



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
DREIUNDSECHZIGSTE TAGUNG

Çeşme (Provinz Izmir, Türkei), 16.–19. September 2013



© IZKA/Tamer Hartevioğlu

Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

63. Tagung

Çeşme (Provinz Izmir, Türkei), 16.–19. September 2013

Punkt 5 h) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC63/21

3. September 2013

131911

ORIGINAL: ENGLISCH

Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015

Inhalt¹

	Seite
Einführung.....	1
Hintergrund.....	1
Kontext.....	1
Das Geschäftsmodell	2
Operative Planung und nächste Schritte	3
Prioritäten für die Europäische Region im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Zeitraum 2014–2015	3
Kategorie 1.....	5
HIV/Aids.....	5
Tuberkulose	5
Malaria.....	6
Vernachlässigte Tropenkrankheiten	6
Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten	6
Kategorie 2.....	7
Nichtübertragbare Krankheiten.....	8
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch.....	8
Gewalt- und Verletzungsprävention	9
Ernährung	9
Kategorie 3.....	9
Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	10
Altern und Gesundheit.....	11
Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	11
Soziale Determinanten von Gesundheit.....	11
Umwelt und Gesundheit	12
Kategorie 4.....	12
Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne.....	13
Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote.....	14
Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten.....	14
Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	15
Kategorie 5.....	15
Warn- und Reaktionssysteme	16
Krankheiten mit Epidemie- und Pandemienpotenzial	17
Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	17
Lebensmittelsicherheit.....	17
Eradikation der Poliomyelitis	18
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	18
Kategorie 6.....	19
Führungskompetenz und Steuerung.....	19
Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	20
Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	21
Leitung und Verwaltung	21
Strategische Kommunikation.....	22
Haushalt und Finanzen	22
Haushalt	22
Finanzierung	23
Rechenschaftslegung.....	23
Globaler Rahmen	23
Rahmen des WHO-Regionalbüros für Europa.....	24

¹ Anmerkung: Dieses Dokument konnte aus Zeitgründen nicht Korrektur gelesen werden.

Einführung

Hintergrund

1. Die Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa besteht darin, primär jene Bereiche der öffentlichen Gesundheit in Angriff zu nehmen, in denen die Mitgliedstaaten und das Sekretariat der WHO gemeinsam Entscheidendes bewirken können. Diese Zielrichtung wird in dem Dokument *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden* (Dokument EUR/RC62/9) erläutert, das im Jahr 2012 vom Regionalkomitee gebilligt wurde. Hierzu sind anhaltende Anstrengungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Sekretariats und zur Vertrauensbildung durch Gewährleistung von Transparenz und Festlegung gegenseitiger Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erforderlich. Auf seiner 60. Tagung ersuchte das Regionalkomitee die Regionaldirektorin, in Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees eine Liste von Leistungsindikatoren und eine Liste mit gewünschten Ergebnissen vorzubereiten und dem Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung vorzulegen und so seine Führungs- und Aufsichtsfunktion hinsichtlich der Umsetzung des Programmhaushalts 2012–2013 zu stärken. Daraufhin wurde im Zeitraum 2012–2013 das Dokument *Der Programmhaushalt als strategisches Instrument für die Rechenschaftslegung* (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./10, nachstehend als „der Kontrakt“ bezeichnet) ausgearbeitet und erstmals erprobt. Zusammen mit dem SCRC konzipierte das Sekretariat anschließend ein Format zur Überwachung der Zielerfüllung.

Kontext

2. Der Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 (Dokument A66/7) basiert auf einer Reihe der in dem Kontrakt erläuterten Konzepte und baut zudem auf den Lehren aus dem Pilotversuch auf. Der Programmhaushalt 2014–2015 unterscheidet sich jedoch in mehrerlei Hinsicht wesentlich von früheren Etats. Dies hat Auswirkungen auf seine Umsetzung durch das Regionalbüro und die anderen Ebenen der Organisation.

- So hat die Weltgesundheitsversammlung diesmal den Programmhaushalt erstmals gebilligt, anstatt ihn wie bisher lediglich zur Kenntnis zu nehmen. Dies wird dazu beitragen, eine stärker zielgerichtete und einheitliche WHO zu schaffen und das Sekretariat gegenüber der Weltgesundheitsversammlung für die einzelnen Outputs und zu erbringenden Leistungen (deliverables) rechenschaftspflichtig zu machen.
- Ebenso wird im neuen Programmhaushalt erstmals differenziert dargestellt, was von jeder der drei Ebenen der Organisation konkret erwartet wird. Für jeden einzelnen Output wird konkretisiert, welche Leistungen jeweils von den Länderbüros, den Regionalbüros und dem Hauptbüro erwartet werden. Einige der von den Länderbüros in der Europäischen Region erwarteten Leistungen werden jedoch nach Maßgabe des Geschäftsmodells und Auftrags des Regionalbüros auch weiterhin von dessen Mitarbeitern erbracht.
- Die Outputs und Leistungen im Programmhaushalt sind als diejenigen definiert, die finanziert und umgesetzt werden müssen. Dies wird die Abstimmung in Finanzierungsfragen über Programm- und Standortgrenzen hinweg erleichtern und die Auswirkungen von Zweckbindungen der Geber begrenzen. Gleichzeitig wird dadurch aber auch die Möglichkeit eingeschränkt, schnell auf neue Anforderungen und Chancen zu reagieren.
- Unterschiede zwischen den Regionen werden bei jedem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Output in den Schwerpunkten (emphases) dargestellt.

3. Die Sektion „Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen“ taucht im neuen Programmhaushalt nicht mehr auf. Dies kann – vor allem auf Ebene der Länder – eine Verringerung der Flexibilität bei der Reaktion auf neue Anforderungen und Chancen zur Folge haben.²

Das Geschäftsmodell

4. Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region wird vom Regionalbüro für Europa in Kopenhagen aus gesteuert. Darüber hinaus gibt es drei Außenstellen des Regionalbüros (Barcelona, Bonn, Venedig) sowie insgesamt 29 Länderbüros, ein WHO-Büro in Brüssel mit Zuständigkeit für die Beziehungen zur Europäischen Union und eine Außenstelle des Länderbüros Serbien in Pristina, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf der humanitären Situation im Kosovo liegt. Dagegen ist der Etat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Brüssel nicht mehr Bestandteil des Programmhaushalts, da dieses als Partnerschaft innerhalb der Europäischen Region angesiedelt ist, die in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachreferaten im Regionalbüro steht.

5. Das Geschäftsmodell des Regionalbüros beruht auf den komparativen Vorteilen der Europäischen Region – und insbesondere dem hohen Ausmaß an fachlichen Kapazitäten in den Institutionen und staatlichen Verwaltungen der Länder. Das Geschäftsmodell weist zwei zentrale Merkmale auf.

- Dort, wo dies möglich ist, kommt ein länderübergreifendes Leistungsmodell zur Anwendung, wenn die fachlichen Kapazitäten vorhanden sind, um gemeinsame Bedürfnisse durch regionsweite Konzepte in Angriff zu nehmen. Es ist damit zu rechnen, dass in Zukunft ein wachsender Anteil der Arbeit des Regionalbüros auf diese Weise erfolgen wird. Wenn eine Leistung innerhalb eines Outputs nur für einige wenige Länder von Belang ist, kann ein Mehr-Länder-Modell herangezogen werden, bei dem die innerhalb der betroffenen Gruppe von Ländern verfügbaren Ressourcen optimal genutzt werden. Es wird jedoch auch weiterhin Leistungen geben, die einen konkreten Bezug zu den Bedürfnissen und Umständen einzelner Länder haben. In solchen Fällen wird auch künftig ein länder-spezifischer Modus vorzuziehen sein.
- Aufgrund der systematischen und intensiven Zusammenarbeit mit den 284 Kooperationszentren der WHO in der gesamten Europäischen Region werden in Zukunft mehr Outputs in Zusammenarbeit mit diesen Zentren erstellt werden. Zu den neu eingeführten Praktiken gehört auch die Vorgabe, vor Beschäftigung externer Berater oder neuer Mitarbeiter zunächst die Kapazitäten der Kooperationszentren der WHO zu prüfen. Die in Zusammenarbeit mit den Kooperationszentren erarbeiteten Outputs werden in den Arbeitsplänen im Global Management System (GSM) aufgeführt.

6. Dieses Geschäftsmodell erfordert eine kritische Masse an hochqualifiziertem Sachverstand in den wichtigsten vorrangigen Handlungsfeldern, um die maßgeblichen Akteure zusammenzuführen, Synergieeffekte erzielen und die notwendige Abstimmung vornehmen zu können. Dieser Sachverstand ist überwiegend auf der länderübergreifenden Ebene angesiedelt. Eine Einstellung auf der Länderebene kommt für Fachpersonal nur unter bestimmten Umständen in Frage, und auch dann nur für begrenzte Zeiträume. Die Länderarbeit wird mit den einzelnen Mitgliedstaaten geplant und in Form einer zweijährigen Kooperationsvereinbarung geregelt, in der jeweils das gewünschte Ergebnis, die Outputs und die konkreten zu erbringenden Leistungen festgelegt werden. Während des Zeitjahreszeitraums 2012–2013 wurde mit der Ausarbeitung von Länder-Kooperationsstrategien (CCS) begonnen, die schrittweise

² Eine Ausnahme bilden hier die Notsituationen, wie etwa bei Ausbrüchen von Poliomyelitis, da die Haushaltsresolution der Weltgesundheitsversammlung (Resolution WHA66.2, Abs. 9) in der Sektion Notlagen (emergency segment) mehr Flexibilität ermöglicht.

auf alle Mitgliedstaaten ausgeweitet werden sollen – beginnend mit jenen, die noch über keine formelle Vereinbarung mit dem Regionalbüro verfügen.

Operative Planung und nächste Schritte

7. Die Umsetzung des von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Programmhaushalts 2014–2015 beginnt mit der Festlegung des Inhalts jedes einzelnen Outputs zusammen mit den Mitgliedstaaten. In der Europäischen Region begann dieser Prozess schon vor der Annahme des Programmhaushalts 2014–2015; als Grundlage dienten hierbei die Resultate (outcomes) von 2012–2013, die in den meisten Fällen mit den Outputs des Programmhaushalts 2014–2015 übereinstimmten. Als Nächstes gilt es nun, die vom Sekretariat erwarteten Leistungen sowie die für jede einzelne Leistung, jeden Output und jeden Standort benötigten personellen und finanziellen Ressourcen zu bestimmen. Diese Maßnahmen stehen schon kurz vor ihrem Abschluss. Zu den nachfolgenden Maßnahmen gehören die Einpassung in den übergeordneten Haushaltsrahmen des angenommenen Programmhaushalts und eine weitere Feineinstellung auf der Grundlage der Prioritäten und Kapazitäten der Mitgliedstaaten wie auch der Kapazitäten der Mitarbeiter des Regionalbüros. Zum Abschluss dieses Prozesses werden mehrere Stufen erforderlich sein.

8. Die operative Planung in der Europäischen Region der WHO mit vollständig abgestimmter Finanzierung aus dem Programmhaushalt ist somit schon weit fortgeschritten und wird im Hinblick auf die Vorbereitung der Tagung des Finanzierungsdialogs im November bereits Anfang Oktober abgeschlossen sein. Das vorliegende Dokument enthält daher keine Zahlenangaben in Bezug auf die Zielvorgaben und auch keine Aufschlüsselungen. Die aktuellsten Zahlen, die vor der Tagung des Regionalkomitees verfügbar sind, können einem vorläufigen Informationsdokument (Dokument EUR/RC63/Inf.Doc./3)³ entnommen werden, das derzeit in Vorbereitung ist.

