelt- und gesundheitspolitischer Konzepte aktiv unterstützen. Die Arbeit zu den umweltbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten wird Erkenntnisse zur aktuellen Situation liefern und es ermöglichen, den Umfang ausgewählter umweltbedingter Gesundheitsrisiken (Stichworte: Passivrauchen, Wohnbedingungen, Verletzungen, Lärm, Abwasser) zu quantifizieren. Die WHO wird weiterhin die Durchführung von Interventionen unterstützen, die landesspezifische Handlungsprioritäten widerspiegeln. Neunzehn Mitgliedstaaten haben diesen Arbeitsbereich als eine Priorität für die weitere Zusammenarbeit mit der Organisation bezeichnet.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 3

108. Die Kategorie 3 ist die einzige Kategorie in der Europäischen Region mit einer Haushaltskürzung im Vergleich zum genehmigten PB 2016–2017 (Rückgang um 3,4% oder 1,3 Mio. US-\$). Diese Kürzung spiegelt den Umstand wieder, dass sich die Mittelbeschaffung für die Kategorie 3 als schwierig erwiesen hat.

Tabelle 5: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) für Kategorie 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf) nach Programmbereich [Mio. US-\$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Zunahme/Abnahme [%]
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf							
3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	3,2	3,7	6,9	4,0	3,4	7,4	7%
3.2 Altern und Gesundheit	0,4	1,0	1,4	0,2	1,1	1,3	-7%
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	0,1	1,0	1,1	0,4	0,7	1,1	0%
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	2,0	5,8	7,8	2,0	6,2	8,2	5%
3.5 Gesundheit und Umwelt	4,0	17,1	21,1	5,3	13,6	18,9	-10%
Kategorie 3 insgesamt	9,7	28,6	38,3	11,9	25,1	37,0	-3%

Kategorie 4: Gesundheitssysteme

109. Die Kategorie 4 wird zur Entwicklung der neuen Vision von der öffentlichen Gesundheit unter der Führung der Regionaldirektorin beitragen. Die neue Vision soll den Wunsch der Mitgliedstaaten nach einer Definition erfüllen, was heute unter öffentlicher Gesundheit zu verstehen ist, und den Begriff unter Berücksichtigung von Veränderungen und Problemen der letzten zehn Jahre (Migration, Sparzwänge usw.) neu konzeptionalisieren. Die Vision wird auch klarstellen, was die Agenda 2030 für „Gesundheit 2020“ und bürgernahe Gesundheitssysteme bedeutet, und dabei die Schnittstelle aller Determinanten von Gesundheit (ökologische, politische, finanzielle, lebensstilbedingte, soziale usw.) besonders hervorheben.

4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne

110. Die Verbesserung der Gesundheit für alle und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichgewichte sowie die Verbesserung der Führung für partizipatorische Politikgestaltung

zugunsten der Gesundheit sind zwei strategische Ziele von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden. „Gesundheit 2020“ steht im Zentrum der Diskussionen über Politiksteuerung im Gesundheitsbereich, gesundheitliche Ungleichheiten und gesundheitsbezogene SDG in der Europäischen Region.

111. Die Mitgliedstaaten stärken und erweitern den Anwendungsbereich ihrer ressortübergreifenden nationalen gesundheitspolitischen Konzepte und Strategien in Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ und verleihen auf diese Weise den Bemühungen zur Verbesserung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden für alle Ausrichtung und Kohärenz. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 begannen die meisten der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region einen auf „Gesundheit 2020“ ausgerichteten nationalen Politikprozess oder schlossen ihn ab und konnten sich dabei auf gut entwickelte Wissens- und Ausbildungsgrundlagen stützen. 2018–2019 dürfte die überwiegende Mehrheit der Mitgliedstaaten mit Kontroll- und Evaluierungsaufgaben befasst sein oder nach fachlicher Beratung durch die WHO ihre nationale Gesundheitspolitik überprüfen.

112. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiterhin bei der Entwicklung und Umsetzung ressortübergreifender nationaler Konzepte, Strategien und Pläne sowie beim Aufbau von Kapazitäten in den Bereichen Führung zugunsten von Gesundheit und Gesundheitsdiplomatie, Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit, gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze und Ansätze für Gesundheit in allen Politikbereichen sowie Gleichstellung, Menschenrechte und Anfälligkeit unterstützen und dahingehend beraten. Es wird der Weiterentwicklung und Anpassung von Instrumenten für die Umsetzung und Analyse von Politikkonzepten sowie Instrumenten und Plattformen zur Förderung ressortübergreifender Dialoge und Zusammenarbeit besondere Aufmerksamkeit widmen. Es wird die enge Zusammenarbeit und Koordinierung mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region, dem Netzwerk Regionen für Gesundheit sowie der Initiative kleiner Länder weiterführen und das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk fördern in der Erkenntnis, wie wichtig es ist, alle Verwaltungsebenen in die Arbeit für Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung einzubeziehen und diesbezügliche Partnerschaften zu unterstützen.

113. Aufbauend auf dem Zweijahreszeitraum 2016–2017 dürften die wichtigsten Errungenschaften im Zweijahreszeitraum 2018–2019 die folgenden sein: kontinuierliche und stabile Erweiterung der Fachkapazitäten und der verfügbaren Informationen für die Mitgliedstaaten durch mehr Ausbildung, die Weitergabe bewährter Beispiele für gute Praxis, die Einführung intelligenter Instrumente und Werkzeuge, die Ausweitung der Wissensgrundlagen und die Dokumentation der Entwicklung nationaler Konzepte und Strategien und die Verbesserung ihrer Außenwahrnehmung, kohärentere Bemühungen und Grundsatzdokumente in Bezug auf „Gesundheit 2020“ und SDG 3 innerhalb des Regionalbüros und auf Ebene der Länder und mehr Unterstützung für Partnerschaften (wie Regionen für Gesundheit, Initiative kleiner Länder und Südosteuropäisches Gesundheitsnetzwerk) zugunsten der besseren Entwicklung nationaler Gesundheitspläne.

114. Im Bereich der Gesundheitsfinanzierung werden die Prioritäten des Zweijahreszeitraums 2016–2017 beibehalten, sodass sich die Arbeit 2018–2019 auf folgende Punkte konzentrieren wird:

- Beobachtung der finanziellen Absicherung und der allgemeinen Gesundheitsversorgung einschließlich konzeptioneller und empirischer Arbeit, sodass 2018 ein Bericht zu diesem Thema für die Region verfügbar ist;
- Gesundheitsfinanzierungspolitik und finanzielle Nachhaltigkeit, aufbauend auf ausgereiften Studien, unter anderem als Reaktion auf die Wirtschaftskrise, in Zusammenarbeit mit der OECD und anderen Organisationen;
- Aufbau von Kapazitäten durch drei Kurse der Außenstelle in Barcelona, zwei zur Stärkung des Gesundheitssystems mit Schwerpunkt auf nichtübertragbare Krankheiten und zur Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose sowie den Kurs zur Gesundheitsfinanzierung.

115. Das Team des ausgelagerten Fachzentrums zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Barcelona wird weiterhin auf der Grundlage der von allen 53 Mitgliedstaaten auf der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa im September 2015 gebilligten Resolution EUR/RC65/R5 tätig sein, die die Mitgliedstaaten auffordert, „die Beobachtung des Umfangs an Schutz vor finanziellen Risiken bei der Nutzung von Gesundheitsangeboten zu ermöglichen und zu beschleunigen und insbesondere für vulnerable Gruppen Konzepte zur Verbesserung der finanziellen Absicherung aufzuzeigen und umzusetzen“. Über die Umsetzung dieser Resolution wird dem Regionalkomitee im Rahmen seiner Beratungen auf der 68. Tagung im September 2018 berichtet werden.

116. Einer der innovativen Bereiche bezieht sich auf die Umgestaltung von Großsystemen im Gesundheitswesen, das Vorgehen hierbei und die Steuerung der Veränderung. Steuerung und Leitung von Veränderung und Neuerung wird deshalb ein wichtiges Arbeitsfeld, in dem das experimentelle Lernen politischer Entscheidungsträger systematisiert wird, damit die Systemumgestaltung hin zu mehr Bürgernähe und Effizienz unter Berücksichtigung der politischen Determinanten von Gesundheit vor Ort realisiert wird.

117. Zwei Veranstaltungen auf hoher Ebene werden neue Zwischenziele für die regionsweite Arbeit zu Gesundheitssystemen im Zweijahreszeitraum 2018–2019 und darüber hinaus festlegen. Zuerst wird das Regionalbüro während der Veranstaltung auf hoher Ebene zum zehnten Jahrestag der Annahme der Charta von Tallinn eine Bestandsaufnahme zum Thema Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand durchführen. Es wird erwartet, dass sich die Teilnehmer bei dieser Veranstaltung über die wichtigsten politischen Erkenntnisse als Ergebnisse des abteilungsübergreifenden Arbeitsprogramms zur Stärkung der Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen nichtübertragbare Krankheiten austauschen und verständigen. Ebenfalls 2018 werden die Akteure in der globalen Gesundheitspolitik und das Regionalbüro gemeinsam mit der Regierung von Kasachstan den 40. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung begehen.

118. Das Regionalbüro wird weitere Anstrengungen unternehmen, um eine vollständige fachliche Kohärenz und Integration in der fachlichen Unterstützung der Länder zu erreichen. Es wird abteilungsübergreifende und systemische Ansätze wie die nachstehenden weiter thematisieren:

- Überprüfungen der Länder auf Barrieren im Gesundheitssystem und Umsetzung des Rahmens für nichtübertragbare Krankheiten;
- länderübergreifende Arbeit im Kampf gegen die Tuberkulose und für Gesundheitssystemreformen in enger Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Rahmen des Tuberkuloseprojekts der Region für Osteuropa und Zentralasien;
- Gesundheitssysteme, grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen und die IGV (2005) im Zusammenhang mit der Regionen übergreifenden Tagung im März 2016 beim Regionalbüro für Europa;
- ökologisch nachhaltige Gesundheitssysteme gemäß der Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit.

119. Fehlende personelle und finanzielle Ressourcen, auch in Bezug auf Übersetzungsleistungen, sollten auf der Grundlage einer Bedarfsermittlung in geeigneter Weise ergänzt werden. Neue Resolutionen (zu den SDG und anderen Themen) müssen durch konkrete und gut ausgestattete Aktionspläne unterstützt werden, damit sie erfolgreich umgesetzt werden können.

4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote

120. Nach Billigung des Dokuments „Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: Ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen“ (Dokument EUR/RC66/15) durch die 66. Tagung des Regionalkomitees, wird das Regionalbüro die Länder im Zweijahreszeitraum 2018–2019 bei ihren Bemühungen zur Verwirklichung der entsprechenden Umgestaltung unterstützen. Drei Integrationswege werden priorisiert. In der Anfangsphase der Umgestaltung zur integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen bieten sich Chancen zur Konzentration auf hochwirksame Ansatzpunkte mit dem Ziel, die Verwirklichung der angestrebten Gesundheits- und Effizienzgewinne zu beschleunigen. Wenngleich ihre Priorisierung und ihre Dynamik letztlich von den vor Ort herrschenden Bedingungen abhängen, können vorrangige Wege für die Europäische Region beschrieben werden, die auf folgende Bereiche abheben:

- **Integration zwischen primärer Versorgung und öffentlicher Gesundheit** – Maßnahmen zum Gesundheitsschutz auf der Ebene der Bevölkerung betreffen ungesunde Lebensweisen, umweltbedingte Risikofaktoren und die Determinanten von Gesundheit. Die Steuerung der Gesundheit der Bevölkerung erfordert eine Verzahnung zwischen dem Schutz und der Förderung der Gesundheit des Einzelnen mit Leistungen zur Krankheitsprävention sowie Interventionen auf der Ebene der Bevölkerung.
- **Integration zwischen Ebenen der Gesundheitsversorgung und Versorgungseinrichtungen** – Konzentriert auf die Verzahnung der Leistungserbringung zwischen Ebenen, Leistungserbringern und Versorgungseinrichtungen. Dies umfasst die Schnittstellen zwischen primärer

Gesundheitsversorgung und Krankenhäusern sowie anderen Arten institutionalisierter Versorgung, Rehabilitation und behandelnden und unterstützenden Einrichtungen sowie Tagespflege und häuslicher Pflege.

