



**Weltgesundheitsorganisation**

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

---

**Dreiundzwanzigster Ständiger Ausschuss  
des Regionalkomitees für Europa**

Zweite Tagung

Paris, 26.–27. November 2015

EUR/SC23(2)/REP

150988

5. Februar 2016

ORIGINAL: ENGLISCH

## **Bericht über die zweite Tagung**

## Inhalt

	Seite
Eröffnung der Tagung .....	4
Nachbereitung der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa: Auswertung und Prüfung von Maßnahmen des SCRC und des Sekretariats .....	6
Vorläufige Tagesordnung der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa .....	8
Erster Entwurf und Prüfung der wichtigsten Fach- und Grundsatzthemen sowie des Beratungsprozesses .....	8
Gesundheit als Thema in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung .....	8
Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2016. ....	10
Eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen und ein Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in der Europäischen Region der WHO (2017–2021).....	10
Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO (2016–2021).....	12
Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung der Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO (2016–2021).....	13
Strategie und Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO (2016–2022).....	15
Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen.....	17
Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2016–2025).....	18
Aktionsplan zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung in der Europäischen Region der WHO.....	20
Partnerschaften in der Europäischen Region der WHO.....	21
Mandate der Arbeitsgruppen des 23. SCRC.....	21
Arbeitsgruppe für Führungsfragen.....	21
Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit .....	22
Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) .....	22
Die Erklärung von Minsk – der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 .....	23
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO.....	25

Freie Sitze zur Wahl bzw. Nominierung auf dem RC66 .....	25
Wahlämter auf der 69. Weltgesundheitsversammlung .....	25
Themen zur Erörterung mit den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region im Januar 2016 und Zusammenarbeit mit dessen Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss .....	25
Sonstige Angelegenheiten, Abschluss der Tagung.....	27
Anhang 1: Tagesordnung .....	28
Anhang 2: Liste der Dokumente.....	29

## Eröffnung der Tagung

1. Der Dreiundzwanzigste Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa (SCRC) hielt seine zweite Tagung am 26. und 27. November 2015 am Sitz des französischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Frauenrechte in Paris ab. Der Vorsitzende begrüßte die Mitglieder und anderen Teilnehmer und stellte fest, dass der Bericht der ersten Tagung des 23. SCRC, die am 17. September 2015 in Vilnius (Litauen) stattgefunden habe, an die Mitglieder verteilt und von diesen auf elektronischem Wege angenommen worden sei.

2. In ihrer Eröffnungsansprache, die gemäß Anhang 4 der Resolution EUR/RC63/R7 live im Internet übertragen wurde, brachte die Regionaldirektorin zunächst ihr tiefes Mitgefühl für das französische Volk nach den jüngsten Terroranschlägen in Paris zum Ausdruck und sprach namentlich den Angehörigen der Opfer dieses tragischen Ereignisses ihr herzliches Beileid aus. Sie dankte dem Vorsitzenden des SCRC und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauenrechte für die Bereitschaft zur Ausrichtung der Tagung des SCRC in solch schwierigen Zeiten. Dieser Bekundung von Mitgefühl und Solidarität schlossen sich im Laufe der Tagung alle Teilnehmer an.

3. Die Regionaldirektorin erklärte, das Handeln der internationalen Gemeinschaft in den nächsten 15 Jahren werde durch die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung geprägt. Dabei würden die Länder ihre politische Tagesordnung so neu gestalten, dass der Planet und seine Menschen sowie Friede, Wohlstand und partnerschaftliche Zusammenarbeit in den Mittelpunkt staatlicher Entwicklungspolitik gestellt würden. Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung und die dazu gehörigen 169 Vorgaben basierten auf der Grundannahme, dass Fortschritte nur bei einem konsequenten Ansetzen an den sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Determinanten, einem Abbau vorhandener Ungleichheiten, der Achtung der Menschenrechte und der Gewährleistung einer guten Regierungsführung in allen Politikbereichen möglich sind. Die Agenda 2030 stehe für eine neue Ära und eine neue Chance für die öffentliche Gesundheit. Sie werde in den kommenden Jahren Gesundheitspolitikern aus aller Welt als äußerst wirksames Mittel im Hinblick auf die Verwirklichung des Grundsatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ dienen. Als beitragender Faktor zur Entwicklung und als deren Indikator spiele Gesundheit in Bezug auf die Ziele für nachhaltige Entwicklung eine zentrale Rolle. Auch wenn das Ziel 3 das einzige Ziel mit konkretem Gesundheitsbezug sei, so komme doch eine ausschließliche Ausrichtung auf dieses Ziel einem Versäumnis gleich, da viele der übrigen Ziele ebenfalls Gesundheitsaspekte beinhalteten. Die Universalität sei ein wesentlicher Bestandteil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, und die Vorgaben seien nicht nur darauf ausgerichtet, in den Ländern mit niedrigerem Einkommen Menschenleben zu retten, sondern dienten auch der Schaffung einer gesünderen Gesellschaft und der Förderung von Wohlergehen für alle Menschen weltweit. Aus Sicht der Europäischen Region der WHO mache sich die Agenda 2030 in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden den Anspruch von „Gesundheit 2020“ zu eigen. Während der Tagung werde der 23. SCRC darüber diskutieren, wie die Mitgliedstaaten am besten bei der Ausrichtung ihrer nationalen Entwicklungspläne an der Agenda 2030 unterstützt werden könnten. Die Regionaldirektorin zeigte sich überzeugt, dass „Gesundheit 2020“ eine ausgezeichnete Grundlage für diese Arbeit biete.

4. Seit der ersten Tagung des 23. SCRC im September hätten innerhalb der WHO eine Reihe maßgeblicher Tagungen und Entwicklungen stattgefunden. Bei dem Anfang November abgehaltenen Finanzierungsdialo g hätten die Mitgliedstaaten und die wichtigsten Beitragszahler die Fortschritte hinsichtlich der Grundsätze der Finanzierung

bewertet; dies seien Abstimmung, Transparenz, Flexibilität und die Ausweitung des Kreises der Geber. Inzwischen sei ein neues Portal in Betrieb genommen worden, zu dessen Prüfung und Bewertung der SCRC aufgerufen werde und das ein bisher nie da gewesenes Maß an Transparenz und Rechenschaftslegung in Bezug auf den aktuellen wie auch auf künftige Programmhaushalte ermögliche. Auf der 8. Globalen Tagung der Leiter der WHO-Büros seien die Konsequenzen der Ziele für nachhaltige Entwicklung, die Reformierung der Reaktion der WHO auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen (Reform der Notfallhilfe) und die Thematik der Rechenschaftslegung für Ergebnisse erörtert worden. Die Vertreter der Europäischen Region der WHO hätten sich besonders aktiv an den Diskussionen zu einigen der Themen beteiligt, insbesondere dem Thema Rechenschaftslegung. Auch die Global Policy Group habe eine Tagung abgehalten, auf der sie sich primär mit der Reform der Notfallhilfe und mit dem Konzept für die Rotation und Mobilität der Bediensteten befasst habe. Mit Blick auf die Reform der Notfallhilfe habe die Beratergruppe zur Reform der Reaktion der WHO auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen ihren Bericht der Generaldirektorin vorgelegt. Die WHO sei dabei, ein Programm für Bereitschaftsplanung und Gegenmaßnahmen bei Notlagen einzurichten, das mit klaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, mit ausreichenden Kapazitäten und einem Kommandozentrum ausgestattet sei. Zusammen mit den Partnerorganisationen in der Notfallhilfe sei darüber beraten worden, wie diese Beziehungen überprüft und verbessert werden könnten. Die Global Policy Group habe die Notwendigkeit weitreichender interner Prozesse für die Reform der Notfallhilfe unterstrichen, und sämtliche Regionen der WHO hätten Mitarbeiter nominiert, die zusammen mit Dr. Bruce Aylward, dem kommissarischen Exekutivdirektor für die Bewältigung von Krankheitsausbrüchen und gesundheitlichen Notlagen, darauf hinarbeiten sollten, die Aufrechterhaltung der erfolgreichen Elemente der Sofortmaßnahmen der WHO zu gewährleisten und darauf aufzubauen, um vorhandene Schwächen zu minimieren und dafür zu sorgen, dass die Empfehlungen erörtert und an den Bedarf der Organisation angepasst werden. In Bezug auf Rotation und Mobilität der Bediensteten der WHO habe die Global Policy Group vereinbart, dass alle international angeworbenen Mitarbeiter des höheren Dienstes (professional posts), mit Ausnahme der Wahlämter und der durch direkte Ernennung besetzten Stellen, dem Rotationsprinzip unterliegen würden und dass der Mechanismus einer weiteren Feinabstimmung bedürfe.

5. Auch innerhalb der Europäischen Region hätten eine Reihe wichtiger Veranstaltungen stattgefunden. So sei auf dem Hochrangigen Dialog der Europäischen Region über einen erfolgreichen Übergang zur inländischen Finanzierung der Bekämpfung von HIV und Tuberkulose in Osteuropa und Zentralasien, der vom 28. bis 30. September 2015 in Tiflis (Georgien) stattgefunden habe, die Bedeutung der Ausarbeitung von Aktionsplänen unterstrichen worden, die einen wirksamen Ausbau der Prävention und Behandlung von HIV und Tuberkulose sowie eine nachhaltige und vorhersehbare Finanzierung aus inländischen und externen Quellen gewährleisten sollten. Die am 21. und 22. Oktober 2015 in Minsk (Belarus) abgehaltene Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 habe mit der Unterzeichnung der Erklärung von Minsk geendet, bei der im Hinblick auf das weitere Vorgehen drei zentrale Aspekte im Vordergrund stünden: frühzeitig handeln, sinnvoll handeln und gemeinsam handeln. Der SCRC werde sich mit der Erklärung von Minsk sowie mit der Frage befassen, wie die aus ihr resultierende Arbeit vorangetrieben werden kann. Am 19. November 2015 habe in Zagreb die siebte Tagung des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit stattgefunden, die sich mit den Vorbereitungen auf die für 2017 geplante Sechste

Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit befasst habe. Sie habe sich außerdem mit den Ergebnissen der Hochrangigen Tagung zur Halbzeitbilanz des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa, der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa (RC65), der 21. Tagung des Ausschusses für Umweltpolitik der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa sowie des Gipfels der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung beschäftigt.

6. Die französische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Frauenrechte begrüßte die Mitglieder des 23. SCRC in Paris und dankte der Regionaldirektorin für das im Namen des Ständigen Ausschusses zum Ausdruck gebrachte Mitgefühl und die Beileidsbekundungen angesichts der Trauer nach den jüngsten tragischen Anschlägen in der Stadt. Sie dankte dem SCRC für die Unterstützung der Politik ihres Ministeriums und unterrichtete die Teilnehmer darüber, dass die französische Nationalversammlung am Vorabend in einem historischen Schritt für die Einführung neutraler Verpackungen für Tabakprodukte gestimmt habe. Sie fügte hinzu, sie lege großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Frankreich und der WHO sowohl innerhalb der Europäischen Region als auch auf der globalen Ebene. Es gebe weltweit immer noch wesentliche Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, und zur Förderung der Zusammenarbeit unter den Ländern für gemeinsame Konzepte sowie eine Bewältigung der gemeinsamen Herausforderungen bei der Schaffung von Gesundheitssicherheit für alle, sei die Unterstützung der WHO von entscheidender Bedeutung. Sie wünschte dem SCRC eine ergiebige Tagung und zeigte sich zuversichtlich, dass seine Beratungen den Mitgliedstaaten dabei helfen würden, bei einer Reihe wichtiger Themen Fortschritte zu erzielen, etwa im Bereich der Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten oder bei der HIV-Prävention.