Prioritäten für die Europäische Region im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Zeitraum 2014–2015

9. Die Umsetzung des von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 angenommenen Programmhaushalts 2014–2015 in die operative Planung und Realisierung auf Ebene der Europäischen Region orientiert sich an dem *Europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden* (Dokument EUR/RC62/9). Die dem Rahmenkonzept zugrunde liegenden zentralen Werte sind das in der Satzung der WHO verbriefte Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und der Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte. Die Konzepte knüpfen an den Diskussionen der 65. Weltgesundheitsversammlung über die systematische Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit an und orientieren sich an der Resolution WHA62.14 der Weltgesundheitsversammlung, in der die WHO ersucht wird, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu einem Leitprinzip für die Durchführung von Maßnahmen (einschließlich der Einführung objektiver Indikatoren für die Beobachtung der sozialen Determinanten von Gesundheit) in allen relevanten Arbeitsbereichen zu machen und das Ansetzen an diesen sozialen Determinanten zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichgewichte in allen Arbeitsbereichen der Organisation, jedoch insbesondere in den vorrangigen Programmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit, als ein maßgebliches Ziel voranzutreiben. In „Gesundheit

³ Das Dokument EUR/RC63/Inf.Doc./3 wird die besten Informationen über die operative Planung enthalten, die Ende August verfügbar sind; einige Elemente werden jedoch fehlen, und auch an den Zahlen sind noch Änderungen möglich.

2020“ werden alle früheren Resolutionen und Beschlüsse der leitenden Organe der WHO berücksichtigt und verdichtet, sodass ein vereinendes, handlungsorientiertes Rahmenkonzept entsteht, durch das Gesundheit und Wohlbefinden verbessert und gesundheitliche Ungleichgewichte innerhalb der Europäischen Region verringert werden sollen. Seine Zielgruppe sind Gesundheitsminister und andere Fachminister und Politikgestalter auf allen staatlichen Ebenen, die mit den sozialen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit befasst sind. Künftig werden alle Konzepte, Strategien und Programme in der Europäischen Region der WHO unter dem Dach dieses Rahmenkonzeptes entwickelt, an dem sich auch die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit den Ländern orientieren wird. Die Unterstützung der Länder bei der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitspolitik und der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme wird das übergeordnete Schwerpunktthema sein, und die Determinanten von Gesundheit und Chancengleichheit werden durch dieses Rahmenkonzept in alle maßgeblichen Fachgebiete und Programme einfließen.

10. Mit „Gesundheit 2020“ werden zwei strategische Ziele verfolgt: erstens die Verbesserung der Gesundheit für alle und die Verringerung des gesundheitlichen Gefälles; und zweitens eine bessere Führungsarbeit und mehr partizipatorische Politikgestaltung für die Gesundheit. „Gesundheit 2020“ enthält vier vorrangige Handlungsfelder: 1) *Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen* (entspricht Kategorie 3 aus dem Programmhaushalt 2014–2015); 2) *Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region* (entspricht den Kategorien 1, 2 und 5); 3) *Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen* (verteilt sich auf die Kategorien 4 und 5); und 4) *Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler* (verteilt sich auf die Kategorien 4 und 5).

11. In „Gesundheit 2020“ werden sechs Dachziele postuliert: *Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020; Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region; Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region; Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region; Flächendeckende Versorgung und das „Recht auf Gesundheit“; Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben durch die Mitgliedstaaten*. Auch wenn die Indikatoren und Ziele kein Selbstzweck sind, so haben sie doch eine fördernde Wirkung in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden, indem sie gezielt zur Förderung von Leistungsfähigkeit und Rechenschaftslegung beitragen. Es handelt sich dabei insofern um Ziele für die Europäische Region, als sie auf dieser Ebene vereinbart und überwacht werden. In Abhängigkeit von ihren jeweiligen Rahmenbedingungen werden alle Mitgliedstaaten zum Erreichen dieser Ziele beitragen und eine laufende Erfolgskontrolle vornehmen. Ebenso wird das Sekretariat seine Ressourcen und Anstrengungen konkret darauf ausrichten, die Mitgliedstaaten bei der Erfüllung der Ziele bis zum Jahr 2020 zu unterstützen. Einige der Ziele können konkret mit jeweils einer der Kategorien aus dem 12. Allgemeinen Arbeitsprogramm (Dokument A66/6) verknüpft werden, während andere nur durch konzertierte Anstrengungen einer Vielzahl von Akteuren und Programmen erreicht werden können.

12. Im Zuge der operativen Planung konkretisierten die Mitgliedstaaten ihren Bedarf an fachlicher Unterstützung auf der Grundlage des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ sowie einer Bewertung der vor ihnen liegenden Herausforderungen und der eigenen Kapazitäten. Dadurch wurde die Prioritätensetzung, insbesondere in den einzelnen Programmbereichen, weiter erleichtert. Ein Schlüsselbereich ist die Unterstützung für eine gemeinsame Politiksteuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden, bei der ein inhaltlicher Schwerpunkt auf gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze gelegt wird. Um die Akzeptanz und Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu fördern, arbeitet das Regionalbüro derzeit ein aus neun Komponenten bestehendes Paket von Materialien und Angeboten für die Länder und verschiedene andere Akteure aus (s. a. Output 4.1.1).

Kategorie 1

13. Diese Kategorie umfasst die Programme zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten Tropenkrankheiten sowie die Bereiche Impfwesen und impfpräventable Krankheiten.

14. Der Kampf gegen die Infektionskrankheiten in der Europäischen Region ist noch nicht gewonnen. Über die Hälfte der Länder mit den weltweit höchsten Raten an multiresistenter Tuberkulose gehören der Europäischen Region an, und der östliche Teil der Region hat die am schnellsten wachsende HIV-Epidemie weltweit. Darüber hinaus treten in einigen Ländern auch Vektorkrankheiten wie Dengue-Fieber und Leishmaniose wieder auf, und auch über den Boden übertragene Helminthosen sind in manchen Ländern weiterhin problematisch. Zwar sind in Bezug auf Malaria erhebliche Fortschritte erzielt worden, sodass die Krankheit wahrscheinlich bis 2015 aus der Europäischen Region eliminiert sein wird, doch steht die Region immer noch vor Problemen bei der Eliminierung von Masern und Röteln, die inzwischen beide wieder verstärkt auftreten. Ungleichgewichte in Verbindung mit dem sozioökonomischen Status und eine allgemeine Sorglosigkeit gegenüber den von Infektionskrankheiten ausgehenden Gefahren behindern nach wie vor die Krankheitsprävention und -bekämpfung.

HIV/Aids

15. Der Anstieg der Zahl gemeldeter HIV-Fälle macht deutlich, wie wichtig es ist, die Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) auch in Zeiten strenger Haushaltsdisziplin aufrechtzuerhalten und in manchen Bereichen (z. B. Schadensminderung, Behandlung und Surveillance) sogar zu verstärken. Der Handlungsschwerpunkt für den Zeitraum 2014–2015 besteht darin, den Ländern fachliche Hilfe bei der Festlegung von Prioritäten hinsichtlich Interventionen und Zielgruppen und bei der gezielten Auseinandersetzung mit den sozialen und strukturellen Ursachen von Risiko und Anfälligkeit in Bezug auf HIV-Infektionen zu gewähren; dies macht auch eine Durchsetzung von Schutzvorschriften und eine Verstärkung der Anstrengungen zum Schutz der Menschenrechte erforderlich (Output 1.1.2). Das Regionalbüro wird die Durchführung des Aktionsplans auch weiterhin durch Führungskompetenz, strategische Orientierungshilfe und fachliche Anleitung für die Mitgliedstaaten unterstützen. Ferner wird die Europäische Region weiterhin die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Erreichung der von ihr festgelegten Ziele und Vorgaben durch einen vereinheitlichten Prozess zur Erhebung, Meldung und Analyse von Daten überwachen und bewerten. Hierbei geht es um die Ermittlung bewährter Verfahren und die Weitergabe von Erfahrungen, die Förderung des Informationsaustauschs unter den Mitgliedstaaten und die Erstellung eines evidenzbasierten Instrumentariums für eine wirksame Bekämpfung von HIV (Output 1.1.1).

Tuberkulose

16. Nach der Billigung des auf fünf Jahre angelegten Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO durch die Mitgliedstaaten im Jahr 2011 haben die meisten Länder in der Europäischen Region mit einer hohen MDR-Tb-Last Aktionspläne ausgearbeitet, die sie im nächsten Zweijahreszeitraum mit Unterstützung durch das Regionalbüro umsetzen wollen. Im Zeitraum 2014–2015 werden die Länder auch die sozialen Determinanten der Krankheit ermitteln und angehen und den Abbau von im Gesundheitssystem bestehenden Hürden für eine effiziente Verhütung und Bekämpfung von Tuberkulose sowie die Versorgung von Tuberkulosepatienten anstreben (Outputs 1.2.1 und 1.2.2). In den Ländern werden beträchtliche Mittel erforderlich sein, um die Laborkapazitäten zu verstärken; dies schließt Diagnoseverfahren, einen Ausbau der Surveillance-Maßnahmen, insbesondere für multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose, einen allgemeinen Zugang zu Behandlung und Versorgung sowie die Berücksichtigung

der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen ein. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den 18 Hochprävalenzländern⁴ (Output 1.2.2). Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten auch weiterhin dabei behilflich sein, bei bilateralen Organisationen und beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria Finanzmittel einzuwerben.

Malaria

17. Aufgrund des Nahens des für die Eliminierung von Malaria aus der Europäischen Region anvisierten Zieldatums 2015 müssen die Maßnahmen in den verbleibenden noch von Malaria betroffenen Ländern beschleunigt werden. Das Regionalbüro wird auch weiterhin strategische Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung leisten, um die Fähigkeit der Länder zur Eliminierung der Malaria und zur Verhinderung einer Wiedereinschleppung der Krankheit zu stärken (Output 1.3.1). Inhaltliche Schwerpunkte werden auf die Surveillance und Beobachtung von Fortschritten auf der nationalen und subregionalen wie auch der Ebene der Region insgesamt, aber auch auf die Gefahr der Ausbreitung der Krankheit auf benachbarte Länder gelegt (Output 1.3.2). Die Abstimmung grenzüberschreitender Aktivitäten mit Mitgliedstaaten in der WHO-Region Östlicher Mittelmeerraum wird intensiviert. Die Fortschritte bei der Eliminierung der Malaria lassen vermuten, dass für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 weniger Inputs benötigt werden.

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

18. Im vergangenen Zweijahreszeitraum hat die Prävalenz von Vektorkrankheiten wie Leishmaniose und Dengue-Fieber in der Europäischen Region zugenommen. Durch den Europäischen Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten (2014–2020) wird das Regionalbüro fachliche Orientierungshilfe für die Mitgliedstaaten leisten und eine grenzüberschreitende Abstimmung fördern. Außerdem werden im Bereich Wasserver- und Abwasserentsorgung gemeinsame Arbeiten mit Kategorie 3 durchgeführt, die der Bekämpfung von durch den Boden übertragenen Helminthosen dienen (Output 1.4.1).

Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten

19. Da mittlerweile das Zieldatum näher rückt und die Inzidenz von Masern und Röteln in den meisten Mitgliedstaaten an oder unterhalb der Eliminierungsschwelle liegt, sind für den Zeitraum 2014–2015 anhaltende Anstrengungen und Mitteleinsätze erforderlich, um den entscheidenden Impuls für die Eliminierung zu geben. Zu den Maßnahmen gehören eine Erweiterung der Surveillance und der Untersuchung von Verdachtsfällen, eine Ausdehnung von Impfmaßnahmen auf schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen und bisher vernachlässigte Kohorten unzureichend geimpfter Erwachsener und die Durchführung neuartiger Kampagnen in der Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit, insbesondere im Rahmen der Europäischen Impfwoche, um das Engagement von Öffentlichkeit und Politik trotz sinkender Prävalenzraten aufrechtzuerhalten. Um dies zu erreichen, besteht die Zielrichtung für die Europäische Region darin, die Mitgliedstaaten bei der Beschaffung und Finanzierung von Impfstoffen, der Stärkung der Impfsysteme (einschließlich der evidenzbasierten Einführung neuer Impfstoffe im Rahmen eines Lebensverlaufansatzes) und bei der Verbesserung der Gewinnung von Daten im Hinblick auf Entscheidungsprozesse durch fachliche Hilfe zu unterstützen (Output 1.5.2). Ferner werden die Mitgliedstaaten im Einklang mit dem Globalen Aktionsplan für Impfstoffe (2011–2020) im Hinblick auf eine Anpassung des Plans an die Besonderheiten der Europäischen Region befragt,

⁴ Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

die einer generellen Ausdehnung der Impfsysteme der Länder von einkommensschwachen auf einkommensstarke Umfelder dient (Output 1.5.1).

