



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa
62. Tagung

Malta, 10.-13. September 2012



Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)





Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa

62. Tagung

Malta, 10.–13. September 2012

Punkt 5 d) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC62/13
+ EUR/RC62/Conf.Doc./7

17. Juli 2012

121495

ORIGINAL: ENGLISCH

Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)

Die Verbesserung der Gesundheitssituation unter Bedingungen der Chancengleichheit ist das oberste Ziel der Weltgesundheitsorganisation. Die Arbeit der WHO für die, mit den und in den einzelnen Mitgliedstaaten spielt beim Erreichen dieses Ziels eine wichtige Rolle.

Die WHO-Regionaldirektorin für Europa bildete daher eine externe Arbeitsgruppe, deren Auftrag es war, die strategischen Beziehungen zu den Ländern zu überprüfen. Die Arbeitsgruppe erstellte einen umfassenden Bericht, den sie der Regionaldirektorin vorlegte. Dieser Bericht wurde dem Regionalkomitee im vergangenen Jahr als Hintergrunddokument (EUR/RC61/BD/1) zur Verfügung gestellt. Die Regionaldirektorin möchte den Mitgliedern der Gruppe für ihre gute Arbeit und ihre wertvollen Beiträge danken.

Das vorliegende Dokument spiegelt die Zukunftsvision der Regionaldirektorin zu der Länderstrategie des Regionalbüros sowie ihre Sichtweise hinsichtlich der Empfehlungen der Arbeitsgruppe wider. Nach einem kurzen Überblick über die Entwicklungen in der Europäischen Region der WHO wird die eigentliche Länderstrategie dargestellt, die mit Blick auf die gegenwärtigen Rahmenbedingungen konzipiert wurde.

Vorläufige Entwürfe dieses Dokuments wurden bei drei Treffen von Vertretern der Mitgliedstaaten aus der gesamten Region diskutiert.

Das Dokument wurde mit Blick auf den fortlaufenden WHO-Reformprozess verfasst und mit den darin enthaltenen Maßnahmen abgestimmt.

Inhalt

	Seite
i	
Abkürzungen	iii
Zusammenfassung	iv
Einleitung – von damals bis heute.....	1
Die heutige Situation.....	2
Die WHO-Reform und ihr Bezug zur neuen Länderstrategie	2
Weshalb bedarf es jetzt einer neuen Länderstrategie?	3
Eine neue Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa	4
Grundwerte und Hauptziele der neuen Länderstrategie.....	4
Die strategische Ausrichtung zum Erreichen dieser Ziele	4
Analyse der bestehenden Herausforderungen, Chancen und Kapazitäten.....	4
Nutzung bestehender Handlungskonzepte und Strategien leitender regionaler und globaler Organe.....	5
Länderübergreifendes Lernen und von der Vielfalt lernen.....	6
Instrumente und Leitlinien.....	7
Effektive Nutzung der WHO-Kooperationszentren sowie nationalen Institutionen aus Wissenschaft, Forschung und Gesundheitswesen	7
Beobachtung und Auswertung der Auswirkungen	7
Umsetzung der Länderstrategie.....	8
Zusammenarbeit mit allen Mitgliedstaaten der Region	8
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf subregionaler Ebene	9
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene.....	12
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten mit WHO-Länderbüro.....	12
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ohne WHO-Länderbüro	14
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten vom Sitz des Regionalbüros aus.....	15
Der Rahmen für die Arbeit der WHO mit den Mitgliedstaaten – CCS und BCA	17
Ressourcen	18
Fazit.....	18
Quellennachweis	18
Glossar.....	19
Anhang 1: WR und NPO in den Länderbüros.....	20
Anhang 2: Finanzielle Beiträge für die Mitgliedstaaten durch fachliche Unterstützung in den Ländern während der letzten drei Zweijahreszeiträume (in Tausend US-\$).....	21
Anhang 3: BCA und CCS	22
Anhang 4. NC und NFP: Aufgabenbereich.....	23

Abkürzungen

AC	assessed contributions (ordentliche Beiträge)
AMS	Activity Management System
BCA	biennial collaborative agreement (zweijährige Kooperationsvereinbarung)
CARNET	central Asian republics health network (Gesundheitsnetzwerk der zentralasiatischen Republiken)
CCS	country cooperation strategy (Länder-Kooperationsstrategie)
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (Landesweit integrierte Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten)
GD SANCO	Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher bei der Europäischen Kommission
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
EPHO	essential public health operation (grundlegende gesundheitspolitische Maßnahme)
EU	Europäische Union
GDO	geographically dispersed office (Außenstelle des Regionalbüros)
GSM	Global management system der WHO
HCP	Healthy Cities project (Gesunde-Städte-Projekt)
GFA	Gesundheit für alle
HIA	health impact assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung)
HIV/Aids	Humaner Immundefizienz-Virus/erworbenes Immundefektsyndrom
HoCO	head of country office (Leiter/in eines Länderbüros)
MOEL	Länder Mittel- und Osteuropas
NC	national counterpart (nationale Ansprechperson)
ND	Northern Dimension (Nördliche Dimension)
NDPHS	Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (Partnerschaft der Nördlichen Dimension für Gesundheit und Soziales)
NFP	national (technical) focal point (nationale fachliche Ansprechperson) der ehemaligen Sowjetunion)
NPO	national professional officer (Nationale/r Fachreferent/in)
NUS	newly independent states of the former Soviet Union (Neue Unabhängige Staaten)
OS	other sources (Sonstige Mittel)
RB	regular budget (Ordentlicher Haushalt)
RHN	Regions for Health Network (Netzwerk „Regionen für Gesundheit“)
RWGCo	External Working Group to review WHO/Europe’s work with countries (Externe Arbeitsgruppe zur Überprüfung der Arbeit der WHO in den Ländern)
SEEHN	South-eastern Europe Health Network (Südosteuropäisches Gesundheitsnetzwerk)
SRC	Strategic Relations with Countries (Strategische Partnerschaften mit Ländern)
SWAps	sector-wide approaches (Sektorweite Konzepte)
Tb	Tuberkulose
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework (Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen)
UNMIK	United Nations Interim Administration Mission in Kosovo (Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo)
VC	voluntary contribution (freiwillige Beiträge)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WR	internationally recruited WHO representative (international rekrutierte/r Repräsentant/in der WHO)

Zusammenfassung

Heute gehört die Europäische Region zu den vielfältigsten und dynamischsten Regionen der WHO. Angesichts der Tatsache, dass in ihr fast 900 Mio. Menschen in 53 Mitgliedstaaten leben, die unterschiedliche Wirtschaftssysteme, politische Systeme, Gesundheitsniveaus und Kulturen haben, braucht die Europäische Region eine neue Länderstrategie. Wachsende Probleme wie Arbeitslosigkeit, Armut, eine alternde Bevölkerung und Kürzungen bei den Staatsausgaben, die das Gesundheitsniveau gefährden könnten, sind nur einige Gründe dafür, dass das WHO-Regionalbüro für Europa seine Arbeit für die, in den und mit den Mitgliedstaaten anpassen muss, damit die Arbeit der WHO weiterhin allen Ländern zugute kommt.

In dieser schwierigen und aufregenden Zeit diskutiert die WHO bereits darüber, wie die Arbeitsweise der Organisation am besten reformiert werden kann, um ihre Effektivität auf allen Ebenen, aber besonders auf Länderebene zu verbessern. Der WHO-Reformprozess erfordert es, dass die Präsenz der WHO in den einzelnen Ländern enger auf die Bedürfnisse, die Prioritäten und die Reaktionsfähigkeit der einzelnen Länder abgestimmt wird.

Die geltende Länderstrategie für die Europäische Region der WHO ist seit über einem Jahrzehnt in Kraft; in der Zwischenzeit hat sich jedoch das politische Umfeld rasant verändert und mit ihr die Prioritäten und die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten. Die vorliegende vorläufige Länderstrategie versucht diesem Wandel durch Vorschläge Rechnung zu tragen, wie die Organisation ihre Ressourcen optimal einsetzen und Belastungen durch unrealistische Zielsetzungen vermeiden kann. Ihr Hauptanliegen ist es, die Arbeit des Regionalbüros für Europa in den Ländern effizienter zu gestalten, indem Kapazitäten der Mitgliedstaaten besser genutzt werden und der Erfahrungsaustausch über die WHO-Länderbüros (also in den Ländern, in denen sie existieren) mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa und des WHO-Hauptbüros effektiver organisiert wird. Die neue Länderstrategie legt die Werte und Grundsätze, auf denen die Arbeit **für** die und **in** den Ländern, aber auch die Zusammenarbeit **mit** den Ländern fußt, dar. Der grundsätzliche Ansatz des Regionalbüros besteht darin, eine regere Beteiligung der Mitgliedstaaten und eine größere Transparenz bei der Entscheidungsfindung sicherzustellen, damit aufgrund der weiteren Konsultationen konkretere Maßnahmen entwickelt werden können. Die Fortschritte im Rahmen des WHO-Reformprozesses werden bereits mitverfolgt und ggf. fortlaufend berücksichtigt.

Eine weitere Neuerung in der vorläufigen Strategie bezieht sich auf die Art und Weise, wie das Regionalbüro auf der regionalen, subregionalen und nationalen Ebene mit den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region zusammenarbeiten will:

- Auf der Ebene der Region beschreibt die Strategie, wie das Regionalbüro die Beiträge der Fachprogramme, seiner Außenstellen sowie der WHO-Kooperationszentren bündelt, um in den Ländern für evidenzbasierte Ansätze zur Lösung gesundheitlicher Probleme zu sorgen.
- Auf der subregionalen Ebene hingegen wird die Zusammenarbeit im Wesentlichen über natürlich gewachsene Bündnisse zwischen Mitgliedstaaten organisiert. Dabei sollen die bestehenden Möglichkeiten genutzt werden, um Wissen, Erfahrung und Ressourcen auszutauschen.
- Auf nationaler Ebene obliegt den WHO-Länderbüros – dort wo sie existieren – die Umsetzung und die Vermittlung der fachlichen Unterstützung auf Länderebene, wobei das Regionalbüro die strategische Aufsicht innehat. In der vorläufigen Strategie wird deshalb erklärt, wie sie weiter gestärkt werden sollen. Dies soll dadurch sichergestellt werden, dass besser auf die Prioritäten und Kapazitäten der Länder reagiert wird. Dafür soll die

Personalbesetzung für die Kernaufgaben wie auch für die Projekte gestärkt werden – unter besonderer Schwerpunktlegung auf die hierzu benötigten Kompetenzen, Fähigkeiten und Schulungen. Die vorläufige Länderstrategie beinhaltet des Weiteren neue Ansätze zur Zusammenarbeit mit Ländern, in denen es kein Länderbüro gibt. Diese sollen bilateral mit dem jeweiligen Mitgliedstaat erörtert werden.

Diese Ansätze werden durch zentrale strategische Ausrichtungen für die nächsten beiden Jahre verstärkt. Hierzu gehören: i) die Analyse der bestehenden Herausforderungen, Möglichkeiten und Kapazitäten; ii) die aktive Nutzung bereits bestehender und von den leitenden Organen auf globaler und regionaler Ebene angenommener Handlungskonzepte und Strategien; iii) das länderübergreifende Lernen und das Lernen aus Diversität; iv) die Entwicklung von Werkzeugen und Leitlinien; v) die aktive Nutzung von universitären, wissenschaftlichen und nationalen Einrichtungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit einschließlich der WHO-Kooperationszentren; und vi) die Prüfung und Evaluierung der Auswirkungen der vorläufigen Strategie und die anschließende Berichterstattung an das Regionalkomitee im Jahr 2014.

Um die Arbeit mit den, in den und für die Länder dokumentieren zu können, muss ein geeigneter Handlungsrahmen gesetzt werden. In der Strategie werden deshalb neue Handlungsweisen dargestellt, mit denen das Regionalbüro seine Arbeit auf länderspezifischer, länderübergreifender und multilateraler Ebene auf eine geeignetere Grundlage stellen möchte. In der Strategie wird namentlich auf bestehende zweijährige Kooperationsvereinbarungen (biennial collaborative agreements – BCA) und die Entwicklung von Länder-Kooperationsstrategien (country cooperation strategies – CCS) in allen Ländern der Region Bezug genommen.

Einleitung – von damals bis heute

1. Nach der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 wurde 1952 das Regionalbüro für Europa eingerichtet. In der Anfangszeit wurde lediglich in der Türkei eine WHO-Vertretung unterhalten, wohingegen in anderen Ländern die Präsenz der WHO durch die Festlegung von Normen, Standards und Leitlinien, durch Publikationen und durch die Zusammenarbeit bei einer Vielzahl überwiegend vertikaler Programme spürbar wurde. Über diese begründete die WHO den Wert der „länderübergreifenden“ Zusammenarbeit.

2. 1985 einigten sich die damals 32 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region auf ihre erste gemeinsame gesundheitspolitische Strategie, die sie „Gesundheit für alle“ (GFA) nannten und die seither in regelmäßigen Abständen aktualisiert wurde (1). In den 1990er Jahren erlebte die Europäische Region der WHO signifikante politische Veränderungen, die dazu führten, dass die Zahl der Mitgliedstaaten schrittweise bis auf 53 anwuchs.

