



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Dreiundfünfzigste Tagung**

**Wien, 8.–11. September 2003**

---

Punkt 5 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC53/4  
+ EUR/RC53/Conf.Doc./1  
+ EUR/RC53/Conf.Doc./9  
23. Juni 2003  
30850  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses  
des Regionalkomitees**

Das vorliegende Dokument enthält einen Bericht über die Arbeit des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) seit der 52. Tagung des Regionalkomitees. Er umfasst die Sitzungen vom September und Dezember 2002 und vom April und Mai 2003. Der Bericht des SCRC-Unterausschusses zur Evaluierung der gegenwärtigen Regelung betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat ist dem Bericht als Anhang beigelegt.

Der Bericht über die Tagung vom September 2003 wird als gesonderter Nachtrag zu diesem Dokument nachgereicht.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung .....	1
Nachbereitung der 52. Tagung des Regionalkomitees .....	1
Fachthemen .....	1
Psychische Gesundheit.....	1
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region .....	2
Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA).....	3
Die Länderstrategie des Regionalbüros für Europa .....	4
Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter Länderbüros.....	5
Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria .....	6
Schweres akutes respiratorisches Syndrom .....	7
Managementfragen.....	7
Externe Evaluierung der Programme des Regionalbüros für Europa zur Reform der Gesundheitsversorgung.....	7
Programmhaushalt der Organisation für den Zeitraum 2004–2005 .....	8
Nationale Ansprechpartner und Kontakte .....	9
Verfahrensfragen.....	9
Regionalkomitee für Europa .....	9
Exekutivrat.....	9
Weltgesundheitsversammlung .....	10
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO .....	11
Überführung Zyperns in die Europäische Region der WHO .....	11
Sonstige Angelegenheiten .....	11
Ansprache eines Vertreters der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa.....	11
Anhang 1    Zusammensetzung des zehnten SCRC 2002–2003 .....	13
Anhang 2    Bericht des SCRC-Unterausschusses zur Evaluierung der gegenwärtigen Regelung betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat.....	15



## Einleitung

1. Der zehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) tagte unter dem Vorsitz von Dr. Jarkko Eskola das erste Mal am Donnerstag, dem 19. September 2002, unmittelbar im Anschluss an die 52. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC52) im Regionalbüro. Auf seiner zweiten Tagung, die am 26. und 27. November 2002 im Staatlichen Bluttransfusionszentrum in Ljubljana stattfand, wählte der zehnte SCRC einstimmig Dr. Božidar Voljè zu seinem Stellvertretenden Vorsitzenden. Die dritte Tagung fand vom 9. bis 11. April 2003 im Regionalbüro für Europa und die vierte am 18. Mai 2003 im Palais des Nations in Genf statt.

## Nachbereitung der 52. Tagung des Regionalkomitees

2. Bei seiner ersten kurzen Zusammenkunft zog der SCRC eine vorläufige Bilanz des RC52 und bemerkte, dass dessen offene Aussprachen wertvolle Orientierungshilfen für den Regionaldirektor und den SCRC geliefert hätten.

3. Zu Beginn seiner zweiten Tagung prüfte der SCRC im Einzelnen, welche Maßnahmen infolge der vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen ergriffen worden waren. Unter Bezugnahme auf Resolution EUR/RC52/R6 zum Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit rief der SCRC die Gesundheitsminister dazu auf, bei der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) eine herausragende Rolle zu übernehmen und auf die Folgen von Umweltfaktoren für Gesundheit und Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Er begrüßte außerdem die verstärkte Zusammenarbeit zwischen der WHO und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa im Rahmen des paneuropäischen Programms Verkehr, Gesundheit und Umwelt („THE PEP“). Im Hinblick auf Resolution EUR/RC52/R7 war sich der SCRC darin einig, dass eine große Konferenz zum Thema Armut und Gesundheit, angesichts der vom Regionalbüro für die kommenden Jahre geplanten Konferenzen, vor 2007 vielleicht nicht möglich sei. Er unterstrich jedoch, dass Armut nicht losgelöst betrachtet werden dürfe, sondern ein wichtiger Aspekt bei vielen Gesundheitsthemen sei (u. a. psychische Gesundheit und Ernährung, die durch zwei weitere bevorstehende Konferenzen aufgegriffen würden).

## Fachthemen

### Psychische Gesundheit

4. Der SCRC unterstützte auf seiner zweiten Tagung die Anregung, die für 2005 vorgesehene Konferenz thematisch auf „Konzepte zur psychischen Gesundheit in Europa“ auszurichten. Er begrüßte die Herangehensweise, vorbereitende Tagungen in unterschiedlichen Teilen der Region durchzuführen, und sprach sich für eine Vorbereitungskonferenz in einem mittel- oder osteuropäischen Land aus, wobei die besonderen Charakteristika der psychischen Gesundheit in Ländern im wirtschaftlichen Umbruch im Mittelpunkt stehen sollten.

5. Da das Thema auch auf der Tagesordnung des RC53 steht (vgl. Abschnitt 57), wurde dem SCRC auf seiner dritten Tagung der Entwurf eines entsprechenden Arbeitsdokuments vorgelegt. Die Vorbereitungen für die Konferenz liefen bereits: Ort und Zeit seien vereinbart und ein Lenkungsausschuss aus Vertretern interessierter Mitgliedstaaten und den als Mitveranstaltern auftretenden zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen gebildet worden. Vorbereitungstagungen hätten im Februar (zu Menschenrechten und psychischer Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission) und im März (zu Stigmatisierung und psychischer Gesundheit, zusammen mit der griechischen Ratspräsidentschaft) stattgefunden. Weitere Veranstaltungen zu Suizidprävention, gesellschaftlich bedingtem Stress und der psychischen Gesundheit von Kindern und jungen Menschen seien geplant und mehr Länder sollten dazu gebracht werden, Fallstudien beispielhafter Praxis und Reformen beizusteuern.

6. Der SCRC betonte, dass das Papier für das RC53 und für die Konferenz sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Aspekte psychischer Gesundheit abdecken müsse: Die erst genannten Aspekte bezögen sich auf die Prävention von psychischen Störungen und die Förderung von psychischer Gesundheit, während letztere Behandlung und Rehabilitation umfassten. Der SCRC hob auch hervor, dass die Sicherung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Bedeutung habe, und begrüßte die zu diesem Thema geplante Vorbereitungstagung.

7. Nicht übersehen werden dürfe außerdem die Notwendigkeit einer verbesserten Aus- und Fortbildung für Hausärzte und andere in der Primärversorgung Tätige sowie der Ausrichtung der Management- oder Gesundheitssystemforschung, auf eine bessere Einbeziehung solchermaßen geschulter Kräfte bei der Bewältigung psychischer Probleme. Die Rolle der Presse und der Medien bei der Darstellung einschlägiger Themen müsse ebenfalls berücksichtigt werden. Fallstudien der in den Ländern gemachten Erfahrungen seien eine angemessene Art, diese Fragen aufzugreifen.

8. Vor dem Hintergrund der ganz unterschiedlichen Ausgangslagen der Länder müsse die Konferenz darauf abzielen, den Mitgliedstaaten bei der allseitigen Entwicklung eigener Konzepte im Bereich psychische Gesundheit zu helfen und den Weg für die Annahme eines Europäischen Aktionsplans auf diesem Gebiet zu ebnen.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Überprüfung des Papiers zum Thema psychische Gesundheit (EUR/RC53/7) Erörterung des entsprechenden Resolutions- entwurfs (EUR/RC53/Conf.Doc./2)**

### **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region**

9. Angesichts der alarmierenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestimmter Gruppen von Kindern und Jugendlichen setzte der SCRC dieses Thema bei seiner zweiten Tagung auf die Tagesordnung des RC53.

10. Auf seiner dritten Tagung wurde dem SCRC der Entwurf eines Arbeitspapiers für das Regionalkomitee vorgelegt. Eingangs solle die Situation neu eingeschätzt und die vielen geplanten oder ergriffenen Initiativen geschildert werden. Dann werde das Papier der Struktur des globalen Dokuments folgen (WHO/FCH/CAH/02.21 Rev.1), das die strategische Ausrichtung der WHO in diesem Bereich vorstelle und sieben Dringlichkeitsbereiche hervorhebe: Dementsprechend werde das RC53 eine Diskussion eröffnen, die auf der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit im Jahr 2004 weitergeführt und beim Regionalkomitee im Jahr 2005 in der Vorlage eines Aktionsplans gipfeln werde.

11. Der SCRC begrüßte die Struktur und die Stoßrichtung des Dokuments, merkte jedoch an, dass einige Aspekte anscheinend übersehen worden seien: nichtübertragbare Krankheiten, sexuell übertragene Infektionen, die Rolle der Massenmedien und die allgemeineren sozialen Determinanten von Gesundheit wie Analphabetismus, Armut und Obdachlosigkeit. Er empfahl, in dem Papier auch auf den multisektoralen Charakter kindlicher Gesundheit und dokumentierte Ergebnisse aus der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Grundsatzmaßnahmen zu berücksichtigen. Außerdem müsse es handlungsorientiert sein. In diesem Zusammenhang zeigte sich der SCRC besorgt darüber, dass erst 2005 ein Aktionsplan vorgelegt werde. Man erwarte für die Zwischenzeit die Erarbeitung konkreter Vorschläge.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Überprüfung des Arbeitspapiers zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region (EUR/RC53/11) Erörterung des entsprechenden Resolutions- entwurfs (EUR/RC53/Conf.Doc./6)**

## **Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA)**

12. Auf der dritten Tagung des SCRC erinnerte der Regionaldirektor an die Anfänge der GFA-Bewegung, die auf die Annahme von Resolution WHA30.43 durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1977 und die Erklärung von Alma-Ata der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung im Folgejahr zurückgehe. Die Europäische WHO-Region habe im Jahr 1984 eine regionale Strategie und regionale Ziele (Resolution EUR/RC34/R5) und im Jahr 1985 Indikatoren angenommen. Ein aktualisiertes globales Konzept sei von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 beschlossen worden. Das Regionalkomitee habe im September des gleichen Jahres das regionale GFA-Rahmenkonzept (GESUNDHEIT21) angenommen und vereinbart, sich im Jahr 2005 mit der nächsten überarbeiteten Fassung zu beschäftigen.

13. Aus seinen Gesprächen mit Mitgliedstaaten habe der Regionaldirektor erfahren, dass diese von einer überarbeiteten Fassung weiterhin klare Aussagen zu den in GFA und GESUNDHEIT21 enthaltenen Werten erwarteten. Die Ziele sollten jedoch auf Länderebene festgelegt werden. Deshalb schlage er vor, dass sich das aktualisierte Konzept, wie vom SCRC-Unterausschuss zur Bioethik gefordert, schwerpunktmäßig mit Ethik im Gesundheitssystem befassen und dabei die Rechten und Pflichten aller Beteiligten, auch der des Systems, untersuchen solle.