- **Integration zwischen Gesundheits- und Sozialwesen** – Behinderungen, Altern und chronische Erkrankungen erfordern die Stärkung der Integration an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen. Zu den Prioritäten zählen hier unter anderem Integration für die Bereitstellung von Langzeitpflege, häuslicher Pflege und gemeindenaher Versorgung.

121. Das ausgelagerte Fachzentrum für primäre Gesundheitsversorgung in Almaty (Kasachstan) wird für die Einführung und die Ausweitung in den Ländern sorgen und die Umsetzung insbesondere mit Blick auf die Zielvorgabe 3.8 von SDG 3 beobachten.

122. Ein wichtiger Beitrag des Regionalbüros zu bürgernahen Gesundheitssystemen und zur integrierten Leistungserbringung wird es sein, die Länder mit Hilfe eines Aktionsplans für Humanressourcen im Gesundheitsbereich der Europäischen Region in der Erfüllung globaler Verpflichtungen zu unterstützen und wirksam für einen Bestand an qualifiziertem und nachhaltigem Gesundheitspersonal zu sorgen. Die fachliche Zusammenarbeit über die Kernarbeitsfelder des Aktionsplans hinweg umfasst folgende Elemente:

- **Wissensgewinnung** – Die Zusammenführung von Wissen ist eine tragende Säule der Arbeit für eine Evidenzgrundlage, die konzeptionell solide ist und stetig wächst. Als die am stärksten konzeptionell geprägte Säule der Arbeit sollte diese praktische Erwägungen unterstützen und Grundlagen für Synergien zwischen Fachzentrum und Regionalbüro schaffen. Dazu gehören Leitlinien für die Arbeit wie ein Konzeptpapier über die Leistungserbringung im Gesundheitswesen, Hintergrundpapiere zu Themen wie Rechenschaftslegung, Personalkompetenzen und Patienteneinbeziehung sowie ein Bericht, der für die Messung von Krankenhauseinweisungen für ambulant versorgbare Erkrankungen plädierte.
- **Unterstützung der Länder** – Diese Säule umfasst Aktivitäten wie die Dokumentation und Zusammenstellung von Praktiken zur Optimierung der Leistungserbringung im Einklang mit Orientierung bietenden konzeptionellen Plattformen, die Nutzung dieser Erfahrungen zur Unterstützung von Umgestaltungsprozessen in allen Mitgliedstaaten, und die Bereitstellung landesspezifischer Hilfe zur Stärkung der Leistungserbringung.
- **Grundsatzanalyse** – Umsetzung von Ergebnissen in praktisches Know-how. Dieses Arbeitsfeld zielt auf die Entschlüsselung von Prioritätenlisten mit Maßnahmen, Grundsatzoptionen, Mechanismen und Instrumenten. Die Arbeit zu dieser Säule umfasst universelle Grundsätze von Führung und Leitung sowie Qualifikationen und Ressourcen, mit denen letztlich Veränderungen herbeigeführt werden.
- **Bündnisse und Vernetzung** – In diesem vierten Kernfeld geht es um die Bestimmung von Synergien mit globalen Gesundheitsinitiativen, die Förderung von Partnerschaften mit führenden wissenschaftlichen Institutionen und Denkfabriken sowie die Zusammenarbeit mit Entwicklungspartnern und anderen Akteuren, die mit einzelnen oder mehreren Mitgliedstaaten kooperieren, auch einschließlich Patientenorganisationen und Anbieterverbänden sowie anderen Interessengruppen aus der Zivilgesellschaft.

123. Das Regionalbüro verfolgt auch den Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region weiter, der auf der 62. Tagung des Regionalkomitees im September 2012 angenommen wurde. Der Aktionsplan beruht auf zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen, die für Klarheit in Bezug auf das Konzept der öffentlichen Gesundheit und seine Operationalisierung sorgen. Der Zwischenbericht zur Umsetzung des Aktionsplans (Dokument EUR/RC66/19), der zu den Beratungen während der 66. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt wird, dient als Orientierungshilfe für die weitere Umsetzung, die alle Kategorien der Arbeit umspannt. Für Kategorie 4 bedeutet dies die Konzentration auf vier Arbeitsfelder: Personal, Organisation, Finanzierung und Rechtsvorschriften im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Angestrebt werden die Entwicklung politikrelevanter Kurzdarstellungen zur Organisation und Institutionalisierung von Angeboten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (zu den Themen Prävention, Förderung und Schutz), die Wiederbelebung der Arbeit etwa im Rahmen der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und eine kontinuierliche Fortschrittskontrolle in Bezug auf Verpflichtungen im Aktionsplan. Das Regionalbüro wird die Bewertungen einzelner Länder in Bezug auf grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen fortführen, dabei jedoch stärkeren Nachdruck auf institutionelle Veränderungen legen, und den Prozess durch subregionale Seminare für Reformimpulse ergänzen.

4.3 Zugang zu Medikamenten und sonstigen Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten

124. Arzneimittel und Gesundheitstechnologien sind unentbehrlich für die Durchführung wirksamer Gesundheitsversorgung, verschlingen jedoch einen großen Teil der dafür insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel. Der Pharmasektor ist komplex und umfasst viele Akteure. Die Zahl der in der Europäischen Region neu eingeführten Arzneimittel und Gesundheitstechnologien steigt, insbesondere für chronische Krankheiten einschließlich Krebs. Um die Nachfrage und die Erwartungen in Bezug auf den Zugang zu neuen hochpreisigen Arzneimitteln mit der finanziellen Verantwortung für beschränkte Gesundheitsbudgets im Gleichgewicht zu halten, bedarf es nationaler und länderübergreifender Arzneimittelpolitiken und -strategien. Es ist wichtig, die Arzneimittelausgaben zu thematisieren, um ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie substanzielle gesundheitliche Gewinne für die Patienten und die Gesellschaft sicherzustellen. Zu den konkreten Prioritäten für die Region werden im Zweijahreszeitraum 2018–2019 die folgenden zählen:

- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von internationalen Standards und WHO-Normen und Orientierungshilfe zur wirksamen Einführung, Regulierung, Handhabung und Anwendung von Medizinprodukten sowie Aktivitäten zur Verbesserung des Zugangs zu hochwertigen unentbehrlichen Arzneimitteln und medizinischen Geräten, die Patienten, Gesundheitssysteme und Gesellschaften Nutzen bringen,
- Bereitstellung fachlicher Hilfe für die Mitgliedstaaten und Förderung regulatorischer Kohärenz und Harmonisierung in der gesamten Region durch die Weitergabe bewährter Praktiken und nützlicher Informationen,
- Überzeugungsarbeit und Unterstützung in Bezug auf die Umsetzung der Grundsätze verantwortlicher Unternehmensführung im gesamten Pharmasektor,

- Überzeugungsarbeit zugunsten einer evidenzgeleiteten Auswahl medizinischer Produkte, die für Patienten bezahlbar und für Gesundheitssysteme nachhaltig Zugänglichkeit und Einsetzbarkeit sichern,
- Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Steigerung der Effizienz in diesem Bereich durch Stärkung von Datenerhebung und -analyse sowie Weiterverfolgung grundsätzlicher Maßnahmen im Rahmen kontinuierlicher Verbesserung,
- Bereitstellung fachlicher Hilfe für die Mitgliedstaaten durch Vernetzung und Unterstützung in der Herbeiführung von Erkenntnissen und Transparenz durch die Weitergabe bewährter Praktiken und nützlicher Informationen,
- Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Entwicklung ihrer strategischen grundsatzpolitischen Rahmen und Umsetzung derselben zur Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der SDG.

125. Die folgenden Themen beschreiben den Schwerpunkt und die wesentlichen Grundlagen der Arbeit dieses Programmbereichs:

Qualität von Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien

126. Arzneimittel geringer Qualität (minderwertige, nachgeahmte, falsch etikettierte, gefälschte, kopierte Arzneimittel [SSFFC]) beeinträchtigen die Versorgung und resultieren in schlechten gesundheitlichen Ergebnissen und Verschwendung. Patienten und Gesundheitsfachkräfte müssen Vertrauen in die Qualität der im Umlauf befindlichen Arzneimittel haben, denn sonst entsteht eine zu große Abhängigkeit von teureren Markenprodukten, die zur ineffizienten Nutzung knapper Mittel für die Gesundheitsversorgung und hohen Zuzahlungen der Patienten führt.

127. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung für die Entwicklung von Politik, Rechtsvorschriften und Regulierung in Bezug auf Arzneimittel, die verantwortliche Unternehmensführung im Pharmasektor sowie für effiziente Beschaffung und das Lieferkettenmanagement anbieten. Es wird die Aktivitäten und Netzwerke sowie gezielte Aktivitäten auf Länderebene zu wichtigen Themen fortführen, einschließlich des Aufbaus von Kapazitäten in Bezug auf Methodologie und Systementwicklung (unter anderem für gute Herstellungspraxis und Risikobewertung von Lieferketten als Voraussetzung für den Übergang zu guter Vertriebspraxis, Arzneimittel geringer Qualität (SSFFC), Präqualifizierung von Medizinprodukten und Konvergenz und Durchsetzung der Regulierung von Medizinprodukten).

Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zu kosteneffektiven Arzneimitteln und Technologien

128. Die Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zu kosteneffektiven Arzneimitteln und Technologien ist wichtig für die Gesundheitssysteme, damit sie die Zuzahlungen in den Griff bekommen und allmählich eine allgemeine Gesundheitsversorgung verwirklichen, wie in Zielvorgabe 3.8 und 3.b. der SDG vorgesehen.

129. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung in Bezug auf die evidenzbasierte Auswahl von Arzneimitteln und Technologien, die Überwindung von Problemen im Zusammenhang mit schlechtem Zugang, auch in Bezug auf Medizinprodukte für nichtübertragbare Krankheiten, und die Grundsätze der Gesundheitstechnologiebewertung

sowie die Priorisierung von Arzneimittelausgaben der öffentlichen Hand anbieten. Es wird Aktivitäten zu wichtigen Themen fortführen, einschließlich des Aufbaus von Kapazitäten in Bezug auf Methodologie und Systementwicklung (unter anderem für die Gesundheitstechnologiebewertung sowie die Politik zu Arzneimittelpreisen und Kostenerstattung).

Verbesserung von Datenerhebung und -analyse sowie politische Maßnahmen zu Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien

130. Die Kontrolle des Gebrauchs von Arzneimitteln und Technologien sowie der Ausgaben dafür ist wichtig, um den verantwortungsvollen Gebrauch von Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien einschließlich Antibiotika verstehen und verbessern zu können.