## **Nachbereitung der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa: Auswertung und Prüfung von Maßnahmen des SCRC und des Sekretariats**

7. Die Regionaldirektorin erklärte, das RC65 sei rundum erfolgreich gewesen, was in erheblichem Maße der aktiven und konstruktiven Beteiligung der Mitgliedstaaten und der Partnerorganisationen zu verdanken sei. Darüber hinaus habe sich die Vorbereitungsarbeit und Unterstützung durch den SCRC als wertvoll erwiesen, und die frühzeitige Verfügbarkeit der Arbeitsdokumente und Resolutionsentwürfe habe wesentlich zu dem reibungslosen Ablauf der Tagung beigetragen. Mit Blick auf die Tagesordnung sei es sinnvoll, es künftigen Tagungen des Regionalkomitees zu ermöglichen, neue und sich abzeichnende Themen zeitnäher auf die Tagesordnung zu setzen, und sei es auch nur zum Zwecke eines Meinungsaustauschs. Auch solle die Einladung prominenter Grundsatzredner zum Regionalkomitee zu bestimmten Themen auf seiner Tagesordnung in Erwägung gezogen werden. Im Anschluss an die vierte Tagung des SCRC im Mai sei ein vierwöchiger Zeitraum für Online-Konsultationen über die Resolutionsentwürfe vorgesehen, um schon frühzeitig vor der Tagung des Regionalkomitees einen Konsens unter den Mitgliedstaaten herzustellen und um zu verhindern, dass in letzter Minute Stellungnahmen abgegeben werden, bei denen nicht mehr ausreichend Zeit für Übersetzung und Beratung bleibt.

8. Hinsichtlich des Ablaufs des Programms für das RC65 habe sich die Streichung von Kaffeepausen zwecks Gewinnung von mehr Zeit für Diskussionen nicht als zweckdienlich erwiesen. Denn dadurch würden die Sitzungen zu lang, und gleichzeitig

würde die Gelegenheit zu eher informellen Kontakten innerhalb von wie auch zwischen Delegationen wegfallen. Außerdem sei es eindeutig notwendig, für die Beratungen zu Fachthemen mindestens 90 Minuten vorzusehen. Das Verfahren für die Annahme des Tagungsberichts auf elektronischem Wege innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Tagung werde umgesetzt, weil dadurch die Qualität des Berichts gewährleistet werde.

9. Die vor der Tagung abgehaltenen Mittagessen der Minister und die anderen Nebenveranstaltungen seien erfolgreich verlaufen und hätten den Mitgliedstaaten die Gelegenheit zum Meinungsaustausch über Fragen von besonderem Interesse geboten. Die Beteiligung nichtstaatlicher Organisationen auf dem RC65 sei sehr erfreulich gewesen, und der 23. SCRC stehe nun vor der Aufgabe, in Zukunft auf diesem Engagement aufzubauen. Dagegen müssten die Podiumsdiskussionen noch weiter optimiert werden, um eine aktivere Beteiligung zu erreichen und die verfügbare Zeit effektiver zu nutzen. Ein vom Regionalbüro eigens für das RC65 entwickeltes App habe sich während der Tagung großer Beliebtheit erfreut und sei über 500-mal heruntergeladen worden. Der Inhalt des RC65, einschließlich des Programms, der Aktualisierungen und der Arbeits- und Konferenzdokumente der Tagung, sei etwa 20 000 Mal angesehen worden, was für ein reges Interesse spreche. Dagegen seien die interaktiven Funktionen nur in geringem Umfang zur Anwendung gekommen. Außerdem sei während des RC65 ein Rückgang der Zahl der Besucher der Website, aber auch der Nutzung anderer Tools zu verzeichnen, etwa der Internet-Übertragung, was möglicherweise auch auf die App zurückzuführen sei.

10. Der 23. SCRC räumte ein, dass nur eine begrenzte Zahl von Podiumsdiskussionen möglich sei und dass diese zeitlich begrenzt sein und mehr Gelegenheit zur Beteiligung bieten müssten. Ein Mitglied stellte fest, dass Podiumsdiskussionen bei sinnvoller Planung ein wertvolles Instrument für die Einbindung hochrangiger Politiker sein könnten. Eine innovative und anregende Wirkung könne etwa dadurch entstehen, dass Diskussionen in einem Frage-und-Antwort-Format mit maximal einminütigen Beiträgen gestaltet würden. Der SCRC war sich ferner darüber einig, dass die informellen Nebenveranstaltungen sich bewährt hätten, da sie einen Meinungsaustausch und kreative Gespräche über bestimmte Themen angeregt hätten, ohne dass dies Auswirkungen auf den Beschlussfassungscharakter des RC65 gehabt habe. Dennoch solle angestrebt werden, solche Veranstaltungen künftig am Tag vor Eröffnung der Tagung abzuhalten, um bei gleichzeitig stattfindenden Sitzungen den Druck für kleinere Delegationen zu vermeiden. Andere Mitglieder stellten fest, dass die Beteiligung nichtstaatlicher Organisationen zwar äußerst wichtig sei, dass diese jedoch nicht die Möglichkeit zu längeren Wortmeldungen zur Schilderung ihrer Arbeit und Projekte erhalten sollten. Ein Mitglied schlug vor, zusammen mit den Mitgliedstaaten eine Prioritätensetzung vorzunehmen, um die interessantesten und zweckdienlichsten Themen bestimmen und die Tagesordnung und die Diskussionen entsprechend gestalten zu können. Der SCRC befürwortete die Einführung eines Zeitraums für Online-Konsultationen über Resolutionsentwürfe und die Annahme des Berichts der Tagung auf elektronischem Wege. Hierzu solle ein formeller Zeitplan erstellt werden, um die Vorlage schriftlicher Stellungnahmen durch die Mitgliedstaaten zu erleichtern.

11. Die Regionaldirektorin dankte den Mitgliedern für ihre positive Rückmeldung und stimmte der Notwendigkeit zu, die angesprochenen Fragen weiter zu erörtern, etwa die Beschränkung und sinnvollere Nutzung der Podiumsdiskussionen. Sie räumte auch ein, dass Nebenveranstaltungen und sonstige Sitzungen mehr informelle Gespräche

ermöglichen sollten, ohne die offizielle Tagesordnung zu überladen, und dass die Abhaltung parallel stattfindender Sitzungen zu vermeiden sei, um auch den kleineren Delegationen eine Teilnahme zu ermöglichen. Sie begrüßte den Vorschlag, mit den Mitgliedstaaten über die Tagesordnungspunkte für das Regionalkomitee zu beraten, da so Prioritäten sowie eine gleitende Tagesordnung für künftige Tagungen festgelegt werden könnten.

## **Vorläufige Tagesordnung der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa**

12. Die Regionaldirektorin präsentierte die vorläufige Tagesordnung und das vorläufige Programm der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa (RC66). Am ersten Tag stünden ihr Bericht mit der anschließenden allgemeinen Aussprache, der Bericht des 23. SCRC und die Diskussionen über Partnerschaften für Gesundheit auf der globalen Ebene und in der Europäischen Region, aber auch der Themenkomplex WHO-Reform auf dem Programm, namentlich die Arbeit der WHO in Bezug auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen. Der zweite Tag sei inhaltlichen Tagesordnungspunkten gewidmet, die für die Minister von Interesse seien, etwa der Rolle von Gesundheit auf der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, dem Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 sowie der Strategie und dem Aktionsplan der Europäischen Region für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten. Der dritte Tag stehe im Zeichen weiterer Fachthemen, aber auch der Wahlen und Nominierungen. Am letzten Tag würden dann die verbleibenden Fachthemen, der Programmhaushaltsentwurf 2018–2019, die aus Resolutionen und Beschlüssen der globalen leitenden Organe resultierenden Angelegenheiten sowie die Fortschrittsberichte behandelt. Insgesamt sei es eine umfangreiche Tagesordnung, die jedoch zu bewältigen sei.

13. Ein Mitglied regte an, eine Kürzung der für den Bericht des SCRC vorgesehenen Zeit zu erwägen oder diesen Tagesordnungspunkt gänzlich zu streichen, um so mehr Zeit für eine Diskussion mit den Ministern über inhaltliche Fragen zu gewinnen. Aus demselben Grund solle die Diskussion zum Thema Partnerschaften auf den dritten oder den letzten Tag verlegt werden. Es sei wichtig, die Anwesenheit der Minister zur Erörterung inhaltlicher Fragen zu nutzen und ihre Unterstützung für die Umsetzung der verschiedenen Strategien und Aktionspläne der Europäischen Region zu gewinnen.

14. Die Regionaldirektorin sprach sich dafür aus, den Bericht des SCRC beizubehalten, doch sei es möglich, sich dabei auf die zentralen Themen zu beschränken, die unter den fachbezogenen Tagesordnungspunkten zur Sprache kämen. Sie räumte ein, dass die Diskussion zum Thema Partnerschaften auf einen späteren Tag verlegt werden könne, um die Anwesenheit der Minister zur Erörterung inhaltlicher Tagesordnungspunkte zu nutzen.

### ***Erster Entwurf und Prüfung der wichtigsten Fach- und Grundsatzthemen sowie des Beratungsprozesses***

#### **Gesundheit als Thema in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung**

15. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt und Sonderbeauftragte der Regionaldirektorin für die Ziele für nachhaltige Entwicklung erklärte, seit der Annahme der Ziele auf dem Gipfel der Vereinten Nationen

für nachhaltige Entwicklung im September 2015 werde an den Indikatoren gearbeitet, an denen die Verwirklichung der Ziele gemessen werde; diese Arbeit solle im März 2016 abgeschlossen sein. Eine von der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten bei den Vereinten Nationen durchgeführte Analyse habe ergeben, dass die 17 Ziele und 169 Vorgaben wie ein großes Netz gesehen werden könnten; denn in mehr als der Hälfte der Vorgaben werde explizit auf mindestens ein anderes Ziel Bezug genommen, was die Notwendigkeit der Förderung einer ressortübergreifenden Abstimmung, Planung und Konzeptgestaltung zur Verwirklichung der Ziele verdeutliche. Gesundheit spiele eine zentrale Rolle in der Agenda 2030, und die meisten der Ziele beinhalteten auch gesundheitsbezogene Vorgaben. Es sei klar, dass bei einer ausschließlichen Konzentration auf das Ziel 3 („Sicherung eines gesunden Lebens und der Förderung von Wohlbefinden für alle Bürger und Altersgruppen“) Chancen verpasst würden, da viele der anderen Ziele ohne gesundheitsbezogene Maßnahmen nicht zu erreichen seien. Das Regionalbüro plane die Ausarbeitung eines Fachdokuments, Fahrplans oder Aktionsplans, um die Agenda 2030 auf der Länderebene zu „verorten“ und ihre Verknüpfung mit „Gesundheit 2020“ zu unterstreichen. Im Rahmen dieses Prozesses werde es Konsultationen mit den Mitgliedstaaten führen.