20. Im Zweijahreszeitraum 2014–2015 wird es gegenüber dem Zeitraum 2012–2013 eine Schwerpunktverlagerung in der Kategorie 1 von der Lagebewertung und Konzeptentwicklung hin zur Unterstützung und Kapazitätsausweitung zum Zwecke der Umsetzung von Konzepten und Praktiken für die Verwirklichung bzw. Überprüfung von Zielen der Region und der Länder geben; dies gilt namentlich für Krankheiten, deren baldige Eliminierung angestrebt wird. Die fachliche Unterstützung erfolgt in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit einer Reihe internationaler Organisationen und Institutionen, insbesondere der Europäischen Kommission und ihren fachlichen Institutionen wie dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Die fachliche Hilfe auf der Ebene der Länder wird auf die jeweiligen konkreten Bedürfnisse zugeschnitten, um eine effiziente Nutzung der Mittel zu gewährleisten. Allerdings wird ein Teil der Arbeit, u. a. die Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit, länderübergreifend erfolgen.

Kategorie 2

21. Diese Kategorie umfasst die Programmbereiche nichtübertragbare Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Lungenerkrankungen und Diabetes sowie deren wichtigste Risikofaktoren wie Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel), psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, Gewalt- und Verletzungsprävention und Ernährung. Der Programmbereich Behinderung und Rehabilitation (Outputs 2.4.1 und 2.4.2) wird vom Regionalbüro nicht abgedeckt.

22. In der Europäischen Region entfallen mehr als 80% der Todesfälle auf nichtübertragbare Krankheiten, wodurch zunehmend die Gesundheitssysteme sowie die wirtschaftliche Entwicklung belastet werden und das Wohlbefinden großer Teile der Bevölkerung, insbesondere der über 50-Jährigen, beeinträchtigt wird. Diese Krankheiten sind auch für viele der wachsenden gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb der Länder wie auch zwischen ihnen verantwortlich. In den meisten Mitgliedstaaten ist über die Hälfte der Bevölkerung von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen, und etwa jedes dritte Kind ist übergewichtig (oder adipös). Mehr als 40% der Bürger der Europäischen Region erreichen nicht einmal das empfohlene Mindestmaß an Bewegung. In den Ländern der Region sind nichtübertragbare Krankheiten in erster Linie auf Bewegungsmangel, die übermäßige Aufnahme von gesättigten Fetten und Transfettsäuren, freiem Zucker und Salz sowie den zu geringen Verzehr von Gemüse und Obst zurückzuführen. Ferner ist in der Europäischen Region der durch Tabakkonsum bedingte Anteil der Todesfälle unter Erwachsenen mit 16% höher als in allen anderen WHO-Regionen; der globale Durchschnitt liegt bei 12%. Die Europäische Region weist außerdem mit 32% die höchste Prävalenz für tägliches Rauchen bei Erwachsenen und die zweithöchste Rate in der Altersgruppe der 13- bis 15-Jährigen auf, und auch unter Frauen und Jugendlichen hat das Rauchen in alarmierendem Maße zugenommen. Die meisten Mitgliedstaaten in der Europäischen Region haben nationale Handlungskonzepte für den Konsum von Alkohol und anderen Substanzen eingeführt, doch deren Prioritäten fallen in Bezug auf Umsetzung und Vollzug sehr unterschiedlich aus. Deshalb herrscht unter den Mitgliedstaaten eine starke Nachfrage nach fachlicher Unterstützung in dem Programmbereich nichtübertragbare Krankheiten.

23. Neuropsychiatrische Störungen sind in der Europäischen Region für 19% der gesamten Verluste an behinderungsfreien Lebensjahren (DALY-Verluste) verantwortlich – und es sind jeweils mindestens 25% der Bevölkerung von psychischen Störungen betroffen; am häufigsten sind Depressionen und Angstzustände. Die Suizidraten einiger Länder der Europäischen Region gehören weltweit zu den höchsten. Gewalt und Verletzungen führen in der Europäischen Region jährlich zu 670 000 Todesfällen und stellen die führenden Todesursachen in der Altersgruppe von 5 bis 44 Jahren dar. Straßenverkehrsunfälle sind für ein Zehntel dieser Fälle verantwortlich,

und auch Vergiftungen, Stürze, Ertrinken und Verbrennungen gehören zu den häufigeren Todesursachen unter jungen Menschen in der Europäischen Region. Auch Unterernährung ist in manchen Teilen der Europäischen Region noch verbreitet; in einigen Mitgliedstaaten sind zwischen 7% und 39% der Kleinkinder davon betroffen.

Nichtübertragbare Krankheiten

24. Manche Mitgliedstaaten in der Europäischen Region verzeichnen in jüngster Zeit einen starken und rapiden Rückgang der Mortalität infolge von Kreislauferkrankungen. Der Erfolg dieser Länder sollte dokumentiert werden, um den Nachweis zu erbringen, dass das globale Ziel tatsächlich erreichbar ist. Der Ausbau der bestehenden Synergieeffekte und die Bestimmung neuer Verknüpfungen zwischen Risikofaktoren sind von entscheidender Bedeutung für eine effiziente Leistungserbringung in diesem Programmbereich auf der Ebene der Länder, und genau hier liegt der Schwerpunkt im kommenden Zweijahreszeitraum.

25. Im Zeitraum 2014–2015 stehen die von den Ländern erwarteten Leistungen im Mittelpunkt, und zahlreiche Mitgliedstaaten haben um Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung und Umsetzung umfassender, ressortübergreifender Aktionspläne zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gebeten, namentlich in den Bereichen Bewegungsförderung, Salzreduktion, Lebensmittelwerbung für Kinder, Reduzierung gesättigter Fettsäuren und Einstellung der Verwendung von Transfettsäuren, Adipositas im Kindesalter, Tabakkonsum und schädlicher Alkoholkonsum sowie Bezahlbarkeit von Basistechnologien und unentbehrlichen Arzneimitteln (Output 2.1.1). Um eine Situation herbeizuführen, die der Umsetzung solcher Aktionspläne zuträglich ist, muss eine umfassende Überzeugungsarbeit auf Ebene der Region wie auch der Länder stattfinden, bei der Letztere im Hinblick auf die Erfüllung der maßgeblichen völkerrechtlichen Verpflichtungen wie etwa des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs fachliche Unterstützung erhalten (Output 2.1.2).

26. Um zu gewährleisten, dass die Mitgliedstaaten ihre Konzepte zur Zurückdrängung der Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten sowie der damit verbundenen Ungleichgewichte optimieren, sind Beobachtungsmaßnahmen, Analysen, Datenbanken und eine entsprechende Berichterstattung erforderlich. Das Regionalbüro verfügt mit seiner Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ über ein geeignetes System zur Erfassung und Verwendung von Daten. Doch nun gilt es ein integriertes Surveillance-System für nichtübertragbare Krankheiten zu konzipieren, das sich an den Zielen des globalen Kontrollrahmens sowie an „Gesundheit 2020“ mit seinen Indikatoren für Beobachtung, Evaluation und Berichterstattung orientiert (Output 2.1.3).

Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch

27. Einige Länder der Europäischen Region verfügen über ein umfassendes Netzwerk kommunaler Dienste, in vielen anderen dagegen erfolgt die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen oder geistigen Behinderungen (die oft Vernachlässigung und Misshandlung ausgesetzt waren) immer noch primär in großen psychiatrischen Kliniken. Diese Länder haben bei der Umsetzung ihrer Strategien zu kämpfen und bemühen sich daher um fachliche Unterstützung durch das Regionalbüro. Ein wesentlicher Schwerpunkt im kommenden Zweijahreszeitraum liegt also darin, die Kapazitäten der Länder für die Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Handlungskonzepte und Pläne (Output 2.2.1) zu stärken, insbesondere jene, die auf durch Alkohol- und Substanzmissbrauch bedingte Störungen abzielen (Output 2.2.3). Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (2014–2020), der der 63. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt werden soll, werden die strategischen Stoßrichtungen für die fachliche Unterstützung an die Mitgliedstaaten vorgegeben.

28. Angesichts der derzeitigen Sparmaßnahmen erhöht sich die Inzidenz psychischer Gesundheitsprobleme aufgrund von Einflussfaktoren wie Arbeitslosigkeit; gleichzeitig verringert sich wegen Einschnitten in die psychiatrischen Angebote die Fähigkeit zur Bereitstellung ausreichender Gegenmaßnahmen. Deshalb werden mehr Überzeugungsarbeit, eine sinnvollere Orientierungshilfe und geeignete Instrumente für die Bereitstellung integrierter Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit benötigt (Output 2.2.2).

Gewalt- und Verletzungsprävention

29. In der Resolution 64/255 der Generalversammlung der Vereinten Nationen wurde der Zeitraum 2011–2020 zur Aktionsdekade für Straßenverkehrssicherheit ausgerufen. Bisher haben insgesamt 15 Länder aus der Europäischen Region Pläne für die Aktionsdekade ausgearbeitet, und eine noch größere Zahl hat vom Regionalbüro fachliche Unterstützung für die Erstellung solcher Pläne erbeten (Output 2.3.1). Andere Länder haben um fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung von Programmen und Plänen zur Verletzungsprävention für Kinder (Output 2.3.2) bzw. zur Prävention von Gewalt gegen Frauen, Jugendliche und Kinder (Output 2.3.3) gebeten.

30. In „Gesundheit 2020“ und in der Resolution EUR/RC55/R9 über Verletzungsprävention in der Europäischen Region werden Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsdienste zum Abbau von Ungleichheiten in Bezug auf Mortalität und Invalidität gefordert. Im Laufe des kommenden Zweijahreszeitraums wird das Sekretariat zusammen mit den Mitgliedstaaten darauf hinarbeiten, nationale Handlungskonzepte festzulegen und die Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit auszubauen – durch evidenzbasierte Programmgestaltung.

Ernährung

31. Die Prävalenz des Mangels an Mikronährstoffen wie Eisen und Vitamin D ist immer noch unannehmbar hoch, und auch der Anteil der ausschließlich stillenden Mütter ist im Vergleich zu anderen WHO-Regionen niedrig. In der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 wird zum Ausdruck gebracht, dass es nun an der Zeit ist, Umsetzung und Evaluierung in Angriff zu nehmen. Eine Reihe von Mitgliedstaaten haben um fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung, Umsetzung und Überwachung von Aktionsplänen für die Ernährung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern sowie die Förderung von Stillen gebeten (Output 2.5.1).

32. Die Europäische Region verfügt glücklicherweise über starke Institutionen und Netzwerke von Kontaktstellen sowie über nichtstaatliche Organisationen und einen Pool aus Experten, die sämtliche Programmbereiche aus Kategorie 2 abdecken. Hierzu zählen auch die aktiven und leistungsstarken Kooperationszentren der WHO. Sämtliche Institutionen, Netzwerke und Kooperationszentren werden in vollem Umfang einbezogen, und die bisherige Zusammenarbeit soll weiter ausgebaut werden. Deshalb kann die Realisierung der vorrangigen Outputs mit nur einer geringfügigen Personalaufstockung beim Regionalbüro beschleunigt werden.

Kategorie 3

33. Kategorie 3 umfasst fünf Programmbereiche: reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen; Altern und Gesundheit; systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte; soziale Determinanten von Gesundheit; und Umwelt und Gesundheit.

34. Trotz erheblicher Fortschritte gibt es immer noch eine signifikante umweltbedingte Krankheitslast infolge von Wasser-, Luft- oder Bodenverschmutzung, unzureichenden Wohnverhältnissen und unhygienischen, unsicheren Arbeitsbedingungen. Diese Risiken sind für etwa

ein Viertel der Krankheitslast und für knapp 20% der Todesfälle verantwortlich. So kommt es nach Schätzungen allein in der Europäischen Union jährlich zu 348 000 vorzeitigen Todesfällen infolge von Luftverschmutzung, und die Schäden für die menschliche Gesundheit durch Luftbelastung werden auf zwischen 190 und 610 Mrd. € pro Jahr beziffert. Jedes Jahr werden in der Europäischen Region 330 000 Fälle von wasserbedingten Krankheiten gemeldet, und 68 000 Menschen sterben aufgrund von Krankheitserregern im Wasser. Ferner gehen durch wasserbedingte Krankheiten jährlich 2,2 Mio. gesunde Lebensjahre verloren, und weltweit haben 85 Mio. Menschen, darunter 20 Mio. in der Europäischen Union, keine Toilette in ihrer Wohnung. Der Auftrag des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa, für den das Regionalbüro als Sekretariat fungiert, besteht darin, die öffentliche Gesundheit in diesem Programmbereich zu verbessern.