131. Das Regionalbüro bietet den Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung für die Stärkung der Erhebung und Analyse einschlägiger Daten zugunsten der Weiterverfolgung der Grundsatzmaßnahmen an. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf der Überwachung des Einsatzes von Antibiotika und der Weiterverfolgung der Grundsatzmaßnahmen liegen. Das Regionalbüro wird die Aktivitäten und die Vernetzung zu wichtigen Themenkomplexen fortführen, hierunter den Aufbau von Kapazitäten in Bezug auf Methodologie und Systementwicklung (Überwachung des Einsatzes von Antibiotika durch das AMC-Netzwerk und Pharmakovigilanz).

4.4 Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme

132. Informationen und Erkenntnisse aus nationalen Gesundheitsinformations- und -forschungssystemen bilden die Grundlagen solider Konzepte und Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Ressourcenzuweisung und die Entwicklung nationaler Politikkonzepte, Aktivitäten und Entscheidungen sollten auf genauen, aktuellen und vollständigen Informationen über Gesundheitssituationen und Trends beruhen, auch zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung und den Ressourcen des Gesundheitssystems sowie zu der Frage, was zu welchen Kosten funktioniert. In vielen Mitgliedstaaten funktionieren die Gesundheitsinformationssysteme jedoch immer noch unzureichend.

133. Aufgrund fehlender ressortübergreifender Koordinierung zwischen nationalen Einrichtungen sind die routinemäßige Erhebung, Verarbeitung und Verbreitung gesundheitsbezogener Daten in vielen Ländern schwierig. Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative der WHO trägt diesen Problemen Rechnung und vereint eine Reihe von Initiativen und Aktivitäten zur Bewältigung der Herausforderungen in den Bereichen Gesundheitsinformationen und Evidenz in der Region. Das zahlreiche Partner umfassende Netzwerk wird von 25 Mitgliedern unterstützt, darunter die Europäische Kommission und die OECD.

134. Es ist der satzungsgemäße Auftrag der WHO, aus den Mitgliedstaaten Gesundheitsinformationen in einem international vergleichbaren Format zu gewinnen, zu untersuchen und darüber Bericht zu erstatten, unter anderem Daten zu Todesursachen. Für eine regelmäßige Berichterstattung werden die im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ enthaltenen Zielvorgaben und Indikatoren herangezogen, auf die im Jahresbericht der Regionaldirektorin eingegangen wird. Weitergehende und detailliertere Evaluationen entstehen durch die alle drei Jahre erscheinenden Europäischen Gesundheitsberichten, die jährlich erscheinenden Reihe zentraler Gesundheitsindikatoren, die (in direkter

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zusammengestellten) neu aufgelegten Länderprofilen „Highlights on health“, die gemeinsame Datenerhebung mit der Europäischen Kommission und der OECD sowie das neue Portal des Regionalbüros für Gesundheitsinformationen und Evidenz (dem Europäischen Gesundheitsinformations-Portal), das auch Zugriff zur Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ bietet. Das Europäische Gesundheitsinformations-Portal wird im Zweijahreszeitraum 2018–2019 um automatisierte Datenerhebungen aus den Mitgliedstaaten erweitert werden und vollkommen neue Visualisierungen ermöglichen, auch für die Beobachtung der SDG. Zusätzlich hat das Regionalbüro eine interne Torhüterfunktion eingerichtet, damit die Mitgliedstaaten von der WHO weniger Ersuchen um Informationen erhalten. Diese Funktion wird im aktuellen Zweijahreszeitraum erprobt; ihre flächendeckende Einführung dürfte 2018 erfolgen.

135. In der Europäischen Region nimmt das Interesse der Mitgliedstaaten an Investitionen in eGesundheit rasch zu, was zu einer steigenden Nachfrage nach unmittelbarer Unterstützung von Aktivitäten der Länder durch die Region resultiert. Im Rahmen der Entwicklung nationaler Strategien für eGesundheit werden zusätzliche Anstrengungen zur Förderung von Standards für eGesundheit und zur Nutzung der von der Europäischen Union entwickelten Interoperabilitätsrahmen unternommen. Die Entwicklung elektronischer Patientenakten ist weiterhin treibender Faktor für eGesundheit in der Europäischen Region, insbesondere die Verbindung mit mobilen Gesundheitsplattformen für den persönlichen Zugang zu Gesundheitsinformationen. Ausgehend von Bewertungsmissionen und im Einklang mit den Verpflichtungen aus zweijährigen Kooperationsvereinbarungen wird den Mitgliedstaaten Unterstützung bei der Entwicklung nationaler Strategien für eGesundheit durch Seminare für interessierte Akteure auf der Grundlage des einschlägigen Curriculums von WHO und Internationaler Fernmeldeunion aus dem Jahr 2012 angeboten. 2018–2019 werden auch zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, um Möglichkeiten für neue und innovative Mechanismen zur Analyse von Gesundheitsinformationen und Big Data zu erkunden.

136. Ein weiteres grundlegendes Element für die Entwicklung politischer Handlungskonzepte und für die Leistungserbringung bildet eine etablierte Wissenschaft und Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Arbeiten in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und der Gesundheitssystemforschung – einschließlich Umsetzungsforschung bzw. operativer Forschung – sind erforderlich, damit verstanden wird, welche Ansätze auf der kommunalen Ebene funktionieren, und damit innovative Konzepte für die Bewältigung komplexer Probleme in den Gesundheitssystemen entwickelt werden können. Das Regionalbüro hilft den Mitgliedstaaten, ihre Gesundheitsforschung zu stärken und ethisch vertretbare Forschung sowie ethische Führungsgrundsätze im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu fördern.

137. Eine zentrale Entwicklung im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird die Umsetzung des Aktionsplans zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/12) sein, der dem Regionalkomitee zur Beratung auf seiner 66. Tagung vorgelegt wird und folgende Maßnahmen vorsieht.

138. Der Ausbau des Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe soll intensiviert werden. Mehrere Initiativen zur fachlichen Unterstützung der Länder wurden eingeleitet und werden fortgeführt werden: das Evidence-informed Policy Network, das Programm HINARI zur Förderung des Zugangs zur Gesundheitsforschung und das Projekt Global Information Full Text. Die russisch-englische zweisprachige Fachzeitschrift für öffentliche Gesundheit

Public Health Panorama wird weiterhin evidenzgeleitete Grundsatzmaßnahmen fördern und Beispiele bewährter Praktiken aus der Europäischen Region an alle Mitgliedstaaten verbreiten.

139. Das Instrument für die Bewertung nationaler Gesundheitsinformationssysteme und die Entwicklung und Stärkung von Gesundheitsinformationsstrategien wurde in vier Ländern erprobt und hat sich darin bewährt, die Stärken und Schwächen einschlägiger nationaler Systeme zu ermitteln und die Koordinierung von verschiedenen Akteuren zu verbessern. Die Ergebnisse der Erprobungsphase werden im aktuellen Zweijahreszeitraum genutzt und 2018–2019 soll ein überarbeitetes Instrument flächendeckend eingeführt werden.

140. Das Herbstseminar über Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung – ein vom Regionalbüro organisierter jährlich stattfindender Flaggschiff-Kurs – sowie der jährlich stattfindende Fortgeschrittenenkurs dienen der Kompetenzbildung in den Mitgliedstaaten zur Stärkung der Erhebung und Untersuchung von Gesundheitsinformationen sowie der Mechanismen für die Berichterstattung. Im neuen Zweijahreszeitraum werden diese Kurse um neue Elemente wie Krankheitslast und Bewertung des Einflusses von Kultur auf die Gesundheit erweitert werden. Das Regionalbüro wird weiterhin auf der nationalen Ebene und auf der Ebene der Region Aktivitäten zum Aufbau von Kapazitäten für fachliche Bereiche wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten, Kontroll- und Evaluationsrahmen oder Statistiken/Indikatoren unterstützen.

141. Subregionale Gesundheitsinformationsnetzwerke wurden eingerichtet, unter anderem das Gesundheitsinformationsnetzwerk der zentralasiatischen Republiken, das Gesundheitsinformations-Netzwerk der kleinen Länder und das neu eingerichtete European Burden of Disease Network. Solche Netzwerke fördern die Weitergabe von Erfahrungen sowie die Harmonisierung und Standardisierung der Berichterstattung im Gesundheitsbereich und werden voraussichtlich im Zweijahreszeitraum 2018–2019 eine bedeutendere Rolle in der Harmonisierung von Indikatoren für die gesamte Region und den Aufbau von Kapazitäten übernehmen.

142. Die neue Reihe „Highlights on Health“ und Profile von Gesundheit und Wohlbefinden soll im Zweijahreszeitraum 2018–2019 von mehreren Mitgliedstaaten, die Interesse hieran bekundet haben, in Eigenregie, doch mit Unterstützung durch das Regionalbüro, das von fünf bis zehn derartiger Veröffentlichungen ausgeht, erstellt werden.

143. Die Erarbeitung des Europäischen Gesundheitsberichts 2018 wird für die Arbeit der Abteilung für Information, Evidenz, Forschung und Innovation bis Ende 2018 Vorrang besitzen. Sie wird eine neue Runde der Entwicklung von Indikatoren zur Beobachtung von Wohlbefinden und neue Evidenz zur Beschreibung von in „Gesundheit 2020“ enthaltenen Konzepten wie Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften, gesamtgesellschaftlichem Ansatz usw. umfassen. Die Erforschung des kulturellen Kontextes von Gesundheit wird in die Vorlage von Grundsatzpapieren und Instrumentarien für die Mitgliedstaaten münden. Zusätzlich hat das Regionalbüro einen gemeinsamen Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“, die SDG und die globalen Kontrollindikatoren für nichtübertragbare Krankheiten vorgeschlagen, der auf der 66. Tagung des Regionalkomitees zur Erörterung vorgelegt werden wird; dieser Rahmen soll im Zweijahreszeitraum 2018–2019 uneingeschränkt nutzbar sein.

144. Das Health Evidence Network bietet einige neue Syntheseberichte über gesundheitsrelevante Erkenntnisse an, hierunter eine Reihe zu Migration und Gesundheit sowie zum kulturellen Kontext von Gesundheit. Außerdem leistet das Regionalbüro direkte fachliche Unterstützung für die Stärkung nationaler Gesundheitsinformations- und Berichterstattungssysteme sowie für Strategien zu eGesundheit und Beobachtungsaktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Kontroll- und Evaluationstätigkeit der WHO einschließlich Harmonisierung und Normung orientieren sich an der übergeordneten Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative der WHO, die von den Mitgliedstaaten, den WHO-Kooperationszentren, der Europäischen Kommission und der OECD sowie von Stiftungen unterstützt wird. Auf einer Tagung des Lenkungsausschusses wurde diese Initiative kürzlich gefestigt und ein Arbeitsplan für die nächsten vier Jahre aufgestellt.

145. Um die Wirksamkeit und die Effizienz des Informationsmanagements im Gesundheitsbereich zu steigern und den Zugang zu Gesundheitsinformationen für Bedienstete, Politikgestalter und andere Akteure zu verbessern, wird die Kapazität des Regionalbüros auch weiter verstärkt werden. Unter den 2015 und 2016 eingeführten Instrumenten, die von der breiten Öffentlichkeit genutzt werden können, wird das Europäische Gesundheitsinformations-Portal um automatisierte Datenerhebungen aus den Mitgliedstaaten erweitert werden und vollkommen neue Visualisierungen ermöglichen, auch zur Beobachtung der SDG.