16. Der 23. SCRC begrüßte das vorgeschlagene Verfahren, das für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung geeigneter nationaler Aktionspläne von äußerster Wichtigkeit sein werde. Es herrsche allgemein Einigkeit darüber, dass es für einen Aktionsplan für die Europäische Region noch zu früh sei, zumal die Indikatoren für die Ziele erst im März 2016 in endgültiger Fassung vorlägen. Deshalb sei die Ausarbeitung eines Fachdokuments am sinnvollsten. Dieses solle mit allen Mitgliedstaaten erörtert werden und deren Stellungnahmen und Meinung zu der Frage berücksichtigen, wie das Regionalbüro am wirksamsten Unterstützungsarbeit leisten kann. Auch ein Fahrplan solle ausgearbeitet werden, möglicherweise nach dem RC66. Nun gelte es sich daran zu erinnern, dass die Mitgliedstaaten sich in unterschiedlichen Phasen der Umsetzung der Agenda 2030 befänden und viele mit der Umsetzung bis zur Annahme der Indikatoren warten wollten. Deshalb würden je nach der Situation der einzelnen Länder unterschiedliche Konzepte benötigt, und dabei müssten Hindernisse berücksichtigt werden, die Fortschritte bei der Verwirklichung der Agenda beeinträchtigen können. Einige Mitglieder wiesen darauf hin, dass in manchen Ländern bei Maßnahmen zur Erfüllung der Ziele für nachhaltige Entwicklung nicht die Gesundheitsministerien, sondern andere Ressorts wie etwa das Außenministerium federführend seien oder dass verschiedene Ressorts jeweils für bestimmte Teile der Agenda zuständig seien. Es sei wichtig, die Notwendigkeit ressortübergreifender Maßnahmen und Konzepte hervorzuheben, wobei die Gesundheitsministerien maßgeblich an dem Prozess beteiligt sein müssten.

17. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt nahm die klare Präferenz für ein fachliches Dokument und ggf. einen Fahrplan zur Kenntnis und unterstrich die Notwendigkeit, die Lehren aus den Erfahrungen mit den Millenniums-Entwicklungszielen zu beherzigen und zügig von Beratungen zu konkretem Handeln überzugehen. Die Regionaldirektorin erklärte, die WHO sei bei der Propagierung von Gesundheit als Bestandteil der Agenda 2030 so erfolgreich gewesen, dass inzwischen nahezu alle Ziele auch Gesundheitsaspekte beinhalteten. Nun komme es entscheidend darauf an, mit voller Kraft darauf hinzuarbeiten, hieraus Kapital zu schlagen und nicht nur das eigentliche Gesundheitsziel, sondern auch sämtliche gesundheitsbezogenen Vorgaben zu erreichen. Hier müssten alle Länder durch Formulierung geeigneter nationaler Entwicklungspläne

Führungsinitiative zeigen, doch dabei sei es wichtig, einen Praxis- und Erfahrungsaustausch zu betreiben und aufzuzeigen, wie das Regionalbüro sie in diesem Prozess möglichst wirksam unterstützen kann. Eine für Februar 2016 geplante Klausurtagung der Leiter der WHO-Büros werde dazu die Gelegenheit bieten und auch die Beantwortung der Frage ermöglichen, wie der Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen am besten mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung verknüpft werden kann.

### **Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2016**

18. Die geschäftsführende Direktorin der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden stellte den Grundriss für den Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 vor, der nach Maßgabe der Resolution EUR/RC62/R4 dem RC66 vorzulegen sei. Der Bericht werde von einem dazu gehörigen Resolutionsentwurf begleitet. Der Halbzeitbericht werde einen Überblick über die bisherigen Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie über die Arbeit des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei diesem Prozess geben. Er werde sich insbesondere mit der Frage befassen, wie die Länder ihre staatlichen Gesundheitskonzepte, Strategien und Aktionspläne im Einklang mit den Werten, Grundsätzen, Konzepten, strategischen Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern von „Gesundheit 2020“ entwickelt oder aktualisiert hätten, und darüber hinaus die Mechanismen untersuchen, die zur Unterstützung ressortübergreifender Partnerschaften für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit vorhanden sind.

19. Auf die Frage eines Mitglieds, ob hier für die Mitgliedstaaten zusätzliche Berichtspflichten anfielen, antwortete die geschäftsführende Direktorin, für die Erfassung der erforderlichen Daten aus den Ländern seien eine Reihe von Instrumenten entwickelt worden, darunter eine informelle Kartierung, die Anfang 2016 erfolgen werde. Die Regionaldirektorin zeigte Verständnis für die Bedenken der Mitglieder in Bezug auf etwaige zusätzliche Berichtspflichten für die Mitgliedstaaten und bestätigte, dass ein Schema erstellt werden könne, dem die Mitgliedstaaten entnehmen könnten, welche Informationen gemäß den Indikatoren und Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ erforderlich sind.

### **Eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen und ein Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in der Europäischen Region der WHO (2017–2021)**

20. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf erklärte, das Regionalbüro arbeite seit über einem Jahr an einer Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen sowie einem Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in der Europäischen Region der WHO für den Zeitraum 2017–2021. Die Begründung für die Notwendigkeit der beiden Dokumente liege darin, dass in der Europäischen Region Frauen trotz eines Mortalitätsvorteils in Form einer generell höheren Lebenserwartung in verschiedener anderer Hinsicht benachteiligt seien. Denn trotz der höheren Lebenserwartung seien die späteren Lebensjahre nicht unbedingt immer von Gesundheit geprägt. Ferner stünden Frauen auch vor zahlreichen Herausforderungen außerhalb des Gesundheitswesens, die sich aber auf ihre Gesundheit auswirken könnten. Eine wesentliche Erkenntnis liege darin, dass Frauen in klinischen Versuchen wesentlich weniger vertreten seien, und es gebe Indizien dafür, dass sie bei

bestimmten Arzneimitteln mehr unter Nebenwirkungen leiden, möglicherweise aufgrund ihrer mangelnden Berücksichtigung in Studien über die Sicherheit und Zweckdienlichkeit von Arzneimitteln. Die Maßnahmen im Rahmen der Strategie sollten an den Unterschieden zwischen Männern und Frauen sowie an denen zwischen einzelnen Gruppen von Frauen in verschiedenen Teilen der Europäischen Region ansetzen. Die vorgeschlagenen zentralen Handlungsfelder seien Strategien zur Verbesserung der Chancengleichheit in Bezug auf Normen, die Erbringung von Leistungen und deren Zugänglichkeit sowie die Gesundheitsforschung. Im Hinblick auf die Beobachtung und Auswertung würden keine neuen Indikatoren eingeführt; vielmehr würden die bereits vorhandenen Indikatoren herangezogen, namentlich jene, die sich aus „Gesundheit 2020“ und den Zielen für nachhaltige Entwicklung ergeben.

21. Vor allem der Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte werde wohl in den kommenden Monaten zu einer lebhaften Diskussion führen. Sein zentrales Ziel sei die Gewährleistung sexueller Gesundheit und sexuellen Wohlbefindens für alle unabhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung auf der Grundlage des Lebensverlaufansatzes. Es bestünden eindeutige Ungleichheiten zwischen wie auch innerhalb von Ländern der Europäischen Region, die dringend in Angriff genommen werden müssten. Der Aktionsplan sei in drei Schwerpunktbereiche gegliedert: sexuelle Gesundheit; reproduktive Gesundheit; und ausgewählte Bevölkerungsgruppen mit speziellen Bedürfnissen. Sowohl die Strategie als auch der Aktionsplan würden auf der Grundlage vorheriger fachlicher und politischer Konsultationen aktualisiert und dann zunächst dem SCRC zur Prüfung und schließlich zusammen mit einem Resolutionsentwurf dem RC66 vorgelegt.

22. Der 23. SCRC war der Ansicht, beide Dokumente seien zeitlich wie auch inhaltlich aktuell, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Ziele für nachhaltige Entwicklung. Aus der Strategie gehe deutlich hervor, dass bei einer Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht Fragen aufgeworfen würden, die in der Vergangenheit ignoriert worden seien. Neben einer geschlechtersensiblen Datenerhebung müssten auch eine geschlechtersensible Planung und Veranschlagung im Haushalt gewährleistet werden, damit die aufgeworfenen Fragen auch wirksam angegangen werden könnten. Um das nötige Bewusstsein zu schaffen und geschlechtersensible Themen in Angriff zu nehmen, seien eine Reihe anderer Maßnahmen erforderlich; so müsse etwa dafür gesorgt werden, dass solche Themen auf allen Ebenen des Bildungswesens mehr Aufmerksamkeit erhalten; ferner müssten Schulungen vor allem für an vorderster Front tätige Gesundheitsfachkräfte angeboten und Männer und Jungen verstärkt einbezogen werden. Mit Blick auf klinische Versuche müsse in der Strategie die Verantwortung der pharmazeutischen Industrie dafür unterstrichen werden, dass sichere und geschlechtergerechte Medikamente hergestellt werden.

23. In den Zielen des Aktionsplans müssten auch die Sexual- und Reproduktionsgesundheit von Krebsüberlebenden, Reihenuntersuchungen auf frauenspezifische Krebsarten, Fruchtbarkeitsbehandlungen (unter Bezugnahme auf die Leitlinien der WHO für Unfruchtbarkeit) sowie die Diagnose, Behandlung und Bewältigung von Wechseljahrsymptomen und sexuelle Funktionsstörungen berücksichtigt werden. Ferner müsse unterstrichen werden, dass die Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte nicht auf das Schulsystem beschränkt sein dürfe. Der Aktionsplan solle auch eine Analyse dieser Themen in der gesamten Europäischen Region sowie der verschiedenen Rechte und des Schutzanspruchs von Frauen in den einzelnen Ländern beinhalten, da er diese gebührend berücksichtigen

müsse. Ein Mitglied erkundigte sich, ob der Aktionsplan Zielvorgaben und Indikatoren enthalten werde.

24. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf versprach, dass die praktischen Anmerkungen der Mitglieder des SCRC bei der weiteren Entwicklung der beiden Dokumente berücksichtigt würden. Er begrüßte die Anregungen in Bezug auf eine geschlechtersensible Veranschlagung im Haushalt und den Ruf nach mehr Schulungen über geschlechtersensible Themen. Er stimmte auch zu, dass die verschiedenen nationalen Rahmenkonzepte in der Europäischen Region einbezogen werden müssten, und forderte die Mitgliedstaaten auf, sich nach Möglichkeit an den fachlichen und politischen Konsultationen zu beteiligen, damit die beiden Dokumente, die dem Regionalkomitee vorgelegt würden, für jedes Land angemessen und zweckdienlich seien.

### **Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO (2016–2021)**

25. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte, bei der Verwirklichung des im Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) enthaltenen Ziels einer Eindämmung der Ausbreitung von HIV in der Europäischen Region und Einleitung einer Trendwende seien Fortschritte in einigen Bereichen zu verzeichnen. So sei die Rate der neu diagnostizierten HIV-Infektionen zwischen 2010 und 2014 vor allem in den westeuropäischen Mitgliedstaaten gesunken, und die Gesamtzahl der Empfänger einer antiretroviralen Therapie sei von 641 300 (2010) auf 821 500 (2014) angestiegen; außerdem habe es gute Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung gegeben.