14. Da das überarbeitete Konzept dem Regionalkomitee im Jahr 2005 vorgelegt werden müsse, wolle man dem RC53 eine Einführung präsentieren, an die sich im Jahr 2004 Konsultationen mit Mitgliedstaaten über einen ersten Entwurf des überarbeiteten Konzepts anschließen. Das für das RC53 vorzubereitende Dokument könne demgemäß den Hintergrund, die Begründung und Geschichte der GFA-Bewegung skizzieren, eine vorläufige Einschätzung der Umsetzung von GESUNDHEIT21 und der daraus gezogenen Lehren enthalten und das aktualisierte Konzept sowie die zu seiner Erarbeitung vorgeschlagene Methodik umreißen.

15. Der SCRC stellte sich vorbehaltlos hinter die Grundwerte von GFA und GESUNDHEIT21 und wies insbesondere auf die Notwendigkeit hin, angesichts von sich ändernden politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die zentrale Bedeutung von Chancengleichheit und Solidarität erneut zu bestätigen. Allerdings erkannte er an, dass die Übertragung von Werten in Leitlinien und in praxisgerechte Instrumente angesichts unterschiedlicher Kulturen und Entwicklungen in den verschiedenen Teilen der Region schwierig sei.

16. Andererseits äußerte der SCRC Bedenken gegen eine Überprüfung und Auswertung der Umsetzung von GESUNDHEIT21 so kurz nach der Verabschiedung. Außerdem habe eine Reihe von Ländern erst jüngst auf der Grundlage von GESUNDHEIT21 eigene Konzepte entworfen, weshalb einige Mitglieder es nicht ratsam fanden, zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein neues regionales Rahmenkonzept einzuführen.

17. In seiner Erwiderung hob der Regionaldirektor noch einmal hervor, dass das Regionalkomitee bei der Annahme von GESUNDHEIT21 übereingekommen sei, sich im Jahr 2005 eine überarbeitete Fassung (kein neues Konzept) vorlegen zu lassen. Die Frage sei demnach, ob diese Überarbeitung lediglich aus einem Zusatz oder Anhang zum vorhandenen Rahmenkonzept bestehen solle (der Lücken schließe, die bei einer Auswertung möglicherweise gefunden würden) oder ob die grundlegenden von der WHO vertretenen Werte mit neuem Leben erfüllt und besser sichtbar gemacht werden sollten, indem man die weit gefasste Frage zur Ethik der Gesundheitssysteme aufwerfe.

18. Abschließend stimmte der SCRC der Auffassung zu, dass ein Anhang zu GESUNDHEIT21 keine befriedigende Lösung darstelle. Ein gesondertes Dokument sei erforderlich, das Grundwerte wie Solidarität, Gleichberechtigung der Geschlechter und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung ebenso betone wie sektorübergreifende Zusammenarbeit, Primärversorgung und Public Health. Angesichts der drei laufenden Initiativen zur Umsetzung von GESUNDHEIT21 sowie der Arbeit der „Denkfabrik“ mit der Zielsetzung forderte der SCRC den Regionaldirektor jedoch dazu auf, auf der nächsten Tagung über die vorläufigen Ergebnisse in diesen vier Bereichen zu berichten. Dann könne man sich fundierter zum Inhalt des überarbeiteten Konzepts äußern.

19. Der Regionaldirektor berichtete wie erbeten, auf der vierten Tagung über die bisherige Arbeit an den vier Abschnitten oder „Säulen“ des aktualisierten Konzepts. Der SCRC stimmte darin überein, dass die aus der Umsetzung von GESUNDHEIT21 gezogenen Lehren eine wichtige Voraussetzung für das aktualisierte Konzept darstellten. Ein Mitglied wies darauf hin, dass es unter Umständen schwierig sei, Mitgliedstaaten nach ihren Erfahrungen zu befragen, wenn von vornherein nur wenig unternommen worden sei, die Länder zur Umsetzung des Rahmenkonzepts anzuregen.

20. Außerdem war einigen SCRC-Mitgliedern die Bedeutung von „ethischer Governance“ unklar. Der Regionaldirektor erläuterte, das Konzept „ethische Governance für Gesundheit“ sei in der Denkfabrik angesprochen worden. Es bedeute, dass, bedingt durch eine bestimmte Werteorientierung, ethische Überlegungen in das Systemmanagement und die Entscheidungsfindung einfließen müssten (daher „Governance“). Nach Ansicht eines SCRC-Mitglieds steht der Begriff dafür, wie das Gesundheitssystem sich unter ethischen Gesichtspunkten selbst sieht, organisiert und gegenüber anderen staatlichen Stellen verhält.

21. Auf der Grundlage dieser zusätzlichen Informationen befürwortete der SCRC den Prozess und die Methodik für die Erarbeitung des aktualisierten Konzepts in der vorgeschlagenen Form. Er regte jedoch einen einheitlichen Terminologiegebrauch an (z. B. „Säule“ oder „Abschnitt“) und schlug vor, die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten frühzeitig vor dem RC54 einzuleiten.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Überprüfung des Arbeitspapiers zur Methodik für die Aktualisierung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts (EUR/RC53/8) Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC53/Conf.Doc./3)**

### **Die Länderstrategie des Regionalbüros für Europa**

22. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC davon in Kenntnis gesetzt, dass dem RC53 ein Zwischenbericht zur Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros seit dem Jahr 2000 vorgelegt werde. Es wurde angeregt, den Bericht mit einer erneuten Darstellung des Hintergrundes und der zentralen Prinzipien der Länderstrategie einzuleiten: den Ländern in ihrer Vielfalt dienen, internationale Partnerschaften für Gesundheit stärken, Teil der globalen Länderstrategie der WHO sein und Erfahrungen des Regionalbüros in die laufende Arbeit einbeziehen. Anhand konkreter Beispiele müsse der Bericht dann untersuchen, welche Fortschritte bereits erzielt worden seien. Daran werde sich eine Darstellung der Umorganisation des Büros anschließen, mit der die Länderpräsenz der WHO gestärkt und die Verwaltung der Länderarbeit verbessert werden solle. Das Papier solle mit einem Abriss der Zukunftsaussichten und Bedürfnisse abschließen.

23. Der SCRC zeigte sich beeindruckt von dem radikalen Wandel, der durch die Annahme der neuen Länderstrategie durch das Regionalbüro ausgelöst worden sei. Die Mitglieder aus Ländern mit Länderbüros bezeugten, dass die praktische Unterstützung durch die WHO ausgedehnt worden sei, und sie insbesondere die Art schätzten, in der die zweijährlichen Kooperationsabkommen ausgearbeitet und entsprechend den Bedürfnissen der Länder und den Möglichkeiten der WHO vereinbart würden. Die WHO werde durch ihre Länderpräsenz zwar finanziell stärker belastet, doch sei dies gut ausgegebenes Geld.

24. Die Zukunftsforen wurden als sehr wichtige Initiative betrachtet, u. a. um Fakten über die Mechanismen zur Handhabung technischer Entwicklungen im Gesundheitsbereich zu verbreiten. Dabei bekundete sich ein starkes Interesse an einer Erweiterung des Spektrums durch Länder außerhalb Westeuropas. Die gegenwärtigen Mitglieder des Forums und der Regionaldirektor wurden gebeten, dies zu erwägen. Die Frage werde auf einer der folgenden Tagungen des SCRC weiter erörtert.

25. Es wurde angeregt, das Papier für das RC53 durch eine ausführlichere Berücksichtigung von Beispielen bilateraler Länderpartnerschaften zu bereichern, die die WHO in unterschiedlichen Teilen der

Region gefördert habe. Von diesen Einschränkungen abgesehen, unterstützte der SCRC den Entwurf und den für die Vorlage beim Regionalkomitee vorgeschlagenen Ablauf.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

#### **Überprüfung des Arbeitspapiers zur Länderstrategie des Regionalbüros (EUR/RC53/10) Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC53/Conf.Doc./5)**

### **Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter Länderbüros**

26. Auf der ersten Tagung des SCRC teilte der Vorsitzende mit, dass das RC52 die Überprüfung der Situation der Zentren des WHO-Regionalbüros („geografisch verteilte Büros“) (EUR/RC52/Inf.Doc./4) an den SCRC zurücküberwiesen habe.

27. Auf seiner dritten Tagung wurde dem SCRC mitgeteilt, dass man mit dem beim RC53 zu diesem Thema vorzulegenden Papier den gegenwärtigen Stand der unterschiedlichen Präsenz des Regionalbüros außerhalb Kopenhagens beschreiben, ihre Stärken und Schwächen sowie die damit verknüpften Erwartungen abschätzen und Optionen oder strategische Ausrichtungen der kommenden fünf Jahre bestimmen wolle.

28. Zwei allgemeine Fragen müssten deshalb behandelt werden: Wie viel Präsenz es bereits vor Ort gebe und was in Zukunft gerechtfertigt sei? Wo das Gleichgewicht zu finden sei zwischen einem standardisierten globalen Modell und der erforderlichen Flexibilität, um auf sich ändernde Möglichkeiten und Anforderungen reagieren zu können? Zusätzlich seien eine Reihe weiterer konkreter Fragen zu beantworten, die sich auf die WHO-Zentren einerseits und die Länderbüros andererseits bezögen.

29. Zur Vorbereitung des Papiers gehöre dementsprechend eine Durchsicht wichtiger konzeptioneller und strategischer Dokumente des WHO-Hauptbüros, des Regionalbüros und anderer ausgewählter Organisationen. Ferner umfasse sie eine Überprüfung finanzieller, administrativer und fachlicher Informationen, Beobachtungen und Evaluierungen und eine Befragung der Mitarbeiter und außen stehender „Stakeholder“ (u. a. der SCRC-Mitglieder), hauptsächlich zu ausgewählten Beispielen der Länderarbeit. Schließlich gehörten zwei Tagungen dazu, auf denen WHO-Bedienstete und ausgewählte Nutzer oder potenzielle Nutzer der WHO-Arbeit zu einem Brainstorming zusammenkämen.

30. Das Papier werde mit einem kurzen Abriss der gegenwärtigen Präsenz in Mitgliedstaaten und der Lage in anderen Regionen und Organisationen eingeleitet. Daran schließe sich eine Analyse der Eindrücke und Vorschläge der an der Arbeit des Regionalbüros Interessierten zu diesen Themen an. Abschließen werde das Papier mit einer Reihe von strategischen Orientierungen und einer Liste von Fragen zur Erörterung beim RC53.