3. Die politischen und wirtschaftlichen Umwälzungen in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) und in den Neuen Unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion (NUS) hatten schwerwiegende Auswirkungen auf die sozialen Determinanten von Gesundheit. Die Auflösung des sozialen Gefüges, hohe Arbeitslosigkeit, ein merklicher Rückgang der Kaufkraft, die Verknappung von Gütern wie Impfstoffen und Arzneimitteln, aber auch anderen Verbrauchsgütern sowie veränderte Lebensgewohnheiten, insbesondere in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum sowie Ernährung, führten zu einer höheren Inzidenz übertragbarer und nicht-übertragbarer Krankheiten und demzufolge zu einer Erhöhung von Mortalität und Morbidität.

4. Das Regionalbüro reagierte auf diese neuen Herausforderungen schnell. Das „Eurohealth-Programm für die verstärkte Zusammenarbeit mit Mittel- und Osteuropa und den Neuen Unabhängigen Staaten“ wurde 1990 vom Regionalkomitee gebilligt, damit Maßnahmen für diesen Teil der Region entwickelt bzw. angepasst werden konnten (2). Etwa zwei Drittel der Arbeit des Regionalbüros beschäftigte sich mit diesen Ländern.

5. Um die Umsetzung dieses Programms zu erleichtern, wurde eine Abteilung für die Gesundheit in den Ländern eingerichtet. Die einzelnen Länder wurden jeweils einem Referat zugeordnet, dem ein Referent im höheren Dienst und einige weitere Mitarbeiter angehörten. In den Ländern Mittel- und Osteuropas wurde jeweils ein mit einem nationalen Referenten und einer Bürokraft besetztes Verbindungsbüro eingerichtet. Diese Büros sollten als Nahtstelle zwischen dem jeweiligen Land und dem Regionalbüro fungieren.

6. Trotz stark eingeschränkter Haushaltsmittel wurde viel erreicht, wie die Auswertung des Eurohealth-Programms ergab, und die fachliche Arbeit des Regionalbüros erreichte über die mit Eurohealth geschaffene Infrastruktur die Zielländer. Die Infrastruktur besteht immer noch, auch wenn sie im folgenden Jahrzehnt weiterentwickelt wurde. Während dieser Jahre stärkte das Regionalbüro zwar weiter die länderübergreifende Arbeit und unterstützte Mitgliedstaaten in fachlicher Hinsicht (auch in Grundsatzfragen), doch begann es jetzt auch damit, Gesundheitstrends zu beobachten und die Länder bei der Umsetzung der Ergebnisse seiner normativen Arbeit in nationale Konzepte und Leitlinien zu unterstützen.

7. Nach der Jahrtausendwende führte das Regionalbüro unter dem Motto „Die Dienste den Anforderungen anpassen“ (3) eine neue Strategie ein, welche die spezifische Arbeitsweise der Länder stärker berücksichtigte und den Prioritäten der Länder in der bilateralen Zusammenarbeit mehr Gewicht verschaffte. Sowohl fachliche als auch administrative Bereiche wurden umfassend dezentralisiert. Die Länderbüros wurden weiter gestärkt und erhielten auch Unterstützung vom „Helpdesk“ unter dem Büro des Regionaldirektors. Während sich das Hauptaugenmerk auf

die hilfsbedürftigsten Länder richtete, wurde die Zusammenarbeit mit den Ländern im Westen und Norden der Region über etablierte Netze und innerhalb der länderübergreifenden Programme besonders durch „Zukunftsforen“ fortgesetzt. Die 2001 eingeführten Zukunftsforen sollten einen neutralen Rahmen schaffen, in dem hochrangige Entscheidungsträger Erfahrungen mit der Inangriffnahme und Lösung konkreter konzeptioneller Fragen austauschen konnten (4). Die Länder wurden weiterhin auf Anfrage durch die Fachprogramme im Regionalbüro und dessen Außenstellen unterstützt.

Die heutige Situation

8. Heute gehört die Europäische Region zu den vielfältigsten und dynamischsten Regionen der WHO. Sie umfasst 53 Mitgliedstaaten mit einer Gesamtbevölkerung von fast 900 Millionen Menschen, die sich in wirtschaftlicher, politischer, gesundheitlicher und kultureller Hinsicht deutlich voneinander unterscheiden. Leider haben Arbeitslosigkeit und Armut während der Finanzkrise zugenommen und letztere bestimmt noch immer die Tagesordnung der meisten Mitgliedstaaten. Eine Kürzung öffentlicher Ausgaben könnte die Gesundheit gefährden und die Konsequenzen der Wirtschaftskrise werden sich in ihrer Gänze vielleicht erst nach Jahren zeigen. Das augenfälligste demografische Merkmal der Europäischen Region ist ihre alternde Bevölkerung.

9. Vor diesem Hintergrund ist ein nennenswerter Anstieg des Haushaltsvolumens des Regionalbüros nicht zu erwarten. Andererseits bedeutet der politische und wirtschaftliche Aufstieg bestimmter Mitgliedstaaten, dass diese jetzt nicht nur auf eigenen Füßen stehen, sondern auch in der Lage sind, anderen Ländern der Region Hilfe anzubieten. Darüber hinaus kann sich die Europäische Region der WHO glücklich schätzen, dass sie über viele der weltweit renommiertesten Einrichtungen in Wissenschaft und Forschung sowie im Bereich der öffentlichen Gesundheit verfügt – und damit über einen enormen Fundus an Fachwissen.

10. In der Europäischen Region hat sich die Gesundheitssituation insgesamt verbessert, allerdings nicht so schnell, wie sie es könnte und sollte. In mancher Hinsicht hat sich die Situation sogar verschlechtert, insbesondere mit Blick auf eine sich öffnende Schere zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und die Zunahme von Kinderarmut. Es gibt nach wie vor Brennpunkte, die von schwerwiegenden Gesundheitsproblemen und extremer Armut gekennzeichnet sind und wo Abhilfe dringend erforderlich ist. Außerdem gibt es erhebliche, korrigierbare Unterschiede unter wie auch in den Ländern in Bezug auf die gesundheitliche Gesamtsituation.

11. Eine detaillierte Zustandsbeschreibung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region wird der *Europäische Gesundheitsbericht 2012* enthalten.

Die WHO-Reform und ihr Bezug zur neuen Länderstrategie

12. In dieser schwierigen wie spannenden Zeit prüft die WHO bereits, wie die Arbeitsweise der Organisation am besten reformiert werden sollte, um eine gesunde Zukunft zu sichern. Dazu gehört eine verbesserte Wirksamkeit der WHO auf der Länderebene. Die Präsenz der WHO in den einzelnen Ländern wird noch weiter auf deren Möglichkeiten, Bedürfnisse und Prioritäten abgestimmt. Das Regionalbüro für Europa ist eng in diesen Reformprozess eingebunden, so dass betriebliche Verbesserungen sowohl den Besonderheiten der Region Rechnung tragen als auch mit den Reformvorschlägen auf der globalen Ebene vereinbar sind.

13. Die Umsetzung des Reformprozesses wird selbstverständlich einige Zeit in Anspruch nehmen. Da die Wirtschaftskrise die Europäische Region besonders schwer getroffen hat, ist es dringend erforderlich in der Zwischenzeit die Länder so effektiv und effizient wie möglich zu

unterstützen. Daher erscheint es angemessen, in den kommenden zwei Jahren eine vorläufige Länderstrategie zu verfolgen und dadurch der Region rasche Fortschritte der WHO zum Nutzen *aller* Mitgliedstaaten zu ermöglichen. Das hilft dem Regionalbüro auch, Ressourcen und strategische Vorteile der WHO optimal zu nutzen und neue Arbeitsformen zu erproben. Die Fortschritte werden evaluiert und dem Regionalkomitee wird 2014 Bericht erstattet, wenn auch der Reformprozess der WHO abgeschlossen ist. Auch das neue Rahmenkonzept der Europäischen Region „Gesundheit 2020“ wird zu diesem Zeitpunkt bereits umgesetzt, sodass es an der Zeit sein wird, die seit 2012 auf Länderebene erzielten Fortschritte zu bewerten und zu überprüfen, ob die Arbeitsweise der WHO in der Europäischen Region weiterhin mit der Philosophie der globalen Reform übereinstimmt. Danach soll eine längerfristige Länderstrategie ausgearbeitet werden.

Weshalb bedarf es jetzt einer neuen Länderstrategie?

14. Warum ist also zum jetzigen Zeitpunkt eine neue Länderstrategie erforderlich? Die bisherige Strategie trat vor über einem Jahrzehnt in Kraft und in der Zwischenzeit haben sich die politischen Rahmenbedingungen rapide verändert. In dem heutigen wirtschaftlichen Umfeld bedarf es einer Antwort auf die Frage, wie die Organisation ihre Ressourcen wirksamer nutzen kann, auch um Belastungen durch unrealistische Zielsetzungen zu vermeiden. Außerdem ist es an der Zeit, das Gleichgewicht früherer Jahre wiederherzustellen, so dass die Länder mit einem besonderen Bedarf weiter in angemessener Form Unterstützung erhalten, dass jedoch *alle* Länder in der Europäischen Region unterstützt werden, wenn sie dies benötigen.

15. Die Reformanstrengungen der WHO, die auf der Arbeit der vergangenen Jahrzehnte aufbauen, werden in die neue Länderstrategie integriert, die sich an *alle* Mitgliedstaaten in dieser so heterogenen Europäischen Region richtet. Sie zielt darauf ab, die Arbeit der WHO effizienter zu gestalten, in dem die Möglichkeiten der Mitgliedstaaten stärker berücksichtigt werden und der Erfahrungsaustausch effektiver organisiert wird. Alle Länder werden dazu ermutigt, zusammenzuarbeiten und ihren Beitrag zur Umsetzung dieser gemeinsamen Ziele zu leisten, um die Gesundheitssituation verbessern und gesundheitliche Ungleichgewichte in Europa abbauen zu können.

16. Die Arbeit der WHO in den Ländern der Europäischen Region wird durch das Regionalbüro geleitet (in länderübergreifenden, multilateralen und länderspezifischen Einsätzen) und durch umfassende fachliche Beiträge und neueste Erkenntnisse aus den Außenstellen, Kooperationszentren und Netzwerken bereichert. Die Arbeit auf Länderebene wird von der umfassenden Fach- und Sachkompetenz des Regionalbüros profitieren, ggf. auch mit Unterstützung durch das WHO-Hauptbüro. Die WHO-Länderbüros werden in den 29 Ländern, in denen sie heute existieren, weiter eine bedeutsame Aufgabe wahrnehmen.

17. Dies ist jedoch kein Aktionsplan. Detaillierte Antworten auf die Frage, wer genau was, wann und wie macht, werden nicht jetzt, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gegeben. Dagegen ist beabsichtigt, die Werte, die Prinzipien und die neuen Ansätze für die Arbeit *für* die, *in* und *mit* den Ländern sowie die grundlegende strategische Ausrichtung für die nächsten zwei Jahre darzulegen. Die Planung einer Strategie ist kein abschließender Prozess und kann nicht ohne eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure geschehen. Deshalb wird sich das WHO-Regionalbüro für Europa parallel zu den Diskussionen im Rahmen des WHO-Reformprozesses und des sich langsam abzeichnenden Konsenses über die allgemeine strategische Ausrichtung weiterhin wie vereinbart in transparenter Weise mit den Ländern der Region beraten und sich bei konkreten Prioritäten und Themen anpassen. In der Zwischenzeit soll die in dieser vorläufigen Länderstrategie dargelegte Arbeit erfolgen. Dabei sollen der institutionelle Rahmen ausgebaut und die Maßnahmen für Weiterbildung und Kapazitätsaufbau weiter verstärkt werden. Auf Länderebene soll der Austausch von Informationen und bewährten Praktiken

unterstützt und die Ausarbeitung von Kooperationsstrategien (CCS) mit den interessierten Ländern vorangetrieben werden.

Eine neue Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

Grundwerte und Hauptziele der neuen Länderstrategie

18. Die neue Länderstrategie fußt in erster Linie auf den gemeinsamen, in der Satzung der WHO festgehaltenen Werten und ist eindeutigen Handlungsprinzipien verpflichtet. Dazu zählt: i) dass die Länderstrategie dazu beiträgt, die gesundheitlichen Ergebnisse zu verbessern, Lücken in den Gesundheitssystemen zu schließen und diese allgemein zu stärken, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung weiter zu verbessern und bestehende Ungleichgewichte in Europa zu verkleinern; ii) dass alle Mitgliedstaaten in der Lage sind, sowohl von der Arbeit der WHO auf Länderebene zu profitieren als auch ihren Beitrag zu dieser Arbeit zu leisten, wobei jedes Land seinen Bedürfnissen und Stärken entsprechend agiert, und dass sie dabei unterstützt werden, vorhandene und neue Erkenntnisse für ihre nationalen Entscheidungsprozesse zu nutzen; iii) dass die begrenzten Ressourcen in Bezug auf Zeit, Finanzierung, Wissen und Personal beim Regionalbüro und in den Ländern optimal genutzt werden; iv) dass die Heterogenität der Region dazu führt, dass alternative Möglichkeiten zur Bewältigung von Herausforderungen und zur Nutzung sich bietender Chancen erlernt und weiterentwickelt werden, und dass ein effizienter und effektiver Erfahrungs- und Informationsaustausch gefördert wird; v) dass proaktiv, vorausschauend und anpassungsfähig gearbeitet wird, um sicherzustellen, dass auf neu entstehende Herausforderungen und Chancen schnell reagiert wird; und vi) dass die Abläufe, Aufgabenbereiche und Strukturen etabliert sind und die Stellenbesetzung abgeschlossen ist, um die Ziele der Arbeit der Organisation mit den Ländern und für die Länder zu erreichen; dies soll durch eine engere Verknüpfung der Arbeiten auf länderspezifischer, länderübergreifender und multilateraler Ebene geschehen, um sicherzustellen, dass eine gegenseitige Bereicherung stattfindet.