26. Doch trotz dieser Erfolge belegten neueste Surveillance-Daten, dass es 2014 in der Europäischen Region 142 000 Neudiagnosen gegeben habe – die höchste Zahl seit Beginn der Berichterstattung in den 1980er Jahren. Dieser Anstieg sei durch die höhere Rate der HIV-Neudiagnosen im östlichen Teil der Region bedingt. Die Behandlungsrate nehme nicht schnell genug zu, um mit der Zunahme der Neuinfektionen Schritt zu halten. So habe sich zwischen 2010 und 2014 die Behandlungsrate für die mit HIV lebenden Menschen in der Europäischen Region insgesamt nur von 29% auf 33% und im östlichen Teil der Region nur von 9% auf 19% erhöht. Der in der Entwicklung befindliche neue Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO (2016–2021) werde dazu beitragen, die verschiedenen Herausforderungen für die Europäische Region zu bewältigen, und enthalte dementsprechend eine Reihe ehrgeiziger Ziele. Er werde sich an den fünf strategischen Schwerpunkten der Globalen Strategie für das Gesundheitswesen gegen HIV/Aids (2016–2021) orientieren.

27. Der 23. SCRC begrüßte den Aktionsplan, seine Verknüpfung mit der Globalen Strategie und seine strategischen Schwerpunkte, doch äußerte sich auch besorgt darüber, dass die darin enthaltenen Zielvorgaben zu ehrgeizig seien, dass vor allem das Ziel einer Reduzierung der HIV-Neuinfektionen um 75% unrealistisch sei, insbesondere vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen innerhalb der Europäischen Region. Ein Mitglied begrüßte die Initiative zur Verringerung der Berichtslast und regte an, die Verknüpfung zwischen den strategischen Schwerpunkten und den Zielvorgaben in dem Aktionsplan weiter zu entwickeln. Andere Sachfragen müssten klarer thematisiert werden, etwa die nachlassende Sensibilisierung junger Menschen für HIV/Aids, die möglicherweise auf die mangelnde Berücksichtigung des Themas in schulischen

Lehrplänen zurückzuführen sei, aber auch der niedrige Anteil der auf HIV Untersuchten in der Bevölkerung, insbesondere in den Risikogruppen, sowie das Thema Koinfektion, also das Beziehungsgeflecht zwischen sexuell übertragbaren Infektionen und HIV allgemein und speziell die Problematik der Hepatitis-Koinfektion. Ein Mitglied unterstrich die Bedeutung der Finanzierungsprozesse, insbesondere für den östlichen Teil der Region, im Hinblick auf die Senkung der zunehmenden Rate der HIV-Neuinfektionen und brachte seine Besorgnis über die Strategie des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zum Ausdruck, aufgrund derer manche Länder im Rahmen eines Fünf-Jahres-Plans den Übergang von einer Finanzierung durch den Globalen Fonds zu einer eigenständigen inländischen Finanzierung vollziehen müssen.

28. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt räumte ein, dass für eine wirksame Bekämpfung der Krankheit nachhaltige Finanzmittel benötigt würden. Deshalb seien mit dem Globalen Fonds bereits Gespräche geführt worden, etwa beim Hochrangigen Dialog der Europäischen Region über einen erfolgreichen Übergang zur inländischen Finanzierung der Bekämpfung von HIV und Tuberkulose in Osteuropa und Zentralasien, der im September 2015 in Tiflis (Georgien) stattgefunden habe und der mit dem Fazit zu Ende gegangen sei, dass hier ein reibungsloser Übergangsprozess erfolgreich sei. Die Mitgliedstaaten sollten das Thema auch weiterhin in verschiedenen Foren zur Sprache bringen und ihre Bedürfnisse deutlich äußern. Die Direktorin fügte hinzu, sie sei sich über die Heterogenität der Europäischen Region im Klaren; deshalb müsse diese in drei geografisch-epidemiologische Blöcke – West, Mitte und Ost – unterteilt werden, die gemäß ihren epidemiologischen Rahmenbedingungen jeweils unterschiedliche strategische Konzepte verfolgten. Sie fügte hinzu, sie habe die Anmerkungen zu den allzu ehrgeizigen Vorgaben zur Kenntnis genommen, und es müsse einen breiten Konsens darüber geben, wie der Aktionsplan der Europäischen Region so mit den globalen Strategien und Zielen verknüpft werden könne, dass diese Vorgaben den unterschiedlichen Gegebenheiten innerhalb der Europäischen Region angemessen sind. Die Angelegenheit werde in anderen Foren zur Sprache gebracht werden, und dem SCRC würden im Anschluss an diese Diskussionen unterschiedliche Ideen und Vorschläge präsentiert.

### **Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung der Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO (2016–2021)**

29. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte, die Europäische Region leide unter einer hohen Krankheitslast aufgrund von Hepatitis B und C, wobei über 60% der Betroffenen auf die Länder Osteuropas und Zentralasiens entfielen. Virushepatitis sei in der Europäischen Region für mehr Todesfälle verantwortlich als HIV/Aids oder Tuberkulose. Die Konsultation des Regionalbüros im Juni 2015 über die Globale Strategie der WHO für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung der Virushepatitis habe ergeben, dass 85% der Befragten für die Umsetzung der globalen Strategie einen Aktionsplan der Europäischen Region zur Bekämpfung der Virushepatitis für notwendig erachten und dass 57% dessen baldestmögliche Ausarbeitung für wünschenswert halten. Bei der Bekämpfung der Virushepatitis seien bereits einige Fortschritte erzielt worden; so arbeiteten eine wachsende Zahl von Mitgliedstaaten schon an nationalen Aktionsplänen, und die Surveillance der Virushepatitis habe sich in den vergangenen Jahren verbessert. Dennoch blieben bei der Bekämpfung dieser zu lange vernachlässigten Krankheit immer noch zahlreiche Herausforderungen bestehen. Die Zukunftsvision des nun in Entwicklung befindlichen Aktionsplans sei die von einer Europäischen Region ohne Hepatitis-Neuinfektionen, in

der alle Menschen mit chronischer Hepatitis Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu einer bezahlbaren und wirksamen Behandlung haben. Seine Zielsetzung bestehe darin, die Übertragung der Virushepatitis zu reduzieren und die mit ihr verbundene Morbidität und Mortalität zu senken. In dem Aktionsplan würden fünf strategische Schwerpunkte festgelegt, die an der Globalen Strategie für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung der Virushepatitis ausgerichtet seien. Die Stellungnahmen und Ansichten des SCRC zu dem Aktionsplan würden in dessen überarbeitete Fassung einfließen, die auf der nächsten Tagung im März präsentiert werde.

30. Der 23. SCRC war der Ansicht, dass die Bekämpfung der Virushepatitis eine vorrangige Aufgabe für die Europäische Region sei. Drei Mitglieder berichteten von ihren Erfahrungen bei der Erprobung neuer Medikamente, der Einführung eines neuen Behandlungsprogramms zur landesweiten Eliminierung der Virushepatitis in Abstimmung mit einem Pharma-Konzern und der Ausarbeitung zweier nationaler Pläne für Prävention und Behandlung und eines Sonderfonds für innovative Behandlungsmethoden. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese Erfahrungen anderen Ländern als positives Beispiel dienen könnten. Es gab Bedenken, dass die in dem Aktionsplan festgelegte Zielvorgabe einer Reduzierung der Zahl der Neuinfektionen um 30% zu ehrgeizig sein könnte, zumal manche Mitgliedstaaten nicht über landesweite Daten zur Prävalenz verfügten. Außerdem müsse näher untersucht werden, wo in dem Aktionsplan Schwerpunkte gelegt werden sollen, etwa bei der Behandlung klinischer Fälle, um Lebertransplantationen zu verhindern, oder ob aufgrund anderer gesundheitlicher Erwägungen auch Fälle von Fibrose einbezogen werden sollen. Ein Mitglied sagte, dass die gesamte Berichterstattung sich an den global geltenden Berichtspflichten orientieren müsse, um Doppelarbeit zu vermeiden, und dass der Aktionsplan sich mit epidemiologischen Fragen sowie der Problematik des Zugangs zur Behandlung befassen müsse. Ein anderes Mitglied fügte hinzu, dass neben dem Zugang zur Behandlung auch geprüft werden müsse, wie unter Risikogruppen die Gefahr einer Reinfektion unterbunden werden könne, wenn die Betroffenen nicht durch Verhaltensänderungen das Expositionsrisiko senkten. Ein Mitglied unterstrich, dass der Aktionsplan andere Aktionspläne zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie HIV/Aids bzw. zur Förderung der Sexual- und Reproduktionsgesundheit ergänzen müsse. Sie wies darauf hin, dass gemäß dem Aktionsplan die Impfung mit einer ersten Dosis Impfstoff innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt der wirksamste Weg zur Verhinderung einer Mutter-Kind-Übertragung sei und dass in dem Aktionsplan die generelle Effektivität auch anderer Impfmaßnahmen hervorgehoben werden solle.

31. Die Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erläuterte, dass die Ziele des Aktionsplans sorgfältig überprüft würden, um sicherzustellen, dass sie erreichbar sind, und räumte ein, dass die Lage von Land zu Land unterschiedlich sei, sodass es auch Unterschiede bei Prioritäten und Maßnahmen für die Behandlung geben müsse. Manche Länder müssten den Schwerpunkt auf den Bereich Prävention legen, während andere die Bereiche Therapie und Prävention gleichwertig behandeln müssten. Das Regionalbüro werde zusammen mit dem globalen Programm und den maßgeblichen Akteuren alle Optionen für eine Senkung der Behandlungskosten prüfen. Die Regionaldirektorin fügte hinzu, dass die Verfügbarkeit und die hohen Preise der Medikamente ein erhebliches Problem darstellten und dass die WHO auf der globalen Ebene mit den Pharma-Konzernen verhandele, um eine möglichst weitgehende Senkung der Preise zu erreichen. Ein gemeinsames Beschaffungsprogramm, wie von einem Mitglied vorgeschlagen, könne bei der Aushandlung niedrigerer Preise eine nützliche Hebelwirkung entfalten.

## **Strategie und Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO (2016–2022)**

32. Die geschäftsführende Direktorin und der Koordinator der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden präsentierten gemeinsam die wichtigsten Dimensionen und die Leitprinzipien einer künftigen Strategie und eines entsprechenden Aktionsplans für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region und baten den SCRC um Stellungnahme. Die Strategie und der Aktionsplan würden auf den Ergebnissen der Hochrangigen Tagung über die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten aufbauen, die am 23. und 24. November 2015 in Rom stattgefunden habe, und neben den auf der Konferenz erörterten zentralen Themen und Handlungsfeldern würden auch die Erfahrungen aus dem 2012 ins Leben gerufenen Projekt der WHO über gesundheitsschutzbezogene Aspekte der Migration in der Europäischen Region (PHAME) berücksichtigt. Die Strategie und der Aktionsplan würden zusammen mit einem Resolutionsentwurf dem RC66 mit dem Ziel vorgelegt, die kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Bedürfnisse der Flüchtlinge und Migranten zu thematisieren. Ein besonderes Augenmerk werde auch auf eine ordnungsgemäße Untersuchung der Sachfragen und Anforderungen in Bezug auf übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten in Verbindung mit den Kapazitäten und der Bereitschaftsplanung der Gesundheitssysteme, auf die Erfassung und Weitergabe von Gesundheitsinformationen und auf die besonderen kulturellen, ökonomischen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit gerichtet.