31. In Bezug auf die WHO-Zentren in verschiedenen Ländern zeigte sich der SCRC besorgt darüber, dass diese ohne eine eigentliche Erörterung der gewünschten Struktur natürlich gewachsen seien und dass es nur wenige Vorkehrungen für formalisierte Jahresberichte gebe. Anfangs hätten sie sich auf Fachfragen konzentriert, dann jedoch ihre Tätigkeit auf den Bereich der Grundsatzleitlinien ausgeweitet, eine Aufgabe, die nach Ansicht des SCRC hauptsächlich dem Regionalbüro vorbehalten sein sollte. Es sei jedoch unklar, ob sie das Erscheinungsbild des Regionalbüros in der Region als Ganzer verbesserten. Zudem drohe ein Ungleichgewicht, da mittel- und osteuropäische Länder vielleicht nicht in der Lage seien, zu den Unterhaltungskosten in gleichem Maße beizutragen wie westeuropäische Länder.

32. SCRC-Mitglieder aus Ländern, in denen die WHO ein Länderbüro unterhält, betrachteten die Einrichtung als vorteilhaft, da es die Fähigkeit des Landes zur Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme stärke und als Kanal für den Informationsaustausch mit anderen Ländern und der WHO diene. Andere Mitglieder merkten jedoch an, dass Länderbüros nicht in jedem Land erforderlich seien. Der SCRC

erkannte an, dass WHO-Zentren und Länderbüros sich fundamental unterschieden, meinte jedoch, dass sich beide potenziell gleichermaßen dazu eignen, der WHO in einem Land Präsenz zu verleihen.

33. Abschließend merkte der SCRC an, dass die Kooperationszentren der Organisation nicht hinreichend in die Unterstützung der Länderarbeit eingebunden seien. Dementsprechend empfahl er, ihre Rolle neu zu definieren und ihre Daten auf die Webseiten der Länderbüros aufzunehmen.

34. Der SCRC unterstützte den Entwurf und die Vorgehensweise bei der Vorbereitung des Papiers für das RC53 und bat um einen Fortschrittsbericht auf seiner vierten Tagung.

35. Wie vom SCRC erbeten, wurde auf seiner vierten Tagung über die Fortschritte bei der Definition der strategischen Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit seinen Zentren und Länderbüros berichtet. Zwei Kategorien von Fragen seien ausgemacht worden: Die erste betreffe die Verwendung vorhandener Ressourcen, während die zweite Grundsatzfragen wie den zusätzlichen Wert einer dezentralen gegenüber einer zentralisierten Präsenz aufwerfe. Die Fragen der ersten Kategorie ließen sich verhältnismäßig einfach beantworten, indem vorhandene Empfehlungen und die Erfahrungen aus Fallstudien zur Verbesserung von Verwaltungspraktiken und Arbeitsweisen herangezogen würden. Die Fragen der zweiten Kategorie erwiesen sich dagegen als sehr schwer beantwortbar.

36. Die vorläufigen Ergebnisse einer Prüfung von Konzepten, einem Benchmarking und einer Befragung von Bediensteten und von Vertretern der Mitgliedstaaten zeigten, dass es kein umfassendes WHO-Konzept für alle Aspekte der Länderpräsenz gebe und dass auch keine andere internationale Organisation in diesem Bereich über eine explizite Politik verfüge. Die derzeitige Länderpräsenz der WHO (insbesondere durch die Länderbüros) werde als positiv und zunehmend besser beschrieben, auch wenn sie nicht immer optimal sei. Bei den Antworten gebe es keine Übereinstimmung hinsichtlich des richtigen Gleichgewichts und Umfangs einer WHO-Präsenz in den Ländern. Dies gelte insbesondere für die Zentren, obwohl deren inhaltlicher Beitrag zur Arbeit des Regionalbüros allgemein anerkannt werde.

37. Aus den genannten Gründen wurde angeregt, dass der Resolutionsentwurf für das RC53 sich für eine Zwischenlösung in Form einer Verlängerung der gegenwärtigen Strategie aussprechen und gleichzeitig Pilotversuche mit neuen Formen der Vorortpräsenz der Organisation unterstützen solle.

38. Der SCRC betonte, dass zwischen einem WHO-Länderbüro zur Unterstützung eines bestimmten Landes und einem WHO-Zentrum für Programmaktivitäten der Region als Ganzer ein qualitativer Unterschied bestehe. Er erkannte an, dass das Ungleichgewicht in der geografischen Verteilung dieser Zentren hauptsächlich durch finanzielle Gegebenheiten verursacht worden sei, wies gleichzeitig jedoch darauf hin, dass Transparenz erforderlich sei, und forderte eine Erörterung des Themas durch das Regionalkomitee.

39. Der SCRC befürwortete die Methodik und den Prozess, mit denen diese Frage in der Zeit bis zum RC53 angegangen werden sollte, und beabsichtigte die konkreten Empfehlungen zu prüfen, wenn die Lehren aus den Erfahrungen mit den neuen Regelungen erkennbar seien.

#### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

**Überprüfung des Arbeitspapiers zur strategischen Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter Länderbüros (EUR/RC53/9)  
Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC53/Conf.Doc./4)**

#### **Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria**

40. Auf seiner zweiten Tagung stellte der SCRC fest, dass vier Länder der Europäischen Region der WHO in der ersten Auszahlungsrunde umfassende Mittel aus dem Globalen Fonds erhalten würden. Der Ausschuss war sich darin einig, dass die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen in den Mitgliedstaaten und bei der Unterstützung durch die WHO erhebliche Kapazitätsprobleme mit sich führen könne.

41. Außerdem äußerte sich der Ausschuss besorgt darüber, dass die Regeln des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria nicht eindeutig erkennen ließen, inwieweit Länder mit mittlerem Volkseinkommen Hilfe beantragen können. Darum bat er das Sekretariat, den Mitgliedstaaten eine zusammenfassende Darstellung über den Globalen Fonds vorzulegen.

### **Schweres akutes respiratorisches Syndrom**

42. Auf Bitten des SCRC wurde dieser auf seiner dritten Tagung über die jüngsten Entwicklungen bezüglich SARS informiert. Die WHO habe am 12. März 2003 eine globale Warnung und am 4. April Reiseratschläge ausgegeben. Bis zum 8. April habe es weltweit 2601 Fälle und 98 Sterbefälle gegeben. Definitionen von Verdachtsfällen und wahrscheinlichen Fällen seien erarbeitet und die betroffenen Gebiete ausfindig gemacht worden. Acht Länder der Europäischen Region hätten wahrscheinliche Fälle gemeldet.

43. Es sei erwiesen, dass SARS durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragbar sei, allerdings deuteten große punktuelle Ausbrüche auch auf andere, unbekannte Übertragungswege hin. Die Inkubationszeit betrage 2-12 Tage, fast alle Fälle entwickelten Lungenentzündungen, die Mehrzahl aller Fälle seien Krankenhausmitarbeiter und Kontakte aus Haushalten, die Sterblichkeit liege bei ungefähr 4%. Man habe ein globales Überwachungsnetz errichtet und die Lage werde laufend verfolgt. Aktuelle Informationen seien auf einer eigens eingerichteten Website zu finden. (<http://www.who.int/csr/sars/en/>).

44. Die Mitglieder des SCRC zeigten sich dankbar für die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und für die Beratung über nationale Reiseratgeber, Übertragungsmöglichkeiten während der Inkubationszeit und den Einsatz von Quarantänemaßnahmen. Sie erkannten an, dass die WHO wissenschaftlich fundierten Rat erteilen könne. Die erforderlichen politischen Entscheidungen müssten jedoch von den nationalen Regierungen selbst getroffen werden.

### **Managementfragen**

#### **Externe Evaluierung der Programme des Regionalbüros für Europa zur Reform der Gesundheitsversorgung**

45. Auf der ersten Tagung des SCRC teilte der Vorsitzende mit, dass das RC52 den Bericht über die externe Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung (EUR/RC52/Inf.Doc./1 und /BD/2) an den SCRC zurücküberwiesen habe. Im Anschluss an eine weitgespannte Erörterung des Berichts zur externen Evaluierung, einschließlich der Kommentare des Regionaldirektors hierzu, und nach der Debatte beim RC52 kam der SCRC überein, dass der SCRC-Vorsitzende, sein Vorgänger und der Regionaldirektor ein Treffen mit den Gutachtern anberaumen sollten, bevor sich der SCRC erneut mit dem Gegenstand befasse.

46. Auf der zweiten Tagung berichtete der Regionaldirektor, dass er wie verabredet den Entwurf einer Stellungnahme des Sekretariats mit dem vorherigen und jetzigen Vorsitzenden besprochen habe. Der Ausschuss bat das Sekretariat, die Stellungnahme fertig zu stellen, und forderte den Regionaldirektor sowie den vorherigen und jetzigen Vorsitzenden dazu auf, sich gegebenenfalls mit den externen Gutachtern zu treffen.

47. Am Tag vor Beginn der dritten Tagung trafen sich der Regionaldirektor und der Vorsitzende mit einem der externen Gutachter, der alle anderen, leider verhinderten Gutachter vertrat. Sie sprachen ausführlich über den Bericht und die bei der Evaluierung eingesetzten Methoden. Mit diesem Gespräch wurden alle eventuell entstandenen Missverständnisse ausgeräumt.

48. Das dem SCRC auf seiner dritten Tagung vorgelegte Papier enthielt die Anmerkungen des Sekretariats zu den Empfehlungen der externen Gutachter. Das Sekretariat war der Meinung, dass sich die meisten Empfehlungen auf Änderungen und Aktivitäten bezögen, die durch das Regionalbüro bereits

umgesetzt würden. Die Mitgliedstaaten hätten dies durch die Annahme der Grundkonzepte und Haushaltserfordernisse im Regionalkomitee gebilligt.

49. Der SCRC hob als wesentlichen Befund des Berichts den allgemein gegenüber der WHO bezeugten Respekt hervor. Der gesamte Bericht spiegele die große Spannweite von Aktivitäten wider, die mit Professionalität und Engagement durchgeführt würden. Der SCRC erkannte, dass die meisten Empfehlungen bereits umgesetzt würden, und nahm mit Befriedigung die äußerst nützliche Arbeit und die Empfehlungen der externen Evaluierungsgruppe zur Kenntnis.