19. Die Vorgehensweise beruht auf den Erfahrungen der Vergangenheit, als noch eine etwas künstliche Trennung zwischen der Arbeit auf länderspezifischer, auf länderübergreifender und auf multilateraler Ebene bestand. Die neue Länderstrategie soll den länderübergreifenden Ansatz stärken und sich multilaterale Initiativen zu Nutze machen, um einen deutlich wirksameren Wissens- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Dies geht über die traditionelle länderspezifische Arbeitsweise hinaus, die in der letzten Länderstrategie so stark betont wurde. Die länderspezifische Arbeit wird über eine klare, vom Regionalbüro ausgegebene strategische Ausrichtung weiter gestärkt, wobei auf die evidenzbasierte Arbeit der länderübergreifenden und multilateralen Ansätze aufgebaut wird. In Zeiten wirtschaftlicher Krise wird diese geänderte Art der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten samt einer besseren Ausschöpfung der Ressourcen auf sämtlichen Ebenen der Organisation und in den Mitgliedstaaten als Schritt in die Richtung wirtschaftlicheren und ergebnisorientierteren Arbeitens gesehen.

Die strategische Ausrichtung zum Erreichen dieser Ziele

Analyse der bestehenden Herausforderungen, Chancen und Kapazitäten

20. Wenn sie Fortschritte erzielen wollen, müssen Mitgliedstaaten und Regionalbüro sich ihrer jetzigen Lage sowie der Möglichkeiten und Herausforderungen der kommenden Jahre voll bewusst sein und die wichtigsten Wissensquellen zusammenführen. Für die Analyse der Herausforderungen und Möglichkeiten für die Arbeit auf Länderebene werden hauptsächlich sechs Informationsquellen zu Rate gezogen. Diese sind: i) aktuelle Resolutionen und Vereinbarungen des Regionalkomitees; ii) die GFA-Datenbank und andere Datenbanken sowie Länderinformationen, die im Rahmen von Fachprogrammen beim Regionalbüro, seinen Außenstellen bzw. in

Länderbüros gesammelt wurden; iii) Informationen aus Netzwerken wie „Gesunde Städte“, „Regionen für Gesundheit“, „Gesundheitsfördernde Schulen“ und andere Arten der länderübergreifenden Zusammenarbeit; iv) Informationen aus der Arbeit subregionaler Netzwerken (z. B. Südosteuropäisches Gesundheitsnetzwerk, Netzwerke der baltischen und der nordischen Länder und der Länder der Europäischen Union (EU)); v) Informationen von WHO-Kooperationszentren und von beteiligten Forschungseinrichtungen; vi) Informationen aus eigenen Analysen der Länder. Eine regelmäßig aktualisierte Übersicht der Informationen dieser Quellen wird den Dialog mit den Ländern über die Herausforderungen, Möglichkeiten und Prioritäten befruchten. Hierfür können auch Partnerschaften eingegangen werden, auch gemeinsam mit anderen Organisationen.

21. Bei der Durchführung dieser Analyse werden die Länder nicht nur danach gefragt, welche Art der Unterstützung sie benötigen, sondern auch danach, welchen Beitrag sie zu der Arbeit der WHO für die Länder sowie mit ihnen und in ihnen leisten können. Ein solcher Beitrag kann finanzieller oder organisatorischer Art sein, wie z. B. für die Bildung einer Untergruppe zur Klärung spezifischer Fragen. Es kann auch ein Beitrag zur Verbesserung des Datenbanksystems der WHO sein: durch Bereitstellung zeitnaher Informationen und interessanter Fallstudien; durch Erprobung neuer Arbeitsmethoden im Rahmen von Pilotprojekten; durch Erfüllung einer Funktion als Gutachter oder Berater oder im Rahmen einer Partnerschaft für andere Länder, Regionen oder Städte. Der Bestand an institutionellen und fachlichen Kapazitäten der Länder, die zugunsten anderer Länder oder Regionen verwendet werden könnten, wird eingehend untersucht werden, um Pilotprojekte mit solchen Kapazitäten auf bilateraler, multilateraler oder subregionaler Basis zu ermöglichen. Da das WHO-Regionalbüro für Europa künftig vermehrt auf die Vereinbarung von Länderkooperationsstrategien setzen will, sind diese Informationen von zentraler Bedeutung, denn durch sie können Ressourcen effektiver erfasst und geteilt werden.

Nutzung bestehender Handlungskonzepte und Strategien leitender regionaler und globaler Organe

22. Im Lauf der Zeit haben die Mitgliedstaaten eine Fülle von Konzepten und Strategien erörtert und vereinbart, um Gesundheit und Wohlbefinden auf globaler wie regionaler Ebene zu verbessern. Somit verfügen wir über einen Wissens- und Erfahrungsschatz, der auf Länderebene angewandt werden kann. Oberstes Ziel des Regionalbüros ist es, die Länder in ihrer strategischen Entwicklung zu unterstützen, nicht nur durch Normen und Standards, sondern auch durch die evidenzbasierte (evidenzgeleitete) Entwicklung von Gesundheitspolitik und Strategien sowie den Ausbau der Gesundheitssysteme, aber auch durch Fachprogramme, Interventionen und kapazitätsbildende Maßnahmen. Die Prioritäten für die Arbeit der WHO auf Länderebene tragen den von ihren leitenden globalen und regionalen Organen getroffenen Entscheidungen sowie den länderspezifischen Bedürfnissen Rechnung. Sie bilden die Schnittmenge beider Ansätze und sind im Einklang mit der Perspektive der Europäischen Region im Programmhaushalt.

23. Wie bereits erwähnt wird den Mitgliedstaaten auf der 62. Tagung des Regionalkomitees das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ vorgestellt werden. Nach zahlreichen Konsultationsrunden zeichnet sich zunehmend ein Konsens zu bestimmten Themen des neuen Rahmenkonzepts ab, unter anderem dass: i) Gesundheit und Wohlbefinden eine herausragende Bedeutung als Triebfeder für die sozioökonomische Entwicklung zukommt und dass energisch gehandelt werden muss, um Lücken im Gesundheitsbereich zu schließen; ii) die neuen Modalitäten der Politikgestaltung für mehr Gesundheit durch einen gesamtstaatlichen und einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz von entscheidender Bedeutung sind; iii) sichergestellt werden muss, dass alle Akteure eingebunden werden, um Lösungen für die Verbesserung des Gesundheitsniveaus und der Gesundheitssysteme zu finden; und iv) dem Gesundheitswesen eine zentrale Rolle dabei zukommt, den Zugang zu einer patientenzentrierten Versorgung und zu effektiven Angeboten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu ermöglichen, aber auch in der Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Ressorts und Akteuren zu führen und zum Aufbau von Kapazitäten beizutragen.

24. Die Arbeit des Regionalbüros für die Stärkung der Gesundheitssysteme wurde im Einklang mit der 2009 angenommenen Charta von Tallinn weiter vorangetrieben, wonach die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssysteme verbessert und auch gesundheitsförderliche Finanzierungsverfahren angestrebt werden sollten. Durch zusätzliche Anstrengungen sollte sichergestellt werden, dass die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (essential public health operation – EPHO, z. B. die epidemiologische Überwachung von Krankheiten, die Primärprävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung) in allen Ländern wirksam gemäß nationalem Recht umgesetzt werden. Instrumente zur Analyse von Schwachstellen im System und Methoden zu ihrer Behebung wurden entwickelt und werden weiterhin allen Ländern in der Region zugänglich gemacht.

25. Zu den Orientierungshilfen für die Arbeit der WHO in den Ländern zählen auch die von den Mitgliedstaaten eingegangenen Verpflichtungen. Hierzu gehören rechtsverbindliche Übereinkünfte wie die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, aber auch multilaterale Übereinkünfte etwa im Umweltbereich, in denen der WHO bestimmte klare Zuständigkeiten zugewiesen werden (Protokoll über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen, Übereinkommen über weitläufige grenzüberschreitende Luftverunreinigung). Große Fortschritte erzielt die WHO aber auch über rechtlich nicht bindende Regelungen, wie die auf Ministerkonferenzen angenommenen Erklärungen und Chartas sowie die auf Tagungen der leitenden Organe auf globaler und regionaler Ebene gebilligten Strategien und Aktionspläne, die in der Folge durch die Annahme flankierender Resolutionen weitere Unterstützung finden. Die Umsetzung rechtlich nicht bindender Verpflichtungen erfolgt selbstverständlich freiwillig, wirkt sich in einigen Ländern aber dennoch positiv auf die Gesundheit aus. Eine kürzlich abgeschlossene Analyse zentraler Beschlüsse der Leitungsgremien wird die weitere Anwendung solcher Instrumente leiten und beeinflussen.

26. Auch durch die normsetzende Arbeit der WHO entwickelte Leitlinien sowie evidenzbasierte Konzepte und Instrumente sind für alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region von Belang, daher wird das Regionalbüro erstens die Mitgliedstaaten verstärkt auf solche Instrumente aufmerksam machen und zweitens ihnen helfen, sie für sich zu nutzen. Die Website des Regionalbüros wird für diesen Zweck weiter verbessert werden. Derzeit wird eine Kommunikationsstrategie erarbeitet, die es dem Regionalbüro ermöglichen soll, moderne Kommunikationswege, -technologien und -plattformen besser zu nutzen.

Länderübergreifendes Lernen und von der Vielfalt lernen

27. Multilaterale bzw. subregionale Netzwerke der Mitgliedstaaten sind in der Europäischen Region der WHO aufgrund gemeinsamer Interessen und Bedürfnisse als natürliche Bündnisse entstanden. Sie werden für die Arbeit der WHO in den Ländern an Bedeutung noch zunehmen. Das multilaterale Lernen muss sich jedoch nicht auf Länder beschränken, die sich in geografisch oder gesellschaftspolitisch ähnlicher Lage befinden, sondern kann sich auch auf ein bestimmtes Interessengebiet konzentrieren. Zum Beispiel könnte ein Land den Wunsch haben, seine Erfahrungen im Bereich der Eindämmung des Tabakkonsums oder im Bereich von Katastrophenfällen und humanitärer Hilfe mit einer größeren Gruppe von Mitgliedstaaten zu teilen, oder ein Land könnte sich für die Mitarbeit im Aufbau von Kapazitäten im Kampf gegen Tuberkulose (TBC) und HIV/AIDS interessieren. Solche Vorschläge werden hauptsächlich über die Nutzung der Ressourcen und Finanzmittel des betreffenden Mitgliedstaats realisiert.

28. Um länderübergreifendes Lernen weiter zu fördern, kann das Regionalbüro sowohl den Aufbau als auch die Arbeit solcher Untergruppen unterstützen, wie dies bereits manchmal der Fall ist. Das Regionalbüro kann und wird die Nutzung vorhandener Ressourcen eines Landes erleichtern und fördern, damit andere Länder leichter dringende Probleme im

Bereich der öffentlichen Gesundheit anpacken können, und es wird Initiativen der Mitgliedstaaten zur Teilung ihrer Erfahrungen mit anderen fördern, wenn diese mit den Werten und den Prinzipien der WHO im Einklang stehen. Deswegen sollen derartige verfügbare Kapazitäten weiter erfasst werden, damit sie ggf. für die Region insgesamt oder für Teile der Region oder in einer interregionalen Kooperation nutzbar gemacht werden können.

29. Die Netzwerke der Gesunden Städte, der Regionen für Gesundheit und der Schulen für Gesundheit sind eigentlich Feldlabore, in denen Problemlösungsansätze und Wege zur Wahrnehmung von Chancen erprobt werden können. Solche kontextuellen Netzwerke arbeiten bereits in wichtigen Themenbereichen zusammen, verfassen Berichte zur Gesundheitslage, entwickeln Strategien zur Bewältigung der sozialen Determinanten von gesundheitlicher Ungleichheit und bauen Kapazitäten für die Gesundheitsfolgenabschätzung auf oder führen sie durch. Einige Teilnehmer dieser Netzwerke sind internationale Pioniere ihres Fachs und dennoch sind weder das von ihnen gesammelte Wissen noch die von ihnen entwickelten Werkzeuge immer der breiten Öffentlichkeit bekannt, nicht einmal in ihren eigenen Ländern. Die WHO wird dazu beitragen sicherzustellen, dass das Wissen dieser länderübergreifenden Netzwerke weiter verbreitet und mit allen Mitgliedstaaten geteilt wird.

Instrumente und Leitlinien

30. Die meisten Fachprogramme und Netzwerke nutzen diverse Instrumente und Leitlinien, von denen sie einige selbst hervorgebracht haben. Es wird eine Übersicht über alle derartigen Instrumente und Richtlinien angefertigt, so dass sie gewissermaßen unter einem Dach zur Verfügung stehen. Ebenso wichtig wird sein, dass im Umgang mit diesen Instrumenten vor Ort in den Ländern erfahrene Fachleute nach ihrer Bereitschaft gefragt werden, ihre Erfahrung weiterzugeben und potenzielle Nutzer in der praktischen Anwendung der Instrumente zu beraten.