33. Der 23. SCRC zeigte sich erfreut über die Ergebnisse der Hochrangigen Tagung in Rom, die trotz ihrer recht kurzfristigen Anberaumung sehr gut organisiert gewesen sei und die eine gute Grundlage für die Diskussionen über die Strategie und den Aktionsplan für die Europäische Region bildeten. Die Mitglieder hoben die Bedeutung eines Ausbaus der Evidenzbasis und der Verfügbarkeit von Daten über die Gesundheitsaspekte der Migration, der Aufschlüsselung von Daten sowie einer Differenzierung der gesundheitlichen Bedürfnisse je nach Migrationsroute, aber auch des Gesundheitsprofils des jeweiligen Herkunftslandes hervor, da verschiedene Migrantengruppen auch unterschiedliche Prioritäten und damit unterschiedliche Konzepte erforderlich machten. Die Strategie und der Aktionsplan müssten auch grundsätzlich zwischen den Bedürfnissen der Flüchtlinge und denen der übrigen Migranten unterscheiden. Dies betreffe etwa die Versorgung von Traumata, den Bereich der psychischen Gesundheit und bestimmte übertragbare oder nichtübertragbare Krankheiten. Es würden Mindestnormen für die Bewertung des Gesundheitszustands einzelner Flüchtlinge und Migranten eingehalten werden, und die Mitglieder ermutigten die WHO, hierbei ihre Kompetenz auf fachlichem Gebiet und in der Normensetzung einzubringen. Der SCRC erkannte die Schwierigkeiten an, die durch solche Flüchtlinge und Migranten entstünden, die keine Ausweispapiere bei sich tragen oder eine Auskunft über ihr Herkunftsland verweigern, was die Rückverfolgung der medizinischen Geschichte einer Person erschwere. Auf die Forderung nach Einrichtung eines Systems, das es Migranten erlaubt, Auskunft über ihren Gesundheitsstatus und ihre Krankengeschichte zu geben, teilte die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation dem SCRC mit, dass eine Gruppe von Ländern Südosteuropas ein Netzwerk für die medizinische Registrierung von Migranten aufgebaut habe, das mit ihrer generellen behördlichen Registrierung verknüpft sei. Die vom 23. SCRC eingesetzte Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit könne in Erwägung ziehen, ob sie diese Arbeit überprüfen und ggf. darüber berichten wolle.

34. Der SCRC warf auch die Frage der Thematisierung gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Flüchtlingen und Migranten auf, die häufig durch die Medien oder durch politische Ziele beeinflusst würden. Deshalb müssten die Strategie und der Aktionsplan auf einer objektiven und unbestreitbaren Evidenzgrundlage verankert sein, die nicht zu widerlegen oder zu manipulieren sei. Als weitere notwendige Maßnahmen wurden genannt: effektive Schulungen für das Gesundheitspersonal, damit dieses angemessen auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Flüchtlingen und Migranten reagieren und mit ihnen einen freundlichen und nicht diskriminierenden Umgang pflegen kann; wirksame Kommunikationsstrategien, sowohl für die Migranten als auch für die Allgemeinheit; und eine ressortübergreifende Abstimmung, damit die Zuständigkeit für die Ausarbeitung nationaler Pläne für Migration nicht allein bei den Innenministerien liegt. Es sei wichtig, dass die Gesundheitsministerien und andere Akteure sich beteiligen und dafür sorgen könnten, dass gesundheitliche Aspekte gebührend berücksichtigt würden. Auch die Abstimmung mit anderen Partnern wie der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten müsse ein vorrangiges Anliegen sein. Ein Mitglied teilte dem SCRC mit, ihr Land werde in Kürze einen Ernährungsratgeber für Migranten fertig stellen, der dann dem SCRC übermittelt werde, sodass andere Länder die Möglichkeit erhielten, ihn zu übersetzen und zu verwenden. Ein Mitglied regte an, alle verschiedenen Aspekte der Thematik in einem Dokument zusammenzufassen.

35. Der Koordinator in der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden begrüßte die Meinungsäußerungen aus dem SCRC zu der Strategie und dem Aktionsplan. Er bestätigte die Notwendigkeit der Aufschlüsselung von Daten je nach den gewählten Migrationsrouten und berichtete von Diskussionen mit den Regionalbüros für Afrika und den Östlichen Mittelmeerraum, die zur Verbesserung des Verständnisses und zum Wissensaustausch über die verschiedenen Migrationsrouten und die Profile der sie benutzenden Gruppen dienten. Er räumte auch die Notwendigkeit einer klaren ressortübergreifenden Abstimmung in Bezug auf die Strategie und den Aktionsplan ein und bezeichnete wirksame Kommunikationsstrategien gegenüber Migranten und einheimischer Bevölkerung als unverzichtbar – nicht zuletzt, um der Manipulation von Informationen und Erkenntnissen durch Teile der Medien entgegenzuwirken.

36. Die Regionaldirektorin erklärte, die Problematik der Migration und die damit verbundenen Herausforderungen würden über längere Zeit andauern, und es sei daher entscheidend, dass Migration als ein globales Thema begriffen werde, und nicht nur als ein europäisches Phänomen. Das Regionalbüro habe die Generaldirektorin dazu ermutigt, für den Bereich der Migration wieder eine globale Funktion einzurichten. Diese sei sich über diese Notwendigkeit im Klaren, und es werde bald Gespräche darüber geben, wie die globale Funktion gestaltet werden könne und ob wieder eine globale Steuerungsgruppe eingerichtet werden solle. Trotz einer langen Geschichte der Migration sei Europa nun mit einer wahren Migrationskrise konfrontiert, die durch die beispiellosen Flüchtlingszahlen bedingt sei. Die Länder der Europäischen Region seien von dieser Krise überrascht worden und deshalb nicht ausreichend auf sie vorbereitet. Es bestehe eine eindeutige Notwendigkeit erheblicher Investitionen zur Verbesserung der Bereitschaftsplanung und der Abstimmung innerhalb der Europäischen Region. Die Tagung in Rom habe verdeutlicht, dass die Migration keine konkrete Bedrohung für die Europäische Region darstelle, dass dies aber, wie vom SCRC zum Ausdruck gebracht, durch solide und unbestreitbare Erkenntnisse untermauert werden müsse, um der Verbreitung falscher Informationen entgegenzuwirken. Es gebe eine Reihe von

zentralen Handlungsfeldern, darunter auch eine weitreichendere Abstimmung innerhalb der Familie der Vereinten Nationen zur Vermeidung von Doppelarbeit. Es herrsche Einigkeit darüber, dass eine koordinierte Bewertung der Handlungsfähigkeit der Gesundheitssysteme gegenüber den Migranten erforderlich sei. Außerdem müsse genau bestimmt werden, welche Informationen von individuellen Migranten und Flüchtlingen nach ihrer Ankunft benötigt werden, um ihren Bedürfnissen unverzüglich gerecht werden zu können. Schließlich sei es auch wichtig, den Migranten und Flüchtlingen so bald wie möglich Zugang zu den nationalen Impfprogrammen zu verschaffen.

### **Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen**

37. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erinnerte daran, dass auf dem RC65 mit der Resolution EUR/RC65/R5 die beiden zentralen Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme bis zum Jahr 2020 angenommen worden seien: eine grundlegende Umgestaltung der Gesundheitsversorgung, um den gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden, und die allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung, bei der es keine ruinösen Ausgaben aus eigener Tasche mehr gibt. Die erste dieser Prioritäten sei Gegenstand des Handlungsrahmens, wobei der Schwerpunkt auf dem Konzept der Bürgernähe liege. Die Arbeit der Europäischen Region auf diesem Gebiet sei in Abstimmung mit der Arbeit des WHO-Hauptbüros im Bereich der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen erfolgt, deren Ergebnisse der 69. Weltgesundheitsversammlung zur Prüfung vorgelegt würden.

38. Der Programmleiter aus der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit gab einen Überblick über das Abschneiden der Europäischen Region im Bereich der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Bei einer Untersuchung dieser Frage anhand der Beispiele Diabetes, Asthma und obstruktive Lungenerkrankungen, die allesamt in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung behandelt werden könnten und für die es bekannte und kosteneffektive Interventionen zur Prävention, Behandlung und Bewältigung gebe, belegten die vorhandenen Daten, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen in der Europäischen Region insgesamt rückläufig sei. Dies deute darauf hin, dass in der Krankenhausversorgung Effizienzgewinne erzielt worden seien und dass auch die primäre Gesundheitsversorgung auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagiere. Allerdings gebe es bei der Umgestaltung der Leistungsangebote immer noch eine Vielzahl von Herausforderungen. Auf die Forderung der Mitgliedstaaten nach Unterstützung bei der Überwindung dieser Herausforderungen habe das Regionalbüro im Oktober 2013 mit der Erstellung eines Fahrplans für die Ausarbeitung eines Handlungsrahmens reagiert. Mit der Initiative solle untersucht werden, wie die Mitgliedstaaten im Bereich der Leistungserbringung vorgehen und wie sie ihre Versorgungsmodelle umgestalteten. Hierzu seien anschauliche Fallbeispiele aus sämtlichen 53 Mitgliedstaaten zusammengestellt worden. Diese würden zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen eines Sammelbands präsentiert. Innerhalb des Handlungsrahmens seien eine Reihe von Phasen und Handlungsfeldern festgelegt worden, und zur Unterstützung der Mitgliedstaaten werde derzeit ein Instrumentarium für die Umsetzung entwickelt. Es seien Online-Konsultationen mit den Mitgliedstaaten geplant, und ein erster Entwurf des Handlungsrahmens werde dem SCRC auf seiner dritten Tagung im März mit der Bitte um Fertigstellung vorgelegt.

39. Der SCRC begrüßte allgemein den Vorentwurf des Handlungsrahmens, war jedoch auch der Ansicht, dass dieser besser auf die Erwartungen und Anliegen der Bevölkerung wie auch der Gesundheitsberufe abgestimmt werden müsse. Außerdem könne die Autorität und Glaubwürdigkeit der nationalen Gesundheitssysteme durch die Verbreitung falscher Informationen in den Medien (einschließlich der sozialen Medien) oder durch die Wahrnehmung von Interessenkonflikten untergraben werden. Der Handlungsrahmen müsse daher als eine maßgebliche Stimme der WHO zur Unterstützung von Maßnahmen zur Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme dienen. Die Schwerpunktlegung auf grundlegender Umgestaltung und Innovation müsse durch klare Ziele untermauert werden, und die Handlungsfelder müssten überarbeitet werden, um eine stärkere Orientierung hin zur primären Gesundheitsversorgung zu erreichen, da diese das Fundament eines jeden Gesundheitssystems bilde und der Ausgangspunkt jeder grundlegenden Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen sein müsse. Weiterhin müsse auch die Rolle von Gesundheitspolitikern und Gesundheitsmanagern stärker in den Vordergrund gerückt werden, da der Prozess der Umgestaltung eine fachlich kompetente und starke Führung erfordere. Der Handlungsrahmen werde sich auch auf die Ausbildung der Gesundheitsberufe auswirken. Die Lehrpläne müssten so überarbeitet werden, dass Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen nicht in Praktiken geschult würden, die in Zukunft u. U. nicht mehr benötigt würden. Auch die Einbindung nichtstaatlicher Organisationen sei wichtig, da diese oft Schulungen anböten und bei der Überarbeitung von Lehrplänen und der Umgestaltung ihrer Umsetzung behilflich sein könnten. Ein weiterer wesentlicher Aspekt sei die Finanzierung; so müssten deutlich mehr Mittel für die Prävention bereitgestellt werden, auf die gegenwärtig nur 5% des Etats entfielen, aber auch auf die Verbesserung von Qualität und Sicherheit. Ferner müsse im Hinblick auf eine Erhöhung der verfügbaren Mittel für die Umgestaltung der Gesundheitsversorgung die Notwendigkeit wirksamer und regulierter öffentlich-privater Partnerschaften erkannt werden, zumal ein Großteil der Mittel für die Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich bereits aus der Privatwirtschaft stamme.