35. Zwischen den Ländern der Europäischen Region wie auch innerhalb dieser Länder bestehen beträchtliche Ungleichgewichte in Bezug auf gesundheitliche Resultate. So liegen die Müttersterblichkeitsraten der Länder mit der höchsten und jener mit der niedrigsten Rate nach Schätzungen um den Faktor 35, für Kindersterblichkeit um den Faktor 30 auseinander. Mehr als die Hälfte aller Kindersterbefälle könnte verhindert werden. Über das Risikoverhalten von Jugendlichen liegen nur in begrenztem Maße Daten vor, doch trinkt ein Viertel aller 15-Jährigen mindestens einmal wöchentlich Alkohol, und der Anteil der sexuell aktiven 15-jährigen Mädchen, die beim letzten Geschlechtsverkehr mit Antibabypille verhütet hatten, liegt in den Ländern der Europäischen Region zwischen 2% und 62%. Zahlreiche Länder haben um fachliche Unterstützung gebeten, da 2015 das Zieldatum für die Erfüllung der Ziele des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung von 1994 sowie der Millenniums-Entwicklungsziele 4 (Gesundheit von Kindern) und 5 (Gesundheit von Müttern) ist.

36. Altern und Gesundheit ist ein relativ neuer Programmbereich in der Europäischen Region, der nach der Billigung von Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) an Dynamik gewonnen hat. Die Europäische Region bekennt sich zur Förderung der Basisbewegung für altersgerechte Städte und Gemeinschaften in der Europäischen Region, die angesichts der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage in vielen Ländern mit rapide alternder Bevölkerung von besonderer Relevanz ist.

37. Zur Kategorie 3 gehören auch zwei übergreifende Programmbereiche, die die in „Gesundheit 2020“ vorgegebenen grundlegenden Werte für die gesamte Arbeit in der Europäischen Region widerspiegeln, nämlich die systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte und die sozialen Determinanten von Gesundheit. Auch wenn ein Großteil der Arbeit in andere Fachprogramme einfließen soll, so wünschen sich die Mitgliedstaaten doch eine Stärkung ihrer Fähigkeit zur Anwendung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ im Hinblick auf ressortübergreifende Maßnahmen sowie gemeinsame Politiksteuerung und gesellschaftliche Beteiligung beim Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit.

Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen

38. In diesem Programmbereich stehen eine Reihe bewährter Pakete von Interventionen zur Verfügung, die der Senkung von Morbidität und Mortalität sowie dem Abbau von Ungleichgewichten dienen. So haben auf diesem Gebiet zahlreiche Länder fachliche Unterstützung angefordert, etwa für die Umsetzung des Pakets der WHO für wirksame Perinatalversorgung während der 24 Stunden vor und nach der Entbindung und für die Durchführung regelmäßiger Qualitätskontrollen bei der Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen, mit besonderem Augenmerk auf gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Output 3.1.1), aber auch für das integrierte Management von Kinderkrankheiten (Output 3.1.2) und für die Instrumente des Regionalbüros zur Förderung einer umfassenden Gesundheitserziehung, einschließlich Sexualaufklärung, Familienplanung und Prävention unsicherer Schwangerschaftsabbrüche (Output 3.1.3).

39. Auch wenn sich diese Instrumente allgemein als wirksam erwiesen haben, so haben doch einige Länder um Unterstützung beim Aufbau von Kapazitäten für die Durchführung von Untersuchungen zur Bestimmung ihrer relativen Eignung gebeten (Output 3.1.4).

Altern und Gesundheit

40. Im Zeitraum 2014–2015 werden in einem Gemeinschaftsprojekt mit der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration bei der Europäischen Kommission sowohl aktualisierte als auch neue Instrumente der WHO für lokale Maßnahmen, die Festlegung von Zielvorgaben sowie Beobachtung und Evaluation ausgearbeitet. Nach der Annahme von Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) haben einige Mitgliedstaaten um fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung von Grundsatzdokumenten und Aktionsplänen für gesundes Altern gebeten. Die Unterstützung wird für die Politikkoordination und für ressortübergreifende Maßnahmen im Einklang mit „Gesundheit 2020“ gewährt, was auch einen Informationsaustausch über geeignete Praktiken bei der Umsetzung der Prioritäten aus dem Aktionsplan der WHO für gesundes Altern einschließt (Output 3.2.1). Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten bei der Einführung evidenzbasierter Konzepte in der Gesundheits- und Sozialpolitik mittels eines Lebensverlaufansatzes fachlich unterstützen.

41. Eine Reihe von Ländern haben auch um fachliche Unterstützung bei der Umsetzung der von der WHO empfohlenen Maßnahmen und Modelle für die Beobachtung und Quantifizierung der vielfältigen gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen gebeten, die im Hinblick auf die Gestaltung und Ausrichtung künftiger nationaler Strategien, Interventionen und Angebote herangezogen werden sollen (Output 3.2.2).

Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte

42. Dieser Programmbereich ist ein maßgeblicher Querschnittsbereich – und einer der Grundpfeiler von „Gesundheit 2020“. Hier verfolgt das Regionalbüro zwei Zielrichtungen: die systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte in die gesamte Arbeit des Sekretariats und alle Programmbereiche des Regionalbüros im Rahmen des Reformprozess der WHO (Output 3.3.1) und die Stärkung der Kapazitäten der Länder für die Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte in ihre Gesundheitspolitik, einschließlich Erfolgskontrollen (Output 3.3.2). Dies schließt die Einbeziehung von Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten in die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ ein.

Soziale Determinanten von Gesundheit

43. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind ein integraler Bestandteil aller Programmbereiche, doch müssen Dialog und Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten fest verankert sein und ergebnisorientiert und ressortübergreifend erfolgen, wie es in Resolution WHA62.14 aus dem Jahr 2009 und in der Erklärung von Helsinki über Gesundheit in allen Politikbereichen aus dem Jahr 2013 empfohlen wird. Viele Länder in der Europäischen Region haben um fachliche Hilfe gebeten, um ihre Mechanismen für die Politiksteuerung und deren Wirkung auf die sozialen Determinanten von Gesundheit bewerten, einen sinnvollen Erfahrungsaustausch mit anderen Ländern durchführen und den Wissensstand der Verantwortlichen auf allen staatlichen Ebenen durch Länderbewertungen und Kapazitätsaufbau (einschließlich Schulungsmaßnahmen, Wissensgewinnung und -austausch) erweitern zu können (Outputs 3.4.1 und 3.4.2).

Umwelt und Gesundheit

44. In modernen Konzepten für einen umweltbezogenen Gesundheitsschutz wird die Komplexität der Einwirkungen der Umwelt auf die menschliche Gesundheit wie auch umgekehrt des menschlichen Handelns auf die Umwelt anerkannt, und es wird auf die Notwendigkeit der Anwendung breit angelegter, sektorübergreifender Maßnahmen bei der Auseinandersetzung mit den umweltbedingten Determinanten von Gesundheit hingewiesen. Die Zielsetzung der fachlichen Arbeit im Zeitraum 2014–2015 wird darin bestehen, verstärkt dafür zu sensibilisieren, welche Auswirkungen die Maßnahmen in Politikbereichen außerhalb der Gesundheitspolitik, etwa in den Ressorts Verkehr, Energie, Städteplanung, Bodennutzung, Wasserwirtschaft, Industrie und Beschäftigung, auf die öffentliche Gesundheit haben.

45. Das Sekretariat wird auch weiterhin mit den Ländern und den Partnerorganisationen in Bezug auf ein breites Spektrum von umweltbedingten Gesundheitsrisiken zusammenarbeiten, die eine grenzüberschreitende Kooperation und kollektives Handeln erfordern; dazu gehören die längerfristigen Gefahren des Klimawandels, der Verlust an biologischer Vielfalt, die Knappheit von Wasser und anderen natürlichen Ressourcen, der Themenkomplex Chemikalien, neue Technologien wie Nanotechnik sowie die Umweltbelastung durch die Industrie (Output 3.5.1). Die Mitgliedstaaten werden bei der Erfüllung der im Jahr 2010 auf der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma eingegangenen Verpflichtungen sowie bei der Beobachtung von Fortschritten hin zu diesen Zielen und bei der Erarbeitung von Evidenz unterstützt. Das Regionalbüro wird auf globaler Ebene wie auch in der Europäischen Region normative Orientierungshilfe in Bereichen wie Luftreinhaltung und Lärmbekämpfung leisten, in denen es über einzigartige Sachkompetenz verfügt (Output 3.5.2).

46. Die WHO wird auch weiterhin die gemeinsamen Sekretariate von multilateralen Programmen und Übereinkünften wie dem Protokoll über Wasser und Gesundheit und dem Paneuropäischen Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt, aber auch die Arbeit des Europäischen Ministerausschusses und der Sonderarbeitsgruppe für Umwelt und Gesundheit sowie ihrer nachgeordneten Gremien unterstützen und dabei die Einbeziehung eines breiten Spektrums von Akteuren fördern. Sie wird ferner bereichsübergreifend für entschlossenes Handeln auf nationaler wie internationaler Ebene für Umwelt und Gesundheit sowie für Gesundheit als Bestandteil der nachhaltigen Entwicklung werben und bei der Ausarbeitung der Tagesordnung für die sechste Ministerkonferenz im Jahr 2016 die Federführung übernehmen (Output 3.5.3).

47. Innerhalb von Kategorie 3 wird die fachliche Unterstützung für die Länder auf die jeweiligen Gegebenheiten der einzelnen Länder zugeschnitten und nach Möglichkeit in Abstimmung mit den oder direkt durch die Netzwerke und Kooperationszentren der WHO in der Europäischen Region erfolgen. Aufgrund des Querschnittscharakters einiger der Programmbereiche in dieser Kategorie muss jedoch ein Teil der Unterstützung auch von anderen Programmen beim Regionalbüro geleistet werden.

Kategorie 4

48. Kategorie 4 umfasst vier Programmbereiche: nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne; integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote; Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten; und Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz.

49. Die Gesundheitssysteme sind schon an sich wichtige soziale Determinanten für Ausmaß und Verteilung von Gesundheit, und die Ungleichgewichte hinsichtlich gesundheitlicher Resultate, die in den Kategorien 1 bis 3 sowie 5 zu beobachten sind, haben teilweise ihren Ursprung in unausgewogenen Gesundheitssystemen. Solche Defizite betreffen beispielsweise die Art der Organisation der Gesundheitssysteme, ihre Handlungskonzepte, die Art ihrer Finanzierung und

der Leistungserbringung sowie die Fähigkeiten und Einstellungen der Mitarbeiter. Die Gesundheitssysteme in allen Teilen der Region stehen auch von außen unter Druck: durch fehlende finanzielle Nachhaltigkeit zu Zeiten von Sparmaßnahmen, durch die größere Anfälligkeit erheblicher Teile der Bevölkerung infolge der Wirtschaftskrise sowie aufgrund der Belastung einer alternden Bevölkerung durch übertragbare wie nichtübertragbare Krankheiten und oftmals durch Komorbiditäten.

50. Die WHO wird auf diesem Gebiet für ihre Neutralität und die Detailliertheit ihrer Empfehlungen an die Mitgliedstaaten anerkannt und erhält aus allen Teilen der Europäischen Region reichlich Nachfrage nach fachlicher Unterstützung in den Programmbereichen in dieser Kategorie. Angesichts dieser Nachfrage bemüht sich das Regionalbüro darum, die gesundheitliche Kluft zwischen den Ländern zu verringern und ihre Fähigkeit zur Politikgestaltung und -veränderung gezielt zu nutzen und zu stärken.