146. Das Regionalbüro wird sich weiterhin bemühen, durch die nachstehenden Aktivitäten Gesundheitsinformationen aus der Europäischen Region der WHO verfügbar zu machen:

- anhaltende Umsetzung der internen Konzepte zum Informationsmanagement im Gesundheitsbereich zur Verwaltung, Pflege und Aufbereitung von Informationen im Europäischen Gesundheitsinformations-Portal gemäß einem kooperativen büroweiten Ansatz und weitere Verfeinerung der Instrumente für einen einfachen Zugang zu intern verfügbaren Informationen, auch durch interaktive Visualisierung;
- Weiterentwicklung einer gemeinsamen technischen Infrastruktur zur Zusammenstellung und Zusammenführung von Daten und Informationen, mit denen das Regionalbüro umgeht;
- Entwicklung von Online-Instrumenten für die Veröffentlichung von Daten des Regionalbüros in thematischen Zusammenfassungen, die auch fortgeschrittene Datenexploration und die Visualisierung integrierter Datenreihen beinhalten;
- Erprobung innovativer Ansätze für Datennutzung und Datenvisualisierung sowie Zusammenarbeit mit Interessengruppen.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 4

Tabelle 6: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 für Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) [Mio. US- $\text{\$}$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			
	Länder-büros	Regional-büro	Insge-samt	Länder-büros	Regio-nal-büro	Ins-ge-samt	Zunahme/Abnahme [%]
4 Gesundheitssysteme							
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	5,6	10,5	16,1	5,7	10,8	16,5	2%
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	6,6	9,5	16,1	6,5	10,1	16,6	3%
4.3 Zugang zu Medikamenten und sonstigen Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	0,8	4,4	5,2	1,1	4,4	5,5	6%
4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	2,7	8,1	10,8	2,7	8,5	11,2	4%
Kategorie 4 insgesamt	15,7	32,5	48,2	16,0	33,9	49,9	4%

Kategorie 5: Antimikrobielle Resistenzen, Lebensmittelsicherheit und Poliomyelitiseradikation¹

5.2.3 Antimikrobielle Resistenzen

147. Der strategische Aktionsplan für die Europäische Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen 2011–2020 und der 2015 angenommene Globale Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen erfordern umfassende ressortübergreifende Maßnahmen. Angesichts der weitreichenden Konsequenzen antimikrobieller Resistenzen und der dringend notwendigen ressortübergreifenden und gesamtgesellschaftlichen Gegenmaßnahmen wird auch die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 21. September 2016 das Thema erörtern. Diese Aussprache auf hoher Ebene ist ein wichtiger Fortschritt für die globale Gesundheitspolitik, trägt weltweit zur Schärfung des Bewusstseins bei und ist eine Antwort auf die zunehmende Nachfrage vonseiten der Mitgliedstaaten nach Fachunterstützung, Orientierung und Führung, für die das Regionalbüro voraussichtlich eine wichtige Rolle übernehmen wird.

148. Um die Erwartungen zu erfüllen, wird das Regionalbüro seine Kapazitäten auf der Ebene der Region und der Länder weiter stärken. Es wird die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, im Einklang mit „Gesundheit 2020“ und den IGV (2005) mit dem

¹ Kategorie enthält in diesem Abschnitt keine Elemente des Programms der WHO für gesundheitliche Notlagen.

Gesundheitssystem verknüpfte Barrieren abzubauen und die gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Koordinierung zu stärken. Um einen einheitlichen Gesundheitsansatz in der gesamten Umsetzung des strategischen Aktionsplans für die Region sicherzustellen, wird die Zusammenarbeit mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) auf der Ebene der Region gestärkt werden.

149. Die Unterstützung für die Länder wird weiter gemäß Bedarf und Fortschritt in der Umsetzung der nationalen Aktionspläne angepasst und dabei werden zu den hauptsächlichen Aktivitäten zählen: Unterstützung für die Entwicklung nationaler Aktionspläne gegen antimikrobielle Resistenzen, Stärkung der nationalen Kapazitäten für die Überwachung antimikrobieller Resistenzen, Förderung des Managements antimikrobieller Mittel und Unterstützung von Kampagnen zu Bewusstseinsbildung, Aufklärung und Verhaltensänderungen. In Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) wird es sich wie jedes Jahr an Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung während der Weltantibiotikawoche im November beteiligen und in der gesamten Region den Europäischen Antibiotikatag unterstützen.

150. Die Integration von Daten aus der Region, die über das Surveillance-Netzwerk für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa und das Surveillance-Netzwerk für den Verbrauch antimikrobieller Mittel an das 2015 eingerichtete Globale System zur epidemiologischen Überwachung antimikrobieller Resistenzen gemeldet werden, wird in Bezug auf die Länderzahl und die überwachten Pathogene erweitert, was zur Eindämmung grenzüberschreitender Bedrohungen beiträgt und die globale Gesundheitssicherheit erhöht.

5.4 Lebensmittelsicherheit

151. In Übereinstimmung mit dem WHO-Strategieplan für Lebensmittelsicherheit, einschließlich lebensmittelbedingter Zoonosen (2013–2022) wird das Regionalbüro weiterhin die Mitgliedstaaten, insbesondere die zentralasiatischen Republiken, die Ukraine und die südosteuropäischen Länder, beim Aufbau von Kapazitäten im Bereich der Lebensmittelsicherheit unterstützen.

152. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Kapazität für die Prävention, die Surveillance und das Management von durch Lebensmittel übertragenen und zoonotischen Krankheiten und Gefahren unterstützen. Dies umfasst die Etablierung ressortübergreifender Mechanismen zur Stärkung von Zusammenarbeit, Kommunikation und gemeinsamer Surveillance, insbesondere zwischen den Bereichen Gesundheit und Landwirtschaft/Veterinärmedizin, was zur Risikobewertung und zum Risikomanagement im Bereich der Lebensmittelsicherheit beitragen und die Anwendung eines einheitlichen Gesundheitsansatzes unterstützen wird. Die Stärkung von Vorsorge- und Bereitschaftsfunktionen in Bezug auf Ausbrüche von durch Lebensmittel übertragenen Krankheiten und Zoonosen sowie Kontaminationen in der Lebensmittelversorgungskette genießt Priorität, dient der Umsetzung des gefahrenübergreifenden Ansatzes in den IGV (2005) und fördert die Teilnahme am International Food Safety Authorities Network und dessen Nutzung zur Sicherung eines wirksamen und rechtzeitigen ressortübergreifenden Austausches von Informationen über Ereignisse im Bereich der Lebensmittelsicherheit.

153. Die Förderung und Unterstützung von Arbeiten am Codex Alimentarius in der Region sowie die Förderung einer Beteiligung der Mitgliedstaaten hieran werden weiterhin eine

Priorität sein. Das Regionalbüro wird den Aufbau von Kapazitäten unterstützen, der vom Treuhandfonds 2 des Codex Alimentarius finanziert wird, damit nationale Systeme für Lebensmittelsicherheit gestärkt und besser auf Risiken ausgerichtet, ganzheitlicher und stimmiger zum Text des Codex Alimentarius formuliert werden. Es wird weiterhin die Verwendung der russischen Sprache bei allen Arbeiten am Codex Alimentarius fördern.

154. Um seine ressortübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der nationalen und internationalen Ebene unter Anwendung eines einheitlichen Gesundheitsansatzes auszuweiten, der für die effektive und kosteneffiziente Prävention und das Management von durch Lebensmittel übertragenen und zoonotischen Krankheiten und Gefahren von großer Bedeutung ist, wird das Regionalbüro seine erfolgreiche Zusammenarbeit mit der FAO, der OIE sowie der Europäischen Kommission und ihren Institutionen, insbesondere der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und dem ECDC, stärken und darauf aufbauen.

5.5 Eradikation der Poliomyelitis

155. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiterhin bei der Verwirklichung der Ziele des Globalen Plans zur Polioeradikation mit einer Polio-Endspielstrategie für den Zeitraum 2013–2018 unterstützen. Die Aufrechterhaltung des poliofreien Status der Region durch den Fortbestand des Impfschutzes in der Bevölkerung und qualitativ hochwertige laborgestützte Surveillance werden weiterhin eine Priorität für die Region sein. Zusätzliche Aktivitäten werden in die Wege geleitet, um die nationalen Zertifizierungskommissionen auf die sichere Laborlagerung der verbleibenden Poliovirus-Typen vorzubereiten und damit einen wesentlichen Schritt hin zur globalen Zertifizierung der Polioeradikation zu nehmen.

156. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird das Regionalbüro weiter die Arbeit der Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region unterstützen, indem es Abschätzungen des Risikos von Ausbrüchen nach der Einschleppung von Polioviren vornimmt und die Mitgliedstaaten bei der Durchführung von Risikominderungsaktivitäten unterstützt. Es wird seine Aufsichtsfunktion zur Beobachtung und Unterstützung nationaler Behörden nutzen, die für die sichere Laborlagerung oder Zerstörung von Polioviren in der Impfstoffherstellung, der Forschung, der Diagnostik und der Anwendung von Impfstoffen zuständig sind.

157. Die seit langer Zeit gewährte Unterstützung an die Mitgliedstaaten zur Aufrechterhaltung einer hochsensitiven Polio-Surveillance, die jährliche Akkreditierung nationaler und regionaler Polio-Labore, die Bereitstellung von Laborausstattung und die Einsetzung von Eignungsprüfungsausschüssen, die Beobachtung der Surveillance-Leistung und die Simulation von Polio-Ausbrüchen zu Übungszwecken werden allesamt fortgesetzt. Diese Aktivitäten werden in enger Abstimmung mit den Programmbereichen 1.5 und 4.3 durchgeführt. Fachliche Unterstützung wird für die Surveillance nach der Markteinführung neuer Produkte mit inaktivierten oder bivalenten oralen Polioimpfstoffen (bOPV) gewährt.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 5**Tabelle 7: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) für Kategorie 5 (Antimikrobielle Resistenzen, Lebensmittelsicherheit, Poliomyelitiseradikation) nach Programmbereich [Mio. US-£]**

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme [%]
	Länder- büros	Regional- büro	Insge- samt	Länder- büros	Regional- büro	Insge- samt	
5 Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen (ohne 5.2.3 und 5.4)							
5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten	2,8	4,3	7,1				
5.2 Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	1,0	2,1	3,0				
5.2.3 Antimikrobielle Resistenzen	2,4	3,4	5,8	1,3	2,7	3,9	-11%
5.3 Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	1,3	3,0	4,4				
5.4 Lebensmittelsicherheit	0,3	0,7	1,0	0,5	0,6	1,1	10%
5.5 Eradikation der Poliomyelitis	1,4	6,0	7,4	1,8	4,1	5,9	-20%
5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	0,7	2,3	3,0				
Kategorie 5 insgesamt	9,9	21,8	31,7	3,6	7,4	10,9	

Das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen

158. Nach Prüfung der Berichte über die Reform der Arbeit der WHO im Bereich der Bewältigung gesundheitlicher Notlagen begrüßte die 69. Weltgesundheitsversammlung die Fortschritte hinsichtlich der Entwicklung des neuen Programms für gesundheitliche Notlagen und der Ausarbeitung eines entsprechenden Umsetzungs- und Zeitplans sowie die Bildung des Aufsichts- und Beratungsausschusses für Notlagen.

159. Das neue Programm für gesundheitliche Notlagen ergänzt traditionelle normative und fachliche Aufgaben der WHO durch operative Kapazitäten und Fähigkeiten im Hinblick auf die Bewältigung von Krankheitsausbrüchen und humanitären Notlagen. Dies erfordert die Neustrukturierung und Ergänzung des bestehenden Ergebnisrahmens und der Finanzierung der Arbeit der Organisation in Notlagen. Der neue Ergebnisrahmen² bietet eine gemeinsame Planungsstruktur über alle Ebenen der Organisation, was die Ausrichtung und Integration von Haushaltsplanung und Durchführung des neuen Programms für Notlagen sowie die Rechenschaftslegung darüber erleichtern wird. Die einheitliche Struktur spiegelt die wesentlichen Aufgaben der WHO bei der Bewältigung gesundheitlicher Notlagen und die wichtigsten Ergebnisse des neuen Programms wie folgt wider:

² Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen: Ergebnisrahmen und Haushaltserfordernisse (2016–2017). Genf: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf).