40. Der Direktor und der Programmleiter aus der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erklärten, dass viele Aspekte des Handlungsrahmens noch nicht vollständig ausgestaltet seien und dass daher die Ansichten des SCRC im Hinblick auf die Ergänzung und Fertigstellung des Dokuments von Wert seien. Sie waren sich darüber einig, dass die primäre Gesundheitsversorgung gestärkt werden müsse, fügten jedoch hinzu, dass dabei stets das Kontinuum der Versorgung aufrechterhalten werden müsse, um beispielsweise eine Konkurrenzsituation mit den Krankenhäusern zu vermeiden. Die Überarbeitung der Lehrpläne sei zwar wichtig, es könne aber leicht zehn Jahre dauern, bevor ihre Wirkung sichtbar werde. Deshalb müssten auch andere Methoden, wie etwa persönliche Betreuung (Mentoring), einbezogen werden. Öffentlich-private Partnerschaften seien bereits in früheren Diskussionen ins Gespräch gebracht worden, müssten nun aber in geordneter Weise vorangetrieben werden, d. h. unter deutlicher Schwerpunktlegung auf der Politiksteuerung und einer ordnungspolitischen Aufsicht über die öffentliche Hand.

### **Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2016–2025)**

41. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf erklärte, der neue Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region

müsse innovativ sein und sich außerdem klar an „Gesundheit 2020“ und den einschlägigen globalen Prozessen orientieren. In ihm werde auf die neun Zielvorgaben aus dem Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) Bezug genommen, aber es würden auch die neuen Vorgaben im Rahmen des Ziels 3 der Agenda 2030 berücksichtigt und eine Bewertung der Fortschritte und der Wahrscheinlichkeit einer Verwirklichung dieser Vorgaben bis 2025 vorgenommen. Die erreichten Fortschritte würden anhand von vier vorrangigen Bereichen analysiert: Politiksteuerung; Begleitung, Überwachung, Evaluation und Forschung; Prävention; und Gesundheitssysteme. Mit dem Aktionsplan werde auch angestrebt, in die zahlreichen Mechanismen und Initiativen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten auf der globalen Ebene ein gewisses Maß an Ordnung zu bringen und sie in einem Rahmen zusammenzuführen, dabei aber gleichzeitig auch die Schwerpunktlegung auf Maßnahmen in den Ländern beizubehalten. Der Aktionsplan solle auch auf einigen neuen Entwicklungen aufbauen, darunter die in den vergangenen Jahren begonnenen Kooperationen zur Bewertung der nationalen Gesundheitssysteme und zur Zusammenführung aller Beobachtungsdaten in einem Portal, dem Europäischen Gesundheitsinformations-Portal. Ein vollständiger Entwurf des Aktionsplans werde bis Ende Januar 2016 erstellt.

42. Der 23. SCRC war der Ansicht, dass die Zusammenführung aller vorhandenen Zielvorgaben und Indikatoren über nichtübertragbare Krankheiten in dem neuen Aktionsplan in hohem Maße zweckdienlich sei. Insbesondere solle in dem Aktionsplan die Abstimmung der Vorgaben aus den Zielen für eine nachhaltige Entwicklung mit den Vorgaben von „Gesundheit 2020“ und dem globalen Aktionsplan mit ihren unterschiedlichen Enddaten eine zentrale Rolle spielen. Diese Dokumentierung der Zielvorgaben und Indikatoren werde gemeinsam mit der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation vorangetrieben. Mehrere Mitglieder forderten eine stärkere Verknüpfung mit der primären Gesundheitsversorgung, da die Versorgung chronischer Erkrankungen auf dieser Ebene erfolge und Allgemeinärzte und andere Gesundheitsberufe solide funktionale Modelle für Patienten mit chronischen Erkrankungen und Vielfacherkrankungen entwickelt hätten. Auch eine erweiterte Ausbildung im Bereich der Prävention spiele im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Als weitere Elemente, die in dem Aktionsplan zusätzlich berücksichtigt werden bzw. ein größeres Gewicht erhalten sollen, wurden u. a. genannt: engere Beziehungen zwischen der WHO und den wichtigsten Berufsverbänden, die mit der Erforschung chronischer Krankheiten tätig sind (da sich Allgemeinärzte häufig an deren Leitlinien hielten); eine stärkere Förderung von Bewegung zur Vorbeugung gegen nichtübertragbare Krankheiten; die Festlegung konkreter möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Fortschritte bei der Erfüllung der Vorgaben in Bezug auf Alkoholkonsum; und die Bewertung der Wirkung von Handelsverträgen wie der Transatlantischen Handels- und Investitionspartnerschaft auf die Lebensmittelindustrie (und damit die Frage, inwiefern die Einschleppung neuer Ernährungsgewohnheiten sich negativ auf die Länder der Region auswirken könnte). Für das Jahr 2016 solle ein Zeitplan erstellt werden, aus dem hervorgehe, welche Prozesse auf der regionsweiten wie auch der globalen Ebene ablaufen und wie sie jeweils miteinander verknüpft sind.

43. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf versicherte, das Regionalbüro sei fest entschlossen, dafür zu sorgen, dass alle Zielvorgaben und Indikatoren aufeinander abgestimmt seien. Der 23. SCRC habe eine Reihe interessanter und relevanter

Sachfragen aufgeworfen, die im Zuge der Ausarbeitung des Aktionsplans weiter vertieft würden. Die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung und der Beziehungen mit den Berufsverbänden werde durchaus erkannt, und die am 19. und 20. November 2015 in Sankt Petersburg abgehaltene Internationale Konferenz über Herz-Kreislauf-Erkrankungen habe mit reger Beteiligung der Berufsverbände stattgefunden. Durch den Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten sollten Elemente aus den bereits bestehenden Aktionsplänen für die Bereiche Alkoholkonsum und Bewegung verstärkt werden, wobei jedoch auf Vermeidung von Doppelarbeit zu achten sei.

### **Aktionsplan zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung in der Europäischen Region der WHO**

44. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation erklärte, der Aktionsplan zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung sei für die Europäische Region und auch weltweit ein Novum. 2014 habe der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) einen Unterausschuss für die Ausweitung der evidenzgeleiteten Politikgestaltung eingesetzt und später die Ausarbeitung eines Aktionsplans empfohlen, der dem Regionalkomitee zur Annahme vorgelegt werden solle. Inzwischen sei zusammen mit dem EACHR ein Fahrplan erstellt worden, und nach weiteren Beratungen sowie einer Fachinformationsveranstaltung auf dem RC65 hätten die Mitgliedstaaten vorgeschlagen, ihn zu einem Aktionsplan weiterzuentwickeln. Dieser werde sich an den sechs zentralen Handlungsbereichen der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative orientieren und drei zentrale Grundsäulen beinhalten: Vereinheitlichung der Gesundheitsinformationen in der gesamten Europäischen Region und Stärkung der nationalen Gesundheitsinformationssysteme; Einrichtung und Stärkung der nationalen Gesundheitsforschungssysteme; und Ausweitung der Wissensumsetzung. In dem Aktionsplan würden unter jeder dieser Säulen eine Reihe konkreter Maßnahmen skizziert.

45. Der 23. SCRC begrüßte den Aktionsplan als ein lange überfälliges Instrument für die Mitgliedstaaten, da eine evidenzbasierte Politikgestaltung eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Regierungsführung sei. Es gebe im Bereich der Bevölkerungsgesundheit eine große Vielfalt an Informationen, aber keinen Mechanismus zur Umsetzung dieser Informationen in evidenzbasierte politische Handlungskonzepte. Der Aktionsplan werde von Wert für alle Mitgliedstaaten und insbesondere für solche Länder sein, die nicht über die Mittel oder die Fähigkeit zur Durchführung ihrer eigenen wissenschaftlichen Forschung verfügten und die bei politischen Entscheidungsprozessen mangels eigener nationaler Daten oft auf Evidenz aus aller Welt zurückgreifen müssten. Den Länderbüros komme hier insofern eine bedeutende Rolle zu, als sie regelmäßige Zusammenfassungen der wichtigsten Informationen auf der Länderebene oder der subregionalen Ebene erstellen könnten. Es müssten Strategien entwickelt werden, um festzulegen, welche Themen bei der wissenschaftlichen Forschung im Hinblick auf die Politikgestaltung im Mittelpunkt stehen sollten. Die Mitgliedstaaten müssten wissen, ob der Aktionsplan messbare Zielvorgaben und Indikatoren enthalten solle und ob sich daraus zusätzliche Berichterstattungspflichten ergäben. Der SCRC schlug vor, den Aktionsplan zusammen mit einem Resolutionsentwurf dem RC66 vorzulegen.

46. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation erläuterte, dass das Regionalbüro eine Kartierung der Kapazitäten zur Wissensumsetzung in der Europäischen Region durchführe, um über eine Darstellung

der Ausgangslage zu verfügen; diese Maßnahme könne in zwei oder drei Jahren wiederholt werden, um festzustellen, was sich verändert hat und auf welche Weise. Deshalb werde derzeit geprüft, welche Zielvorgaben und Indikatoren zur Aufnahme in den Aktionsplan vorgeschlagen werden sollten, wobei auch einige quantitative in Erwägung gezogen würden. Sie räumte ein, dass es hilfreich sei, über einen Prozess für die Prioritätensetzung in der Gesundheitsforschung auf der regionsweiten Ebene zu verfügen, und versprach, das Thema mit dem EACHR zu erörtern.

## **Partnerschaften in der Europäischen Region der WHO**

47. Die Exekutivbeauftragte für strategische Partnerschaften und Mittelbeschaffung bat den 23. SCRC, ihr während des Zeitraums zwischen seinen Tagungen Vorschläge und Anregungen zur Gestaltung der Sitzung zum Thema Partnerschaften auf dem RC66 zu übermitteln, u. a. zu der Frage, welche Partner eingebunden und welche Themen behandelt werden sollten. Diese Rückmeldung werde dann in einen Vorschlag einfließen, der der dritten Tagung im März 2016 vorgelegt werde.