50. Wie vom RC52 gefordert, werde der SCRC dem RC53 zu diesem Thema im Rahmen seines eigenen Berichts vortragen.

### **Programmhaushalt der Organisation für den Zeitraum 2004–2005**

51. Auf seiner zweiten Tagung stellte der SCRC fest, dass drei der vier durch das RC52 zum Ausdruck gebrachten Bedenken berücksichtigt worden seien oder würden: Eine „transparentere“ Darstellung von ordentlichen und außerordentlichen Haushaltsmitteln sei angestrebt worden und die Generaldirektorin habe einen Gesamtanstieg des Haushalts um 4% vorgeschlagen, von denen 2% auf die Inflation zurückzuführen seien und 1,8% auf den erwarteten Anstieg der Gehälter der Mitarbeiter des höheren Dienstes. Von den 5 Millionen US-\$ nicht gebundener Mittel gingen 1,5 Millionen US-\$ nach Osttimor. Die verbleibenden 3,5 Millionen US-\$ würden unter den vier Regionen verteilt, deren Haushalte als Folge der Resolution WHA51.31 gekürzt worden seien.

52. Der Ausschuss wiederholte, dass die Europäischen Mitgliedstaaten weiterhin voll hinter der Umsetzung der Resolution WHA51.31 stünden. Er unterstützte nachdrücklich den Ansatz, Europäische Mitglieder des Exekutivrats vor der 111. Tagung des Rats im Januar 2003 durch den Vorsitzenden und den Regionaldirektor umfassend zu informieren, und stellte fest, dass Änderungen am Haushaltsentwurf auch noch während der 56. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 möglich seien. In der Vorausschau auf die geplante Überprüfung der Auswirkungen von Resolution WHA51.31 durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2004 regte der Ausschuss an, dass die erforderlichen Informationen zu diesem Thema dem RC53 im September 2003 zur Beratung vorgelegt würden.

53. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass die Generaldirektorin in der Zwischenzeit entschieden habe einen Programmhaushaltsentwurf vorzulegen, der einen nominellen Anstieg der ordentlichen Haushaltszuweisungen für wesentliche Maßnahmen um 3% vorsehe. Dies sei einem Anstieg der Lohnkosten um 1% und einer Inflationsrate von 2% zuzuschreiben. Außerdem werde das Büro des Sondervertreters der Generaldirektorin in Moskau teilweise aus globalen Mitteln finanziert. Weitere positive Veränderungen seien u. a. die Einigung auf die Notwendigkeit von Transparenz bei der Verteilung der außerplanmäßigen Mittel für 2004–2005 und eine genauere Aufschlüsselung des globalen Haushalts, die künftig die dem Hauptbüro zugewiesenen Mittel einschließe.

54. Der SCRC betonte, dass 3% kein wirkliches Haushaltswachstum bedeuteten, sondern angesichts von Inflation und Kostenentwicklung lediglich den gegenwärtigen Stand bewahrten. Er bestand auf einer gründlichen Auswertung der Umsetzung von Resolution WHA51.31, bevor irgendeine Entscheidung über ihre Fortführung gefasst werde. Ein kurz gefasstes Papier müsse hierzu beim RC53 erörtert werden, bevor das Thema während der Weltgesundheitsversammlung 2004 aufgegriffen werde. Schließlich äußerte sich der SCRC besorgt angesichts des Beschlusses, keine ungebundenen Mittel in die Europäische Region zu leiten, und rief nach der Schaffung klarer Kriterien für die Verteilung freiwilliger Beiträge, aus denen sich gegenwärtig zwei Drittel des Haushalts der Organisation finanzierten. Der SCRC merkte an, dass die Verteilung außerplanmäßiger Mittel auch ein wichtiges Feld für die Ausübung einer Überwachungsfunktion durch die leitenden Organe der Organisation sei.

## Nationale Ansprechpartner und Kontakte

55. Auf seiner zweiten Tagung unterstützte der SCRC die vorgeschlagenen Aufgaben des Verbunds nationaler Ansprechpartner der Europäischen Strategie zu Anti-Tabakmaßnahmen. Außerdem bat der Ausschuss das Sekretariat darum, für die nächste Tagung eine Übersicht der nationalen und fachlichen Ansprechpartner und Kontakte für jedes Programm und jedes Land der Region auszuarbeiten.

56. Dem SCRC wurden in der Folge ein Dokument (EUR/RC52/SC(3)/7) und eine CD-ROM vorgelegt, die Angaben zu den Ansprechpartnern und Kontakten des Regionalbüros enthielten.

## Verfahrensfragen

### Regionalkomitee für Europa

57. Auf seiner zweiten Tagung war sich der Ausschuss darin einig, dass jedes Sachthema auf der Tagesordnung des RC53 ein Element zur partnerschaftlichen Arbeit mit anderen Organisationen enthalten solle. Damit habe man genügend Zeit, um unter der Überschrift „Grundsatz- und Sachfragen“ die folgenden fünf Themen zu berücksichtigen:

- Psychische Gesundheit,
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen,
- Länderstrategie des Regionalbüros,
- Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch weit auseinander liegenden organisatorischen Einheiten, u. a. mit WHO-Länderbüros, und
- neue Ansätze einer „Gesundheit für alle“ (GFA) in der Europäischen Region.

58. Der Ausschuss vereinbarte auch, die Bewertung der Regelungen betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat und die Nachbereitung der externen Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Aussprache über seinen Bericht aufzugreifen (d. h. unter Punkt 5 der vorläufigen Tagesordnung). Fortschrittsberichte zu HIV/Aids und Malaria könnten in die Ansprache des Regionaldirektors einfließen. Außerdem herrschte Einvernehmen darüber, für das RC53 keine Fachdiskussionen vorzusehen, sondern stattdessen in Zusammenarbeit mit den österreichischen Gastgebern den Besuch einer Facheinrichtung oder eine Präsentation zu organisieren.

59. Auf seiner dritten Tagung unterstützte der SCRC den Entwurf einer vorläufigen Tagesordnung für das RC53 mit der Anmerkung, dass es dem Sekretariat obliege, Form und Inhalt des Fach-Briefings mit dem Gastgeberland zu vereinbaren.

## Exekutivrat

### 111. Tagung des Exekutivrats

60. Auf seiner zweiten Tagung wurde dem SCRC mitgeteilt, dass sich der Regionaldirektor und der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses oder sein Stellvertreter gewohnheitsgemäß am Vorabend der Exekutivratstagung mit den Europäischen Mitgliedern im Januar treffen werde. Die Nominierung zum Posten des Generaldirektors sei von besonderem Interesse für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region. Neun Kandidaturen seien eingegangen, darunter eine aus einem europäischen Land. Der Ausschuss verlieh seinem Wunsch nach einem Kandidaten mit Public-Health-Erfahrung Nachdruck.

61. Auf der dritten Tagung des SCRC berichtete Professor Vilius Grabauskas, Mitglied des Exekutivrats für die Europäische Region, von der 111. Tagung des Exekutivrats. Politisch sei die Nominierung des neuen Generaldirektors das wichtigste Thema gewesen. Komplizierte fachliche und administrative

Themen (wie der Programmhaushaltsentwurf für 2004-2005) seien schnell und reibungslos abgewickelt worden.

### **Evaluierung der gegenwärtigen Regelung für die Mitgliedschaft im Exekutivrat**

62. Der Vorsitzende stellte auf der ersten Tagung des SCRC fest, dass das RC52 die Evaluierung bezüglich der Mitgliedschaft im Exekutivrat an den SCRC zurücküberwiesen hätte, wobei der bereits früher angenommene Aufgabenbereich gelte (EUR/RC52/3 Add.1, Anhang 1).

63. Auf seiner zweiten Tagung stimmte der Ausschuss einem Vorschlag des Vorsitzenden zu, den Unterausschuss zur Erarbeitung des Evaluationsauftrags wieder einzusetzen und den Ausschuss zu bitten, auch die eigentliche Evaluation vorzunehmen. Er wolle den Bericht des Unterausschusses auf seiner dritten Tagung erörtern.

64. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass der Unterausschuss in der Zwischenzeit dreimal getagt habe: am 9. Januar 2003 in Kopenhagen zur Vereinbarung der Grundzüge seiner Vorgehensweise, am 21. Februar in Genf zur Prüfung verschiedener, auf die Mitgliedschaft im Exekutivrat bezogener Aspekte (Ebenfalls anwesend waren Vertreter Frankreichs, der Niederlande und des Vereinigten Königreichs sowie der WHO-Rechtsberater. Weitere Parteien waren eingeladen worden, hatten jedoch nicht teilnehmen können.) und am 8. April in Kopenhagen zur Fertigstellung seines Berichts und seiner Empfehlungen (siehe Anhang 2).

65. Der SCRC gratulierte den Mitgliedern des Unterausschusses herzlich zu ihrer sehr gründlichen Arbeit. Er unterstützte vorbehaltlos alle Empfehlungen und wollte sie dem Regionalkomitee als ein Paket vorlegen. Um die Akzeptanz zu fördern und für die Ratifizierung der Änderungen von Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung zu werben, sollten während der Weltgesundheitsversammlung Gespräche mit Vertretern der Mitgliedstaaten geführt werden. Da der SCRC in den vergangenen sechs Jahren bereits sehr viel Zeit auf dieses Thema verwandt habe, sei von einer erneuten Zurückverweisung an den SCRC kein Gewinn zu erwarten, sollten die Vorschläge für das Regionalkomitee nicht akzeptabel sein.

66. Der Unterausschuss schlug vor, die Erfahrungen aus der Umsetzung dieser Empfehlungen nach Ablauf des ersten Sechs-Jahre-Turnus auszuwerten und die Ergebnisse beim RC60 im Jahr 2010 vorzutragen.

67. Auf seiner vierten Tagung bat der SCRC ausdrücklich darum, einen neuen Resolutionsentwurf vorzubereiten, der die Unterstützung des Regionalkomitees für die vom SCRC unterbreiteten Vorschläge zur Mitgliedschaft im Exekutivrat festhalte.

### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

### **Überprüfung des Berichts des SCRC- Unterausschusses (EUR/RC53/4, Anhang 2) Erörterung des Resolutionsentwurfs zur Mitgliedschaft im Exekutivrat (EUR/RC53/Conf.Doc./9)**

### **Weltgesundheitsversammlung**

68. Der Ständige Ausschuss bat auf seiner zweiten Tagung den Unterausschuss zur Mitgliedschaft im Exekutivrat auch die Gepflogenheit, bestimmte Ausschusssitze den Ländern mit semi-permanenter Mitgliedschaft im Exekutivrat vorzubehalten, zu überprüfen und Änderungsvorschläge zu unterbreiteten.

69. Auf der dritten Tagung unterrichtete der Unterausschuss den SCRC über seine Ansicht, dass die Praxis der Semi-Permanenz bei von der Weltgesundheitsversammlung gewählten Posten (d. h. für den Allgemeinen Ausschuss und den Ausschuss für Nominierungen) keine Anwendung finden sollte. Der SCRC meinte, dass die Frage der durch Wahl zu besetzenden Posten der Weltgesundheitsversammlung

im Zusammenhang mit den Empfehlungen des Unterausschusses zur Mitgliedschaft im Exekutivrat behandelt werden könne, falls diese vom RC53 angenommen würden.