- E.1 **Beherrschung von Infektionsrisiken** – diese wichtige Funktion umfasst die Arbeit der WHO mit hochgefährlichen Erregern, der Seuchenbekämpfungsnetzwerke und des Sekretariats für die Bereitschaftsplanung gegen eine Influenzapandemie im Hauptbüro;
- E.2 **Bereitschaftsplanung der Länder** – diese wichtige Funktion umfasst die Arbeit der WHO zur Beobachtung und Bewertung nationaler Bereitschaftskapazitäten sowie zur Planung und Schaffung von unentbehrlichen Kapazitäten und des Sekretariats für die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV (2005)) im Hauptbüro;
- E.3 **Informationen und Risikoabschätzungen** – diese wichtige Funktion umfasst die Arbeit der WHO zur Aufdeckung und Bestätigung von Zwischenfällen, zur Beobachtung der Notfalleinsätze und zur Handhabung und Untersuchung von Daten;
- E.4 **Notfalleinsätze** – diese wichtige Funktion umfasst die Arbeit der WHO zur Handhabung von Zwischenfällen, operative Partnerschaften und Bereitschaft sowie Betrieb und Logistik;
- E.5 **Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen** – diese wichtige Funktion umfasst die Arbeit der WHO in Bezug auf Leitung und Verwaltung sowie Außenbeziehungen des neuen Programms.

160. Von den genannten Ergebnissen sind E.2 und E.3 obligatorische Planungselemente für alle Regionalbüros und Länder, während vorrangige Ländern je nach ihrem Bedarf an Risikomanagement für gesundheitliche Notlagen auch Kapazität für die Ergebnisse E.4 und E.5 gewidmet werden kann. Für das Ergebnis E.1 wird in erster Linie auf der globalen Ebene und der Ebene der Regionen geplant. Einige vorrangige Länder mit krankheitsspezifischen Risiken können zu diesem Ergebnis auch separate Kapazitäten und Aktivitäten ausweisen.

161. Auf der Grundlage dieses neuen Ergebnisrahmens wurde dem Programm für gesundheitliche Notlagen für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 ein überarbeiteter Haushalt zugewiesen, der widerspiegelt, welche finanziellen und personellen Ressourcen jede Programmebene zum Erreichen der jeweiligen Ergebnisse und Outputs benötigt. Der Gesamtetat in Höhe von 494 Mio. US-\$ für den Haushaltszeitraum 2016–2017 wurde von der Weltgesundheitsversammlung gebilligt und liegt 160 Mio. US-\$ über dem Haushalt, der primär für normative und fachliche Aufgaben im Bereich der Bewältigung gesundheitlicher Notlagen bestimmt war. Der neue Ergebnisrahmen und der PB 2016–2017 dienen als Ausgangspunkte für die Entwicklung des PB 2018–2019 in Bezug auf das Programm für gesundheitliche Notlagen.

Prioritäten des Regionalbüros für Europa im Kontext der Reform der Notfallhilfe

162. In diesem globalen Kontext werden die Ergebnisse von E.2 (Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die IGV (2005)), E.3 (Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen) sowie E.4 (Notfallmaßnahmen) für das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum 2018–2018 weiterhin eine Priorität sein. Die aktuelle Konzentration auf das Thema Gesundheitssicherheit und die Einhaltung der IGV (2005) durch die Mitgliedstaaten bietet eine Gelegenheit herauszustellen, wie durch die Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens und die Operationalisierung der Verknüpfungen zwischen Gesundheitssicherheit, grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und der Stärkung der Gesundheitssysteme Widerstandsfähigkeit geschaffen

werden kann. Der Überwachungs- und Evaluationsrahmen für die IGV (2005) und der Sendai-Rahmen für Katastrophenvorsorge werden die zentralen Instrumente zur Gewährleistung einer gefahren- und bereichsübergreifenden Vorsorge sein, in der die Kernkapazitäten der Länder gemäß IGV (2005) mit widerstandsfähigen Gesundheitssystemen und grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen verknüpft werden.

163. In Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen, nichtstaatlichen Organisationen und weiteren Akteuren und auf der Grundlage des gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Ansatzes von „Gesundheit 2020“ wird das Regionalbüro die Unterstützung für die Mitgliedstaaten beim Aufbau von Kapazitäten für Bereitschaftsplanung und den vollständigen Notfallmanagementzyklus (Prävention, Bereitschaft, Gegenmaßnahmen und frühzeitiger Wiederaufbau) weiter stärken.

164. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten Fachwissen und Orientierung für die Verbesserung von Surveillance und Laborwesen sowie die Entwicklung von Strategien, Instrumenten und Kapazitäten zur Prävention und Bekämpfung hochgefährlicher Infektionsrisiken, Unterstützung beim Aufbau nationaler Frühwarn- und Alarmsysteme und die Ausbildung von Gesundheitspersonal für den Umgang mit großen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit anbieten. Gemäß Ersuchen der Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro einen dynamischen kontinuierlichen Prozess der Evaluation und Stärkung der Kapazitäten in Übereinstimmung mit dem Überwachungs- und Evaluationsrahmens für die IGV (2005) unterstützen.

165. Auf Ebene der Länder wird die Arbeit zur Dokumentierung sowohl der Anfälligkeit von Ländern für hochgefährliche Erreger als auch der Risiken und Kapazitäten in Bezug auf Naturkatastrophen und humanitäre Krisen fortgeführt werden. Diese Arbeit wird eine Grundlage der Entwicklung von Interventionen und der Zuweisung von Ressourcen bilden.

E.1 Beherrschung von Infektionsrisiken

166. Die Arbeit des Regionalbüros auf diesem Gebiet wird die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Erhaltung von Strategien, Instrumenten und Kapazitäten zur Prävention und Bekämpfung hochgefährlicher Infektionsrisiken unterstützen. Bereitschaftsplanung für bestimmte Erreger wird die Arbeit im Programmbereich E.2 ergänzen, das heißt die Durchführung der Bereitschaftsplanung für den vollständigen Notfallmanagementzyklus in Übereinstimmung mit den Grundsätzen des gefahrenübergreifenden Risikomanagements für gesundheitliche Notlagen. Das Regionalbüro inventarisiert derzeit die hochgefährlichen Erreger in der Europäischen Region, um Länder und technische Produkte priorisieren zu können.

167. Zu den hochgefährlichen Erregern werden diejenigen gezählt werden, die gemäß den IGV grundsätzlich meldepflichtig sind, (Pocken, Poliomyelitis aufgrund des Poliovirus, durch einen neuen Subtyp verursachte humane Influenza und das Schwere akute respiratorische Syndrom) und darüber hinaus andere Erreger, die sich nachweislich grenzüberschreitend ausbreiten könnten und sich stark auf die Gesundheit in der Region auswirken würden. Die Fachunterstützung für die Mitgliedstaaten wird auf bestehenden Surveillance- und Labornetzwerken sowie Surveillance-Plattformen aufbauen und in enger Zusammenarbeit mit den WHO-Kooperationszentren und Partnern aus dem Fachgebiet geleistet werden. Um die Wirksamkeit der nationalen Strategien für die Prävention und Bekämpfung hochgefährlicher Erreger sicherzustellen, wird das Regionalbüro

Simulationsübungen, beispielsweise Plan- und Funktionsübungen (etwa zur Überprüfung von Kommando- und Kontrollstrukturen) unterstützen und Erkenntnisse nutzen und anpassen, die aus Fällen pandemischer und aviärer Influenza an der Schnittstelle zwischen Tier und Mensch sowie aus Ernstfallübungen für die IGV (2005) gewonnen wurden.

168. In Bezug auf die Bereitschaftsplanung für pandemische Influenza wird das Regionalbüro weiterhin die Situation kontinuierlich beobachten, indem es Surveillance und Risikoabschätzungen, insbesondere durch das gemeinsame Grippe-Bulletin von ECDC und Regionalbüro, sowie Aktivitäten innerhalb des Rahmens für die Bereitschaftsplanung gegen eine Influenzapandemie durchführt. Die Aktivitäten im Zusammenhang mit diesem Rahmen konzentrieren sich in den Ländern auf die Etablierung nachhaltiger Sentinel-Influenza-Surveillance-Systeme, operative nationale Untersuchungen von Ausbrüchen und Leitfäden für Gegenmaßnahmen sowie die Verbesserung des klinischen Managements von Personen mit schweren Atemwegsinfektionen.

169. Das Regionalbüro wird zu den auf der Ebene der Region und global unternommenen Anstrengungen zur Überwachung, raschen Evaluation und frühzeitigen Annahme von Risikominderungsstrategien beitragen, indem es die bestehenden Sachverständigenetzwerke stärkt und für unterversorgte Bereiche neue schafft. Mit dem Ziel, die Kapazitäten der Länder für die Prävention und Bekämpfung hochgefährlicher Erreger zu stärken, werden die Sachverständigenetzwerke einen Länder und Politikbereiche übergreifenden einheitlichen Gesundheitsansatz verfolgen, und die Entwicklung sowohl genereller als auch krankheitsspezifischer Interventionselemente unterstützen. Sie werden den Austausch von Informationen und Ressourcen zwischen Sachverständigen in der Region erweitern, indem sie aktiv Beispiele bewährter Praktiken weitergeben und aufnehmen. Die Netzwerke werden Spezialisten für das öffentliche Gesundheitswesen, Kliniker, Experten für die Prävention und Bekämpfung von Infektionen, Wissenschaftler und Forscher sowie Fachleute für verhaltensbasierte Ansätze zu Bereitschaftsplanung und Gegenmaßnahmen zusammenbringen.

170. In diesem Bereich wird das Regionalbüro auch fachliches Know-how zur Unterstützung von Risikoeinschätzungen und Maßnahmen der Länder in Notlagen im Zusammenhang mit hochgefährlichen Infektionsrisiken im Rahmen des Ereignis-Managementsystems anbieten.

E.2 Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)

171. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in diesem Bereich weiter unterstützen,

- in der Bereitschaftsplanung für den vollständigen Notfallmanagementzyklus (Prävention, Bereitschaft, Gegenmaßnahmen und Wiederaufbau) durch einen gefahrenübergreifenden Ansatz, auch in Bezug auf Bedrohungen durch hochansteckende Krankheiten, ökologische, chemische und nukleare Ereignisse sowie humanitäre Notsituationen, Naturkatastrophen und durch den Menschen verursachte Katastrophen;
- durch Orientierungshilfe und Unterstützung von Beobachtung und Bewertung der Kernkapazitäten der Länder unter Verwendung aller vier Komponenten des Überwachungs- und Evaluationsrahmens für die IGV (2005) (jährliche Berichterstattung, Simulationsübungen, Maßnahmenüberprüfungen und

unabhängige externe Evaluationen von Kernkapazitäten). Die Ergebnisse der Evaluationen werden in die Entwicklung nationaler Pläne zur Beseitigung ermittelter Kapazitätsdefizite einfließen.