Effektive Nutzung der WHO-Kooperationszentren sowie nationalen Institutionen aus Wissenschaft, Forschung und Gesundheitswesen

31. Ein großes Potenzial zur Steigerung der Kapazität des Regionalbüros liegt in einer besseren Nutzung der WHO-Kooperationszentren. Momentan beantworten diese Zentren kurzfristige Anfragen des Regionalbüros nach Erkenntnissen oder Ergebnissen der Forschung. Jedoch gibt es Überlegungen zu einer besseren und gleichförmigeren Nutzung der WHO-Kooperationszentren, so dass sie regelmäßiger zu einer evidenzbasierten Politikgestaltung beitragen könnten. Sie können die Aufnahme und Anwendung neuer Forschungserkenntnisse nutzbringend unterstützen und engere Verbindungen zu Universitäten und Forschungsinstituten schaffen. Bis 2014 sollen auch die Verbindungen zu bestimmten Netzwerken einschlägiger Hochschulen, Instituten und Universitäten gestärkt und wirksame Methoden der Zusammenarbeit mit ihnen bestimmt und genutzt werden, um Forschung, Wissensaustausch und Bildung in bestimmten Bereichen von besonderem Interesse für die Region zu fördern.

Beobachtung und Auswertung der Auswirkungen

32. In der Vergangenheit wurde nicht genug dafür getan, die Auswirkungen der Arbeit der WHO mit und in den Ländern sowie für diese zu bewerten. Deswegen wird diskutiert werden, wie dies ohne zusätzliche Belastungen geändert werden kann, sodass klare Rückmeldungen über den Wert und die Ergebnisse der Arbeit der WHO in den Ländern erfolgen und Verbesserungsvorschläge gemacht werden können. Der Evaluierungsprozess wird vom Regionalbüro so gestaltet werden, dass er einfach und ohne großen Aufwand für die beteiligten Mitgliedstaaten zu bewältigen ist. In einem ersten Schritt könnte eine einfache Rückmeldung über die Zufriedenheit des Landes mit der WHO sowie eine Bewertung der Unterstützung erbeten werden und in einem zweiten Schritt könnten dann die Ergebnisse gemessen werden, die naturgemäß nicht

allein der WHO zugeschrieben werden können. Diese Bewertung könnte auch für die Entwicklung der längerfristigen Länderstrategie über 2014 hinaus dienlich sein.

Umsetzung der Länderstrategie

33. Wegen der zentralen Prinzipien und Ziele der Arbeit für die Länder sowie in und mit diesen, die in der vorläufigen Länderstrategie skizziert sind, wird ihre Umsetzung eine stärkere Beteiligung der Länder und eine transparentere Entscheidungsfindung über die Entwicklung konkreter Maßnahmen erfordern. Dabei werden die Fortschritte im WHO-Reformprozess sorgfältig beobachtet und berücksichtigt werden.

34. Wie von der externen Arbeitsgruppe für die Überprüfung der strategischen Beziehungen zu den Ländern (RWGCo) vorgeschlagen, sollte das Regionalbüro mit jedem einzelnen Land in der Europäischen Region in regelmäßigem Kontakt stehen (vollständiger Bericht in Dokument EUR/RC61/BD/1). Bis jetzt beschränkte sich die Kooperation zwischen einigen Ländern und dem Regionalbüro auf Tagungen der leitenden Organe der WHO, fachliche Zusammenkünfte und Konferenzen sowie auf die Zusammenarbeit in länderübergreifenden Programmen und Netzwerken. Jedoch gibt es einen Bedarf an konstanter und konkreter Zusammenarbeit mit jedem Land, der heute zum Teil über die Länderbüros in den Mitgliedstaaten befriedigt wird, aber für den in den Ländern ohne Länderbüro noch eine Methode gefunden werden muss, die eine ebenso wirksame und zeitnahe Verbindung sichert.

Zusammenarbeit mit allen Mitgliedstaaten der Region

35. Auf Ebene der Region wird die Arbeit des Regionalbüros auch weiter hauptsächlich über die leitenden Organe und länderübergreifenden Programme sowie den effektiven Einsatz von Veröffentlichungen, Standards, Leitlinien, Instrumenten und Informationen sichtbar werden. Die norm- und standardsetzenden Aufgaben der WHO, die Erarbeitung von gesundheitspolitischen Rahmenkonzepten und Verwaltungsinstrumenten, die Wissenserzeugung und Erhebung von Evidenz und Daten sowie die Umsetzung forschungsgestützter wissenschaftlicher Erkenntnisse in von den Ländern einsetzbare Informationen können alle unter dieser Rubrik eingeordnet werden. In künftigen Haushaltsperioden wird ein mehrschichtiger Ansatz eingeführt werden, um die länderübergreifende Arbeit des Regionalbüros zu erweitern und seinen Haushalt aufzustocken. Da die aktive Einbindung der Mitgliedstaaten in die Arbeit der leitenden Organe der WHO von großer Bedeutung für die Ausformung der Ergebnisse ist, wird diese ermutigt und unterstützt durch Informationsveranstaltungen, vorbereitende Treffen und Hintergrunddokumente sowie durch Koordinierungstreffen während der Tagungen der leitenden Organe. Die Tagungen des Regionalkomitees sollen besser dazu genutzt werden, Erfahrungen über die Zusammenarbeit der WHO mit Ländern auszutauschen.

36. 2010 wurde mit dem Europäischen Forum zur Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter eine neue Struktur geschaffen, die strategische Diskussionen ermöglichen und dem Regionalbüro die Möglichkeit bieten sollte, mit den Mitgliedstaaten der Region die konzeptionelle Entwicklung voranzutreiben und an der Umsetzung wirksamer Maßnahmen für die ganze Region zu arbeiten. Dieses Forum hatte einen entscheidenden Anteil an der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“. Es traf sich zwei Mal im Jahr und blieb auch zwischen den Treffen in abgesichertem elektronischem Kontakt. Die Ergebnisse einer Evaluierung des Forums werden dem Regionalkomitee auf der diesjährigen Tagung vorgestellt. Insofern die Evaluierung positiv ausfallen und entschieden werden sollte, das Forum weiterzuführen, werden alle Länder dazu ermutigt, sich aktiv an den Diskussionen zu beteiligen.

37. Die Zusammenarbeit mit den Ländern wird länderspezifisch fortgesetzt, jedoch werden subregionale bzw. multilaterale Ansätze mehrerer Länder je nach Bedarf und Machbarkeit

gestärkt werden, wobei auf die letztgenannten Ansätze mehr Gewicht gelegt wird als in den vergangenen Jahren. Die neue Länderstrategie verknüpft anders als früher die länderübergreifende Arbeit mit den sechs oben beschriebenen strategischen Richtlinien (siehe Abschnitte 20–32), um so der Arbeit für die Länder sowie in und mit diesen neue Impulse zu geben. Besonders in Ländern ohne physische Präsenz der WHO ist eine kurze Analyse der Herausforderungen und Möglichkeiten entscheidend für die Einsicht, wo die Länder bereits verfügbare Instrumente und Leitlinien besser nutzen könnten, ob sie an bestehenden länderübergreifenden Aktivitäten mitwirken sollten und wie sie aktiv an der Bewältigung aktueller oder künftiger Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit teilnehmen könnten.

38. Jedes Land kann die direkte Unterstützung der Fachprogramme des Regionalbüros zur Entwicklung politischer Handlungskonzepte und zur Organisation von Konferenzen, Konsultationen, Workshops und Schulungsprogrammen anfordern. Zum Beispiel waren Kommentare der WHO zu Entwürfen politischer Handlungskonzepte eine von vielen Ländern geschätzte Form der Unterstützung. Die verbesserte Organisation und Kategorisierung von Instrumenten, Methoden und Leitlinien usw., darunter von Netzwerken entwickelte, macht diese für alle Länder leichter zugänglich, unabhängig davon, ob das jeweilige Land in einem bestimmten Netzwerk oder Fachprogramm mitarbeitet oder nicht. Die Kontakt schaffende Präsenz eines Mitarbeiters oder Experten der WHO kann in entscheidenden Momenten des Aufbaus einer Partnerschaft sehr hilfreich sein und daher wird mehr dafür getan werden, dass die Länder immer wissen, welche Person sie in welcher Frage ansprechen sollten. Das Regionalbüro wird in der Zwischenzeit alles in seiner Macht stehende unternehmen, um allen Ländern einen schnellen Zugang zu exemplarischen nationalen Handlungskonzepten bzw. relevanten Fallstudien zu ermöglichen.

39. Damit jedes Gesundheitsministerium Kenntnis von allen Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen der WHO und dem jeweiligen Land besitzt, sollen moderne elektronische Schnittstellen für die Kommunikation zwischen der WHO und den Ländern geschaffen werden.

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf subregionaler Ebene

40. Auch wenn multilaterale Gruppen und am Umfeld orientierte Netzwerke nicht genau auf die gleiche Art und Weise arbeiten, so haben sie doch vieles gemeinsam und es gibt manche Überschneidungen. Die subregionalen Ländergruppen sind eine Bereicherung für die Europäische Region und viele Länder sind auch in mehr als einer Gruppe aktiv. Bestimmte subregionale Ländergruppen bestehen schon sehr lange und können sehr verbindlich sein. Die **Europäische Union (EU)** ist mit 27 Ländern die größte Gruppe und trägt supranationale Züge. In der Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten, die Vollmitglieder der EU sind, muss immer auch ihr Verhältnis zur Europäischen Kommission bedacht werden. Während der 60. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa in Moskau unterschrieben das Regionalbüro und die GD SANCO der Europäischen Kommission 2010 eine gemeinsame Erklärung, die den Dialog über Grundsatzfragen und die fachliche Zusammenarbeit beleben sollte.

41. Die Länderstrategie wird die strategische Partnerschaft mit der Kommission auf regionaler Ebene weiter fördern und die fachliche Zusammenarbeit zu konkreten Maßnahmen auf nationaler Ebene nutzen und so die gesundheitspolitische Kohärenz stärken. Das Regionalbüro hat zur Unterstützung von Mitgliedstaaten im Vorfeld und während ihrer EU-Ratspräsidentschaft auch ein Koordinierungsverfahren in Bezug auf die gesundheitspolitische Tagesordnung geschaffen. Das Regionalbüro wird seine Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedstaaten weiter in Anerkennung der Besonderheiten der Europäischen Union anpassen. Die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit der Europäischen Kommission im Bereich der Länderarbeit ist für die Mitgliedstaaten wichtig und kann für beide Organisationen vorteilhaft sein. Mittels einer kontinuierlichen strategischen Partnerschaft auf regionaler Ebene (sowie auch auf Länderebene) wird das Regionalbüro den Austausch von Informationen und die Verständigung auf gemeinsame

Werkzeuge, Instrumente und Datenbestände weiter fördern, so dass Synergien genutzt und Überschneidungen zwischen den zwei Organisationen vermieden werden.

42. Eine weitere subregionale Gruppierung ist die **Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)**. Der Erfahrungsschatz dieser Gruppe von Ländern ist riesig und sollte systematisch genutzt werden. Die Mitgliedstaaten in diesem Teil der Europäischen Region fühlen, dass sie viel miteinander teilen können und suchen nach Möglichkeiten dies zu tun. Sie begrüßen es, dass sie zusehends an Koordinierungstreffen in Vorbereitung wichtiger Veranstaltungen wie der Tagungen leitender Organe beteiligt werden. Doch sollten die GUS-Länder häufiger als subregionale Gruppe zusammentreten, um gesundheitspolitische Themen und Fragen von allgemeinem Interesse zu erörtern. Das Regionalbüro wird dies im Rahmen seiner Möglichkeiten fördern.

43. In den GUS-Ländern besteht der Eindruck, dass WHO-Dokumentationszentren von den sie beherbergenden Ländern sehr geschätzt werden und dass sie deshalb insbesondere zur Förderung der Forschung, des Informationsaustausches und der Durchführung von Fallstudien in der Subregion wiederbelebt und stärker genutzt werden sollten. Die GUS-Länder sind außerdem der Meinung, dass die Länderstrategie die weitere Förderung ihrer aktuellen Arbeit sicherstellen sollte. Einige Länderbüros könnten die Übersetzung ausgewählter russischer Texte in andere Sprachen übernehmen, um sie unter Mitgliedstaaten der Region zu verbreiten. Die gegenseitige Bereicherung durch den Ideen- und Informationsaustausch unter subregionalen Gruppen würde so weiter gestärkt.

44. Eine weitere subregionale Gruppe bilden die nordischen Länder mit ihrer traditionsreichen, engen Zusammenarbeit. Der 1952 gegründete **Nordische Rat** besteht aus gewählten Mitgliedern aus den Staaten Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden sowie aus den autonomen Gebieten Färöer, Grönland und Åland. Der **Nordische Ministerrat** unterhält ein Sekretariat mit fast 100 Mitarbeitern, die aus allen nordischen Ländern kommen. Diese Länder kooperieren in praktisch allen Bereichen der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklung. Ihre Zusammenarbeit im Bereich Soziales und Gesundheit fußt auf gemeinsamen Grundwerten des nordischen Wohlfahrtssystems. Die Arbeit wird von der Nordic School of Public Health, dem Nordic Centre for Welfare und dem Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO) unterstützt.