### **Maßnahmen des Regionalkomitees**

### **Überprüfung des entsprechenden Abschnitts des Berichts des SCRC-Unterausschusses** (EUR/RC53/4, Anhang 2, Abschnitt 20)

## **Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO**

70. Auf seiner ersten Tagung brachte der SCRC den Wunsch nach einer Fortsetzung der gegenwärtigen Praxis zum Ausdruck, wie sie in den Regeln 14.2.2 b) und c) der Geschäftsordnung des Regionalkomitees vorgesehen sei.

71. Auf der dritten Tagung wurde dem SCRC das Dokument EU/RC53/5 präsentiert, das die Nominierungen für die Mitgliedschaft in verschiedenen Organen und Ausschüssen der WHO darlegt. Weitere Erörterungen fanden auf der vierten Tagung und während der Weltgesundheitsversammlung statt. Die Empfehlungen des SCRC werden auf seiner Tagung am Vorabend des RC53 erarbeitet.

## **Überführung Zyperns in die Europäische Region der WHO**

72. Auf seiner zweiten Tagung wurde der Ausschuss davon in Kenntnis gesetzt, dass die Ansichten des RC52 zu Resolution WHA49.6 der Generaldirektorin übermittelt worden seien. Er nahm jedoch besorgt zur Kenntnis, dass eine Überführung Zyperns (falls von der Weltgesundheitsversammlung angenommen) höchstwahrscheinlich nicht mit einem entsprechenden Transfer an Mitteln aus dem Haushalt der Region Östlicher Mittelmeerraum einhergehe. Der Regionaldirektor wurde darum eindringlich gebeten, hierüber weitere Gespräche mit dem Hauptbüro zu führen und die Frage in seinen Bericht über die finanziellen Aspekte der Überführung aufzunehmen, der den Europäischen Mitgliedstaaten vor der 56. Weltgesundheitsversammlung zugestellt werde.

73. Auf seiner dritten Tagung riet der SCRC dem Regionaldirektor, für die mögliche Überführung Zyperns in die Europäische Region keine zusätzlichen Mittel zu beantragen. Die zusätzlichen administrativen Kosten könnten innerhalb des bestehenden Haushalts absorbiert werden.

## **Sonstige Angelegenheiten**

### **Ansprache eines Vertreters der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa**

74. Gewohnheitsgemäß informierte der Präsident der Personalvereinigung den SCRC auf seiner dritten Tagung über Angelegenheiten, die den Bediensteten am Herzen lagen. Während die Vereinigung in der Vergangenheit eine beratende Funktion gegenüber der Verwaltung eingenommen habe, ließen die jüngst eingeführten Reformen in der Personalpolitik es nun angemessen erscheinen, das Verhältnis zwischen beiden Seiten auf eine gleichberechtigtere Grundlage zu stellen. Alle Personalvereinigungen der WHO hätten sich darum auf ein gemeinsames Papier verständigt, dass auf der nächsten globalen Tagung von Vertretern der Bediensteten und der Verwaltung (GMSC) vorgelegt werden solle und das Vorschläge für eine partnerschaftlichere Arbeitsweise skizziere.

75. Die Vertragsreform der WHO, die seit Juli 2002 in die Praxis umgesetzt wird, sei u. a. darauf zugeschnitten, die unannehmbare Praxis langfristiger Kurzzeitbeschäftigung zu beenden (60% der Bediensteten des Regionalbüros hätten Kurzzeitverträge). In der dreijährigen Übergangsphase seien gute Fortschritte dabei gemacht worden, Bedienstete in befristete Verträge von mittlerer Dauer zu überführen.

76. Das neue System für Leistungsmanagement und Entwicklung (PMDS) werde jetzt seit einem Jahr angewendet. Obwohl die Personalvereinigung die Einführung des neuen Systems begrüße, da es, wie sie

glaube, eine gerechtere Methode zur Bewertung der Leistung der Bediensteten biete, sei doch klar, dass noch viel getan werden müsse, um die Umsetzung zu verbessern.

77. Eine Umfrage unter den Bediensteten habe im vorangegangenen Jahr eine Reihe von Problemgebieten erkennen lassen, darunter die Qualität des Managements, die Herausforderungen des Arbeitens in einem multikulturellen Umfeld und unnötige, bürokratische Hindernisse. Die Verwaltung arbeite zurzeit an einigen der schwierigeren Fragen. Die Ernennung einer Beauftragten für Entwicklung und Fortbildung und die Annahme einer Förderungspolitik und eines Förderprogramms bezeugten einen kohärenteren Ansatz in der wichtigen Frage der Fortbildung.

78. Insgesamt glaube die Personalvereinigung, dass Dialog und Transparenz in Gesprächen und Auseinandersetzungen klar vorzuziehen seien, und sie beabsichtige diese Arbeitsweise im bevorstehenden Jahr beizubehalten.

79. Der SCRC begrüßte die guten Beziehungen zwischen den Bediensteten und der Verwaltung und den Fortschritt, der bei der Bewältigung des Problems der Kurzzeitbeschäftigung gemacht worden sei. Angesichts der vorgeschlagenen Ausweitung des Programmhaushalts für 2004–2005 erwarte er eine leichte Entspannung hinsichtlich der finanziellen Beschränkungen bei Stellenbesetzungen. Hinsichtlich der Einführung des PMDS stimme er zu, dass die Bewertung der Leistung und eine Rückmeldung notwendig seien, betrachte die laufende Fortbildung aber langfristig als noch wichtiger für eine gesunde Organisation. Abschließend betonte er, wie wichtig es sei, weiter für die Sicherheit und Gesundheit der Bediensteten zu sorgen.

*Anhang 1*

**Zusammensetzung des zehnten SCRC  
2002–2003**

**Mitglieder**

**Armenien**

Professor Ara Babloyan  
Leiter, Medizinisches Zentrum „Arabkir“

**Belgien**

Dr. Godfried Thiers  
Direktor, Louis-Pasteur-Forschungsinstitut für öffentliche Gesundheit

**Finnland**

Dr. Jarkko Eskola<sup>1</sup>  
Generaldirektor, Abteilung für Familie und soziale Wohlfahrt  
Ministerium für Soziales und Gesundheit

**Griechenland**

Professor Jenny Kourea-Kremastinou  
Dekanin, Staatliche Hochschule für Public Health

**Kroatien**

Professor Marija Strnad  
Stellvertretende Leiterin, Staatliches Public-Health-Institut

**Lettland**

Dr. Viktors Jaksons  
Sozialminister a. D.

**Luxemburg**

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Generaldirektorin für Gesundheit  
Direktion Gesundheit

**Slowenien**

Dr. Božidar Voljč<sup>2</sup>  
Leiter, Staatliches Bluttransfusionszentrum

---

<sup>1</sup> Vorsitzender des zehnten SCRC

<sup>2</sup> Stellvertretender Vorsitzender des zehnten SCRC

## **Tadschikistan**

Dr. Alamhon Akhmedov<sup>3</sup>  
Gesundheitsminister

Professor Nusratullo Faizullaev<sup>4</sup>  
Gesundheitsminister

## **Beobachter**

Dr. James Kiely<sup>5</sup>  
Generaldirektor für Gesundheit  
Ministerium für Gesundheit und Kinder  
Irland

Professor Vilius Grabauskas<sup>6</sup>  
Rektor  
Medizinische Universität Kaunas  
Litauen

---

<sup>3</sup> Erste und zweite Tagung

<sup>4</sup> Vierte Tagung

<sup>5</sup> Als Exekutivpräsident der 52. Tagung des Regionalkomitees

<sup>6</sup> Als Mitglied des Exekutivrats für die Europäische Region

## Anhang 2

### **Bericht des SCRC-Unterausschusses zur Evaluierung der gegenwärtigen Regelung betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat**

#### **Aufgabengebiet**

1. Auf seiner 52. Tagung in Kopenhagen (16.–19. September 2002) schloss sich das Regionalkomitee der auf der Sondersitzung des SCRC im Juni 2002 erzielten Kompromisslösung (Dokument EUR/RC52/3, Anhang 3) unter der Bedingung an, dass ihr kein offizieller Status zukomme und sie nur eine weitere Übergangsmaßnahme auf dem Weg zu einer gleichberechtigten Vertretung darstelle, wie sie in der Satzung der WHO vorgesehen sei. Deshalb wurde vereinbart, das Regionalkomitee möge mit Unterstützung des SCRC weiter an der Aufstellung objektiver Kriterien, u. a. für die geografische Verteilung, arbeiten und den Gruppierungsgedanken weiter untersuchen (Anlage 1). Außerdem stimmte das Regionalkomitee zu, den SCRC anhand der vom SCRC befürworteten Aufgabenbeschreibung (Anlage 2) mit der Evaluierung der derzeitigen Regelung zu betrauen, durch:

- die Entwicklung von Arbeitsmethoden und messbaren Kriterien zur Durchführung einer wirksamen Evaluierung der derzeit in der Europäischen Region geltenden inoffiziellen und freiwilligen Vereinbarungen für die Wahl von Kandidaten der Region zum Exekutivrat,
- die Sammlung und Analyse von Daten und Erfahrungen hinsichtlich der seit Anfang der 90er Jahre in der Europäischen Region geltenden Verfahren für die Mitgliedschaft im Exekutivrat,
- einen Vergleich der Auswahlverfahren der Europäischen Region mit den in anderen WHO-Regionen geltenden Regelungen und
- die Ausarbeitung eines die Schlussfolgerungen zusammenfassenden Abschlussberichts zur Vorlage beim RC53.

2. Auf seiner zweiten Tagung in Ljubljana (26.–27. November 2002) kam der SCRC überein, den zur Erarbeitung des Evaluierungsauftrags durch die Mitglieder Dr. Jarkko Eskola, Dr. Serguei Furgal und Dr. Danielle Hansen-Koenig gebildeten Unterausschuss wieder einzusetzen und ihn darum zu bitten, auch die Evaluierung vorzunehmen. Der Unterausschuss wurde gebeten, seinen Bericht auf der dritten Tagung des SCRC im April 2003 vorzulegen.

3. Der Ständige Ausschuss bat den Unterausschuss zur Mitgliedschaft im Exekutivrat, die herkömmliche Praxis der Reservierung bestimmter Ausschusssitze für die Länder mit „semi-permanenter“<sup>7</sup> Mitgliedschaft im Exekutivrat zu überprüfen und Änderungsvorschläge zu entwickeln.