51. Der größte Anteil des Etats für diese Kategorie entfällt auf die nationalen Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne. Die Zielsetzung dieses Programmbereichs besteht darin, die Mitgliedstaaten in Bezug auf Grundsätze für die Anwendung eines ressortübergreifenden Ansatzes für die Auseinandersetzung mit den Gesundheitsdeterminanten und die Stärkung der Gesundheitssysteme zu beraten, wie es in „Gesundheit 2020“ und im Hinblick auf die Förderung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung vorgesehen ist. Dieser Programmbereich umfasst auch die Konzepte und Strategien für die Gesundheitsfinanzierung und die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme, was angesichts der gegenwärtigen ökonomischen Situation der Mitgliedstaaten von entscheidender Bedeutung ist. Die zweitgrößte Zuweisung geht an den Bereich integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote, der die eigentliche Gesundheitsversorgung beinhaltet und sich mit dem Zugang zu ihr, der Vermeidung von Zersplitterung, der übermäßigen Schwerpunktlegerung auf die kurative Versorgung im Krankenhaus und der fehlenden Kontinuität der Versorgung befasst. Die zunehmende Prävalenz chronischer nichtübertragbarer Krankheiten und die voranschreitende Bevölkerungsalterung machen eine bezahlbare Langzeitpflege, eine hochwertige Palliativversorgung und bessere Verknüpfungen zwischen medizinischen und sozialen Angeboten erforderlich.

52. Etwa ein Drittel des Etats wird für die Programmbereiche „Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten“ bzw. „Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz“ aufgewendet. Beide Programmbereiche sind unter den Mitgliedstaaten stark gefragt und bilden die Grundlage für evidenzbasierte Politikgestaltung und operative Entscheidungsprozesse. Zudem ist letzterer Bereich entscheidend für die Überwachung von Fortschritten und Erfolgen hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung der Mitgliedstaaten, namentlich im Lichte von „Gesundheit 2020“.

Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne

53. Für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sind umfassende Konzepte zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, die verschiedene Politikbereiche auf nationaler und subnationaler Ebene betreffen, unverzichtbar. Solche Konzepte schaffen ein „Dach“ gemeinsamer Werte, sorgen für Synergieeffekte, Kohärenz und Integration und fördern Transparenz und Rechenschaftslegung. Es gilt insbesondere, die Führungsrolle der Gesundheitspolitik bei der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen zu stärken. Wenn es gelingen soll, Gesundheit einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung zu verschaffen, den Grundsatz Gesundheit in allen Politikbereichen zu verwirklichen und ressortübergreifendes Handeln durch Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit zu fördern, so sind hierfür geeignete Verfahren, Strukturen und institutionelle Rahmenbedingungen auf allen Ebenen der Politiksteuerung erforderlich. Dies kann durch Verbesserung der Fähigkeit zu gesamtstaatlichem und gesamtgesellschaftlichem Handeln geschehen. Um die Akzeptanz und Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu fördern, arbeitet das Regionalbüro derzeit ein aus neun Komponenten bestehendes Paket von

Materialien und Angeboten für die Länder und andere Akteure aus, um ihnen dabei behilflich zu sein, nationale Gesundheitskonzepte zu entwickeln, ressortübergreifend vorzugehen und Ansätze einer gemeinsamen Politiksteuerung einzuführen. Das Paket zu „Gesundheit 2020“ soll ein allgemeines Kompendium von Instrumenten und Angeboten zur Orientierungshilfe bilden, durch das vorher vereinbarte Resultate und ein Rahmen zu deren Verknüpfung verwirklicht werden sollen. Die vom Regionalbüro geleistete Unterstützungsarbeit umfasst Informationsveranstaltungen oder Präsentationen (landesweit oder länderübergreifend), Schulungen für Führungskompetenz und Diplomatie sowie Dialoge, Konsultationen von akkreditierten Experten, Strategie-Workshops und speziell auf bestimmte Gruppen von Ländern zugeschnittene Veranstaltungen über Grundsatzfragen. Dies soll durch eine Vielfalt von Kommunikationsmedien sowie Veranstaltungen und Foren zum Zwecke des Wissensaustauschs geschehen (Output 4.1.1).

54. Gesundheitsfinanzierung und die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen sind entscheidende Aspekte der Arbeit im nächsten Zweijahreszeitraum. Als wichtigste Initiativen sind Berichte über allgemeine Gesundheitsversorgung, Lehren aus den Maßnahmen zur Bewältigung der globalen Wirtschaftskrise, fachliche Hilfe zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten der Mitgliedstaaten zur Verbesserung der Gesundheitsfinanzierung sowie Grundsatzpapiere über Modalitäten für die Gesundheitsfinanzierung zum Zwecke einer besseren Berücksichtigung von Prioritäten wie den nichtübertragbaren Krankheiten vorgesehen (Output 4.1.2).

Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote

55. Viele Länder haben im Einklang mit „Gesundheit 2020“ um fachliche Hilfe für die beiden Outputs in diesem Programmbereich gebeten: hochwertige, bürgernahe öffentliche Gesundheitsdienste unter dem Dach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung in einem Kontinuum der Versorgung von der Gesundheitsförderung bis zur Palliativversorgung. Eine besondere Zielrichtung wird darin bestehen, die Hindernisse für die Erreichung besserer Resultate im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und der multiresistenten Tuberkulose zu überwinden und einen Handlungsrahmen für eine koordinierte und integrierte Leistungserbringung auszuarbeiten (Output 4.2.1).

56. Die Aufgaben des Pflegewesens innerhalb der primären Gesundheitsversorgung werden ausgeweitet, und es wird fachliche Orientierungshilfe im Hinblick auf die Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften zum Zwecke der Einbeziehung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes in die primäre Gesundheitsversorgung geleistet (Output 4.2.2).

57. Der Output 4.2.3 (Patientensicherheit, Qualität von Leistungen und Befähigung von Patienten) wird im Zweijahreszeitraum 2014–2015 nicht mehr als separater Output aufgeführt.

Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten

58. Der Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien ist fester Bestandteil des Rechts auf Gesundheit und ein Schlüsselement von Chancengleichheit, insbesondere für gefährdete Gruppen. Viele Mitgliedstaaten haben in diesem Bereich um fachliche Hilfe gebeten. Der Zugang zu Diagnostika und Medikamenten ist in den Mitgliedstaaten sehr uneinheitlich. So ist in einer Reihe von Ländern eine Zunahme von Zahlungen aus eigener Tasche zu beobachten, was sich negativ auf die Zielsetzung der allgemeinen Versorgung auswirkt. Die Gewinnung von Evidenz als Grundlage für Grundsatzentscheidungen stellt in diesem Programmbereich eine Priorität dar und beinhaltet u. a. die Schaffung einer Datenbank über die Verwendung antimikrobieller Wirkstoffe in Ländern außerhalb der Europäischen Union, die Erhebung und Analyse von Daten und die Bewertung der Kapazitäten der Länder im Arzneimittelbereich, Hilfestellung in Bezug auf Politikgestaltung, rationellen Gebrauch, Regulierungsfragen und Preisbildung (Output 4.3.1).

59. Das Regionalbüro wird auch weiterhin über Forschung und Entwicklung zur Umsetzung der globalen Strategie und des Aktionsplans für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte Bericht erstatten (Output 4.3.2). Durch Bewertungen der Ordnungspolitik, Stärkung der Handlungsfähigkeit der nationalen Behörden und die Präqualifikation von Medikamenten verbessert sich der Zugang zu qualitativ hochwertigen und bezahlbaren Arzneimitteln und werden Technologietransfer und Innovation gefördert, wofür manche Mitgliedstaaten um fachliche Unterstützung gebeten haben (Output 4.3.3).

Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz

60. Nach der Annahme von „Gesundheit 2020“ und seiner Zielvorgaben und Indikatoren wird das WHO-Regionalbüro für Europa die Mitgliedstaaten künftig verstärkt darin unterstützen, die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden in ihrer Bevölkerung detailliert zu beschreiben. Zuverlässige Informationen über Gesundheit sind die grundlegende Voraussetzung für eine Berichterstattung über Zielerfüllung; dies gilt namentlich für den neuen Bereich Wohlbefinden. Viele Länder haben um fachliche Unterstützung auf diesem Gebiet gebeten (Output 4.4.1). Das Regionalbüro hat seine Fähigkeit zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung von Strategien für den Bereich eGesundheit und bei der Umsetzung der vor kurzem von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten Resolution WHA66.24 über Standardisierung und Interoperabilität im Bereich eGesundheit erhöht (Output 4.4.2). Zahlreiche Mitgliedstaaten haben um fachliche Unterstützung im Hinblick auf den Kapazitätsaufbau zur Wissensumsetzung und die Heranziehung von Evidenz für die Politikgestaltung durch das neu eingerichtete EVIPNet Europe gebeten. Darüber hinaus ist derzeit eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe unter der Führung einiger Mitgliedstaaten dabei, eine Gesundheitsinformationsstrategie für die Europäische Region für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 zu erstellen. Im Rahmen der Strategie wird das Regionalbüro weiterhin hochwertiges Schulungsmaterial, Publikationsserien der Europäischen Region, Informationsprodukte und Berichte veröffentlichen, die Nutzung der Datenbanken des Index Medicus unterstützen und die in der Europäischen Region tätigen Kooperationszentren und Beratungsgremien steuern (Output 4.4.3).

61. Der wieder eingerichtete Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung erstattet der Regionaldirektorin Bericht und berät sie in Bezug auf die Festlegung geeigneter Vorhaben für die Europäische Region im Bereich der Gesundheitsforschung. Die Dokumentierung der Forschungskapazitäten in der Europäischen Region wird abgeschlossen, und der Ausschuss wird in Bezug auf mögliche Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlungen der Beratenden Expertengruppe Forschung und Entwicklung sowie der späteren Resolution WHA66.22 der Weltgesundheitsversammlung Stellung nehmen, in der Demonstrationsprojekte in allen Teilen der Region für den kommenden Zweijahreszeitraum genannt werden (Output 4.4.4).

62. Die Beiträge des Regionalbüros zu den Outputs und Resultaten in Kategorie 4 erfolgen aufgrund umfassender Konsultationen, einer internen fachlichen Begutachtung und der Befragung externer Expertengremien sowie im Rahmen einer gemeinsamen Planung mit den Kooperationszentren der WHO, leistungsfähiger Partnerschaften mit Institutionen wie der Europäischen Union und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, und in Form eines länderübergreifenden Wissenstransfers, bilateraler und multilateraler Ansätze und ggf. einer fachlichen Unterstützung für die Länder.

Kategorie 5

63. Zur Kategorie 5 zählen folgende Programmbereiche: Warnungen und Gegenmaßnahmen; Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial; Katastrophenrisiko und Krisenmanagement; Lebensmittelsicherheit. Ferner zählen dazu zwei Notfallbereiche, nämlich Eradikation von Poliomyelitis und Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen.

64. Das Anwachsen der Weltbevölkerung macht zusammen mit einer beispiellosen Zunahme des Reiseverkehrs, des Handels und der Migration auf der ganzen Welt die Europäische Region stärker anfällig gegenüber der Gefahr der Einschleppung und Ausbreitung von Krankheiten. In den vergangenen Jahrzehnten sind neue Herausforderungen für die grenzüberschreitende Bekämpfung von Krankheiten aufgetreten, etwa durch die pandemische Influenza, die Wiederkehr der Poliomyelitis, neue Krankheitserreger sowie bewaffnete Auseinandersetzungen und Naturkatastrophen. Dies kann zu schwerwiegenden Auswirkungen gesundheitlicher, politischer, sozialer und ökonomischer Art führen. Antimikrobielle Resistenz und insbesondere Antibiotikaresistenz wird für die öffentliche Gesundheit zu einem immer größeren Problem. In einigen Ländern der Region wurden in mehr als 50% bestimmter Krankheitserreger Resistenzen festgestellt, und es kommt ständig zu neuen Resistenzbildungen, die sich schnell ausbreiten. Verseuchte Lebensmittel sind in der Region weit verbreitet, selbst in den entwickeltsten Ländern, und durch Lebensmittel verursachte Erkrankungen haben in einigen Mitgliedstaaten epidemische Ausmaße erreicht.