45. **Nördliche Dimension (ND)** ist die Bezeichnung für eine Kooperation zwischen vier gleichwertigen Partnern: EU, Island, Norwegen und Russische Föderation. Geografisch deckt die ND den Nordwesten der Russischen Föderation, die Ostsee und die arktischen Regionen ab. Ihr Ziel ist es, Stabilität, Gemeinwohl und nachhaltige Entwicklung durch praktische Zusammenarbeit zu fördern. Die Zusammenarbeit verläuft in thematischen Partnerschaften vor allem zu Umweltthemen und zu Fragen der öffentlichen Gesundheit und des gesellschaftlichen Wohls (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, kurz NDPHS). Deutschland, Frankreich, Kanada, Polen, die Russische Föderation, die baltischen Länder, die nordischen Länder, die Europäische Kommission, die WHO und weitere Organisationen der Vereinten Nationen beteiligen sich an der NDPHS. Erst kürzlich wurde ein Netzwerk aus Universitäten und ein Wirtschaftsrat der Nördlichen Dimension gegründet. Die Aktivitäten der Nördlichen Dimension werden gemeinsam finanziert. Jede Gelegenheit zur Förderung der Arbeit und fachlichen Federführung des Regionalbüros im Rahmen derartiger Kreise von Mitgliedstaaten wird ergriffen und dabei nicht nur für die betreffende Gruppierung gearbeitet werden, sondern mit ihr zum Nutzen der gesamten Europäischen Region.

46. Eine weitere erfolgreiche subregionale Gruppe wurde von den Regierungen der **Balkanländer** ins Leben gerufen, die nun einmal im Jahr tagen, um ihre gemeinsamen Ziele und Ideale voranzubringen. Das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (South-eastern Europe Health Network, kurz SEEHN) ist die Bezeichnung für eine regelmäßige subregionale Zusammenkunft der beteiligten Gesundheitsminister, auf der etwa nationale Projekte besprochen werden, die der

gesamten subregionalen Gruppe über regionale Zentren zuarbeiten. In der Vergangenheit wurden auch Projekte zu konkreten gesundheitspolitischen Fragen realisiert wie das von der kanadischen Agentur für internationale Entwicklung unterstützte Projekt zur primären Gesundheitsversorgung auf dem Balkan.

47. Das **SEEHN** entstand 2001 in Fortsetzung des Stabilitätspakts für Südosteuropa von 1999, als dieses Mittel der Konfliktprävention und des Wiederaufbaus um ein gesundheitspolitisches Element erweitert wurde. Es umfasst Vertreter von Gesundheitsministerien aus neun verschiedenen Ländern (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien und Serbien), zehn Geberländern und fünf internationalen Organisationen einschließlich der WHO. Das Regionalbüro für Europa unterstützte das Netzwerk von Beginn an in politischen, administrativen und fachlichen Belangen. Entscheidungen werden einvernehmlich auf den halbjährlich stattfindenden Treffen gefällt, auf denen auch das Präsidium wechselt. Das SEEHN wird von vielen Ländern, der EU und anderen Organisationen finanziell unterstützt.

48. Das Regionalbüro will diese Art der Zusammenarbeit über subregionale Mechanismen, in denen Länder entweder natürlich zusammenfinden oder einem anerkannt führenden Land folgen, weiter politisch und fachlich fördern. Ein Beispiel für die Vorbildfunktion eines Landes gab die Türkei in den Bereichen Eindämmung des Tabakkonsums und Katastrophenschutz, als sie um Unterstützung gebeten wurde und bereitwillig Ressourcen zu Verfügung stellte, damit die betreffenden Länder hier ähnlich positive Ergebnisse erzielen können wie die Türkei selbst.

49. Das 1992 etablierte **Netzwerk Regionen für Gesundheit** (Regions for Health Network, kurz RHN) umfasst heute 29 Regionen in 18 Ländern. Es war von Anfang an einzigartig, da die WHO es auf Wunsch der beteiligten elf Regionen selbst so gestaltete, dass es Gesundheit durch sektorübergreifendes Handeln fördern und gesundheitliche Ungleichheiten in Angriff nehmen konnte. Das Netzwerk erhebt Gebühren von seinen Mitgliedern und finanziert sich somit größtenteils selbst. Die Bedeutung der Regionen wird auch von der EU anerkannt, die den Ausschuss der Regionen geschaffen hat. Für föderal aufgebaute Länder wie etwa Deutschland, Spanien und die Schweiz ist die Ebene der Regionen besonders wichtig. Im Einklang mit der Zukunftsvision der Regionaldirektorin über eine engere Zusammenarbeit mit der EU ist das Knüpfen von Verbindungen zum Ausschuss der Regionen eine wahrscheinliche Option. Innerhalb des RHN entscheidet ein Lenkungsausschuss der teilnehmenden Regionen und der WHO über die thematischen Prioritäten. Dank der fortlaufenden und langfristigen Zusammenarbeit stehen die jeweiligen Fachkollegen der Regionen in engem Kontakt zueinander und können sich gegenseitig im Rahmen der vereinbarten Projekte oder auf dem kurzen Dienstweg unterstützen.

50. Das **Gesunde-Städte-Projekt** (Healthy Cities Project, kurz HCP) hat sich zu einer globalen Bewegung gemausert. In der Europäischen Region können sich über 100 Städte als gesunde Stadt bezeichnen oder bewerben sich darum. Mehrere Hundert weitere Städte sind über ihre nationalen Netzwerke mit dem Projekt verbunden. Das HCP erhebt Gebühren von den Mitgliedern und finanziert sich somit größtenteils selbst. Von Anfang an war das Projekt darauf angelegt, die Werte aus dem Rahmenkonzept Gesundheit für alle auf kommunaler Ebene zu fördern. Gemeinsam entscheiden die teilnehmenden Städte über die Themen, auf die sie sich in den nächsten fünf Jahren konzentrieren werden. Es werden auch Untergruppen zu spezifischen Themen gebildet, wenn sich mindestens 15 Städte dafür interessieren. Eine dieser Städte übernimmt dabei die Führung der Gruppe und die Ergebnisse der Arbeit können über das Netzwerk weiterverbreitet werden. 1998 wurde ein Verband der gesunden Städte des Ostseeraums gegründet. Dieser deutlich von der WHO geprägte Verband ist auch mit der EU-Strategie für den Ostseeraum und der NDPHS verknüpft und nimmt an entsprechenden Tagungen und der Entwicklung neuer Projekte teil.

51. In der Arbeit des Regionalbüros wird die **Zusammenarbeit zwischen Regionen** deutlich an Bedeutung gewinnen. Auf diesem Gebiet gibt es viel von anderen Regionen der WHO zu lernen. Das Regionalbüro wird die Entwicklung genau beobachten, sowohl was die Länderarbeit als auch andere Gebiete anbelangt, um von den Erfahrungen zu lernen. Um den Zusammenhalt innerhalb der WHO selbst sicherzustellen, wird eine engere Kooperation der Regionalbüros der WHO gefördert werden.

52. Noch wichtiger wird es jedoch sein, dass relevante Länderbüros dazu ermutigt werden, Erfahrungen über die Grenzen der WHO-Regionen hinweg auszutauschen, damit Informationen über gesundheitlich positive Entwicklungen in den Mitgliedstaaten sich besser verbreiten. Das Länderbüro in der Türkei befindet sich zum Beispiel in einer idealen Position, eine Brücke zur Region Östlicher Mittelmeerraum zu schlagen, weil das Gastland selbst gute Beziehungen zu seinem Nachbarn pflegt. Andere relevante Möglichkeiten ließen sich in der Zukunft sicher finden und nutzen, etwa für Beziehungen zwischen den Länderbüros in Kirgisistan und China.

53. Die interregionale Kooperation wird gemeinsam mit den anderen Regionen weiterentwickelt. Dabei wird möglichen Initiativen des Hauptbüros besondere Beachtung geschenkt, mit denen die Regionen für gegenseitiges Lernen und Kooperation sowie zur Förderung des Geistes der Gemeinsamkeit zusammengebracht werden sollen.

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten mit WHO-Länderbüro

54. Über die Jahre hinweg haben Länderbüros die Beziehung des Regionalbüros zu vielen Ländern entscheidend geprägt. Ihre Überzeugungsarbeit für die Gesundheit und die Vermittlung und Koordinierung fachlicher Hilfe für das jeweilige Land waren ausschlaggebend und haben zu stärker evidenzbasierter Politikgestaltung und Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene geführt. Wichtig waren Länderbüros auch deswegen, weil sie selbst bei einem Regierungswechsel für Kontinuität in der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Konzepten und Plänen sorgten. In mehreren Mitgliedstaaten ist und wird die WHO weiterhin vor Ort vertreten sein. Allerdings überprüft das Regionalbüro ständig, ob die Präsenz im Land weiter nötig ist, und passt das Niveau der Präsenz dementsprechend an.

55. Als die zuständige Arbeitsgruppe 2010 alle Länderbüros kritisch prüfte und untersuchte, ob die Präsenz der WHO vor Ort weiterhin nötig war, war die Rückmeldung der Länder über den Wert der Länderbüros einhellig. Die Mitgliedstaaten schätzen den Nutzen dieser Büros hoch ein und drängen auf ihre Erhaltung, selbst wenn sie dafür einen Teil der Kosten tragen müssten. Die Arbeitsgruppe empfahl zudem, dass die WHO in jedem einzelnen Land präsent sein sollte und nicht nur in den 29 Ländern, in denen es derzeit ein Länderbüro gibt. Sie erinnerte aber auch daran, dass die personelle Ausstattung und Finanzierung einiger Länderbüros seit deren Entstehung nicht mehr zeitgemäß und daher nicht so kosteneffektiv sein könnte wie eigentlich nötig. Deswegen wurden Vereinbarungen mit den betreffenden Regierungen über eine Kostenbeteiligung angeregt. Ferner wurde festgestellt, dass die fachliche Kompetenz in den Länderbüros nicht immer den wirklichen Bedürfnissen des Landes entspricht. Die Arbeitsgruppe wies deshalb darauf hin, dass sich die Präsenz der WHO in jedem Land unterscheiden müsse, weil sich die Arbeit der Länderbüros an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des jeweiligen Landes sowie an den Kapazitäten und Ressourcen des Regionalbüros orientiere. Das Regionalbüro wird deshalb die Länderbüros solange erhalten, wie die Mitgliedstaaten sie als nützlich erachten, zugleich aber das Thema auf der Tagesordnung behalten und in regelmäßigen Abständen überprüfen.

56. Momentan unterhält die WHO in 29 Mitgliedstaaten der Europäischen Region Länderbüros, vor allem in Mittel-, Ost- und Südosteuropa, in der GUS und in Zentralasien. Die histori-

schen Gründe für den Aufbau der Länderbüros wurden in den Absätzen 2–7 dargelegt. Die Länderbüros lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: die unter Leitung eines auf internationaler Ebene angeworbenen Beauftragten und die unter Leitung eines im Lande angeworbenen nationalen Referenten. Ein Länderbüro unter Leitung eines nationalen Referenten kann von mittlerer Größe sein, wenn das Land noch substanzielle fachliche Unterstützung benötigt, oder von kleinerer Größe, wenn es eher der Interessenvertretung und Kontaktpflege dient.

57. Unter Leitung eines **nationalen Fachreferenten (NPO)** sind die Länderbüros in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Georgien, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Montenegro, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Turkmenistan und Ungarn. Für zielgerichtetes Handeln sind Kenntnisse der Umstände und kulturellen Traditionen eines Landes sowie seiner sozialen, ökonomischen und politischen Situation entscheidend und diese erlangt man durch eine strategische Präsenz in jenen Ländern, wo dies möglich ist, sowie über die Pflege guter Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern in den Gesundheitsministerien. Die Länderbüros müssen mit den lokalen Bedingungen vertraut sein, damit Fachprogramme besser auf die konkreten Bedürfnisse in den Ländern zugeschnitten werden können.

58. Die Leiter der Länderbüros Kasachstans, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Serbiens, Tadschikistans, der Türkei, Usbekistans und seit kurzem auch der Ukraine wurden auf internationaler Ebene angeworben (**WR**). In Anhang 1 befindet sich eine Liste der Leiter der Länderbüros.

59. Unabhängig von der Leitung ähneln sich die Aufgaben Länderbüros, doch genießen international rekrutierte Bedienstete in der konzeptionellen Entwicklungsarbeit mancher Länder eine größere Akzeptanz.¹ Länderbüros waren ausschlaggebend dafür, dass Gesundheitsbelange in Entwicklungsprozesse eines Landes sowie in die Arbeit im Lande tätiger Partner wie des Entwicklungshilferahmens der Vereinten Nationen (UNDAF) und in sektorübergreifende Ansätze integriert wurden, und dafür, dass Überzeugungsarbeit zugunsten von Gesundheitsprogrammen geleistet und neue Initiativen und Ansätze gefördert wurden, wie die Thematisierung der sozialen Determinanten von Gesundheit, der Menschenrechte und der Gleichstellung der Geschlechter. Während neue Partner im Gesundheitsbereich, wie etwa der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, die Weltbank und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, auf Länderebene aktiver werden, setzen sich die Länderbüros im Namen der WHO für Kohärenz in der Bearbeitung der Gesundheitsprioritäten ein.