172. Dem Gesundheitswesen kommt eine zentrale Rolle beim Risikomanagement und bei der Verringerung jedweder Notlagen zu. Deshalb wird sich das Regionalbüro weiterhin auf die Stärkung der ressortübergreifenden Arbeit auf allen Ebenen durch einen gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz in Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ konzentrieren. Außerdem wird es sich auf die Stärkung der Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme konzentrieren und Verknüpfungen zwischen Gesundheitssicherheit, grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und Stärkung der Gesundheitssysteme nutzen. Die Aktivitäten werden sich auf die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitsinfrastruktur und die Sicherheit von Gesundheitspersonal und Patienten während und nach Notlagen richten. Die Überzeugungsarbeit in Bezug auf die Integration von Gesundheit in interinstitutionelle Aktivitäten zur Verringerung des Katastrophenrisikos in der Region werden fortgeführt werden.

173. Die Mitgliedstaaten werden bei der Aktualisierung ihrer nationalen Bereitschaftspläne für gesundheitliche Notlagen und deren Integration in nationale Notfallpläne unterstützt werden. Der Aufbau von Kapazitäten in Bezug auf Notfallvorsorge und -management für Vertreter von Gesundheitsministerien und anderen zuständigen Ministerien wird fortgeführt und Simulationsübungen werden gefördert und auf Ersuchen unterstützt.

174. Das Regionalbüro wird seine Fachunterstützung für die Mitgliedstaaten in den Bereichen Frühwarn- und Reaktionssysteme für Epidemierkrankheiten und Einrichtung und Aufrechterhaltung von Notfallzentralen im Bereich der öffentlichen Gesundheit für die Koordinierung und das strategische Management von die öffentliche Gesundheit betreffenden akuten Ereignissen und gesundheitlichen Notlagen weiter stärken.

175. Auf Wunsch der Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro weiter mit ihnen und den nationalen IGV-Anlaufstellen zusammenarbeiten, um die zur Feststellung, Bewertung und Meldung von Ereignissen erforderlichen Kernkapazitäten so zu stärken, dass sie auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit sowie auf Notlagen von nationaler oder internationaler Tragweite angemessen reagieren können.

176. Koordinierte Arbeit auf den drei Ebenen der Organisation wird dem Aufbau von Kapazitäten in Bezug auf Risikokommunikation und Einbeziehung örtlicher Gemeinschaften sehr zugutekommen. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten unterstützen, indem es Ausbildungsmaßnahmen und Orientierungshilfe anbietet und auf der globalen Ebene entwickelte Vorlagen, Materialien und Instrumente (z. B. Risikokommunikationspläne, systematische Untersuchungen über Wissen, Einstellung und Verhalten) an den Bedarf subregional oder auf Ebene der Länder anpasst und sie in für sie relevante Sprachen übersetzt. Dies dürfte dazu führen, dass in einer Reihe von Ländern Risikokommunikationspläne entwickelt bzw. aktualisiert und erprobt werden.

177. Gleichzeitig wird das Regionalbüro die Fähigkeit der WHO-Länderbüros und ausgewählter Bediensteter des Regionalbüros verbessern, rasch und angemessen auf jedwede Notlage in den Mitgliedstaaten reagieren und vom ersten Tag an die Notfallmaßnahmen der WHO auslösen zu können.

E.3 Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen

178. Die Aufgaben der IGV-Kontaktstelle beim Regionalbüro werden unter dieser Funktion angesiedelt und umfassen auch eine rund um die Uhr besetzte Stelle für die Kommunikation mit nationalen IGV-Anlaufstellen in den Vertragsstaaten. Das Regionalbüro wird fallbasierte Surveillance-Aktivitäten in Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro, anderen Regionalbüros und Partnern, insbesondere der Europäischen Kommission und ihren Institutionen, fortführen und weiter stärken. Es wird die Fähigkeit der Länderbüros für Beiträge zur fallbasierten Surveillance stärken und so sicherstellen, dass alle für die öffentliche Gesundheit relevanten Ereignisse von möglicherweise internationaler Tragweite rechtzeitig entdeckt und überprüft werden können. Eine gut ausgestattete, gut unterhaltene und operative Notfallzentrale wird in Betrieb sein, um rund um die Uhr die Kommunikation mit den nationalen IGV-Anlaufstellen, Fachabteilungen der WHO, Netzwerken und Partnern zu unterstützen.

179. Risikobewertungen potenzieller und aktueller gesundheitlicher Notlagen werden unter Einbeziehung von Mitgliedstaat(en), Länderbüros, zuständigen Fachabteilungen der WHO, Netzwerken und einschlägigen Partnern in Übereinstimmung mit globalen Verfahren rasch, systematisch und unabhängig durchgeführt werden. Dies gilt auch für Bedarfsermittlung und Untersuchungen von Ausbrüchen. Risiko- und Bedarfsermittlungen sowie Untersuchungen zu Ausbrüchen werden in Übereinstimmung mit global etablierten Leistungsstandards durchgeführt und die Erledigung dieser Aufgaben wird anhand dieser Vergleichsmaßstäbe systematisch überwacht. Zusätzlich werden eine systematische rigorose Datenerhebung und die Überwachung laufender Einsätze in gesundheitlichen Notlagen eingeführt werden. Dies wird die Nutzung gängiger Datenverwaltungs-, Analyse- und Meldeplattformen zur Erstellung und Verbreitung zielgerichteter, zuverlässiger und aktueller Informationsprodukte in Bezug auf gesundheitliche Notlagen umfassen. Die Verbreitung dieser Informationsprodukte sowie regelmäßiger Lageberichte wird durch Kanäle erfolgen, welche die Zugänglichkeit der Produkte für die jeweiligen Zielgruppen gewährleisten.

E.4 Notfallmaßnahmen

180. Das Regionalbüro wird seine Kapazitäten weiter stärken, um allen Mitgliedstaaten wirksame Unterstützung für zeitgerechte Maßnahmen so anzubieten, dass alle von einer Notlage betroffenen Bevölkerungen Zugang zu einem Paket unentbehrlicher lebensrettender Gesundheitsleistungen erhalten können. Dies umfasst Gegenmaßnahmen in allen akuten und längerfristigen gesundheitlichen Notlagen und die Etablierung umfassenden Ereignis-Managements zugunsten koordinierten Handels, die Unterstützung und Koordinierung der Durchführung von gesundheitlichen Maßnahmen im Einklang mit vereinbarten Standards durch Partner und operative Netzwerke der WHO und die Bereitstellung von Versorgungsgütern, Logistikleistungen und operativer Unterstützung für alle akuten und längerfristigen gesundheitlichen Notlagen.

181. Den nationalen Gesundheitsbehörden wird das Programm für gesundheitliche Notlagen des Regionalbüros in akuten und längerfristigen Notlagen auf allen Ebenen Unterstützung wirksamer Gegenmaßnahmen in Form strategischer Führung sowie fachlicher und operativer Hilfen für die Reaktion des Gesundheitswesens bieten. Es wird sichergestellt werden, dass andere Fachprogrammgebiete (nichtübertragbare Krankheiten, Gesundheit von Kindern, psychische Gesundheit, reproduktive Gesundheit, Ernährung, Gesundheitssysteme) das Know-how zur Durchführung von Notfallmaßnahmen, die alle Gefahren berücksichtigen,

beisteuern sowohl kontinuierlich als auch bei Bedarf in einer akuten oder längerfristigen Notlage. Zur weiteren Qualitätssteigerung der Interventionen wird diese Arbeit durch ein Fachnetzwerk für Notfallmaßnahmen koordiniert.

182. Speziell mit dieser Aufgabe betraute Länderreferenten im Regionalbüro werden die Unterstützung von Notfallmaßnahmen auf Ebene der Länder koordinieren und den optimalen Informationsaustausch auf allen Ebenen mit allen einschlägigen Stellen und Partnern sicherstellen. Mit dem Ziel, eine koordinierte, schnelle, vorhersehbare und einheitliche Reaktion auf alle akuten und längerfristigen gesundheitlichen Notlagen sicherzustellen, werden wirksame Mechanismen für die Koordinierung der Arbeit mit anderen Stellen der Vereinten Nationen und externen Partnern wie der Schwerpunktgruppe Gesundheit, dem Globalen Netzwerk zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen sowie Rettungseinsatzteams etabliert werden.

183. Speziell zu diesem Zweck geschaffene Logistikkapazität wird den Transport, die Zollabfertigung sowie die Anlieferung, Lagerung und Verwaltung der materiellen Ressourcen für die Gegenmaßnahmen sicherstellen und die Arbeit der WHO durch die Einrichtung von Büros und Lagerungsmöglichkeiten, Telekommunikation und anderem Gerät nach Bedarf unterstützen. Um wirksame Gegenmaßnahmen in einer Notlage sicherzustellen, wird die institutionelle Bereitschaft zur Reaktion auf Notlagen nach Bedarf weiter gestärkt werden.

E.5. Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen

184. Als ein wichtiges Element des Prozesses der Reform der Notfallhilfe der WHO wird das Regionalbüro seine Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen mit dem Ziel stärken, frühzeitige, umfassende und wirksame Leitungs- und Verwaltungsunterstützung für das Programm für gesundheitliche Notlagen und zielgerichtete und rasche Kommunikation in gesundheitlichen Notlagen und nachhaltige Finanzierung innerhalb des Programmes bereitzustellen. Dies wird nachdrückliche Überzeugungsarbeit zugunsten des Programms für gesundheitliche Notlagen, die enge Zusammenarbeit mit Partnern und Gebern und die Fähigkeit zur Ressourcenmobilisierung für die umfassende Durchführung des Programms erfordern.

185. Diese Funktion wird auch die zeitgerechte Entwicklung und wirksame Handhabung von Arbeitsplänen, Zuwendungen, personellen Ressourcen, Schulungen und Simulationen, Informationstechnologien und Regelbefolgung in der gesamten Region umfassen.

186. Im Bereich der Kommunikation in gesundheitlichen Notlagen wird das Regionalbüro seine Kapazität für die zeitgerechte und transparente Kommunikation über eine Reihe von Kanälen erweitern und neben traditionellen Medien auch soziale Medien und Online-Instrumente nutzen. Damit abgestimmte Kommunikation und Orientierung gewährleistet werden können, muss die Koordination auf allen Ebenen der WHO und mit Partnerorganisationen, insbesondere innerhalb der EU, funktionieren. Zur Unterstützung der Risikokommunikation der Mitgliedstaaten und der Einbeziehung der örtlichen Gemeinschaften werden rasch verfügbare Notfallkapazitäten sichergestellt werden.

187. Außerdem wird in engem Zusammenspiel mit Informationsmanagement und Risikobewertung die Leistung des Programms für gesundheitliche Notlagen unter Verwendung der standardisierten Leistungsmaßstäbe rigoros überwacht, damit die Leistung des gesamten Programms kontinuierlich gesteigert werden kann.

Haushaltsentwurf des Programms für gesundheitliche Notlagen

188. Tabelle 8 zeigt den Haushaltsentwurf zur Umsetzung des neuen Programms für gesundheitliche Notlagen im Regionalbüro im Zweijahreszeitraum 2018–2019.

Tabelle 8: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 in Bezug auf das Programm für gesundheitliche Notlagen [Mio. US-\$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme [%]
	Länder- büros	Regional -büro	Insge- -samt	Länder- büros	Regional -büro	Insge- -samt	
E.1 Beherrschung von Infektionsrisiken				1,0	5,9	6,9	
E.2 Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)				3,3	7,1	10,4	
E.3 Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen				2,9	3,3	6,2	
E.4 Notfallmaßnahmen				4,0	3,2	7,2	
E.5 Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen				2,1	3,3	5,4	
Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen insgesamt				13,3	22,8	36,1	

Kategorie 6: Organisatorische und befähigende Funktionen

189. Kategorie 6 enthält eine Reihe von Führungs-, Leitungs- und Verwaltungsfunktionen. Die Art dieser Funktionen dürfte im Zweijahreszeitraum 2018–2019 ähnlich sein wie 2016–2017.