---

<sup>7</sup> Ein Verfahren, bei dem die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, die gleichzeitig ständige Mitglieder im Sicherheitsrat der Vereinten Nationen sind (Frankreich, die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich) von der Weltgesundheitsversammlung dazu ausersehen werden, einen Vertreter für die Dauer von drei Jahren in den Exekutivrat zu entsenden. Nach einjähriger Unterbrechung kann dann eine weitere dreijährige Amtszeit angetreten werden. Als inoffizielle Bezeichnung für die unter diese Regelung fallenden Mitgliedsstaaten hat sich der Ausdruck „semi-permanente Mitglieder“ des Exekutivrats durchgesetzt. Diese Regelung galt in der Europäischen WHO-Region bis zum Jahr 1999, als das Regionalkomitee auf seiner 49. Tagung eine Übergangsregelung vereinbarte, die den Turnus der semi-permanenten Mitgliedschaft auf drei von fünf Jahren änderte.

## Vorgehensweise

4. Der Unterausschuss des SCRC kam dreimal zusammen:
  - Die erste Tagung am 9. Januar 2003 in Kopenhagen diente der Festlegung der Grundzüge seiner Arbeitsweise.
  - Ein zweites Treffen am 21. Februar 2003 in Genf diente der Durchsicht verschiedener, auf die Mitgliedschaft im Exekutivrat bezogene Aspekte. Zu den Beratungen wurden auch die beteiligten Seiten eingeladen: Neben dem Rechtsberater der WHO nahmen auch Vertreter Frankreichs, des Vereinigten Königreichs und der Niederlande teil. Weitere Parteien konnten aufgrund anderweitiger Verpflichtungen nicht teilnehmen. Auf dieser zweiten Zusammenkunft wurde ein erster Entwurf zur Erörterung vorgelegt und die Teilnehmer wurden gebeten, dem Unterausschuss etwaige Anmerkungen vor der dritten Tagung des SCRC (9.–11. April 2003 in Kopenhagen) zugehen zu lassen.
  - Die dritte Zusammenkunft fand am 8. April 2003 in Kopenhagen statt und diente der Fertigstellung von Bericht und Empfehlungen zur Vorlage auf der dritten Tagung des SCRC.
5. Der Unterausschuss befasste sich mit vom SCRC erörterten Dokumenten über die Mitgliedschaft im Exekutivrat, insbesondere den Dokumenten EUR/RC47/SC(2)/12, EUR/RC47/SC(3)/13 und EUR/RC49/2 Add.1, sowie mit den Gepflogenheiten anderer WHO-Regionen und UN-Organisationen.

## „Semi-permanente“ Mitgliedschaft im Exekutivrat

6. Die Diskussion über die Kriterien für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat nahm ihren Ausgang in einer Erörterung der Frage der „Semi-Permanenz“, da sich die geopolitische Lage der Region seit 1948 verändert und die Zahl der Länder in der Europäischen WHO-Region auf 51 erhöht hatte.
7. Es gilt festzuhalten, dass weder in den Grundsatzdokumenten der WHO noch in einer der Geschäftsordnungen ein ausdrücklicher Hinweis auf „Semi-Permanenz“ zu finden ist.
8. Nach dem in der WHO-Satzung verankerten Gleichheitsprinzip für alle Mitgliedstaaten müssten alle Länder der Region das gleiche Anrecht auf einen Sitz im Exekutivrat haben.

## Evaluierung der Mitgliedschaft im Exekutivrat

9. Gegenwärtig besetzt die Europäische Region sieben von insgesamt zweiunddreißig Sitzen im Exekutivrat. Durch Resolution WHA51.23 hat die Weltgesundheitsversammlung Änderungen zu den Artikeln 24 und 25 angenommen, die u. a. der Europäischen Region einen achten Sitz im Exekutivrat geben würden. Für ein In-Kraft-Treten ist jedoch eine Ratifizierung durch zwei Drittel der Mitgliedstaaten der WHO, d. h. 128 Länder, erforderlich. Im Februar 2003 hatten insgesamt 95 Mitglieder die Änderungen ratifiziert, darunter 25 Mitglieder aus der Europäischen Region. Anlage 3 enthält eine Übersicht über den Stand der Ratifizierung durch die Mitgliedstaaten der Europäischen Region mit Stichtag 1. Mai 2003.
10. Der SCRC-Unterausschuss prüfte auch, welche Kandidaturen seit 1993 von Mitgliedstaaten eingereicht wurden, welche Nominierungen und Wahlen durch das Regionalkomitee erfolgten und welche Kandidaturen um der Einvernehmlichkeit willen zurückgezogen wurden. Der SCRC begrüßte zwar das Interesse einer Reihe von Mitgliedstaaten, das sich in der regelmäßigen Bewerbung um die Mitgliedschaft im Exekutivrat äußere, die dann wieder zurückgezogen würde. Dies alleine könne aber nicht als ein Kriterium für die Mitgliedschaft herangezogen werden.

11. Anlage 4 zeigt auf, wie die Aussichten nicht „semi-permanenter“ Länder auf eine Wahl zur Mitgliedschaft im Exekutivrat erhöht werden könnten. Ausgehend davon könnten die folgenden zwei Maßnahmen erwogen werden:

- 1) Erhöhung der Anzahl Sitze für Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region,
- 2) Verlängerung der Pause zwischen den dreijährigen Amtszeiten der drei „semi-permanenten“ Mitglieder von einem Jahr auf drei Jahre (d. h., dass man einen Turnus aus drei Jahren Mitgliedschaft und drei Jahren Nichtmitgliedschaft einführt).

12. Es wurde zwar auch versucht, die Arbeit der Mitglieder im Exekutivrat zu prüfen (regelmäßige, aktive Teilnahme, messbarer Beitrag), doch erwies sich dies als ein schwieriges, wenn nicht unmögliches, Unterfangen.

## Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat

### Kriterien für den Mitgliedstaat

13. Die folgenden Kriterien werden für die Wahl des Mitgliedstaates vorgeschlagen:

- a) Der zur Entsendung berechtigte Mitgliedstaat sollte einen im Gesundheitsbereich fachlich qualifizierten Kandidaten für den Exekutivrat benennen, wie in Artikel 24 der Satzung der WHO ausgeführt.
- b) Frühere Mitgliedschaft im Exekutivrat (Anhang 5 schlüsselt die bisherige Zusammensetzung nach Mitgliedstaaten der Europäischen Region auf):
  - Land noch nie im Exekutivrat vertreten (obschon vor 1991 Mitglied der WHO)
  - Land vor mehr als 20 Jahren im Exekutivrat vertreten (siehe Anhang 5, Tabelle 3).
- c) Kein Land sollte zugleich im Exekutivrat und im SCRC vertreten sein.
- d) Frühere Mitgliedschaft im SCRC ist von Vorteil.
- e) Die erfolgte Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung sollte mitberücksichtigt werden.

### Kriterien für den Kandidaten

14. Artikel 24 der WHO-Satzung bestimmt: *„Die Gesundheitsversammlung wählt unter Berücksichtigung einer ausgewogenen geographischen Verteilung die Mitglieder, die berechtigt sind, eine Persönlichkeit für den Rat zu benennen. Jedes dieser Mitglieder soll eine Persönlichkeit mit Fachkenntnissen im Gesundheitswesen in den Rat entsenden ...“*. Die ernannten Personen sind die offiziellen Vertreter der Mitgliedstaaten.

15. Den Mitgliedstaaten werden folgenden Leitlinien für die Auswahl von Kandidaten vorgeschlagen:

- a) gegenwärtig (oder bis vor kurzem) bei Gesundheitsbehörden des Landes eng am politischen Entscheidungsprozess tätig,
- b) Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen,
- c) Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation innerhalb des Landes und zwischenstaatlich,

- d) Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen und bzw. oder fachbetonten Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich),
- e) Verfügbarkeit und Engagement,
- f) Geschlecht (insbesondere Kandidatinnen sind aufgerufen).

## Geografische Verteilung

16. Artikel 24 der WHO-Satzung fordert von der Weltgesundheitsversammlung eine Berücksichtigung der geografischen Verteilung bei der Mitgliedschaft im Exekutivrat. Die Notwendigkeit einer chancengleichen geografischen Verteilung wird in Regel 14.2.1 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees wiederholt: „Das Regionalkomitee hat bei der Wahl der Mitglieder des Ständigen Ausschusses die Notwendigkeit einer gerechten geographischen Verteilung und die angemessene Vertretung der Interessen der Region zu berücksichtigen und außerdem zu beachten, dass alle Mitgliedstaaten der Region im Laufe der Zeit die Möglichkeit haben müssen, an der Arbeit des Ständigen Ausschusses teilzunehmen ...“. Eine angemessene geografische Repräsentanz ist von entscheidender Bedeutung, jedoch durch die Zuordnung in feste Gruppen nur schwer zu erreichen.

17. In den vergangenen Jahren hat der SCRC verschiedentlich den Versuch unternommen, Vorschläge für mögliche Gruppierungen zu unterbreiten, gelangte jedoch nie zu einer klaren Empfehlung in dieser Frage.

18. Kriterien für eine geografische Verteilung sind offenbar von entscheidender Bedeutung. Sie ließen sich durch eine Gruppierung der Länder nach folgendem Muster erfüllen:

Geografische Gruppierung	Anzahl Länder	Prozentualer Anteil an Mitgliedstaaten der Region	Anzahl Sitze im Exekutivrat	
			Bis Mai 2002/ Seit Mai 2003	Geschätzte Anzahl Sitze
„Nord“*	17	32,69	4/3	3
„Süd“*	15	28,85	2/2	2
GUS*	12	23,08	1/2	2 oder 1
„Südost“	8	15,38	0/0	0 oder 1

\* Gruppierung mit einem der drei „semi-permanenten“ Mitgliedstaaten

### **I. Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) und südeuropäische Länder: 32 Länder (5 Sitze)**

EU: 26

EFTA und südeuropäische Länder: Island, Norwegen, Schweiz, Andorra, Monaco, San Marino

Unterteilt in zwei Untergruppen:

„Nord“ Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Slowakei, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich

„Süd“ Andorra, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Malta, Monaco, Österreich, Portugal, San Marino, Schweiz, Slowenien, Spanien, Ungarn, Zypern

## II. GUS + „Südost“: 20 Länder (2 Sitze)

Unterteilt in zwei Untergruppen:

<b>GUS</b>	Armenien, Aserbaidshan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland
<b>„Südost“</b>	Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Israel, Rumänien, Serbien und Montenegro, Türkei

19. Der Unterausschuss hält es für wünschenswert, dass sich die Länder der einzelnen Gruppierungen einvernehmlich darüber verständigen, welche Länder Kandidaten aufstellen, sieht aber auch die Möglichkeit eines alphabetischen Rotationsprinzips in jeder Gruppe.