65. Das Regionalbüro wird diese Themen durch die kontinuierliche Umsetzung der *Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005)* und eine Verbesserung der Kernkapazitäten der Länder für Surveillance und Gegenmaßnahmen, die Verbesserung der epidemiologischen Überwachung der Influenza und der Pandemieplanung, die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans der Europäischen Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen, die Aufrechterhaltung der Zertifizierung als poliofrei sowie der Eradikationsstrategien (u. a. Übergang von Lebendimpfstoffen zu inaktivierten Impfstoffen gegen Polio) und eine verbesserte Vorbereitung des Gesundheitswesens auf Massenveranstaltungen und humanitäre Notlagen in Angriff nehmen. Für die Unterstützung bei der schnellen Aufdeckung und Bewältigung von Ausbrüchen von Infektionskrankheiten sind Laborkapazitäten, die in mehreren Programmen aus Kategorie 1 und 5 thematisiert werden, von entscheidender Bedeutung.

66. Die Arbeit im Zeitraum 2014–2015 wird durch multilaterale Abkommen wie die IGV und den Codex Alimentarius sowie durch Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees über Polioeradikation, Influenza und Pandemie-Bereitschaft, den Planungsrahmen für die pandemische Influenza und den Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen der Region geprägt.

67. Zwar hat die Europäische Region die Zertifizierung als poliofrei erhalten, doch ein 2010 in Zentralasien erfolgter großer Ausbruch und die im Rahmen der Umweltüberwachung in Abwasserproben gefundenen Exemplare des Polio-Wildvirus (wenn auch ohne Auftreten klinischer Fälle) unterstreichen die Anfälligkeit der Region. Bis zur weltweiten Eradikation der Krankheit sind alle als poliofrei zertifizierten Regionen, also auch die Europäische Region, weiter von einer Einschleppung bedroht.

Warn- und Reaktionssysteme

68. Im Zeitraum 2014–2015 wird die Überzeugungsarbeit für ein stärkeres Bewusstsein und Engagement der Gesundheitsbehörden in Bezug auf die IGV und ihre Umsetzung auf nationaler und internationaler Ebene fortgesetzt, wobei der Aufbau nationaler Kapazitäten und die Entwicklung regionsweiter und nationaler Instrumente, Lehrgänge, Leitlinien und Aktionspläne zur Krankheitsüberwachung, Risikobewertung, Katastrophenvorsorge und -hilfe, (u. a. Pandemiebereitschaft) unterstützt werden. Nationalen IGV-Anlaufstellen und anderen Bediensteten der Mitgliedstaaten werden Kurse zur Einzelfallüberwachung, nationalen Labornetzen konzeptionelle und fachliche Unterstützung angeboten, um für hochwertige Systeme und Labordiagnosen und ein hohes Maß an biologischer Sicherheit zu sorgen (Output 5.1.1).

69. Das Regionalbüro wird weiter dafür Sorge tragen, dass die IGV-Anlaufstelle der Europäischen Region täglich rund um die Uhr betriebsbereit ist, und die Mitgliedstaaten durch die zeitnahe

Weitergabe von Daten zu jedem für die öffentliche Gesundheit relevanten Vorfall in der Region unterstützen, der eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen könnte (Output 5.1.2).

Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial

70. Die Schwerpunkte dieses Programms liegen auf Grippeviren und anderen respiratorischen Krankheitserregern sowie antimikrobiellen Resistenzen. Viele Mitgliedstaaten haben um fachliche Unterstützung für den Ausbau ihrer ressortübergreifenden Koordinierung und für die Erstellung von Betriebsplänen zur Verbesserung der Belastbarkeit der Länder sowie ihrer Bereitschaftsplanung für eine Influenzapandemie, epidemische und neu auftretende Krankheiten und antimikrobielle Resistenzen gebeten (Output 5.2.1).

71. Die Arbeit mit Influenzaviren und anderen respiratorischen Krankheitserregern wird sich auf folgende Bereiche konzentrieren: verstärkte virologische und epidemiologische Überwachung von saisonaler Grippe, grippalen Infekten und schweren akuten Atemwegsinfektionen; Nutzung der epidemiologischen Überwachung zur Abschätzung der Krankheitsbelastung durch Influenza, um die Prioritäten für die nationalen Grippeimpfprogramme festlegen zu können; und Stärkung der Pandemiebereitschaft in allen Ländern in Zusammenarbeit mit den Partnern in der Europäischen Region und mit Organisationen wie der Europäischen Union. Die Beobachtung des Auftretens anderer Krankheitserreger, die auf den Menschen bzw. von Mensch zu Mensch übertragen werden können, wie etwa das neuartige Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV), wird fortgesetzt. Angesichts der Tatsache, dass es in weiten Teilen der Europäischen Region keine systematische Erfassung von Daten über die Belastung durch antimikrobielle Resistenzen gibt, wird der Schwerpunkt im Zeitraum 2014–2015 auf die Einrichtung bzw. Stärkung der epidemiologischen Überwachung antimikrobieller Resistenzen im Rahmen der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region gelegt (Output 5.2.2).

Katastrophenrisiko und Krisenmanagement

72. Auch wenn Katastrophen schwer vorhersagbar sind, so kann der durch sie herbeigeführte Schaden doch gemildert oder teilweise vermieden werden. Der Krisenbewältigungsrahmen des Regionalbüros kombiniert die Elemente Frühwarnung, Überwachung und Beobachtung von Infektionskrankheiten mit der Aufgabe der Bewältigung von humanitären Katastrophen und Umweltgefahren. Viele Mitgliedstaaten haben um fachliche Unterstützung bei der Kapazitätsbewertung und Stärkung des alle Gefahrenbereiche umfassenden gesundheitsbezogenen Risikomanagements bei Notlagen und Katastrophensituationen gebeten (Output 5.3.2). Im Zeitraum 2014–2015 wird weiter Nachdruck auf die Erhaltung, Stärkung und Erneuerung der Verfahren und der Infrastruktur gemäß dem globalen Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall gelegt, der in Bezug auf Vorsorge, Warnung und Reaktion auf Kapazitäten innerhalb der Region setzt (Output 5.3.3).

73. Die Outputs 5.3.1 und 5.3.4 werden im kommenden Zweijahreszeitraum nicht gesondert in Angriff genommen.

Lebensmittelsicherheit

74. Mehrere Mitgliedstaaten haben um fachliche Unterstützung in Bezug auf die ressortübergreifende Zusammenarbeit zum Abbau von durch Lebensmittel bedingten Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit (Output 5.4.2) und zur Ausweitung der Kapazitäten der Länder für die Schaffung und Erhaltung eines risikospezifischen Regulierungsrahmens (Output 5.4.3) gebeten. Das Regionalbüro wird auch weiterhin die Arbeit der Codex-Alimentarius-Kommission unterstützen und die Länder bei der Umsetzung von Normen, Leitlinien und Empfehlungen in Bezug auf Lebensmittel unterstützen (Output 5.4.1).

Eradikation der Poliomyelitis

75. Das Regionalbüro wird die Risiken für eine Einschleppung des Poliovirus in die Europäische Region weiter abschätzen und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen. Es wird auch die Mitgliedstaaten darin unterstützen, die Zertifizierung der Region als poliofrei zu verteidigen und sich für das Endspiel gegen Polio zu rüsten, indem sie Surveillance und Impfwesen aufeinander abstimmen und beobachten, fachliche Unterstützung bereitstellen und für ein anhaltendes politisches Engagement zugunsten der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung sorgen (Output 5.5.1). Fachliche Unterstützung wird den Mitgliedstaaten auch in Verbindung mit dem geplanten Übergang vom Lebendimpfstoff zum inaktivierten Polio-Impfstoff angeboten, u. a. in Bezug auf regulatorische und operative Fragen sowie Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung (Output 5.5.2).

76. Die Outputs 5.5.3 und 5.5.4 werden im Zweijahreszeitraum 2014–2015 nicht in Angriff genommen.

Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen

77. In dem neuen globalen Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall werden die Änderungen und Mittel genannt, die auf allen drei Ebenen der Organisation erforderlich sind, um deren jeweiliger Führungsrolle im Gesundheitsbereich und im Bereich der humanitären Hilfe und der gesundheitlichen Notlagen gerecht zu werden. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten bei Gegenmaßnahmen und Wiederaufbau nach Katastrophen und gesundheitlichen Krisensituationen unterstützen und dabei einen Ansatz verwenden, bei dem alle Bereiche der Gesundheit und alle Arten von Gefahren berücksichtigt werden (Output 5.6.1).

78. Das Regionalbüro wird durch enge Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro der WHO sowie den anderen Regionalbüros, mit Organisationen der Vereinten Nationen, mit der Weltorganisation für Tiergesundheit sowie mit anderen Partnerorganisationen in der Europäischen Region, insbesondere der Europäischen Kommission und ihren Facheinrichtungen (z. B. der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) zur inhaltlichen Arbeit in Kategorie 5 beitragen. Angesichts der Vernetzung der Länder in der Europäischen Region ist die Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitswesens für Vorsorge-, Präventions-, Überwachungs- und Abwehrmaßnahmen, auch im Hinblick auf Umweltkatastrophen, für alle 53 Mitgliedstaaten von großer Bedeutung. Der Beitrag des Regionalbüros in diesem Bereich erfolgt auf drei Ebenen (länderspezifisch, multilateral und international) – jeweils nach den Bedürfnissen der Länder. Generell wird die länderspezifische Unterstützung in erster Linie den bedürftigsten Ländern gewährt, und insbesondere solchen Mitgliedstaaten, die eine Fristverlängerung für den Aufbau der IGV-Kernkapazitäten, die Ausarbeitung von Bereitschaftsplänen und die Stärkung der Kapazitäten für epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen erbeten haben.

79. Die Aktivitäten zur Stärkung der Bereitschaftsplanung basieren auf einem gefahrenübergreifenden Ansatz und werden gemeinsam mit Kooperationszentren der WHO, mit Fachzentren wie dem Büro in Lyon für den Kapazitätsaufbau im Bereich der IGV, mit anderen maßgeblichen Institutionen sowie mit Ländern mit größerer Erfahrung auf diesem Gebiet durchgeführt. Zu diesen Aktivitäten zählen Bewertungen in den Ländern, ergänzt durch Kapazitätsaufbau auf Regions- und Länderebene, Schulungsprogramme und fachliche Unterstützungsmaßnahmen. In Notlagen wird die WHO direkte Unterstützung für die betroffenen Länder leisten, insbesondere in Bezug auf Risikoabschätzung, Risikokommunikation und Sofortmaßnahmen.

Kategorie 6

80. Kategorie 6 umfasst die Prioritäten für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 in Bezug auf Organisationsführung in fünf Bereichen: Führungskompetenz und Steuerung; Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement; strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung; Leitung und Verwaltung; strategische Kommunikation.

81. Seit 2010 bemüht sich das WHO-Regionalbüro für Europa darum, die Kosten in den in Kategorie 6 enthaltenen Bereichen zu senken und doch das Niveau und die Qualität der Leistungen aufrecht zu erhalten, damit die frei werdenden Mittel hin zur fachlichen Arbeit umgeschichtet werden können. Besonderer Nachdruck wurde auf die Steigerung der Effizienz bei zugleich zunehmender Nachfrage nach mehr Politiksteuerung gelegt. In einigen Bereichen war es allerdings nicht möglich, die Kapazitäten aufrechtzuerhalten, so etwa bei unentbehrlichen Mitarbeitern in Länderbüros, im Bereich der Beobachtung und Evaluation sowie bei einigen Leitungs- und Verwaltungsaufgaben. Dies führte auch dazu, dass die Fachprogramme nun eine größere Last an Verwaltungsaufgaben zu bewältigen haben, da manche Aufgaben nicht mehr zentral erledigt werden.

82. Dafür gibt es zwei Erklärungen: Erstens hat Europa von allen WHO-Regionen den kleinsten Gesamtetat⁵, aber die größte Zahl von Mitgliedstaaten. Zweitens haben die für Kategorie 6 verfügbaren Mittel aus ordentlichen Beiträgen, Mitteln zur Programmkostendeckung und indirekten stellenbezogenen Kosten (post occupancy charges) nicht mit dem Preisanstieg Schritt gehalten. Es wird erwartet, dass sich diese Lage verbessern wird, sobald das neue Zuweisungsverfahren im Zweijahreszeitraum 2016–2017 funktionsfähig ist.