60. Welche Art von Länderbüro unterhalten wird, hängt von der konkreten Situation vor Ort und ihrer Komplexität ab, aber auch von der Größe des Landes, seiner Stabilität sowie seinen Kapazitäten. Es ist daher zu erwarten, dass auch in den kommenden Jahren unterschiedliche Arten von Länderbüros benötigt werden. 2011 wurden auf der Grundlage von Indikatoren und GFA-Daten Kriterien dafür festgelegt, welche Art von Länderbüro ein Mitgliedstaat benötigt. Die Kriterien berücksichtigen den Stand der nationalen Gesundheitsindikatoren, des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung sowie die wirtschaftliche Lage und die Gesundheit der Bevölkerung des Landes. Noch wichtiger ist, dass die benutzten Kriterien den im WHO-Reformprozess erörterten angeglichen wurden. Allerdings werden sie in regelmäßigen Abstän-

¹ Länderbüros unter Leitung einer/eines WR unterstützen die konzeptionelle Entwicklung, bieten strategischen Rat zur Stärkung des Gesundheitssystems, gewährleisten fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung, sind zuständig für Datenerhebung, Kommunikation und Überzeugungsarbeit und nehmen Repräsentationspflichten wahr und sichern Partnerschaften. Länderbüros unter Leitung einer/eines NPO sichern besonders in Notfällen Führungskompetenz im Gesundheitsbereich, sorgen für fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung der länderspezifischen Arbeit, sind zuständig für Datenerhebung, Kommunikation und Überzeugungsarbeit und nehmen Repräsentationspflichten wahr und sichern Partnerschaften.

den neu überprüft. Sollten Faktoren bzw. Indikatoren sich ändern und deshalb eine Verkleinerung des Länderbüros notwendig werden, wird ein Übergangsplan in Verhandlungen mit dem Land erarbeitet und umgesetzt. Durch eine Verkleinerung freiwerdende Ressourcen werden in Bereiche verlagert, die als vorrangig für die Region angesehen werden.

61. Auch die personelle Besetzung der Länderbüros wurde 2011 überprüft, weil die Bediensteten bzw. Fachleute der Länderbüros das fachliche Niveau besitzen müssen, die länderspezifischen Aufgaben zu bewältigen. In erster Linie soll sichergestellt werden, dass die Profile der Belegschaft der Länderbüros homogener werden, indem jedes Länderbüro einen ähnlichen Belegschaftskern und ähnliche administrative Kapazitäten erhält, wobei darauf zu achten ist, dass der Qualifikationsmix noch stärker die Bedürfnisse des jeweiligen Landes angepasst wird als vor Ende 2011. Als Belegschaftskern wurde die Mindestanzahl an Mitarbeitern definiert, die für eine wirksame Verbindungsarbeit auf Länderebene erforderlich sind, als Grundbelegschaft dagegen die Mindestanzahl an Mitarbeitern, die zur Umsetzung der Aufgaben des Länderbüros benötigt werden. Beide Zahlen variieren entsprechend der Größe des Länderbüros und werden vom Hauptbüro festgelegt.

62. Im Hinblick auf die berufliche Fortbildung und Weiterqualifikation sind alle Leiter der Länderbüros bzw. international angeworbenen Beauftragten in den Bereichen Leitung, Politikgestaltung und Vermittlung fachlicher Hilfe für die Reform nationaler Abläufe hervorragend geschult. Dies ist wichtig, da sie sicherstellen, dass die länderübergreifende Arbeit, die das Regionalbüro über seine Fachprogramme und Netzwerke leistet, den Ländern erfolgreich vermittelt wird. Sie werden dazu ermutigt, mit etablierten Netzwerken und Interessengruppen zusammenzuarbeiten, insoweit diese zu ihren gesundheitspolitischen Herausforderungen passen. Gesundheitspolitik, Gesundheitsreform, öffentliche Gesundheit und nichtübertragbare Krankheiten müssen größere Aufmerksamkeit erhalten, ohne dass die Anstrengungen in den Bereichen Gesundheitssicherheit, übertragbare Krankheiten sowie Umwelt und Gesundheit nachlassen. Dies und das richtige Maß an Dezentralisierung der Leitungsaufgaben sowie eine angepasste Delegation von Befugnissen werden dafür sorgen, dass die Leiter der Länderbüros bzw. die Beauftragten eine stärkere diplomatische und politische Rolle spielen können. Daher werden auch alle Bediensteten der Länderbüros weiter beruflich fortgebildet, sodass sie besser für die Arbeit mit den Ländern gerüstet sind. Gesundheitsdiplomatie, Kommunikationstechniken und Verhandlungskompetenz sind bereits vorrangige Themen der Weiterbildung.

63. Da gerade die Länderbüros in Mitgliedstaaten mit schwerwiegenden politischen Problemen oder schwierigen Reformprozessen des Gesundheitssystems wichtig sind, werden diese nun stärker und wirksamer vom Sitz des Regionalbüros aus in Fragen der Verwaltung und Leitung durch das Team für strategische Beziehungen mit den Ländern unter dem Büro der Regionaldirektorin unterstützt. Dieses Team wurde kürzlich neu strukturiert und verkleinert, damit es zwei Aufgaben wahrnehmen kann: a) den Fachabteilungen jederzeit als die Stelle mit strategischem Rat zur Seite zu stehen, die Länderinformationen und Daten zentral sammelt und dadurch eine wirksamere Koordinierung der Länderaktivitäten des Regionalbüros sichern kann; b) für die Länder ohne Länderbüro das zentrale Bindeglied für strategische und konzeptionelle Fragen zu sein.

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ohne WHO-Länderbüro

64. Beratungen mit Mitgliedstaaten ohne Länderbüro haben deutlich gezeigt, dass sie andere Bedürfnisse haben, die über die oben genannten Aktivitäten hinausgehen. Zu den Vorschlägen, welche das Regionalbüro nach Meinung der Mitgliedstaaten berücksichtigen sollte, gehören: i) Unterstützung für die Führungsrolle des Gesundheitsministeriums in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen Ministerien (Stichwort „Stewardship“); ii) Aufzeigen von Chancen für Partnerschaften zwischen den Ländern zur Erleichterung des Erfahrungsaustausches; iii) Unterstützung wichtiger nationaler Veranstaltungen und Bereitstellung von Er-

kenntnissen für diese; iv) Erörterung prioritärer Themen wie des Gesundheitsbudgets oder der Entwicklung einer nationaler Gesundheitspolitik; v) Einbeziehung in die Erörterung strategischer Richtungsentscheidungen wie die Vorbereitung gesundheitsbezogener Aktivitäten während der EU-Ratspräsidentschaft eines Landes.

65. Diese Mitgliedstaaten sind auch der Meinung, dass die WHO eine Schlüsselrolle dabei spielen könnte, Länder hinter allgemeinen Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu sammeln, bewährte Vorgehensweisen, Forschungsergebnisse und Informationen auszutauschen, den Auf- bzw. Ausbau von Partnerschaften zu fördern, Aktionen auf höchster Ebene auszuführen sowie den Mitgliedstaaten dabei zu helfen, die Unterstützung für die Bedürftigsten zu verstärken. All dies sollte deutlich in den Länder-Kooperationsstrategien erfasst werden, die für alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO zu entwickeln sind. Insgesamt ist deutlich, dass Mitgliedstaaten noch stärker durch die länderübergreifenden und multilateralen Projekte des Regionalbüros und die Projekte der Netzwerke unterstützt werden können bzw. selbst noch mehr hierzu beitragen können.

66. Doch die Präsenz der WHO in diesen Mitgliedstaaten muss weiter untersucht und gestärkt werden. Hierzu werden verschiedene Alternativen einzeln oder kombiniert vorgeschlagen. Die Präsenz in den Ländern könnte als ständige Anlaufstelle oder mittels eines Länderreferenten organisiert werden, der sicherstellen würde, dass ein stetiger Informationsfluss von und zu dem Gesundheitsministerium des Landes fließt. Eine andere Möglichkeit wäre es, einen Bediensteten des Regionalbüros als verantwortliches Bindeglied bzw. als Referenten für das Land zu bestimmen. Diese Person würde als Beauftragter bzw. Bindeglied zu dem Land agieren (dieser Ansatz wird im Regionalbüro für Gesamtamerika verfolgt). Eine andere Alternative könnte darin bestehen, das Gesundheitsministerium um Benennung einer nationalen Ansprechperson im Land zu bitten, sodass sich diese Person in einer optimalen Position befindet, eine angemessene Zusammenarbeit zwischen der WHO und dem Mitgliedstaat zu gewährleisten (siehe Anhang 4). Die Ansprechperson wäre dafür verantwortlich, zwischen Regionalbüro und Gesundheitsministerium bzw. dessen Institutionen Informationen auszutauschen bzw. zu verbreiten, insbesondere über Entwicklungen in dem Land und somit über dessen Bedürfnisse, Prioritäten, aber auch über dessen Vorzüge, besonders im Bezug auf innovative gesundheitspolitische Maßnahmen. Dies würde weitere Gespräche darüber ermöglichen, welche weiteren Möglichkeiten das Regionalbüro bzw. ein Mitgliedstaat zur Unterstützung der multilateralen Arbeit bzw. eines einzelnen Mitgliedstaats besitzen.

67. Unabhängig davon welche Alternative sich für ein bestimmtes Land anbietet, so muss doch weit mehr dafür getan werden, dass alle Länder wissen, welche Kontaktperson für welche konkrete Frage zuständig ist, ob sie nun am Sitz des Regionalbüros oder vor Ort in einem Mitgliedstaat arbeitet. Es wurde vorgeschlagen, dass den Mitgliedstaaten die Kontaktdaten aller Fachreferenten sowie eine Liste der von den Fachprogrammen des Regionalbüros genutzten Institutionen und Ansprechpartner zu Verfügung gestellt werden. Wie bereits erwähnt wurde, sollte auch die Website des Regionalbüros besser genutzt werden, damit alle Länder von aktuellen Aktivitäten Kenntnis erhalten. Eine moderne elektronische Plattform könnte nicht nur sichern helfen, dass wichtige Mitteilungen den zuständigen Entscheidungsträger erreichen, sondern auch, dass die Ansprechperson für die Zusammenarbeit zwischen WHO und dem jeweiligen Mitgliedstaat alle Verbindungslinien kennt.

Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten vom Sitz des Regionalbüros aus

68. Die Länderbüros werden vom Sitz des Regionalbüros aus fachlich durch die Kapazitäten in Kopenhagen und die eng mit ihm verzahnten Außenstellen unterstützt, die Erkenntnisse und Informationen für die Politikgestaltung liefern, sowie durch die Kooperationszentren. Das Regionalbüro wird auch das in der Region und anderswo vorhandene Fachwissen in Anspruch nehmen, zum Beispiel indem bestehende Wissenszentren in den Ländern genutzt oder indem

externe Berater, welche die Prioritäten, Prinzipien und Werte der WHO kennen, eingesetzt werden. Diese Berater werden aus einer Liste sorgfältig ausgesuchter Sachverständiger ausgewählt, die einen Teil ihrer Zeit der Arbeit für die WHO widmen möchten. Auch auf andere renommierte und zuverlässige Netzwerke wird zurückgegriffen. Die WHO zieht in Erwägung, eine Liste von Sachverständigen der Mitgliedstaaten zu erstellen, die an einer Beratertätigkeit für die WHO interessiert sind und deren Arbeit nachweislich zuverlässig und nützlich gewesen war. Wie dies erfolgreich umgesetzt werden kann, wird auch in Beratung mit den Mitgliedstaaten weiter erörtert werden. Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass wo immer im Auftrag des Regionalbüros eine Leistung erbracht wird, die Verantwortung für die Festlegung der konzeptionellen Ausrichtung und die Qualitätssicherung am Sitz des Regionalbüros liegt.

69. Die Fachprogramme im Regionalbüro werden besonders darauf achten, ihre Beantwortungszeit für Anfragen der Länder zu verkürzen bzw. selbst stärker die Initiative zum Kontakt zu ergreifen. Wie in Absatz 63 beschrieben wird das im Büro der Regionaldirektorin ansässige SRC-Team als Koordinierungsstelle zwischen den Fachabteilungen und den Länderbüros für diesen Zweck hilfreich sein. Das SRC-Team wird für die Ausarbeitung von länderspezifischen Arbeitsplänen federführend sein und außerdem die Fortschritte in ihrer Umsetzung überwachen. Das Team wird auch dafür zuständig sein, den Fachabteilungen jederzeit strategische Hilfe zu kommen zu lassen und als Knotenpunkt für Länderinformationen und gesicherte Erkenntnisse sicherzustellen, dass die Länderaktivitäten des Regionalbüros effektiver koordiniert werden. Die Länderreferenten im SRC-Team, die für eine bessere Koordinierung zwischen den Länderbüros und den Fachabteilungen sorgen sollen, werden auch dazu beitragen, dass Länder bei Anfragen an die Fachprogramme zeitnah unterstützt werden.

70. Bei jeder Gelegenheit und auf jeder Ebene wird ein stärkerer strategischer Dialog mit dem Mitgliedsstaat und somit ein größeres Engagement angestrebt und so gewährleistet, dass die Zusammenarbeit nicht nur als Reaktion erfolgt, sondern dass sie erst umsichtig erörtert und ausgehandelt wird und dann umfassend und koordiniert abläuft. Auf Ebene des Landes muss nicht nur zeitnah gearbeitet werden, indem auf Bedürfnisse (Notfälle bzw. Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit) sofort nach deren Bekanntwerden reagiert wird, sondern es müssen auch die Ursachen gesundheitlicher Defizite wirksam verhindert werden, indem die sozialen Determinanten von Gesundheit, die Lebensgewohnheiten und die Förderung der öffentlichen Gesundheit thematisiert werden sowie der Bevölkerungsgesundheit ergebnisorientiert verbessert wird.