### Ständige Mitgliedschaft der „semi-permanenten“ Mitglieder des Exekutivrats im Allgemeinen Ausschuss und im Ausschuss für Nominierungen der Weltgesundheitsversammlung

20. Es ist seit langer Zeit Praxis, die „semi-permanenten“ Mitglieder des Exekutivrats für durch Wahl zu besetzende Posten der Weltgesundheitsversammlung zu nominieren (für den Allgemeinen Ausschuss und den Ausschuss für Nominierungen). Der Unterausschuss des SCRC ist nicht der Auffassung, dass sich die „Semi-Permanenz“ auf Nominierungen für Sitze in diesen Ausschüssen der Weltgesundheitsversammlung auswirken sollte.

### Die Empfehlungen im Überblick

21. Geleitet von dem Prinzip der über längere Zeit ausgeglichenen Chancen aller Länder zur Teilnahme an der Arbeit des Exekutivrats, empfiehlt der Unterausschuss des SCRC ab 2004 folgende Maßnahmen umzusetzen:

- a) fünf objektive Kriterien für den Mitgliedstaat, wie unter Ziffer 13 ausgeführt,
- b) Leitlinien zu den Kandidaten, wie unter Ziffer 14 und 15 ausgeführt,
- c) geografische Gruppierungen, wie unter Ziffer 16 bis 19 ausgeführt,
- d) Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO,
- e) Änderung des Turnus der drei „semi-permanenten“ Mitglieder (drei Jahre Mitgliedschaft in sechs Jahren), beginnend mit dem Vereinigten Königreich im Jahr 2007, gefolgt von der Russischen Föderation im Jahr 2008 und Frankreich im Jahr 2009,
- f) Auswertung der Erfahrungen aus der Umsetzung dieser Empfehlungen und Berichterstattung des SCRC auf der 60. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2010.

## Anlage 1

### **Auszug aus dem Bericht über die 52. Tagung des Regionalkomitees für Europa**

#### **Empfehlungen zu Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat**

Der Vorsitzende des SCRC erinnerte daran, dass am 13. und 14. Juni 2002 in Genf im Anschluss an inoffizielle Sondierungsgespräche mit Mitgliedstaaten bzw. deren Ständigen Vertretungen während der 109. Tagung des Exekutivrats eine Sondersitzung des SCRC stattgefunden habe, die dem Thema der Vertretung der Europäischen Region im Exekutivrat gewidmet gewesen sei und zu der alle Mitgliedstaaten der Region eingeladen gewesen seien. Der SCRC habe sofort anschließend in einer geschlossenen Sitzung die bei dieser Gelegenheit angestellten Beobachtungen und abgegebenen Empfehlungen befürwortet.

Das Thema der Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat habe drei Aspekte, nämlich die eigentlichen Kriterien, die Frage der geografischen Ländergruppierungen und die informelle freiwillige Vereinbarung mit den ständigen Mitgliedern des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen.

Da es das Vorrecht der Länder sei, ihre Vertreter für den Exekutivrat zu bestimmen, sei sich der SCRC einig gewesen, dass die in Anhang 3 des Dokuments EUR/RC52/3 dargelegten Kriterien nicht als Vorschrift interpretiert werden dürften, sondern eher als Leitlinien dienen müssten, obwohl sie vom Regionalkomitee noch nicht offiziell angenommen worden seien. Teilregionale Gruppierungen seien theoretisch ein verlockender Gedanke, ließen sich in der Praxis allerdings nur schwer vornehmen, weshalb der SCRC vorschläge, die Angelegenheit erneut zu beraten.

Im Hinblick auf die „semi-permanente“ bzw. halbständige Mitgliedschaft im Exekutivrat empfehle der SCRC, die vom Regionalkomitee auf dessen 49. Tagung vereinbarte zwischenzeitliche Regelung bis zu deren Auslaufen im Jahr 2006 beizubehalten und das Regionalkomitee im Jahr 2003 erwägen zu lassen, für die betreffenden Länder (d. h. das Vereinigte Königreich ab 2007, die Russische Föderation ab 2008 und Frankreich ab 2009) eine Periodizität der Größenordnung drei von sechs Jahren einzuführen. Der SCRC empfehle außerdem, die derzeitige Regelung vor der 53. Tagung im Jahr 2003 zu evaluieren, und habe auf seiner Sitzung am 15. September 2002 den Zweck bzw. die Aufgabenbeschreibung einer solchen Evaluierung befürwortet.

Das Regionalkomitee stellte sich hinter die auf der Sondersitzung des SCRC im Juni erzielte Kompromisslösung unter der Bedingung, dass ihr kein offizieller Status zukomme und sie nur eine weitere Übergangsmaßnahme auf dem Weg zu einer gleichberechtigten Vertretung darstelle, wie sie in der Satzung der WHO vorgesehen sei. Deshalb wurde vereinbart, das Regionalkomitee möge mit Unterstützung des SCRC weiter an der Aufstellung objektiver Kriterien, u. a. zu der geografischen Verteilung, arbeiten und den Gruppierungsgedanken weiter untersuchen. Außerdem stimmte das Regionalkomitee zu, den SCRC anhand der vom SCRC befürworteten Aufgabenbeschreibung mit der Evaluierung der derzeitigen Regelung zu beauftragen und um die Vorlage eines erneuten Berichts beim 53. Regionalkomitee zu bitten.

## Anlage 2

### **Aufgabenbereich der Evaluierung zu Fragen der Mitgliedschaft im Exekutivrat:**

#### **Bei der Wahl von Mitgliedern für den Exekutivrat im WHO-Regionalkomitee seit Anfang der 90er Jahre angewendete Grundsätze und Verfahren**

1. Seit über zehn Jahren diskutiert man in der Europäischen Region eingehend über Fragen der Mitgliedschaft im Exekutivrat der WHO, hauptsächlich aufgrund der erheblich gestiegenen Zahl der Mitgliedstaaten in der Region. Das Regionalkomitee musste auf die Situation der wesentlich erweiterten Mitgliederzahl reagieren und beschloss deshalb 1993 u. a., einen Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) zu etablieren.
2. Vor einigen Jahren, nämlich auf der 47. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 1997 (RC47), wurde der SCRC gebeten, sich mit den Prinzipien der Verteilung der europäischen Sitze im Exekutivrat zu befassen, u. a. auch mit der „Gentlemen's Vereinbarung“ einer semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat, und seine Empfehlungen im Jahr 1998 beim RC48 vorzutragen.
3. Bei der Aussprache während der 48. Tagung des Regionalkomitees war man sich allgemein einig, dass die Auswahlkriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat dahingehend geändert werden müssten, dass sichergestellt sei, dass die Region und ihre Politik in den Aussprachen des Exekutivrats stark vertreten seien; da es sich jedoch um ein komplexes Thema handelte, wurde der SCRC gebeten, seine Arbeit fortzusetzen und beim RC49 im Jahr 1999 darüber zu berichten.
4. Am 15. und 16. Juli 1999 erörterte der SCRC bei einer Sondersitzung die Frage der semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat. Der Bericht über diese Sondersitzung wurde wie vereinbart den Delegierten des RC49 vorgelegt, die die vom SCRC gemachten Vorschläge annahmen, für die drei derzeitigen semi-permanenten Mitglieder des Exekutivrats eine zwischenzeitliche Regelung zu treffen und im Jahr 2003 ein neues System einzuführen, wonach anhand objektiver Kriterien wie der geografischen Verteilung und anderer Elemente Einigung über die Kandidaten erzielt werden würde, in Übereinstimmung mit den dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 zugrunde liegenden Prinzipien der Solidarität und Transparenz.
5. In der Folge bildete der SCRC im Jahr 2000 eine Untergruppe, die sich mit den Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat befasste. Der SCRC legte die Ergebnisse der Arbeit seiner Untergruppe im Jahr 2001 beim RC51 vor, wobei angemerkt wurde, dass er noch nicht imstande sei, zu den Fragen der semi-permanenten Mitgliedschaft und der geografischen Gruppierung eine endgültige Empfehlung abzugeben. Die Delegierten des RC51 vereinbarten weitere Konsultationsrunden mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zu den Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, genauer gesagt zu den strittigen Punkten der geografischen Gruppierung und der semi-permanenten Mitgliedschaft, und baten den SCRC, seine Arbeit fortzusetzen und beim RC52 im Jahr 2002 darüber Bericht zu erstatten.
6. Anfang 2002 wurden alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region informell nach ihren Ansichten zur Nominierung bzw. Wahl von Exekutivratmitgliedern aus der Region befragt, was die Konsensbildung fördern sollte.
7. Diese Konsultationen gestalteten sich als eine offene Sondersitzung des SCRC, die am 13. und 14. Juni 2002 in Genf stattfand und zu der alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region eingeladen waren. Gemäß der bei diesem Treffen einvernehmlich erzielten Vereinbarung beschloss der SCRC, seine Untergruppe zu Fragen der Mitgliedschaft im Exekutivrat zu reaktivieren und sie mit der ausschließlichen Aufgabe zu betrauen, den Zweck der Evaluierung zu klären. Die Aufgabenbeschreibung sollte der SCRC beim RC52 im September 2002 vorlegen, und die Ergebnisse der Evaluierung sollten danach beim RC53 im Jahr 2003 vorliegen.

8. Die Mitglieder der Untergruppe trafen sich deshalb am 5. September 2002 und einigten sich auf die folgende Aufgabenbeschreibung, die dem SCRC zur Befürwortung unterbreitet wurde:
- Entwicklung von Arbeitsmethoden und messbaren Kriterien zur Durchführung einer wirksamen Evaluierung der derzeit in der Europäischen Region geltenden inoffiziellen und freiwilligen Vereinbarungen für die Wahl von Kandidaten der Region zum Exekutivrat,
  - Zusammenstellung und Analyse von Informationen und Erfahrungen hinsichtlich der seit Anfang der 90er Jahre in der Europäischen Region geltenden Verfahren für die Wahl von Exekutivratsmitgliedern,
  - Vergleich der Auswahlverfahren der Europäischen Region mit den in anderen WHO-Regionen geltenden Regelungen,
  - Ausarbeitung eines abschließenden Berichts mit kurzen Konklusionen und Vorlage des Berichts beim RC53.