Führungskompetenz und Steuerung

83. Die Vertreter der WHO und die Leiter der Länderbüros werden regelmäßig wirksam in Bezug auf die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie andere fachliche Bereiche geschult. So können die Länderbüros eine stärkere Rolle in der Steuerung und Bereitstellung der fachlichen Unterstützung für die Mitgliedstaaten spielen. 2014 haben insgesamt fünf Länder (Belgien, Zypern, Griechenland, Russische Föderation, Türkei) um Länder-Kooperationsstrategien zur Festlegung der Prioritäten für die Zusammenarbeit mit der WHO gebeten. Die Länder-Kooperationsstrategie für die Schweiz wird gleichzeitig mit den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen umgesetzt, die mit mindestens 29 Ländern abgeschlossen werden. Die auf globaler Ebene erfolgende Bewertung der Leistung der Länderbüros wird das Team für die strategischen Beziehungen zu den Ländern stärken. Durch weitere Arbeiten auf internationaler und multilateraler Ebene soll der Austausch von Fachwissen und Erfahrung sichergestellt werden. Bilaterale und multilaterale Länderpartnerschaften und Netzwerke wie das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk werden vom Regionalbüro auch weiterhin unterstützt, um einen kontinuierlichen strategischen Dialog und eine Zusammenarbeit zwischen Ländern mit ähnlichen geopolitischen und epidemiologischen Rahmenbedingungen zu gewährleisten (Output 6.1.1).

84. Seit 2010 baut das Regionalbüro seine Kooperation mit Partnern wie der Europäischen Union und ihren Institutionen, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, dem Globalen Fonds, Organisationen der Vereinten Nationen und zahlreichen nichtstaatlichen Organisationen aus. Es gilt nun Wege zu finden, um die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wie Parlamenten und Organisationen der Zivilgesellschaft zu verstärken. So wird gegenwärtig die Möglichkeit gemeinsamer Anstrengungen mit Organisationen der Vereinten Nationen durch das Team der Regionaldirektoren und den Regionalen Koordinierungsmechanismus für die

⁵ Bis auf das Regionalbüro für Gesamtamerika, für das die WHO lediglich ein Drittel seines gemeinsam mit der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation genutzten Gesamthaushalts aufbringt.

Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele geprüft. Es soll dazu beigetragen werden, die Länderbüros der WHO zu noch effektiveren Mitgliedern der Länderteams der Vereinten Nationen zu machen und sie auch in die Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen einzubeziehen. Auch Partnerschaften werden für die Umsetzung der WHO-Reform herangezogen, u. a. „betreute Partnerschaften“ (hosted partnerships), aber auch für die Bestimmung geeigneter Strategien und Mechanismen zur Erleichterung der Zusammenarbeit der WHO mit nichtstaatlichen Organisationen und anderen nichtstaatlichen Akteuren (Output 6.1.2).

85. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiter im Hinblick auf die Aufgaben und Tagungen der leitenden Organe auf globaler und regionaler Ebene unterstützen, indem es Mitteilungen in den offiziellen Sprachen der Region erstellt und Informationsveranstaltungen zu den Tagungen der Weltgesundheitsversammlung, des Exekutivrates und des Regionalkomitees durchführt. Die Abstimmung mit Diskussionen auf globaler Ebene erfolgt durch Berichterstattung der Regionen über die einzelnen Kategorien im Rahmen der Tagungen der Regionalkomitees sowie die ausdrückliche Einbeziehung von Themen, die von der Weltgesundheitsversammlung an die Regionalkomitees überwiesen werden, in deren Tagesordnung zwecks Erörterung. Die Transparenz und Kommunikation mit den Mitgliedstaaten in Bezug auf die Arbeit des SCRC wird weiter gestärkt (Output 6.1.3).

86. Seit 2010 befindet sich das Regionalbüro im Wandel und hat schon viele Elemente der WHO-Reform vollzogen, etwa die stärkere Einbeziehung der Länderbüros und Erhöhung ihrer Leistung, ein ergebnisorientiertes Management mit erweiterter Rechenschaftspflicht nach innen wie auch gegenüber den leitenden Organen in Bezug auf Ergebnisse und die Verwendung von Mitteln sowie die Verwirklichung einer umfassenderen, besser abgegrenzten Rolle für den SCRC und das Regionalkomitee selbst. Diese Anstrengungen sind vollkommen abgestimmt mit dem WHO-weiten Reformprozess, der sich auch in dem jüngst verabschiedeten Allgemeinen Arbeitsprogramm und dem Programmhaushalt niederschlägt. Ein weiterer, bislang noch nicht abschließend geklärter Bereich, der für die WHO insgesamt wie auch für das Regionalbüro große Bedeutung hat, ist die Reform der Finanzierung (Output 6.1.4)

Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement

87. Das für die Einhaltung der einschlägigen Vorschriften zuständige sog. „Compliance Team“ wird sich auch im kommenden Zweijahreszeitraum mit den Risiken in Verbindung mit der Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen auseinandersetzen. Zur vollständigen Verwirklichung des Risikomanagement-Rahmens wurde ein Netz aus Ansprechpersonen geschaffen, die nach standardisierten, einheitlichen Verfahren vorgehen. Eine Gruppe von Mitarbeitern aus den Bereichen Finanzen und Verwaltung erprobt derzeit das Schulungsmaterial, das im kommenden Zweijahreszeitraum umfassender eingesetzt werden soll. In Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und den Länderbüros erarbeitet das Regionalbüro jetzt ein eigenes Risiko-Verzeichnis (Output 6.2.1).

88. Das Regionalbüro beteiligt sich aktiv an dem organisationsweiten Evaluationsnetzwerk und arbeitet dabei in enger Zusammenarbeit mit dem Amt für interne Aufsichtsdienste darauf hin, das Evaluationskonzept umzusetzen und die Kultur der fachlichen Evaluierung im Regionalbüro weiter zu entwickeln und zu stärken. Ein Evaluationsplan für den kommenden Zweijahreszeitraum soll im Laufe des Jahres mit dem SCRC erörtert werden (Output 6.2.2).

89. Das Regionalbüro bekennt sich zu ethisch einwandfreiem Verhalten, angemessenem Auftreten und Fairness und unterstützt deshalb die Tätigkeit des Beschwerdeausschusses der Europäischen Region, der Ombudspersonen und der Personalvereinigung im Bereich der internen Rechtspflege im Regionalbüro und in den Länderbüros. Es engagiert sich auch umfassend in der globalen Arbeit auf diesem Gebiet (Output 6.2.3).

Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung

90. Es wird weiter darauf hingearbeitet, den überarbeiteten ergebnisorientierten Rahmen und die damit verknüpfte operative Planung vollständig umzusetzen und mit dem globalen Zeitrahmen abzustimmen, um die strategische, an der Basis orientierte operative Planung für den Zeitraum 2016–2017 zu ermöglichen und die Abstimmung der Personalpläne und -etats mit den Prioritäten der Europäischen Region zu gewährleisten. Das Regionalbüro wird die Leistungsbeobachtung und die Rechenschaftslegung weiter ausbauen, u. a. durch die vierteljährlichen Management-Berichte zu allen Aspekten der Umsetzung des Programmhaushalts. Die wichtigsten Ergebnisse werden dem SCRC in regelmäßigen Abständen vorgetragen, um ihn in einer Aufsichtsfunktion zu unterstützen. Ein sechsmonatiger Zyklus der Leistungsbewertung wird auch weiterhin dafür sorgen, dass zeitnahe präzise Informationen als Entscheidungsgrundlage vorliegen (Output 6.3.1).

91. Die WHO-Reform wird unmittelbare Auswirkungen auf die Beschaffung, Koordinierung und Verwaltung von Ressourcen haben, etwa durch die Annahme des Programmhaushalts in seiner Gesamtheit durch die Weltgesundheitsversammlung, die Umschichtung von ordentlichen Beiträgen aus dem durch sie zugewiesenen Haushalt in Organisationsmittel unter der Kontrolle der Generaldirektorin sowie den neu eingerichteten Finanzierungsdialo und die damit verbundene Erwartung, dass der Programmhaushalt zu Beginn des Zweijahreszeitraums fast vollständig finanziert sein wird. Die Mittelbeschaffung wird daher künftig stärker von der Organisation geprägt werden, und die Mittel werden nach Maßgabe des genehmigten Haushalts zugewiesen, anstatt nach der Zweckbindung durch die Geber oder dem Umfang der durch einzelne Programme beschafften Mittel. Das Regionalbüro ist bereits gut auf diese Änderungen vorbereitet und verfügt über wirksame Werkzeuge und Verfahren für die Zuweisung und Beobachtung der Gelder. Außerdem wurde zur Verbesserung der Vorschläge von Gebern und der Vereinbarungen mit ihnen sowie der Aussagekraft und Zeitnähe der Berichterstattung an die Geber ein Verfahren entwickelt, das bei der nach dem Finanzierungsdialo noch erforderlichen zusätzlichen Mittelbeschaffung zum Einsatz kommen soll (Output 6.3.2).

Leitung und Verwaltung

92. Das Globale Management-System hat den Weg zu einer größeren Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Ausgaben und Einnahmen und generell zu einer präziseren Buchhaltung und Haushaltsführung geebnet. Eine schnellere und genauere Rückverfolgung von Einnahmen und Ausgaben bietet der Leitungsebene eine bessere Entscheidungsgrundlage im Hinblick auf Koordinierung und Steuerung der Mittel (Output 6.4.1).

93. Effektive und effiziente Systeme und Verfahren in der Personalwirtschaft genießen weiter hohe Priorität, zumal ca. 60% der Gesamtkosten in der Europäischen Region auf Personalkosten entfallen. Dazu gehören eine erleichterte Personalplanung im Rahmen des ergebnisorientierten Managements, rechtzeitige Besetzung von Stellen, Kontaktaufnahme und Talentförderungsprogramme. Außerdem wird die Entwicklung der Organisation gefördert, um die Bediensteten zu qualifizieren und zu motivieren, das Leistungsmanagement zu verbessern und eine angemessene Umsetzung der einschlägigen personalwirtschaftlichen Vorschriften, Bestimmungen, Konzepte und Verfahren zu gewährleisten (Output 6.4.2).

94. Im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien wird im Zweijahreszeitraum 2014–2015 Nachdruck auf die Harmonisierung und Modernisierung von Lösungskonzepten für die Bereiche Kommunikation, Kooperation, Informationsaustausch, Verfügbarkeit von Diensten sowie von entsprechenden Konzepten für abgelegene Dienstorte und einen universellen Zugriff auf diese Dienste gelegt. Ferner soll die IT-Unterstützung durch das Regionalbüro für die gesamte Region konsolidiert und vereinheitlicht werden. Dies soll anhand globaler, gemeinsamer Lösungen geschehen, bei denen jedoch die konkreten Bedürfnisse der Nutzer jeweils

berücksichtigt werden. Im kommenden Zweijahreszeitraum wird Phase II des Campus der Vereinten Nationen (UN-City) abgeschlossen, in der weitere Organisationen der Vereinten Nationen hinzukommen, deren IT-Versorgung zwischen beiden Liegenschaften der Vereinten Nationen in Kopenhagen einheitlich erfolgt. Hierzu ist auch die Schaffung geeigneter Mechanismen für die Steuerung und ausreichende Unterstützung im IT-Bereich erforderlich (Output 6.4.3).

95. Das bestehende operative und logistische System wird konsolidiert, um eine wirksame Unterstützung aller Funktionen des Regionalbüros und der Länderbüros sicherzustellen. Die Verfahren wurden vor kurzem überprüft, um eine bessere Ausrichtung auf präventive Maßnahmen und eine wirksamere Bereitstellung der logistischen Unterstützung, der Beschaffung und der Verwaltung von Vermögenswerten zu erreichen. Die zuständigen Mitarbeiter werden nun entsprechend geschult, damit der Zweijahreszeitraum 2014–2015 auf einer gesunden und nachhaltigen Grundlage beginnen kann (Output 6.4.4).