48. Eine Strategie für Partnerschaften in der Europäischen Region der WHO, wie sie in Resolution EUR/RC60/R4 gefordert werde, sei bisher noch nicht ausgearbeitet worden, da auf der globalen Ebene der Organisation immer noch zwischenstaatliche Verhandlungen über einen Gesamtrahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren im Gange seien. Viele Mitgliedstaaten hätten ihren Wunsch zur Fertigstellung dieses Rahmens zum Ausdruck gebracht. Es sei seinerzeit für vernünftig befunden worden, mit der Ausarbeitung einer Strategie für die Europäische Region zu warten, bis ein Entwurf dieses Rahmens vom Exekutivrat und von der Weltgesundheitsversammlung erörtert und fertig gestellt worden sei. In der Zwischenzeit sei es jedoch sinnvoll, dass sich der 23. SCRC dazu äußere, wie die Zusammenarbeit im Rahmen von Partnerschaften voranschreiten solle, insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung des Ziels 17 der Agenda 2030 („die Globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung mit neuem Leben erfüllen“).

## **Mandate der Arbeitsgruppen des 23. SCRC**

### ***Arbeitsgruppe für Führungsfragen***

49. Der 23. SCRC war sich darüber einig, dass seine Arbeitsgruppe für Führungsfragen, die unter dem Vorsitz von Dr. Ivi Normet (Estland) steht und der die Mitglieder aus Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien und Lettland angehören, ihre Arbeit fortsetzen solle. Die Vorsitzende der Arbeitsgruppe erläuterte die wichtigsten noch nicht abgeschlossenen Arbeitsbereiche, mit denen sich das Gremium befassen werde, und bat den SCRC, sich dazu zu äußern. Ein Mitglied erinnerte an frühere Diskussionen über die Standardisierung der Formate von Grundsatzpapieren zwischen dem Hauptbüro und den Regionalbüros und fragte, was seitdem getan worden sei, um diesen Standardisierungsprozess global zu koordinieren. Dasselbe Mitglied bat darum, dass die Arbeitsgruppe nicht nur die Verfahren für die Nominierung nationaler Experten, sondern auch den Informationsprozess im Vorfeld von Tagungen überprüfen solle, etwa die Frage, welche Informationen das Sekretariat an die Länder übermitteln solle. Ein vorläufiger Zeitplan für das Verfahren könne hier hilfreich sein. Die Vorsitzende der Arbeitsgruppe bestätigte, dass das Thema Standardisierung im März 2016 erneut auf der Tagesordnung stehe. Die Regionaldirektorin erklärte, die

Nominierungsverfahren seien für die Europäische Region oft recht problematisch, da die Aufrufe manchmal sehr kurzfristig eingingen und die Nominierungen dann fast umgehend an die Generaldirektorin übermittelt werden müssten, sodass eine ausreichende Beratung mit den Mitgliedstaaten nicht möglich sei. Das Regionalbüro versuche, das Hauptbüro dazu zu bewegen, künftig früher mitzuteilen, welche Aufrufe zu erwarten seien, und dabei den zeitlichen Ablauf der verschiedenen Tagungen der leitenden Organe zu berücksichtigen, um eine ausführlichere Beratung mit den Mitgliedstaaten zu ermöglichen. Wenn solche Tagungen nicht in den Prozess einbezogen werden könnten, müsse entsprechende Zeit für Online-Konsultationen vorgesehen werden.

### ***Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit***

50. Die Regionaldirektorin berichtete, aus der vor kurzem in Rom abgehaltenen Hochrangigen Tagung über die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten hätten sich eine Reihe wichtiger Sachfragen ergeben, die in naher Zukunft ein erhebliches Maß an Aufmerksamkeit und Handeln erfordern würden. Aufgrund der Komplexität dieser Themen stimme sie mit dem 23. SCRC darin überein, dass zwei von einander getrennte Arbeitsgruppen eingesetzt werden müssten; davon solle sich eine mit dem Thema Migration und Gesundheit und die andere mit der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) befassen. Der SCRC sprach sich mit Nachdruck für die Einsetzung zweier separater Arbeitsgruppen aus, die allerdings in enger Verbindung miteinander stehen müssten. Die Notwendigkeit einer Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit sei auf der Hochrangigen Tagung deutlich geworden, da die daraus resultierenden Herausforderungen wohl mindestens zehn Jahre lang anhalten würden. Der Themenkomplex Migration und Gesundheit werde weiter dadurch erschwert, dass die Existenz verschiedener Migrationsrouten jeweils unterschiedliche Konzepte erforderlich mache. Die Arbeitsgruppe werde unter dem Vorsitz von Dr. Raniero Guerra (Italien) stehen und darüber hinaus die Mitglieder aus Estland, Portugal und Rumänien einschließen. Zur Ermittlung zusätzlicher Mitglieder für die Mitarbeit in der Gruppe sei eine Online-Konsultation geplant.

### ***Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005)***

51. Die Regionaldirektorin berichtete, der Überwachungs- und Evaluationsrahmen für die IGV sei vor kurzem auf einer Fachkonsultation in Lyon erörtert worden, doch dabei sei keine Einigung hinsichtlich der Frage erzielt worden, wie die Entwicklung eines global anzuwendenden unabhängigen Bewertungsinstruments für die IGV vorangetrieben werden solle. Während der Beratungen in der Global Policy Group habe die Generaldirektorin darüber berichtet, dass das Regionalkomitee für Europa ein Interesse an einer Erprobung des Bewertungsinstruments in der Europäischen Region bekundet habe und dass das Regionalkomitee für den Östlichen Mittelmeerraum in seiner Resolution EM/RC62/R.3 deren Regionaldirektor um Einsetzung einer unabhängigen Bewertungskommission zur Überwachung der Umsetzung der IGV in dieser Region ersucht habe. Die Regionaldirektorin bat den 23. SCRC, in das Mandat der Arbeitsgruppe die Anweisung aufzunehmen, zusammen mit einer kompetenten Expertengruppe an dem Überwachungs- und Evaluationsrahmen für die IGV und einem dazu gehörigen unabhängigen Bewertungsinstrument zu arbeiten und das Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum zur Mitarbeit auf diesem Gebiet einzuladen, um zu gewährleisten, dass

ein einheitliches unabhängiges Bewertungsinstrument geschaffen wird. Dieses Instrument könne dann erprobt und von der Generaldirektorin in die weitere Entwicklung des globalen Bewertungsinstruments eingebracht werden.

52. Der 23. SCRC stimmte der Erweiterung des Mandats zu und stellte fest, dass die Generaldirektorin sich ausdrücklich eine bedeutende Rolle der Europäischen Region bei der Entwicklung des Instruments gewünscht und auch auf die Notwendigkeit einer Abstimmung mit dem Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum und ggf. einer Hinzuziehung von Sachverständigen hingewiesen habe. Eine Reihe von Mitgliedern erklärten sich bereit, sich der Arbeitsgruppe anzuschließen, da sie über spezielle Erfahrungen mit der Erfüllung der Anforderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften oder in Bezug auf die Globale Agenda für Gesundheitssicherheit verfügten. Die Arbeitsgruppe werde unter dem Vorsitz von Prof. Benoît Vallet (Frankreich) stehen, und außerdem würden ihr die Mitglieder aus Finnland, Georgien, Italien und Portugal angehören.

53. Die Zusammensetzung der drei Arbeitsgruppen werde nach der Tagung für eine elektronische Konsultation offen bleiben, die den Mitgliedern des SCRC Zeit geben solle, um deren Mandate zu überprüfen und ggf. mitzuteilen, an welcher Arbeitsgruppe sie sich beteiligen wollten.

## **Die Erklärung von Minsk – der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020**

54. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf bezeichnete die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020, die am 21. und 22. Oktober 2015 in Minsk stattgefunden habe, als großen Erfolg und dankte Belarus für die Ausrichtung einer so wichtigen Veranstaltung und für deren gute Vorbereitung. An der Konferenz hätten 38 Mitgliedstaaten teilgenommen, und fast die Hälfte der Delegationen hätten unter der Leitung von Ministern oder stellvertretenden Ministern gestanden. Der Lebensverlaufansatz sei von Anfang an ein fester Bestandteil von „Gesundheit 2020“ gewesen, doch erst mit der Erklärung von Minsk sei so deutlich geworden, was für Maßnahmen in Verbindung mit dem Lebensverlaufansatz benötigt würden. In der Erklärung stünden drei zentrale Aspekte im Vordergrund: frühzeitiges Handeln, angemessenes Handeln während der Übergangsphasen des Lebens und gemeinsames Handeln als Gesellschaft insgesamt. Der SCRC habe zuvor beschlossen, die Erfahrungen in Verbindung mit der Erklärung von Minsk zur Beantwortung der Frage heranzuziehen, wie Dokumente dieser Art in den Prozess der Politiksteuerung einbezogen werden sollen. Das Regionalbüro habe diesen Prozess sorgfältig dokumentiert. Ein wissenschaftlicher Beratungsausschuss habe 18 Monate lang eng mit dem Regionalbüro zusammengearbeitet und in dieser Zeit drei Tagungen und eine Reihe von Telekonferenzen abgehalten. Ferner habe eine abteilungsübergreifende interne Arbeitsgruppe mindestens drei Entwürfe des Dokuments überprüft, bevor dieses für eine öffentliche Beratung freigegeben worden sei. Der Beratungszeitraum für die Mitgliedstaaten habe vom 10. Juli bis zum 9. August 2015 gedauert. In dieser Zeit seien eine Reihe von Stellungnahmen eingegangen, und es sei versucht worden, in dem Text davon so viele wie möglich zu berücksichtigen. Einige der eingegangenen Stellungnahmen hätten auf der Konferenz eine rege Diskussion ausgelöst, bevor schließlich die Erklärung von Minsk einstimmig angenommen worden sei. In dem

nachfolgenden Zeitraum, der der fachlichen und politischen Weiterverfolgung gedient habe, sei der SCRC gebeten worden, sich mit der Frage zu befassen, wie die Umsetzung der Erklärung vorangetrieben und ob diese dem RC66 im Rahmen eines Resolutionsentwurfs zur Annahme vorgelegt werden solle. Im Laufe des Prozesses seien in erheblichem Umfang Erkenntnisse gewonnen worden, und es biete sich nun die Möglichkeit, diese in den kommenden ungefähr zwei Jahren zusammen mit allen zuständigen Abteilungen fachlich zu begutachten. Ferner seien die auf der Konferenz präsentierten Fallstudien aus den Ländern so positiv aufgenommen worden, dass nun auch die Möglichkeit bestehe, diese vielfältigen Erfahrungen und bewährten Praktiken aus den Ländern in Bezug auf die Einbeziehung des Lebensverlaufansatzes im Kontext von „Gesundheit 2020“ sowie die Umsetzung der Ziele für nachhaltige Entwicklung in einem Band zusammenzustellen.

55. Der 23. SCRC brachte seine Dankbarkeit für eine äußerst gelungene Tagung zum Ausdruck, und eine Reihe von Mitgliedern bedankten sich für die Berücksichtigung ihrer Kommentare und Änderungsvorschläge zu dem Entwurf vor dessen Annahme durch die Konferenz. Ein Mitglied regte an, die Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen solle das Verfahren und den zeitlichen Rahmen für die Einreichung von Stellungnahmen überprüfen, um festzustellen, wie künftig die Arbeit an derartigen Texten verbessert werden könne. Die Mitglieder waren auch der Auffassung, dass die Erklärung von Minsk in Verbindung mit dem Halbzeitbericht über die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf die Tagesordnung des RC66 aufgenommen werden solle, dass in dem Abschnitt 4 der Erklärung von Minsk („Frühzeitig handeln“) die Bedeutung der Phase vor der Empfängnis ebenso nicht ausreichend berücksichtigt werde wie die Notwendigkeit, Menschen, die ein Kind haben wollen, auf besondere Risikofaktoren aufmerksam zu machen, und dass offenbar nicht ausreichend Gewicht auf die Phase vor der Empfängnis oder auf die Entwicklung des Fötus gelegt werde.

56. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf erwiderte, es bleibe noch genügend Zeit, um zu entscheiden, in welcher Form das RC66 mit der Erklärung von Minsk verfahren solle. So könne diese entweder nur zu Informationszwecken oder als Anhang zu einem Resolutionsentwurf über die Halbzeitbilanz der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ präsentiert werden. Er werde den 23. SCRC in den kommenden Monaten weiter in dieser Frage zu Rate ziehen, und die Angelegenheit könne auf dessen dritter Tagung zu einem Abschluss gebracht werden. Zu dem letzten von den Mitgliedern angesprochenen Punkt sagte er, es sei schwierig, die Diskussion über bestimmte Aspekte der Erklärung von Minsk nun nach ihrer Annahme erneut zu eröffnen, doch nehme die Erklärung mehrfach auf die intrauterine Entwicklung Bezug, und dies könne als Ausgangspunkt für Maßnahmen in den von den Mitgliedstaaten genannten Bereichen dienen. Die Programmleiterin aus der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf fügte hinzu, dass im Februar 2016 in Schweden der dritte Europäische Kongress über präkonzeptionelle Gesundheit und Fürsorge stattfinden werde, in dessen Rahmen eine Sitzung speziell der Erklärung von Minsk gewidmet sei. Dadurch werde verdeutlicht, dass die Erklärung auch den Zeitraum vor der Zeugung und den Zeitraum der Entwicklung des Fötus einschließe.

57. Die Regionaldirektorin erklärte, es wäre eine verpasste Gelegenheit, wenn die Erklärung von Minsk nicht in irgendeiner Form auf dem RC66 präsentiert werde, da sie eine zentrale Priorität von „Gesundheit 2020“ betreffe und den Mitgliedstaaten die

lange überfällige Klarheit verschaffe, wie sie den Lebensverlaufansatz in die Praxis umsetzen sollen. Angesichts der Bedeutung der Erklärung für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sei es ein guter Vorschlag, sie im Rahmen der Diskussion über die Halbzeitbilanz zu erörtern. Sie riet davon ab, die Diskussion über bestimmte Teile der Erklärung wieder zu eröffnen, unterstrich aber, dass die präkonzeptionelle Phase auf der Konferenz erhebliche Aufmerksamkeit erhalten habe. Darüber hinaus werde die Phase vor der Empfängnis auf dem Regionalkomitee auch im Rahmen der Beratungen über die Gesundheit von Frauen und über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte eine Rolle spielen.

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

### ***Freie Sitze zur Wahl bzw. Nominierung auf dem RC66***

58. Der SCRC wurde darüber informiert, dass auf dem RC66 routinemäßig die Nominierung für bzw. Wahl in folgende Organe und Ausschüsse der WHO anstehe:

Exekutivrat	2 Sitze
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees für Europa	4 Sitze
Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit	2 Sitze

### ***Wahlämter auf der 69. Weltgesundheitsversammlung***

59. Der SCRC wurde darüber informiert, dass die Europäische Region um Nominierung von Kandidaten für folgende Wahlämter gebeten worden sei: Vizepräsident/in der Weltgesundheitsversammlung; Stellvertretende/r Vorsitzende/r von Ausschuss A der Weltgesundheitsversammlung; Berichterstatter/in von Ausschuss B der Weltgesundheitsversammlung; fünf Mitglieder des Allgemeinen Ausschusses der Weltgesundheitsversammlung; drei Mitglieder des Vollmachtenprüfungsausschusses der Weltgesundheitsversammlung; und Vorsitzende/r des Exekutivrates.

## **Themen zur Erörterung mit den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region im Januar 2016 und Zusammenarbeit mit dessen Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss**

60. Die Regionaldirektorin erklärte, es sei darum gebeten worden, das Thema Migration und Gesundheit auf die Tagesordnung der Tagung des Exekutivrates im Januar 2016 zu setzen. Die Global Policy Group habe über den Vorschlag beraten und dann vereinbart, dass es einen Bericht über den Stand der Umsetzung einer früheren Resolution der Weltgesundheitsversammlung über Migration und Gesundheit geben solle. In seinen Diskussionen über den Tagesordnungspunkt müsse der Exekutivrat auch die Rückmeldung und das Abschlussdokument aus der jüngsten Tagung in Rom berücksichtigen, doch werde er hierzu keine Resolution verabschieden. In den kommenden Monaten werde sich die Europäische Region weiter mit dem Thema Migration und Gesundheit sowie mit der Entwicklung von Konzepten auf diesem Gebiet befassen. Es sei beabsichtigt, dem Exekutivrat in einem Jahr, nach Abschluss der Debatte in der Europäischen Region, einen Resolutionsentwurf vorzulegen.

61. Mit Blick auf andere vom Exekutivrat zu behandelnde Angelegenheiten erklärte ein Mitglied, die grundlegenden gesundheitspolitischen Aufgaben erhielten innerhalb der WHO auf der globalen Ebene nicht genügend Aufmerksamkeit. Auf dem RC65 habe Einigkeit darüber geherrscht, dem Exekutivrat einen Resolutionsentwurf vorzulegen, der unter dem bestehenden Tagesordnungspunkt über die Ziele für nachhaltige Entwicklung erörtert und mit den Diskussionen zum Thema allgemeine Gesundheitsversorgung verknüpft werden solle. Die Europäische Region sei in Bezug auf die öffentliche Gesundheit in einer starken Position, da sie über einen entsprechenden Aktionsplan verfüge, in dem die erforderlichen gesundheitspolitischen Aufgaben umfassend erläutert würden. Auch mehrere andere Regionen hätten umfangreiche Arbeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit geleistet, und eine Zusammenführung dieser Erfahrungen werde eine gute Grundlage für die Ausarbeitung der Resolution bilden, aber auch für die Beantwortung der Frage, wie die gesundheitspolitischen Aufgaben als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgebaut werden können. Es sei offensichtlich, dass kein Land eine allgemeine Gesundheitsversorgung verwirklichen könne, wenn keine wirksamen öffentlichen Gesundheitsdienste vorhanden seien. Doch es komme auch entscheidend auf bevölkerungsbezogene Gesundheitsleistungen und -angebote an, und nicht nur auf individuelle Versorgung. In der folgenden Woche würden informelle Beratungen über die Ausarbeitung des Resolutionsentwurfs stattfinden. Das Mitglied wünschte sich eine Aussage der Mitgliedstaaten dazu, welche speziellen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in den Vordergrund gestellt und auf welche anderen Dokumente bzw. noch geltenden Resolutionen in dem Resolutionsentwurf hingewiesen werden soll.

62. Ein Mitglied des SCRC erwiderte, es gebe zwar eine allgemein akzeptierte Definition der WHO, was unter einer allgemeinen Gesundheitsversorgung weltweit zu verstehen sei, doch sei noch nicht genug darüber gesprochen worden, wie diese in den Ländern in die Praxis umgesetzt werde. Die Tatsache, dass sich Länder mit hohem, mittlerem und niedrigem Volkseinkommen jeweils in einer unterschiedlichen Lage befänden, habe zur Folge, dass bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung nicht alle Mitgliedstaaten dieselben Ziele verfolgten. So könnten etwa Rehabilitationsangebote nur in Ländern mit hohem Einkommen finanziert werden, die sie bezahlen könnten. Die WHO solle deshalb eine Checkliste ausarbeiten, anhand derer die Länder prüfen könnten, ob sie alle Anforderungen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung erfüllen. Die Regionaldirektorin stimmte zu, dass alle Länder in der Lage sein müssten, entlang derselben Marschroute die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung anzustreben. Sie bekräftigte auch die Notwendigkeit, sich bei der Ausarbeitung des Resolutionsentwurfs mit anderen Regionen abzustimmen, und bezeichnete es als wünschenswert, in diesem auch auf frühere Resolutionen über soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Benachteiligung Bezug zu nehmen. Die im Exekutivrat vertretenen Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region sollten sich an der Fertigstellung des Resolutionsentwurfs beteiligen und bei den Beratungen zu diesem Thema im Januar 2016 aus dieser Erfahrung schöpfen.

## **Sonstige Angelegenheiten, Abschluss der Tagung**

63. Der Vorsitzende dankte den Mitgliedern des SCRC für ihre Aufmerksamkeit, ihr Mitgefühl und ihre wertvollen Beiträge, der Regionaldirektorin für ihre Führungskompetenz und Orientierungshilfe und dem Regionalbüro für seine Unterstützung und erklärte dann die Tagung für geschlossen.

## Anhang 1: Tagesordnung

- 1) Eröffnung der Tagung durch den Vorsitzenden und die Regionaldirektorin
- 2) Annahme der Tagesordnung und des Programms
- 3) Nachbereitung der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa (RC65): Auswertung und Prüfung von Maßnahmen des SCRC und des Sekretariats
- 4) Vorläufige Tagesordnung der 66. Tagung des Regionalkomitees (RC66)
  - Erster Entwurf und Prüfung der wichtigsten Fach- und Grundsatzthemen sowie des Beratungsprozesses zur vorläufigen Tagesordnung des RC66
- 5) Fertigstellung des Mandats der Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen und Prüfung der Notwendigkeit weiterer Arbeitsgruppen
- 6) Die Erklärung von Minsk – der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020
- 7) Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
  - a) Freie Sitze zur Wahl und Nominierung auf dem RC66
  - b) Wahlämter auf der 69. Weltgesundheitsversammlung
- 8) Einsetzung von Arbeitsgruppen des 23. SCRC (falls erforderlich)
- 9) Themen zur Erörterung mit den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region im Januar 2016 und Zusammenarbeit mit dessen Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss
- 10) Sonstige Angelegenheiten, Abschluss der Tagung

## Anhang 2: Liste der Dokumente

### Arbeitsdokumente

EUR/SC23(2)/1 Rev.1	Vorläufige Liste der Dokumente
EUR/SC23(2)/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/SC23(2)/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/SC23(2)/3 Rev.1 Add.1 Rev.1	Vorläufiges Programm (mit Kommentaren)
EUR/SC23(2)/4	Vorläufige Teilnehmerliste
EUR/SC23(2)/5 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa
EUR/SC23(2)/6 Rev.1	Vorläufiges Programm der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa
EUR/SC23(2)/7	Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2016–2025)
EUR/SC23(2)/8	Aktionsplan zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung in der Europäischen Region der WHO
EUR/SC23(2)/9	Eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen und ein Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in der Europäischen Region der WHO (2017–2021)
EUR/SC23(2)/10	Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2016
EUR/SC23(2)/11	Strategie und Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO (2016–2022)
EUR/SC23(2)/12	Gesundheit als Thema in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung: Den Weg für die Umsetzung bereiten
EUR/SC23(2)/13	Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung der Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO (2016–2021)
EUR/SC23(2)/14	Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen
EUR/SC23(2)/15 Rev.1	Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Region der WHO (2016–2021)
EUR/SC23(2)/16	Fazit der 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa und Weiterverfolgung ihrer Ergebnisse
EUR/SC23(2)/17	Die Erklärung von Minsk