6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung

190. Dieser Programmbereich war ein zentraler Bereich der Reform der Führungsstrukturen der WHO und von besonderer Bedeutung in der Europäischen Region. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird die weitere Stärkung der Länderbüros in der Region eine Priorität bleiben. Weitere mit der Verwirklichung der SDG abgestimmte Länder-Kooperationsstrategien werden eingeführt werden und für sechs Länder-Kooperationsstrategien wird eine Halbzeit- und/oder Abschlussevaluation durchgeführt werden. Die Entwicklung von zweijährigen Kooperationsvereinbarungen und Länder-Kooperationsstrategien sind die zentralen Instrumente, auf die die Arbeit des Regionalbüros in den Ländern ausgerichtet ist.

191. Das Regionalbüro bemüht sich weiter um die Stärkung der Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedstaaten über die nationalen Anlaufstellen und fachlichen Ansprechpersonen und wird in Übereinstimmung mit dem Beschluss der Weltgesundheitsversammlung zur Reform der Führungsstrukturen im Regionalkomitee regelmäßig über die länderbezogene Arbeit berichten. Besuche von Gesundheitsministern und Länderdelegationen im Regionalbüro

werden weiterhin die aktive Beteiligung der Mitgliedstaaten an der Planung und wirksamen Durchführung der länderbezogenen Arbeit sicherstellen.

192. Das Regionalbüro wird auch weiter strategische subregionale Ländernetzwerke wie das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk unterstützen.

193. Die zwischenstaatliche Struktur der Organisation ist von großer Bedeutung, die leitenden Organe der globalen Ebene und der Ebene der Region genießen im Regionalbüro eine hohe Priorität und das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiter in ihren Vorbereitungen für Tagungen der leitenden Organe auf der globalen Ebene und der Ebene der Region unterstützen, auch durch die rechtzeitige Bereitstellung von Dokumenten, Fachinformationssitzungen und Informationsveranstaltungen. Die weitreichende Beteiligung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) an der Vorbereitung von Tagungen des Regionalkomitees hat sich als wertvoll erwiesen und wird fortgesetzt werden. Die Umsetzung der Reform der WHO in der Europäischen Region, einschließlich des Beschlusses zur Reform der Führungsstrukturen, dürfte ein wichtiger Teil der vom SCRC wahrgenommenen Aufsichtsfunktion werden.

194. Seit 2010 hat sich das Regionalbüro intensiv um den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Partnerschaften bemüht. Unter Berücksichtigung der Annahme der Agenda 2030 durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2015 und der Annahme des Rahmens für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren (FENSA) durch die Weltgesundheitsversammlung 2016 wird das Regionalbüro seine Zusammenarbeit mit Partnern stärken. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird das Regionalbüro eine erneuerte Partnerschaftsstrategie umsetzen, auf deren Grundlage die Zusammenarbeit mit Partnern wie der Europäischen Union und ihren Institutionen, der OECD, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der GAVI-Allianz, der Weltbank und Organisationen der Vereinten Nationen auf der Ebene der Region wie der Länder gestärkt werden wird.

195. Durch das Regionale Team der Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen (auch als Team der Regionaldirektoren bezeichnet) und den Regionalen Koordinierungsmechanismus wird die Arbeit der themenbezogenen Koalition für Gesundheit zur Unterstützung der Bemühungen der Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung der SDG fortgeführt werden. Erneuerte und innovative Ansätze zur Arbeit mit subregionalen und nationalen Partnern werden ins Auge gefasst werden.

196. Nach der Annahme des FENSA wird sich das Regionalbüro ganz im Einklang mit vereinbarten Konzepten und Verfahren auf eine erneuerte Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren konzentrieren.

6.2 *Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement*

197. Auf stabiler Grundlage und im Rahmen der Reform der WHO erzielte das Regionalbüro bereits gute Fortschritte in Bezug auf Transparenz und Rechenschaftslegung und wird sich im Zweijahreszeitraum 2018–2019 für weitere Fortschritte einsetzen. Das hohe Niveau der zufriedenstellenden Bewertungen, die in der Vergangenheit in externen und internen Prüfungen erreicht wurden, unterstützt diese Arbeit und ist dafür eine solide Grundlage.

198. Das Regionalbüro wird diesen Bereich weiter stärken, indem es die administrativen Kapazitäten in solchen Länderbüros erweitert, deren Größe und Komplexität der Aufgaben zusätzliche Ressourcen rechtfertigt. Die zweite Verteidigungslinie, die 2011 in Form eines Regelkonformitäts-Teams geschaffen wurde, das die Befolgung der Finanzvorschriften überwacht und Ex-post-Bewertungen für die Leitungsebene abgibt, soll weiter gestärkt werden. Das Team übernimmt auch eine wichtige Rolle in der Schulung und Beratung der Bediensteten in finanziellen und administrativen Angelegenheiten.

199. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 zählen zu den zentralen Mechanismen zur Sicherstellung von Transparenz und Rechenschaftslegung des Regionalbüros gegenüber den Mitgliedstaaten die Auswertung des Plans der Region für die Umsetzung des PB 2016–2017, Aufsichtsberichte an den SCRC und Ergebnisberichte zur Verwirklichung der darin festgelegten (finanziellen und fachbezogenen) Ziele. Einzelberichte sind ein integraler Bestandteil der Rechenschaftslegung gegenüber den Gebern. Das Regionalbüro stärkt diese Mechanismen weiter in der Hoffnung, dass sie zu einer verbesserten Finanzausstattung der in diesem Dokument beschriebenen Prioritäten führen werden.

200. Das Regionalbüro wird die aus (sowohl internen als auch externen) Prüfungen resultierenden Anmerkungen weiterverfolgen und die gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung derzeitiger Verfahren nutzen, damit es auch in Zukunft positive Bewertungen erhalten wird.

6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung

201. Die Europäische Region plant für den Zweijahreszeitraum 2018–2019 vollkommen abgestimmt mit dem globalen Prozess einschließlich der Besonderheiten durch die Reform der Notfallhilfe und in unmittelbarer Tuchfühlung mit den Prioritäten und gesundheitlichen Bedürfnissen in den Mitgliedstaaten.

202. Während des Zweijahreszeitraums 2018–2019 wird das Regionalbüro mit allen Ebenen der Organisation für die Vorbereitung und Annahme des 13. Globalen Arbeitsprogramms zusammenarbeiten, das 2020 in Kraft treten wird.

203. Gleichzeitig werden die Aktivitäten zur Überwachung und Rechenschaftslegung mit Nachdruck fortgeführt werden, um positive Klarheit in Bezug auf die programmatische und finanzielle Leistungsbilanz sicherzustellen, damit die Mitgliedstaaten dem Regionalbüro innerhalb der leitenden Organe der Region besser eine strategische Ausrichtung vorgeben und es strategisch beraten können.

204. Die Organisation setzt ihre Bemühungen fort, ihren Programmhaushalt transparenter und besser vorhersehbar zu finanzieren. Dies zeigt sich in der Fortführung des Finanzierungsdialogs, der Entwicklung des Webportals zum Programmhaushalt, der Einführung des Modells der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität für die Verteilung des operativen Segments 1 des Programmhaushalts (fachliche Zusammenarbeit auf Länderebene) unter den Regionen und der Zusage der WHO, bis Ende 2016 der International Aid Transparency Initiative beizutreten. Die Resultate dieser Bemühungen werden sich auf die Entwicklung und Finanzierung des PB 2018–2019 auswirken.

205. In Bezug auf die Finanzierung wird sich das Regionalbüro auf die Mobilisierung von Finanzmitteln in Übereinstimmung mit dem globalen Konzept einer koordinierten Mobilisierung konzentrieren. Dem Beispiel des Hauptbüros folgend führt das Regionalbüro derzeit eine Analyse der finanziellen Aussichten für den Zweijahreszeitraum 2018–2019 durch, um potenzielle Risiken und Anfälligkeiten bei der Finanzierung seines Anteils am Programmhaushalt zu bestimmen. Ähnlich wie auf der globalen Ebene ist es, was freiwillige Beiträge betrifft, immer noch stark auf relativ wenige Geber angewiesen, deren Beiträge meist in hohem Maße zweckgebunden sind. Wenngleich das Regionalbüro einen positiven Trend registriert hat, dass Beiträge den wesentlichen Prioritäten der WHO zugeleitet werden, wird anerkannt, dass immer noch ein Ungleichgewicht zwischen der strategischen Priorisierung und den mobilisierten Finanzmitteln besteht. Das Regionalbüro nutzt so weit wie möglich seine flexiblen Mittel, um Finanzierungslücken zu schließen, und wird an dieser Praxis im nächsten Zweijahreszeitraum festhalten.

206. Schlussendlich verfolgte das Regionalbüro mit dem Ziel, die Vorhersagbarkeit der flexiblen Finanzmittel auf Ebene der Länder zu verbessern, einen Ansatz auf Grundlage der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität zur Verteilung dieser Mittel unter den Länderbüros ein und verteilte 75% dieser Mittel vor Beginn des aktuellen Zweijahreszeitraums. Der Erfolg dieses Ansatzes wird untersucht und es wird geprüft werden, ob er sich für eine ähnliche Vorgehensweise bei der Verteilung für den Zweijahreszeitraum 2018–2019 eignet.

6.4 Leitung und Verwaltung

207. Dieser Programmbereich umfasst den Hauptteil der administrativen Funktionen auf Ebene der Region und der Länder, die die inhaltliche Arbeit in der Europäischen Region erst ermöglichen. Die übergeordnete Priorität für diesen Programmbereich wird auch im Zweijahreszeitraum 2018–2019 eine möglichst effektive und effiziente Erbringung administrativer Dienste gemäß den Regeln und Vorschriften der WHO sein.

208. Das Regionalbüro strebt an im Zweijahreszeitraum 2018–2019 Ergebnisse und Outputs auf Ebene der Region durch folgende Strategien zu erreichen:

- Stärkung der Beschaffung, insbesondere vor dem Hintergrund des erhöhten Niveaus der Notfallmaßnahmen in der Europäischen Region im Zusammenhang mit der Krise in der Arabischen Republik Syrien und der humanitären Krise in der Ukraine,
- Aufrechterhaltung der Integrität des Imprest-Systems und Risikominderung für Finanz- und Beschaffungstransaktionen,
- vollständige Einhaltung der Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor (IPSAS) in den Bereichen Anlagevermögen und Bestandsverwaltung,
- effektive Personalplanung zur Straffung der Organisation und optimalen Ausrichtung der Personalausstattung an den Zielen des Plans für die Umsetzung des Programmhaushalts in der Europäischen Region,
- Aufrechterhaltung des Gesamtverhältnisses von Frauen zu Männern beim Personal und anhaltende genaue Beobachtung der Auswahlverfahren in Bezug auf nicht vertretene oder unterrepräsentierte Nationalitäten zur Verbesserung der geografischen Verteilung,

- aktive Teilnahme am Mobilitätskonzept auf freiwilliger Basis und Förderung des Interesses international angeworbener Bediensteter an Stellen in der gesamten Organisation,
- weitere Verbesserung des Anwerbungsprozesses und gezielte Anwerbung hochqualifizierter Kräfte,
- Einführung von Verfahren für eine wirksamere Leistungssteuerung und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Bediensteten,
- Modernisierung, Umsetzung und Harmonisierung der globalen IT-Lösungen und Steigerung der Produktivität der Bediensteten,
- Stärkung von Informationsmanagement, Automation, Business Intelligence und Leistungserbringung für die Länderbüros,
- Stärkung der Informations- und Kommunikationstechnologien für die Arbeit in Bezug auf gesundheitliche Notlagen,
- weitgehende Einhaltung der Mindestnormen der operationellen Sicherheit der Vereinten Nationen, insbesondere in von Notlagen und Krisen betroffenen Mitgliedstaaten mit einer Länderpräsenz,
- Straffung und Stärkung der Leistung in Bezug auf Konferenzen, Infrastruktur, Sicherheitsdienst und Druckerei für das Regionalbüro, Länderbüros und andere Außenstellen mit dem Ziel der optimierten Ressourcennutzung,
- weitere Stärkung der Kernkapazitäten der Länderbüros durch Ausschreibung international zu besetzender Verwaltungsstellen in mehreren Länderbüros in Übereinstimmung mit dem neuen gestärkten Rahmen für die Rechenschaftslegung und jährliche Klausuren aller Verwaltungsassistenten und Verwaltungsbediensteten aus allen Außenstellen zum Erfahrungsaustausch, zum gegenseitigen Lernen und zur Vereinheitlichung des Vorgehens.