Strategische Kommunikation

96. Die Kommunikationsstrategie des Regionalbüros orientiert sich an der des Hauptbüros und soll die strategische Kommunikation, die Beziehungen zu den Medien und die Verbreitung des Profils der WHO stärken. Sie umfasst folgende Bereiche: Überzeugungsarbeit, Kommunikation in Krisensituationen, die Steuerung von Medienkontakten, Kapazitätsaufbau in den Ländern, die Veröffentlichung von Nachrichten, aufsuchende Arbeit über soziale Medien und Kampagnen für die öffentliche Gesundheit. Zur Weiterqualifikation der Bediensteten in der gesamten Europäischen Region werden entsprechende Einführungen und Schulungsmaßnahmen angeboten, die u. a. Beziehungen zu den Medien, Risikokommunikation sowie Internet und soziale Medien zum Gegenstand haben. Netzwerke und Partnerschaften werden durch Praktiker aus Öffentlichkeitsarbeit, Medien und anderen auf Ebene der Europäischen Region relevanten Bereichen sowie durch Abstimmung mit dem Hauptbüro und durch Maßnahmen zur Unterstützung der Länder ausgebaut (Output 6.5.1).

97. Die öffentlich zugängliche Website des Regionalbüros wird gepflegt und mit hochwertigem Inhalt und modernen und innovativen Verfahren ausgestattet, um auch künftig die Programmziele der Organisation und die Arbeit der Mitgliedstaaten in der Region unterstützen zu können. Die bürointerne Produktionskapazität im Multimedia-Bereich wird ausgebaut, um die heute übliche gleichzeitige Nutzung verschiedener Medien voranzutreiben und davon zu profitieren und so den Austausch und die Reichweite der Informationen zu erhöhen (Output 6.5.2).

Haushalt und Finanzen

Haushalt

98. Die Aufschlüsselung der Zahlen im Programmhaushalt 2014–2015 entspricht den auf der Grundlage früherer Zahlen zugewiesenen Mitteln zuzügender einiger strategischer Anpassungen. Die Zuweisung berücksichtigt allerdings nicht Veränderungen hinsichtlich der Bedürfnisse der Länder.

99. Die gegenwärtige operative Budgetierung beruht auf detaillierten Kostenkalkulationen der Inputs (z. B. Zahl der Arbeitsstunden für jede zu erbringende Leistung für jeden Output in einem Land). Wenn die operative Kostenkalkulation detailliert erfolgt und verdichtet worden ist, werden die Etats der Programmbereiche wahrscheinlich von dem genehmigten Programmhaushalt abweichen. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Etats bei Bedarf innerhalb einer Kategorie über Programmbereiche hinweg sowie in geringerem Umfang auch über Kategoriegrenzen hinweg umgeschichtet werden können.

Finanzierung

100. Die finanzielle Lage und die Finanzierungsmodalitäten waren Anfang August grundlegend anders als zum gleichen Zeitpunkt im letzten Zweijahreszeitraum. Im Rahmen ihrer Reform hat die WHO einen Prozess eingeleitet, der auch einen Finanzierungsdialog mit den Mitgliedstaaten und anderen Gebern freiwilliger Beiträge beinhaltet und der darauf abzielt, eine vollständige Finanzierung des Programmhaushalts von Anfang an sicherzustellen. Außerdem hat die Weltgesundheitsversammlung erstmalig die ordentlichen Beiträge nicht konkret zugewiesen, sodass der genehmigte Programmhaushalt keinen Aufschluss über die Zuweisung der ordentlichen Beiträge nach größeren Büros gibt.

101. Ziel dieser Reform ist eine bessere Angleichung der Mittel an die genehmigten Prioritäten und eine bessere Vorhersehbarkeit. Kurzfristig hat dies jedoch zur Folge, dass nur wenig über die tatsächliche Finanzierungssituation im kommenden Zweijahreszeitraum bekannt ist. So stehen dem WHO-Regionalbüro für Europa im Zeitraum 2014–2015 nach derzeitigem Stand nur 8,3 Mio. US-\$ zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Tagung des Regionalkomitees wird ein Informationsdokument mit weiteren Einzelheiten verteilt, darunter eine Aufschlüsselung nach Programm und Output sowie danach, welche freiwilligen Beiträge mit einiger Gewissheit erwartet werden können, weil sie mit einer Zweckbindung an das Regionalbüro versehen sind. Es wird davon ausgegangen, dass der Finanzierungsdialog zu einer vollständig angeglichenen Finanzierung des Programmhaushalts führen wird und dass im Falle von Engpässen die ordentlichen Beiträge und die Mittel aus dem Konto für allgemeine freiwillige Kernbeiträge (CVCA) so auf die größeren Büros und die Kategorien verteilt werden, dass etwaige Diskrepanzen ausgeglichen werden.

Rechenschaftslegung

Globaler Rahmen

102. Die globale Kontrolle des Programmhaushalts wird sich auf die Erbringung von Outputs und die Nutzung strategisch zugewiesener Mittel konzentrieren. Zu jedem Output ist im Programmhaushalt ein Indikator vorgegeben, an dem sich Fortschritte ablesen lassen. Außerdem sind der Ausgangswert und das für jeden Indikator festgelegte Ziel angegeben, das bis zum Ende des Zweijahreszeitraums erreicht werden soll. Der Prozess zur Bewertung und Überprüfung wird weiterhin genutzt, allerdings mit gestärkten Instrumenten und Prozessen, um die Zielgenauigkeit zu erhöhen; dazu gehören auch mehr Objektivität in der Berichterstattung und gegebenenfalls die Nutzung unabhängigen Sachverständigen und zuverlässigerer Methoden gemäß dem neuen Evaluationskonzept der WHO. Eine organisationsweite Halbzeitbilanz wird zum Ende des ersten Jahres stattfinden; eine umfassendere Leistungsbewertung erfolgt am Ende des Zweijahreszeitraums.

103. Die Prioritäten der tiefgreifenden Bewertungen werden im Rahmen des neuen Evaluationskonzeptes von der Steuerungsgruppe Evaluation (Evaluation Management Group) mit den Mitgliedstaaten vereinbart. Die Prioritäten können Programmbereiche, Querschnittsthemen oder Führungsaspekte sein. Gemäß dem Evaluationskonzept wird jeder Vorgang konkret auf Objektivität ausgerichtet und erforderlichenfalls unabhängig begutachtet.

104. Die Ergebnisse der Kontrolle und Evaluation werden zur Beseitigung von Leistungsdefiziten oder als Grundlage für eine strategische Ausweitung von Aktivitäten zur Erreichung von Ergebnissen oder zur Orientierungshilfe für spätere Planungszyklen herangezogen.

Rahmen des WHO-Regionalbüros für Europa

105. Die Rechenschaftspflicht des Regionalbüros ist in dem globalen Rahmen für die Rechenschaftslegung definiert. Daher liegt das Hauptaugenmerk bei der Durchführung der fachlichen Arbeit auf den Outputs, ihren Indikatoren und ihren Ausgangslinien und Zielen mit jeweiligem Bezug auf die Europäische Region. Als Gradmesser für 52 (78%) der insgesamt 67 Output-Indikatoren in den fachlichen Kategorien (1–5) werden Zahlen, Anteile oder prozentuale Anteile der Länder genutzt. Der Gradmesser für das Erreichen eines Outputs ist somit dem ähnlich, der im Zweijahreszeitraum 2012–2013 für die von den Regionalbüros erwarteten Resultate verwendet wurde, nämlich „Akzeptanz durch die Länder“. Die Mitgliedstaaten und die Programme des Regionalbüros sind daher bereits mit der Grundlage für diesen Rahmen vertraut. Dies bedeutet auch, dass die Verantwortung für das Erreichen der Ziele für die Output-Indikatoren nicht allein beim Sekretariats liegt, sondern mit einzelnen Mitgliedstaaten geteilt wird, wie es auch für die aktuellen vom Regionalbüro erwarteten Resultate der Fall ist. Derzeit wird bestimmt, welche Länder für den Ausgangs- und den Zielwert für den Zweijahreszeitraum herangezogen werden sollen, welche an der Erhaltung ihres Status arbeiten und welche Teil des Ziels im kommenden Zweijahreszeitraum sein sollen. Die Ergebnisse werden natürlich von den betreffenden Mitgliedstaaten überprüft.

106. Das Regionalbüro verfügt bereits über einen bewährten Rahmen für die Rechenschaftslegung, der in den vergangenen Jahren zusammen mit den Mitgliedstaaten und dem SCRC entwickelt wurde und der leicht an den Programmhaushalt 2014–2015 angepasst werden könnte.

107. In **zweijährigen Kooperationsvereinbarungen** mit einzelnen Mitgliedstaaten wird festgelegt, welche Outputs⁶ der Mitgliedstaat und das Sekretariat im Laufe des Zweijahreszeitraums erreichen sollen und welche „Leistungen“ vom Sekretariat erbracht werden sollen. Diese Vereinbarungen sind ein integraler Bestandteil der operativen Planung und bilden somit die Grundlage für direkte Rechenschaftslegung in Bezug auf den Mitgliedstaat sowie für eine aggregierte Rechenschaftslegung.

108. Um die fachliche, finanzielle, administrative und führungsbezogene Leistung zu kontrollieren, stehen zwei interne Management-Instrumente zur Verfügung. **Berichte der Leitungsebene** (executive management reports) werden vierteljährlich erstellt und enthalten in erster Linie eine Zusammenfassung von Daten aus dem Globalen Management-System, die im Hinblick auf etwaige Frühwarnungen analysiert und für die dann mögliche Korrekturmaßnahmen seitens der Leitungsebene vorgeschlagen werden. Die **sechsmonatlichen büroweiten Leistungsbewertungen** (performance assessment reviews) dienen in erster Linie dazu, fachliche Erfolge wie auch Chancen und Sachzwänge zu dokumentieren. Sie bilden die Grundlage für jegliche erforderliche Umprogrammierung, d. h. Anpassungen an die operativen Pläne. Die zweite und vierte büroweite Leistungsbewertung sind integraler Bestandteil der globalen Halbjahresbilanz und der Prüfung zum Ende des Zweijahreszeitraums.

109. Im Zuge der Erprobung der Nutzung des Programmhaushalts als Instrument für die Rechenschaftslegung (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./10) haben das Sekretariat und der SCRC gemeinsam ein Format für den zweimal jährlich vorzulegenden **Aufsichtsbericht des SCRC** erstellt, der über fachliche Erfolge, über Chancen und Sachzwänge, aber auch über wichtige finanzielle, leistungsbezogene und administrative Aspekte informieren soll. Dieser Bericht ist Teil der Aufsichtsfunktion des SCRC, zu der auch die Berichterstattung an das Regionalkomitee gehört. Im Rahmen des neuen Evaluationskonzeptes der WHO soll ein **Evaluationsplan für das Regionalbüro** erstellt und mit dem SCRC erörtert werden. Der SCRC wird auch seine

⁶ In den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen des Zweijahreszeitraums 2012–2013 als „Resultate“ (outcomes) bezeichnet.

Umsetzung begleiten. Der Plan des Regionalbüros wird eine Komponente des organisationsweiten Evaluationsplans bilden.

110. Dieses Dokument enthält keine Zahlen für Ergebnisse, Einzeletats und deren Finanzierung, weil die operative Planung noch läuft. Kurz vor der Tagung des Regionalkomitees wird ein Informationsdokument herausgegeben, das die neuesten Daten aus der operativen Planung enthält, u. a.:

- das Engagement der Mitgliedstaaten nach Output;
- haushaltsbezogene Informationen wie Vergleiche zwischen den Programmhaushalten 2012–2013 und 2014–2015 und Informationen zur operativen Planung für 2014–2015;
- die finanzielle Lage für den Zeitraum 2012–2013 und die aktuellen Aussichten für 2014–2015.

111. Der Inhalt des Informationsdokuments kann sich aber noch ändern, weil die Beratungen mit den Mitgliedstaaten über die Prioritäten bis kurz nach Ende der Tagung des Regionalkomitees fortgesetzt werden.