71. Die strategische Ausrichtung, Leitung und Koordinierung der Arbeit in den Mitgliedstaaten erfolgt zwar am Sitz des Regionalbüros in Kopenhagen, doch werden auch Beiträge der Länderbüros, Außenstellen und Kooperationszentren sowie der vielen mit dem Regionalbüro verbundenen Netzwerke, der Sachverständigen und der Berater möglichst effektiv genutzt. Dies bedeutet auch, dass die Liste der fachlichen Ansprechpartner der WHO in den Ländern überprüft und fortlaufend aktualisiert werden muss, damit die Organisation mit allen in Betracht kommenden Stellen und Sachverständigen sowohl im Gesundheitsbereich als auch in anderen Sektoren zusammenarbeiten kann. In den kommenden Monaten wird das Verzeichnis der Netzwerke und fachlichen Ansprechpartner in den Ländern im Hinblick auf engere und regelmäßige Zusammenarbeit überprüft werden. Von den Gesundheitsministerien ernannte nationale Ansprechpersonen sind die erste Anlaufstelle der Organisation für strategische Fragen und werden dazu ermutigt, sich mit anderen fachlichen Ansprechpersonen und Netzwerken abzustimmen und mit ihnen zusammenzuarbeiten, um doppelten Arbeitsaufwand auf Länderebene zu vermeiden. Dazu gehört auch eine enge Zusammenarbeit mit nationalen Instituten im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Der Rahmen für die Arbeit der WHO mit den Mitgliedstaaten – CCS und BCA

72. Die Arbeit des Regionalbüros in den Ländern nutzt standardisierte Konzepte, Prozeduren und Instrumente, die den Ansprechpersonen in den Mitgliedstaaten, mit denen das WHO-Sekretariat arbeitet, nicht unbedingt vertraut sind. Bisher waren zweijährige Kooperationsvereinbarung (BCA) das wichtigste Instrument für die fachliche Unterstützung der meisten Länder durch das Regionalbüro. BCA haben über viele Jahre hinweg so manchen Mitgliedstaat mit dem erforderlichen Startkapital für prioritäre Projekte versorgt. Ein solcher Vertrag zwischen dem Regionalbüro und dem jeweiligen Land bietet den Vorteil, dass Prioritäten festgelegt und zu erwartende Ergebnisse für die folgenden zwei Jahre bestimmt werden. Der finanzielle Wert, den die Mitgliedstaaten in den vergangenen drei Zweijahreszeiträumen durch fachliche Sachleistungen erhalten haben, ist im Anhang 2 aufgeführt. BCA oder andere Formen von Rahmenabkommen gibt es bis dato in 32 Ländern.

73. In anderen WHO-Regionen dagegen ist das wichtigste von den Mitgliedstaaten für die Zusammenarbeit mit der WHO verwendete Instrument die Länder-Kooperationsstrategie (CCS). Bislang hat das Regionalbüro für Europa noch mit keinem der 53 Mitgliedstaaten in der Region eine CCS ausgearbeitet, da BCA traditionell das Mittel der Wahl für bilaterale Abkommen zwischen WHO und einem Mitgliedstaat waren und einen guten Rahmen für die Maßnahmen boten. Angesichts der WHO-Reform will das Regionalbüro jedoch nun für alle 53 Länder der Europäischen Region CCS entwickeln und hat daher bereits mit Irland, der Russischen Föderation, der Schweiz und der Türkei begonnen und Gespräche mit Italien und dem Vereinigten Königreich aufgenommen. 2012 wird der Schwerpunkt darauf gelegt werden, CCS mit allen Ländern zu entwickeln, die kein BCA eingegangen sind (alle Länder ohne Länderbüro) und die ein Interesse hierfür gezeigt haben. Dies wird zu einem stärkeren Gleichschritt mit den Erörterungen und Beschlüsse beitragen, die im Rahmen des WHO-Reformprozesses geführt bzw. getroffen werden.

74. Wie eine BCA so gibt auch eine CCS einen Rahmen für Maßnahmen ab, indem dokumentiert wird: a) die bei der Lagebewertung im Land festgestellten Bedürfnisse und Prioritäten und b) die erforderliche Zusammenarbeit zwischen WHO und Gesundheitsministerium, in der diese Prioritäten in Angriff genommen werden sollen. In der Europäischen Region wird die CCS die Sichtbarkeit aller von Mitgliedstaaten auf regionaler, internationaler und globaler Ebene ergriffenen Initiativen erhöhen, indem gute Vorgehensweisen, richtungweisende Projekte, Erfolgsgeschichten sowie Fachkompetenz (sowohl im Bezug auf Personal als auch auf Institutionen des Gesundheitswesens) präsentiert werden. Ähnlich wie die BCA gibt die CCS einen Rahmen, der folgendes umfasst: den Prozess der Planung und der Umsetzung der länderspezifischen Arbeit, die Ernennung, die Rolle und die Verantwortlichkeiten der nationalen Ansprechpersonen (NC und NFP, siehe Anhang 4) sowie das WHO-Netzwerk aus Gesundheitseinrichtungen im Land und ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Die CCS ist rechtlich nicht bindend, es sei denn das Land entscheidet sich dafür. Der Mitgliedstaat entscheidet selbst darüber, welchen Grad der Zustimmung, Bestätigung oder Ratifizierung der CCS er für angemessen hält. Jede CCS ist deshalb unterschiedlich und wird auf jedes Land individuell zugeschnitten. Normalerweise handelt es sich dabei um einen Sechsjahresplan, der in Zweijahreszyklen unterteilt ist, wobei es auch sukzessive Versionen geben kann, da es eines der wichtigsten Merkmale der CCS ist, auf das Planungsverfahren des Landes abgestimmt zu sein.

75. BCA werden weiterhin ein integraler Bestandteil der CCS sein, um diese einzigartige bilaterale Verpflichtung zwischen dem WHO-Regionalbüro und einem Mitgliedsstaat nicht zu verlieren. Dies wird zu einem flexibleren Ansatz führen, der Anpassungen und Verhandlungen der in der CCS aufgeführten Prioritäten und Ergebnisse auf zweijähriger Basis erlaubt. Fortschritte bei der Umsetzung von BCA/CCS werden ebenfalls regelmäßig mit Daten des Globalen Management-Systems der Organisation überprüft werden.

Ressourcen

76. Es erfordert Ressourcen, den Ländern fachliche Hilfe und Unterstützung zu gewähren. Wo keine Ressourcen verfügbar sind, wird die Mobilisierung neuer Ressourcen entscheidend zur Sicherung der finanziellen Mittel für die vorrangigen Arbeitsbereiche, auf die sich die Leitungsgremien der Organisation verständigt haben oder die mit den Regierungen vereinbart worden sind. Dies wird jedoch im Rahmen der allgemeinen Strategie der Organisation zur Mobilisierung von Ressourcen erfolgen. In der Zwischenzeit wird versucht, die innerhalb eines Landes, Nachbarlandes oder anderer Länder vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv zu verwenden. Länderübergreifende oder multilaterale Arbeit kann möglicherweise durch Ressourcen unterstützt werden, die von einem oder mehreren Ländern bereitgestellt werden, welche die Führung übernehmen und bereit sind, Fachwissen und sonstige Ressourcen zugunsten anderer Länder zu teilen.

77. Außerdem werden Mitgliedstaaten zur Mobilisierung eigener Ressourcen aufgefordert, um anderen Ländern im Rahmen multilateraler Ansätze zu helfen. Solche multilateralen Ansätze werden vom Regionalbüro geplant und gefördert, da sie sich in den letzten Jahren als sehr erfolgreich erwiesen haben. In enger Zusammenarbeit zwischen WHO und Mitgliedstaaten, die personelle und finanzielle Ressourcen zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme investieren wollen, bezüglich derer sie beträchtliche Erfahrung und Fachwissen besitzen, wird das Regionalbüro auf Ebene der Länder eine größere Reichweite und höhere Wirksamkeit erzielen.

78. Dem Regionalbüro kommt die einzigartige Rolle zu, Verbindungen zwischen ähnlich garteten Organisationen zu knüpfen und ihnen bei der Festlegung ihrer Agenda zu helfen. Netzwerke von Patientenorganisationen und Berufsverbänden werden eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, die Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Krankheiten anzunehmen. Das Programm für landesweit integrierte Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten (CINDI) ist ein gutes Beispiel für ein Netzwerk, das sich aus einer konkreten Herausforderung heraus gebildet hat.

Fazit

79. Das Regionalbüro wird für die Länder, in den Ländern und mit den Ländern arbeiten. Seine Erfolgsaussichten stehen in direktem Verhältnis zu der Fähigkeit, Ressourcen der Region auf der Grundlage objektiver Kriterien in effizienter und produktiver Weise zu nutzen. Die volle Unterstützung der Leitungsgremien der Organisation ist notwendig für die erfolgreiche Umsetzung dieser Strategie. Mit der Hilfe der Leitungsgremien wird das Sekretariat des Regionalbüros alles dafür tun, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Mitgliedstaaten zu verbessern.

80. Die Umsetzung und die Ergebnisse dieser Länderstrategie werden 2014 überprüft, mit dem Ziel dann in vollständiger Übereinstimmung mit dem WHO-Reformprozess eine langfristige Strategie zu entwickeln.

Quellennachweis

1. *GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).
2. Danzon M, Litvinov SK. EUROHEALTH programme. *World Health Statistics Quarterly*, 1993, 46(3):153-7.

3. Dokument EUR/RC50/10 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Forderungen anpassen“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/117198/gdoc10.pdf).
4. See for instance *Eleventh Futures Forum on the ethical governance of pandemic influenza preparedness*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/90557/E91310.pdf)

Glossar

Länderspezifische Arbeit. Eine Arbeitsweise, mit der Ergebnisse angestrebt werden, die sehr spezifisch auf die Bedürfnisse und Umstände einzelner Länder zugeschnitten sind.

Länderreferent. Ein Bediensteter im Regionalbüro mit besonderer Zuständigkeit für die Beziehungen zu einem Land oder einer Gruppe von Ländern.

Länderübergreifende Arbeit. Eine Arbeitsweise, die gemeinsame Bedürfnisse mehrerer Länder durch regionsweite Ansätze aufgreift.

Multilaterale Arbeit. Eine Arbeitsweise, mit der Ergebnisse angestrebt werden, die für eine begrenzte Anzahl von Ländern relevant sind.

Zuständige Ansprechperson des Landes (NC). Eine Kontaktperson, die vom Gesundheitsministerium als die zuständige Person für die übergeordnete strategische Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro ernannt/bestätigt wird.

Nationaler Referent (NPO). Ein auf nationaler Ebene angeworbener Leiter eines Länderbüros, der insbesondere in Notfällen für Führungskompetenz im Gesundheitsbereich sowie für fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung der länderspezifischen Arbeit sorgt, für Datenerhebung, Kommunikation und Überzeugungsarbeit zuständig ist und Repräsentationspflichten wahrnimmt und Partnerschaften sichert.

Fachliche Ansprechperson des Landes (NFP). Eine von einem Gesundheitsministerium oder einer entsprechenden Behörde ernannte und dort arbeitende Person, die für die Bereitstellung überprüfter, aktualisierter und analysierter länderspezifischer Daten, die Weiterverbreitung bewährter Praktiken und Informationen der WHO sowie für die Ermöglichung von Maßnahmen zur Lösung von Problemen in bestimmten Bereichen der öffentlichen Gesundheit zuständig ist.

WHO-Vertreter (WR). Ein auf internationaler Ebene angeworbener Bediensteter der WHO, der ein Länderbüro leitet und dort die konzeptionelle Entwicklung voranbringt und strategischen Rat zur Stärkung des Gesundheitssystems gibt sowie die fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung sichert und für Datenerhebung, Kommunikation und Überzeugungsarbeit zuständig ist, Repräsentationspflichten wahrnimmt und Partnerschaften sichert. Ein WHO-Vertreter vertritt in dem Land (oder der Gruppe von Ländern) seines Dienstortes die gesamte Organisation. International angeworbene Leiter eines WHO-Länderbüros sind Vertreter der Generaldirektorin und des zuständigen Regionaldirektors.

Anhang 1: WR und NPO in den Länderbüros

Land	Posten des Leiters des Länderbüros
Albanien	WR (Posten unbesetzt, wird in NPO umgewandelt)
Armenien	NPO
Aserbaidtschan	NPO
Belarus	NPO
Bosnien und Herzegowina	NPO
Bulgarien	NPO
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	NPO
Estland	NPO
Georgien	NPO
Kasachstan	WR
Kirgisistan	NPO
Kroatien	NPO
Lettland	NPO
Litauen	NPO
Montenegro	NPO/nationale Verbindungsperson
Polen	NPO
Republik Moldau	WR
Rumänien	NPO
Russische Föderation	WR
Serbien	Internationale/r Leiter/in
Slowakei	NPO
Slowenien	NPO
Tadschikistan	WR
Tschechische Republik	NPO
Türkei	WR
Turkmenistan	NPO
Ukraine	WR
Ungarn	NPO
Usbekistan	WR (Posten unbesetzt, Auswahlverfahren im Gange)

Der Leiter des der Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK) angegliederten WHO-Teams ist ein NPO bzw. eine nationale Verbindungsperson.