6.5 Strategische Kommunikation

209. Im Zweijahreszeitraum 2018–2019 wird der einzigartige Beitrag des Regionalbüros zur öffentlichen Gesundheit in der Region und darüber hinaus dargestellt werden, der in der engen Zusammenarbeit mit den Ländern und der Arbeit auf der Länderebene zum Ausdruck kommt. In den Kommunikationsprodukten werden Blickwinkel der Länder priorisiert werden und es werden Anstrengungen unternommen werden, die Länderbüros weiter auf proaktive und neu aufkommende Kommunikationsmöglichkeiten vorzubereiten und sie dafür auszurüsten. Zusätzlich wird das Regionalbüro die Länder bei der wirksamen Weitergabe von Daten und Informationen in Landessprachen durch das am besten geeignete Medium unterstützen.

210. Die fortgeschrittene Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf der Landesebene und die Integration der Agenda 2030 werden den strategischen Rahmen für die Entwicklung von Botschaften und die Verbreitung klarer, wirksamer und umsetzbarer Informationen bieten. Auf der Grundlage der Kommunikationsstrategie der globalen Ebene wird das Regionalbüro dafür arbeiten, dass diese Informationen von den Zielgruppen als glaubwürdig und vertrauenswürdig, verständlich, relevant, zeitgerecht und leicht zugänglich wahrgenommen werden.

211. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt werden, den Erfolg von Kommunikationsaktivitäten durch geeignete Größen zu messen und die Aktivitäten entsprechend anzupassen. Die Kommunikationsarbeit auf der Ebene der Region soll dazu dienen, durch die Konsolidierung und Nutzung von Netzwerken (etwa der nationalen Anlaufstellen für strategische Kommunikation) sowie über soziale und traditionelle Medien den Abstand zwischen der Organisation und ihren Zielgruppen über Ressortgrenzen hinweg zu überbrücken.

Vorgeschlagener Haushaltsentwurf für Kategorie 6

212. Auf der Grundlage des auf der globalen Ebene gefassten Beschlusses wird angeregt, den Haushaltsentwurf für Kategorie 6 im Zweijahreszeitraum 2018–2019 im Volumen unverändert gegenüber 2016–2017 bei 59,9 Mio. US-\$ zu belassen (siehe Tabelle 8). Die Stärkung der Präsenz in den Ländern in Form zusätzlicher WHO-Vertreter und einer kleinen Zahl von Verwaltungsbediensteten, die das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum 2016–2017 einleitete und die sie im kommenden Zweijahreszeitraum fortführen wird, macht einen geringen Anstieg in Kategorie 6 im PB 2018–2019 zur vollständigen Decken der damit verbundenen Kosten erforderlich. Dies wird in der späteren Gesamtaussprache über die Kategorie 6 weiter erörtert werden müssen.

Tabelle 9: Gegenüberstellung von vorgeschlagenem Entwurf des PB 2018–2019 und PB 2016–2017 (nach Anpassung durch RPI) für Kategorie 6 (Organisatorische und befähigende Funktionen) nach Programmbereich [Mio. US-\$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme [%]
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	
6. Organisatorische/ befähigende Funktionen							
6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung	20,1	13,0	33,1	20,4	13,3	33,7	2%
6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	0,4	2,4	2,8	0,1	0,9	1,0	-64%
6.3 Strategische Planung, Kordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	1,2	3,4	4,6	0	2,7	2,7	-41%
6.4 Leitung und Verwaltung	7,1	9,3	16,4	7,1	11,0	18,1	10%
6.5 Strategische Kommunikation	0,9	2,1	3,0	0,3	4,1	4,4	47%
Kategorie 6 insgesamt	29,7	30,2	59,9	27,9	32,0	59,9	0%

Anhang 1: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 für die Europäische Region der WHO nach Kategorie und Programmbereich

Kategorie		Programmbereich	
1	Übertragbare Krankheiten	1.1	HIV/Aids
		1.2	Tuberkulose
		1.3	Malaria
		1.4	Vernachlässigte Tropenkrankheiten
		1.5	Durch Impfung vermeidbare Krankheiten
2	Nichtübertragbare Krankheiten	2.1	Nichtübertragbare Krankheiten
		2.2	Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch
		2.3	Gewalt- und Verletzungsprävention
		2.4	Behinderung und Rehabilitation
		2.5	Ernährung
3	Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	3.1	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen
		3.2	Altern und Gesundheit
		3.3	Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte
		3.4	Soziale Determinanten von Gesundheit
		3.5	Umwelt und Gesundheit
4	Gesundheitssysteme	4.1	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne
		4.2	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote
		4.3	Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten
		4.4	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz
5	Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen	5.2.3	Antimikrobielle Resistenz
		5.4	Lebensmittelsicherheit
		5.6	Eradikation der Poliomyelitis
6	Organisatorische und befähigende Funktionen	6.1	Führungskompetenz und Organisationsführung
		6.2	Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement
		6.3	Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung
		6.4	Leitung und Verwaltung
		6.5	Strategische Kommunikation
Das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen	E.1	Beherrschung von Infektionsrisiken	
	E.2	Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)	
	E.3	Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen	
	E.4	Notfallmaßnahmen	
	E.5	Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen	

Anhang 2: Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019 für die Europäische Region der WHO nach Kategorie und Programmbereich [Mio. US-\$]

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme
	Länder- büros	Regional- büro	Insge- -samt	Länder- büros	Regional- büro	Insge- -samt	
1 Übertragbare Krankheiten							
1.1 HIV und Hepatitis	2,0	5,4	7,4	2,2	5,6	7,8	0,4
1.2 Tuberkulose	6,0	5,5	11,5	5,7	5,8	11,5	0,0
1.3 Malaria	-	1,0	1,0	0,2	0,8	1,0	0,0
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	-	0,4	0,4	-	0,3	0,3	-0,1
1.5 Impfpräventable Krankheiten	3,9	9,6	13,5	4,1	10,2	14,3	0,8
Kategorie 1 insgesamt	11,9	21,9	33,8	12,2	22,8	35,0	1,2
2 Nichtübertragbare Krankheiten							
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	9,8	10,2	20,0	9,2	12,9	22,2	2,2
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	2,6	3,2	5,8	3,1	3,0	6,1	0,3
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention	2,0	3,6	5,6	1,0	2,2	3,2	-2,4
2.4 Behinderung und Rehabilitation	0,4	0,1	0,5	1,1	0,1	1,2	0,7
2.5 Ernährung	0,3	1,7	2,0	1,5	1,5	3,0	1,0
Kategorie 2 insgesamt	15,1	18,8	33,9	15,9	19,7	35,7	1,8
3 Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf							
3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	3,2	3,7	6,9	4,0	3,4	7,4	0,5
3.2 Altern und Gesundheit	0,4	1,0	1,4	0,2	1,1	1,3	-0,1
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	0,1	1,0	1,1	0,4	0,7	1,1	0,0
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	2,0	5,8	7,8	2,0	6,2	8,2	0,4
3.5 Gesundheit und Umwelt	4,0	17,1	21,1	5,3	13,6	18,9	-2,2
Kategorie 3 insgesamt	9,7	28,6	38,3	11,9	25,1	37,0	-1,3
4 Gesundheitssysteme							
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	5,6	10,5	16,1	5,7	10,8	16,5	0,4
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	6,6	9,5	16,1	6,5	10,1	16,6	0,5
4.3 Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien	0,8	4,4	5,2	1,1	4,4	5,5	0,3
4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	2,7	8,1	10,8	2,7	8,5	11,2	0,4

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme
	Länder- büros	Regional- büro	Insgesamt	Länder- büros	Regional- büro	Insgesamt	
Kategorie 4 insgesamt	15,7	32,5	48,2	16,0	33,9	49,9	1,7
5 Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen (ohne 5.23.3 und 5.4)							
5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten	2,8	4,3	7,1				-7,1
5.2 Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	1,0	2,1	3,0				-3,0
5.3 Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	2,4	3,4	5,8				-5,8
Kategorie 5 (ohne 5.2.3 und 5.4) insgesamt	6,2	9,8	15,9				-15,9
5.2.3 Antimikrobielle Resistenzen	1,3	3,0	4,4	1,3	2,7	3,9	-0,5
5.4 Lebensmittelsicherheit	0,3	0,7	1,0	0,5	0,6	1,1	0,1
5.2.3 und 5.4 insgesamt	1,6	3,7	5,4	1,8	3,3	5,0	-0,4
Das Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen							0,0
E.1 Beherrschung von Infektionsrisiken				1,0	5,9	6,9	6,9
E.2 Bereitschaftsplanung der Länder in Bezug auf gesundheitliche Notlagen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)				3,3	7,1	10,4	10,4
E.3 Informationen und Risikoabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Notlagen				2,9	3,3	6,2	6,2
E.4 Notfallmaßnahmen				4,0	3,2	7,2	7,2
E.5 Kernleistungen in gesundheitlichen Notlagen				2,1	3,3	5,4	5,4
Programm der WHO für gesundheitliche Notlagen insgesamt				13,3	22,8	36,1	36,1
6. Organisatorische/befähigende Funktionen							0,0
6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung	20,1	13,0	33,1	20,4	13,3	33,7	0,6
6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	1,2	3,4	4,6		2,7	2,7	-1,9
6.4 Leitung und Verwaltung	7,1	9,3	16,4	7,1	11,0	18,1	1,7
6.5 Strategische Kommunikation	0,9	2,1	3,0	0,3	4,1	4,4	1,4
Kategorie 6 insgesamt	29,7	30,2	59,9	27,9	32,0	59,9	0,0
Zwischensumme (mit 5.2.3 und 5.4) ohne Programm für gesundheitliche Notlagen	83,7	135,7	219,5	85,7	136,8	222,5	3,0
Zwischensumme Basisprogramme	89,9	145,5	235,4	99,0	159,6	258,6	23,2
5.5 Eradikation der Poliomyelitis insgesamt	1,4	6,0	7,4	1,8	4,1	5,9	-1,5

Kategorie/Programmbereich	RPI-angepasster PB 2016–2017			Vorgeschlagener Entwurf des PB 2018–2019			Zunahme/ Abnahme
	Länder- büros	Regional -büro	Insgesamt	Länder- büros	Regional -büro	Insgesamt	
5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen insgesamt	0,7	2,3	3,0				-3,0
Insgesamt	92,0	153,8	245,8	100,8	163,7	264,5	18,7

= = =