Anlage 3

**Stand der Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung durch Mitgliedstaaten der Europäischen Region mit Stichtag 1. Mai 2003.**

<b>Land</b>	<b>Annahme</b>
Albanien	
Andorra	31. März 1999
Armenien	
Aserbaidschan	
Belgien	8. März 1999
Bosnien-Herzegowina	
Bulgarien	
Dänemark	20. Januar 1999
Deutschland	9. Januar 2003
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	9. März 1999
Estland	
Finnland	14. Juli 1998
Frankreich	5. Oktober 2000
Georgien	
Griechenland	7. Dezember 1998
Irland	26. Juni 2002
Island	29. Mai 2002
Israel	
Italien	
Kasachstan	
Kirgisistan	
Kroatien	29. Juni 2000
Lettland	
Litauen	
Luxemburg	28. August 2000
Malta	29. März 2000
Monaco	
Niederlande	8. Juni 1999
Norwegen	25. Oktober 1999
Österreich	
Polen	
Portugal	
Republik Moldau	
Rumänien	22. Juni 1999
Russische Föderation	
San Marino	5. November 1998
Schweden	16. September 1998
Schweiz	13. November 1998
Serbien und Montenegro	
Slowakei	
Slowenien	21. Oktober 1998
Spanien	26. September 2001
Tadschikistan	21. Juli 1998
Tschechische Republik	12. November 2002
Türkei	22. August 2002
Turkmenistan	
Ukraine	
Ungarn	
Usbekistan	
Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland	15. Juni 2001
Weißrussland	

## Anlage 4

### Analyse der Möglichkeiten für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat, Teil I

Die wichtigsten Wege zur Verbesserung der Chancen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat sind:

- 1) eine Erhöhung der verfügbaren Sitze,
- 2) eine Verlängerung der Pause zwischen den Amtszeiten der drei „semi-permanenten“ Länder,
- 3) eine Beendigung der Praxis der „Semi-Permanenz“.

#### Zweck der Analyse

Abschätzung der Folgen unterschiedlicher Handhabung der „Semi-Permanenz“ für die Chancen der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Region, in den Exekutivrat gewählt zu werden.

#### Hintergrundinformationen und Voraussetzungen

- Sieben Sitze des Exekutivrats sind für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region verfügbar.
- Eine Amtszeit im Exekutivrat dauert drei Jahre (deshalb werden Amtszeiten und nicht Jahre als Maß verwendet).
- Ein Land kann jeweils nur einen Sitz im Exekutivrat besetzen. Alle Sitze sind jederzeit besetzt.
- Die Wahl neuer Mitglieder des Exekutivrats erfolgt zeitlich gestaffelt. Das heißt, die Amtszeit kann bei verschiedenen Sitzen zu verschiedenen Zeitpunkten beginnen (in drei aufeinander folgenden Jahren werden im ersten Jahr zwei, im zweiten Jahr zwei und im dritten Jahr drei frei werdende Sitze neu besetzt).
- Die Nominierung bzw. Wahl der neuen Exekutivratsmitglieder erfolgt zum Teil nach dem Rotationsprinzip (in der Regel gibt es keine baldige Wiederwahl eines Mitglieds in den Exekutivrat), zum Teil nach dem Zufallsprinzip, wobei geografische Verteilung und Verfügbarkeit geeigneter Kandidaten in Betracht gezogen werden. Dennoch ist die Chancengleichheit jedes Mitgliedstaats bei der Wahl eine Grundvoraussetzung. Daher lässt sich die Wahrscheinlichkeit berechnen, indem jedem Mitgliedstaat einfach der gleiche Anteil an verfügbaren Amtszeiten zugeordnet wird.
- Die drei „semi-permanenten“ Länder (Frankreich, die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich) besetzen einen Ratssitz in drei von vier Jahren, d. h. eine Amtszeit lang, gefolgt von einer einjährigen Unterbrechung.

#### Berechnung der durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit für einen Sitz im Exekutivrat

Diese lässt sich einfach als das Verhältnis aus verfügbaren Sitzen und der Anzahl der sich um diese Sitze bewerbenden Mitglieder errechnen.

Die Anzahl der verfügbaren Sitze wird vermindert um die von den drei „semi-permanenten“ Mitgliedstaaten besetzten Sitze. Da diese jedoch nur zu drei Viertel der Zeit besetzt sind, beträgt der Durchschnitt der durch die „semi-permanenten“ Länder beanspruchten Sitze 2,25. Daraus ergibt sich als Anzahl verfügbarer Sitze  $7 - 2,25 = 4,75$ .

Die Zahl der sich bewerbenden Länder ist gleich der Anzahl aller Mitgliedstaaten abzüglich der drei „semi-permanenten“ Länder, d. h. bislang  $51 - 3 = 48$ .

Die durchschnittliche Chance eines Mitgliedstaats der Europäischen Region auf einen Sitz im Exekutivrat beträgt also danach jederzeit  $4,75/48 = 0,099$ . Mit anderen Worten: Jedes Land müsste ungefähr für eine von zehn Amtszeiten in den Exekutivrat gewählt werden, d. h. einmal alle 30 Jahre.

**Parameter:**

- MS Anzahl der Mitgliedstaaten der Europäischen Region
- S Anzahl der im Exekutivrat für Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Verfügung stehenden Sitze
- SPMS Anzahl der „semi-permanenten“ Mitgliedstaaten
- O „Semi-Permanenz“, angegeben als Amtszeit + Amtspause, d. h. 4 anstelle von 3/4
- Ch Durchschnittliche jederzeitige Chance auf einen Sitz im Exekutivrat (berechenbar als einfaches Verhältnis aus den verfügbaren Sitzen und der Anzahl der sich um sie bewerbenden Länder)
- T Anzahl der für eine volle Rotation der Mitgliedstaaten erforderlichen Amtszeiten
- Y Anzahl der für eine volle Rotation erforderlichen Jahre

**Formeln für die Berechnung von Ch, T, Y:**

$$Ch = (S - (SPMS * (3/O))) / (MS - SPMS)$$

$$T = 1/Ch$$

$$Y = T * 3$$

**Berechnung der Chancen auf einen Sitz im Exekutivrat bei verschiedenen Szenarien**

Szenario	MS	S	SPMS	O	Ch	T	Y
<b>1</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0,169643</b>	<b>5,894732</b>	<b>17,68</b>
2	51	7	3	4	0,098958	10,10526	30,31
3	51	7	3	5	0,108333	9,230769	27,69
4	51	7	3	6	0,114583	8,727273	26,18
5	52	7	3	4	0,096939	10,31579	30,94
6	52	7	3	5	0,106122	9,423077	28,26
7	52	7	3	6	0,112245	8,909091	26,72
<b>8</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0,117347</b>	<b>8,521739</b>	<b>25,56</b>
9	52	8	3	5	0,126531	7,903226	23,70
<b>10</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0,132653</b>	<b>7,538462</b>	<b>22,61</b>
11	51	7	0	1	0,137255	7,285714	21,85
<b>12</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,153846</b>	<b>6,500007</b>	<b>19,50</b>

Vor dem Anstieg der Zahl der Mitgliedstaaten der Europäischen Region in den Jahren 1991–1992 waren die Aussichten auf einen Sitz im Exekutivrat höher, d. h. einmal in 17,68 Jahren (Szenario 1).

Selbst eine völlige Beendigung der Praxis der „Semi-Permanenz“ (Szenario 12) würde die Chancen nicht auf den Stand von vor 1991–1992 zurückbringen.

Geht man von Alternative 1 aus (*acht Sitze für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region verfügbar*), so steigt die durchschnittliche Chance auf Mitgliedschaft auf einmal in 25,56 Jahren (Szenario 8).

In Kombination mit Alternative 2 (*dreijährige Mitgliedschaft im Exekutivrat für „semi-permanente“ Mitgliedstaaten in einem Zeitraum von sechs Jahren*) ergäbe sich eine sehr viel größere Chance auf Mitgliedschaft – einmal in 22,61 Jahren (Szenario 10).

**Deshalb erscheinen zwei Schritte als entscheidend und notwendig für eine Erhöhung der Aussichten eines Mitgliedstaats der Europäischen Region in den Exekutivrat gewählt zu werden:**

- 1) die Erhöhung der Anzahl Sitze für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region,
- 2) die Verlängerung der Amtspause der drei „semi-permanenten“ Länder nach der dreijährigen Amtszeit von einem Jahr auf drei Jahre (Szenario *„dreijährige Amtszeit in einem Zeitraum von sechs Jahren“*).

Anlage 5

**Analyse der Möglichkeiten für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat, Teil II**

Drei Länder waren noch nie Mitglieder des Exekutivrats (obschon sie bereits vor 1991 Mitglied der WHO waren).

Tabelle 1

<b>Anzahl Amtszeiten im Exekutivrat seit 1948*</b>								
<b>Amtszeiten</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>≥7</b>
<b>Land</b>	Albanien Monaco San Marino	Luxemburg Malta	Irland Israel Rumänien Ungarn	Bulgarien Dänemark Finnland Griechenland Island Österreich Portugal Schweiz	Belgien Niederlande Norwegen Schweden Serbien und Montenegro Spanien Türkei	Polen	Deutschland Italien	Frankreich (14) Russische Föderation (13) Vereinigtes Königreich (14)
<b>Anzahl Länder</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

\* Mitgliedschaft der früheren UdSSR weitergeführt durch die Russische Föderation, Mitgliedschaft des früheren Jugoslawiens weitergeführt durch Serbien und Montenegro.

Nach statistischen Berechnungen (siehe Anhang 4) ist die durchschnittliche Chance eines Mitgliedstaats der Europäischen Region (die „semi-permanenten“ Länder ausgenommen) auf eine Mitgliedschaft im Exekutivrat jederzeit ungefähr eins zu zehn (d. h. eine von zehn Amtszeiten oder einmal in 30 Jahren). Das bedeutet, die Umsetzung der Praxis sollte für den Zeitraum nach 1973 analysiert werden.

Tabelle 2

<b>Anzahl Amtszeiten im Exekutivrat seit 1973</b>								
<b>Amtszeiten</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>≥7</b>
<b>Land</b>	Albanien Luxemburg Monaco San Marino	Irland Israel Malta Österreich Rumänien	Belgien Bulgarien Dänemark Finnland Griechenland Island Niederlande Norwegen Portugal Schweden Serbien und Montenegro Schweiz Türkei Ungarn	Italien Polen Spanien	Deutschland			Frankreich (8) Russische Föderation (8) Vereinigtes Königreich (8)
<b>Anzahl Länder</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Vor dem Anstieg der Zahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region im Jahr 1991 erforderte eine volle Rotation ungefähr 18 Jahre.

Es erscheint sinnvoll, diese Zeitspanne „seit 1985“ als objektives Kriterium für die Analyse der Repräsentation der Mitgliedstaaten im Exekutivrat zugrunde zu legen.

Tabelle 3

<b>Anzahl Amtszeiten im Exekutivrat seit 1985</b>						
<b>Amtszeiten</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Land</b>	Albanien Luxemburg Monaco San Marino	Bulgarien Dänemark Finnland Griechenland Irland Israel Malta Niederlande Norwegen Österreich Portugal Rumänien Schweiz Serbien und Montenegro Türkei Ungarn	Belgien Deutschland Island Italien Polen Schweden Spanien			Frankreich Russische Föderation Vereinigtes Königreich
<b>Anzahl Länder</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>