Anhang 2: Finanzielle Beiträge für die Mitgliedstaaten durch fachliche Unterstützung in den Ländern während der letzten drei Zweijahreszeiträume (in Tausend US-\$)

Land	2006–2007				2008–2009				2010–2011			
	Unterzeichnete BCA	AMS-Arbeitsetat			Unterzeichnete BCA	AMS-Arbeitsetat			Unterzeichnete BCA	GSM-Arbeitsetat (Stand: 19.07.2011)		
		RB	OS	Insgesamt		RB	OS	Insgesamt		AC (RB)	VC (OS)	Insgesamt
Albanien	422	158	1 998	2 156	1 750	96	1 997	2 093	3 600	90	4 160	4 250
Armenien	570	426	754	1 180	1 700	575	844	1 419	1 265	270	532	802
Aserbaidschan	640	356	227	583	2 200	498	1 025	1 523	1 640	172	595	767
Belarus	204	158	442	600	1 975	189	675	864	1 475	153	709	862
Bosnien und Herzegowina	463	417	1 709	2 126	1 600	328	764	1 092	1 190	202	117	319
Bulgarien	306	78	159	237	700	95	60	155	520	114	79	193
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	397	131	498	629	1 375	222	421	643	1 562	214	622	836
Estland	153	65	141	206	400	179	177	356	300	151	169	320
Georgien	543	428	178	606	1 900	279	1 087	1 366	1 420	197	516	713
Kasachstan	340	181	266	447	2 050	373	1 184	1 557	1 860	143	1 472	1 615
Kirgisistan	1 150	453	1 900	2 353	2 793	390	1 978	2 368	2 080	385	2 908	3 293
Kroatien	336	147	25	172	975	377	3	380	725	146	244	390
Lettland	140	83	100	183	450	116	166	282	335	84	138	222
Litauen	141	74	53	127	450	69	280	349	335	85	202	287
Malta	50	43	0	43	250	57	27	84	250	54	0	54
Montenegro*	0	17	10	27	750	112	69	181	560	113	162	275
Polen	141	115	19	134	1 585	287	547	834	1 180	95	311	406
Republik Moldau	688	436	225	661	1 800	630	489	1 119	2 300	214	1 516	1 730
Rumänien	338	99	213	312	1 050	216	336	552	782	145	483	628
Russische Föderation	9 986	405	10 252	10 657	6 750	150	6 826	6 976	4 800	57	5 602	5 659
Serbien*	304	69	224	293	1 475	197	402	599	1 099	180	217	397
Slowakei	94	74	10	84	525	308	75	383	390	114	86	200
Slowenien	55	49	0	49	300	134	135	269	225	63	104	167
Tadschikistan	723	398	1 942	2 340	3	464	4 565	5 029	2 235	398	4 905	5 303
Tschechische Republik	105	77	1	78	500	114	21	135	375	126	87	213
Türkei	456	304	3 728	4 032	4 850	433	2 199	2 632	3 615	388	2 767	3 155
Turkmenistan	222	154	158	312	2 075	463	365	828	1 545	329	521	850
Ukraine	1 550	162	4 036	4 198	3 800	460	3 024	3 484	3 772	185	1 898	2 083
Ungarn	89	90	1	91	550	343	31	374	410	139	153	292
Usbekistan	630	379	742	1 121	4 100	606	870	1 476	3 089	257	1 579	1 836
Insgesamt:	21 236	6 026	30 011	36 037	53 678	8 760	30 642	39 402	44 934	5 263	32 854	38 117

**Serbien und Montenegro teilte sich während des Zweijahreszeitraums 2006–2007 in zwei unabhängige Staaten

Anhang 3: BCA und CCS

	Länder mit BCA
1.	Albanien
2.	Andorra
3.	Armenien
4.	Aserbaidtschan
5.	Bosnien und Herzegowina
6.	Belarus
7.	Bulgarien
8.	Kroatien
9.	Tschechische Republik
10.	Estland
11.	Georgien
12.	Ungarn
13.	Kasachstan
14.	Kirgisistan
15.	Lettland
16.	Litauen
17.	Malta
18.	Montenegro
19.	Polen
20.	Rumänien
21.	Portugal
22.	Republik Moldau
23.	Russische Föderation
24.	Serbien
25.	Slowakei
26.	Slowenien
27.	Tadschikistan
28.	Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien
29.	Türkei
30.	Turkmenistan
31.	Ukraine
32.	Usbekistan

	Länder, die im Zeitraum 2012–2013 CCS erstellen sollen
1.	Schweiz
2.	Türkei
3.	Russische Föderation
4.	Italien
5.	Niederlande
6.	Norwegen
7.	Belgien (angefragt)
8.	Vereinigtes Königreich (angefragt)
9.	Andere Länder ohne BCA (im Falle einer Zustimmung)

Anhang 4. NC und NFP: Aufgabenbereich

Die WHO hat sich uneingeschränkt dazu bekannt, für die Mitgliedstaaten sowie in und mit ihnen zu arbeiten, wie in der neuen Länderstrategie (2012–2014) des WHO-Regionalbüros für Europa dargelegt. Die Zusammenarbeit mit den Ländern konzentriert sich auf gemeinsam vereinbarte Prioritäten, welche die Bedürfnisse der Länder widerspiegeln und an die Kapazitäten des Regionalbüros angepasst werden. In diesem Zusammenhang versucht das Regionalbüro fortwährend die Abläufe der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu optimieren. Das Regionalbüro hat einen großen Erfahrungsschatz, was die Länderarbeit sowohl über das System der **Nationalen Ansprechpersonen (NC)** als auch über jenes der **Nationalen (Fachlichen) Ansprechpersonen (NFP)** anbelangt. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit hängt weitgehend von dem Einsatz und den Anstrengungen der nationalen Gesundheitsbehörden ab. Es bedarf der aktiven Beteiligung und der Erfüllung der eingegangenen Verpflichtungen seitens aller beteiligten Parteien. Während die WHO-Mitarbeiter dafür verantwortlich sind, die Ressourcen angemessen, effizient und effektiv einzusetzen, um qualitativ hochwertige Dienstleistungen zu erbringen, so ist die Rolle der betroffenen nationalen Behörden ausschlaggebend dafür, die geplanten Ziele zu erreichen.

A. Nationale Ansprechperson (NC)

Im oben beschriebenen Rahmen wird die Arbeit der Nationalen Ansprechperson der WHO folgenden Anforderungen unterliegen:

Tätigkeiten und Aufgaben: Die NC wird als Kontaktperson für die Verständigung über strategische und fachliche Fragen zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und dem Mitgliedstaat fungieren. Er oder sie wird den Standpunkt des Gesundheitsministeriums zur Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro vertreten, allgemeine Unterstützung und Koordinierung zusichern und wenn notwendig, spezifische fachliche Aufgaben übernehmen, soweit dies seinen/ihren Kompetenzen entspricht bzw. Experten mit spezifischem Fachwissen in die Arbeit mit einbeziehen. Die Beteiligung des NC an der Zusammenarbeit mit der WHO wird von der nationalen Regierung und/oder dem nationalen Arbeitgeber als integraler Bestandteil der Aufgaben des NC auf Länderebene verstanden werden. In Gesprächen auf Länderebene wird eindeutig festgelegt, was von ihm/ihr im Rahmen der gemeinsamen Zusammenarbeit erwartet wird und welcher Prozentsatz seiner/ihrer Arbeitszeit der Zusammenarbeit mit der WHO zugeteilt wird.

Ernennung: Normalerweise wird zu Beginn eines BCA-Planungsprozesses jedes Gesundheitsministerium bzw. die jeweils entsprechende Behörde vom WHO-Regionalbüro für Europa über ein offizielles Schreiben dazu aufgefordert, die NC für alle das BCA oder die gesamte strategische Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro betreffenden Aktivitäten zu ernennen bzw. zu bestätigen. Es wird geraten, nur eine Person für die ganze Organisation, einschließlich des WHO-Hauptbüros auszuwählen. Unter normalen Umständen wird die Person für den zweijährigen Zeitraum des BCA ernannt. Stets vor Beginn des zweijährigen Zeitraums sollte die Ernennung bestätigt werden bzw. eine neue Person, auf die man sich geeinigt hat, ernannt werden. Sollte ein Wechsel auf der Position der NC nötig sein, so wird die nationale Regierung (gegebenenfalls) die WHO rechtzeitig über das Länderbüro informieren.

Die Liste der von den Gesundheitsministerien ernannten NC wird auf der Intranetseite des Regionalbüros veröffentlicht.

B. Nationale (Fachliche) Ansprechperson (NFP)

Die genaue Art der Arbeit hängt von der fachlichen Aufgabe des jeweiligen Programms ab. Aber im Allgemeinen wird von der NFP erwartet, dass:

- sie überprüfte, aktualisierte und analysierte länderspezifische Daten zu Verfügung stellt;

- sie von der WHO erhaltene bewährte Vorgehensweisen und Informationen über öffentliche Präsentationen und durch die Teilnahme an Debatten verbreitet;
- sie das Lösen eines Problems im Gesundheitswesen in ausgewählten fachlichen Gebieten erleichtert, indem das Gesundheitssystem gestärkt wird;
- sie sich besonders in institutionellen Kreisen und Foren und in ähnlichen Bereichen für Gesundheitspolitik einsetzt;
- sie regionale und globale Entwicklungen über internationale beratende Gremien bzw. Verfahren der WHO unterstützt.

Darüber hinaus wird die NFP in Ländern mit einem BCA:

- die Planung, Umsetzung und die Kontrolle von Aktivitäten im Rahmen des BCA innerhalb seines/ihrer Verantwortungsbereichs unterstützen;
- in regelmäßigen Abständen mit dem Leiter des WHO-Länderbüros sowie mit der Nationalen Ansprechperson (NC) im Bezug auf fachliche Aktivitäten im Rahmen der Zusammenarbeit interagieren;
- sich daran beteiligt, zu überprüfen, ob die spezifisch für das Land erwarteten Resultate erreicht wurden;

Kriterien bei der Auswahl der Nationalen (Fachlichen) Ansprechpersonen

Die NFP wird auch vom Gesundheitsministerium bzw. der entsprechenden Behörde ernannt und sollte ein Mitarbeiter des Ministeriums oder einer mit dem Ministerium verbundenen Behörde sein, die offiziell als WHO-Kooperationszentrum ausgewiesen sein kann, aber nicht muss. Während das Gesundheitsministerium bzw. die entsprechende Behörde für die allgemeine Koordination der Zusammenarbeit mit der WHO verantwortlich ist, wird von der NFP erwartet, dass:

- sie angemessene fachliche Kompetenzen im Bereich der Zusammenarbeit hat;
- sie über eine hinreichend lange Dienstzeit, ausreichend Erfahrung und einen angemessenen offiziellen Status besitzt, um effektive Kommunikation auf allen Ebenen zu fördern, von ranghohen Politikern bis zu Institutionen des Gesundheitswesens innerhalb eines bestimmten Programms/Arbeitgebiets;
- sie angemessene Verbindungen zur Arbeit des nationalen Gesundheitssystems und zum gesundheitspolitischen Entwicklungsprozess besitzt und
- sie sich in einer Position befindet, um Unterstützung von relevanten nationalen Fachleuten und Institutionen zu erhalten.

Gute Englischkenntnisse wären sehr wünschenswert, sind jedoch keine Bedingung für die Ernennung zur NFP.

Ernennung: Die Gesundheitsministerien werden gebeten, eine NFP zu ernennen, immer dann, wenn eine betreffende Aktivität auf länderübergreifender, multilateraler oder nationaler Ebene stattfindet. Idealerweise sollte es auf der Position der NFP während des ganzen zweijährigen Zeitraums für das fachliche Gebiet keinen Wechsel geben. Jedoch ist es üblich, dass im Rahmen von Fachprogrammen der WHO überprüft wird, dass kein Ersatz für eine neue, geplante fachliche Aktivität vorgesehen ist. Es kann mehr als eine NFP geben, da jede NFP für ein bestimmtes fachliches Gebiet oder Arbeitsprogramm steht. Jedoch kann es immer nur eine NFP pro Gebiet geben und wenn notwendig und Bedarf besteht, kann er/sie andere nationale Experten nach Absprache mit dem Ministerium ernennen/in die Arbeit miteinbeziehen.

Das WHO-Regionalbüro wird eine Liste der NFP erstellen, die für die Zusammenarbeit mit seinen Fachprogrammen ernannt wurden, und den WHO-Beauftragten, den Leitern der Länderbüros sowie dem für „Strategische Beziehungen mit den Ländern“ verantwortlichen SRC-Team im Büro der Regionaldirektorin zukommen lassen. Das SRC-Team bzw. die Leiter der Länderbüros werden die Namen der NFP auch den NC zukommen lassen, um eine engere Zusammenarbeit auf Länderebene sicherzustellen.

C. Dienstweg und Rechenschaftspflicht der NC und der NFP

Es ist wichtig anzumerken, dass im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten (in denen, per definitionem, das WHO-Regionalbüro und das Gesundheitsministerium gemeinsame Anstrengungen für gemeinsame Ziele unternehmen) der NC das Gesundheitsministerium vertritt. Die NC darf im Namen der WHO keine privaten bilateralen Verhandlungen mit anderen Institutionen aufnehmen.

Demgegenüber wird die **NFP** mit den für das Fachprogramm zuständigen WHO-Mitarbeitern (sowohl auf Ebene der Länder wie der Region) zusammenarbeiten und alle Aktivitäten eng mit dem Leiter des Länderbüros sowie mit dem Nationalen Verantwortlichen abstimmen. Die WHO-Mitarbeiter (Programm-Manager) werden den fachlichen Ansprechpersonen mit fachlichem Rat zur Seite stehen.