



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

---

EUR/RC58/REC/1  
29. Oktober 2008  
82279  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht über die Achtundfünfzigste Tagung  
des Regionalkomitees für Europa**

## **Schlüsselwörter**

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
EUROPE

## Inhalt

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung .....	1
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Annahme der Agenda und des Arbeitsprogramms .....	1
Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit des Regionalbüros und allgemeine Aussprache .....	1
Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	6
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben .....	7
Ansprache der Generaldirektorin .....	8
Ansprache des Präsidenten Georgiens Micheil Saakaschwili .....	11
Grundsatz- und Fachfragen .....	11
Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 .....	11
Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region: Erfüllung der Verpflichtungen, die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ eingegangen wurden ....	16
Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme .....	21
Berichterstattung an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen .....	24
Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen .....	25
Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Immunisierung .....	25
Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich Verletzungsprävention, und alkoholbedingte Probleme und entsprechende Lösungskonzepte .....	26
Wahlen und Nominierungen .....	27
Geschlossene Sitzung .....	27
Exekutivrat .....	27
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	27
Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion ...	28
Regionale Auswahlkommission .....	28
Öffentliche Sitzung .....	28
Generaldirektorenamt der Weltgesundheitsorganisation .....	28
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2009–2012 .....	29
Resolutionen .....	30
EUR/RC58/R1: Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007 .....	30
EUR/RC58/R2: Programmhaushaltsentwurf für 2010–2011 .....	30
EUR/RC58/R3: Einsetzung einer regionalen Auswahlkommission .....	31
EUR/RC58/R4: Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region .....	31
EUR/RC58/R5: Überprüfung des Berichterstattungsverfahrens an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen .....	34
EUR/RC58/R6: Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2009–2012 .....	34
EUR/RC58/R7: Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	35
EUR/RC58/R8: Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme .....	35

Anhang 1: Tagesordnung .....	39
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente .....	41
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	43
Anhang 4: Bericht des WHO-Regionaldirektors für Europa.....	61
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin der WHO .....	67

## Eröffnung der Tagung

Die 58. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 15. bis 18. September 2008 im Sheraton Metechi Palace Hotel in Tiflis, Georgien, statt. Vertreterinnen und Vertreter aus 47 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO nahmen daran teil. Ebenfalls zugegen waren Beobachter eines Mitgliedstaats der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa und eines Nichtmitgliedstaats sowie Vertreter der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen, des Amtes des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Büros der Vereinten Nationen in Georgien, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Europarats, des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, der Europäischen Kommission, des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz und nichtstaatlicher Organisationen (siehe Anhang 3).

Die erste Arbeitssitzung wurde vom scheidenden Präsidenten Prof. Tomica Milosavljević eröffnet. Der Premierminister Georgiens Vladimer Gurgeniđze begrüßte die Teilnehmer.

In Verbindung mit Punkt 9 der vorläufigen Tagesordnung „Wahlen und Nominierungen“ und nach Regel 48 seiner Geschäftsordnung beschloss das Regionalkomitee angesichts der Schwierigkeiten, die einige Delegationen durch die Begleitumstände der Tagung erlebt hatten, mit sofortiger Wirkung und für die Dauer der 58. Tagung die Bestimmung aus Regel 14.2.2 d) zu suspendieren, die lautet: „Mitgliedstaaten, die Nominierungen eingereicht haben, müssen bei der Behandlung des entsprechenden Tagesordnungspunktes im Regionalkomitee vertreten sein, andernfalls können ihre Nominierungen nicht berücksichtigt werden.“ Dem lag das Verständnis zugrunde, dass die Suspendierung vorübergehend sei und auf die betreffende Regel keine über die aktuelle Tagung des Regionalkomitees hinausgehende Auswirkung haben solle und dass generell die Suspendierung von Regeln der Geschäftsordnung mit Bedacht erfolgen müsse.

## Wahl der Tagungsleitung

In Übereinstimmung mit Regel 10 seiner Geschäftsordnung wählte das Regionalkomitee die folgende Tagungsleitung:

Alexander Kvitashvili (Georgien)	Präsident
Annemiek van Bolhuis (Niederlande)	Exekutivpräsidentin
Dr. Bjørn-Inge Larsen (Norwegen)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Wojciech Kutyla (Polen)	Berichterstatter

## Annahme der Agenda und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC58/2 Rev.1 und EUR/RC58/3)*

Nachdem vereinbart worden war, das Thema „Generaldirektorenamt der Weltgesundheitsorganisation“ (das vom Exekutivrat an die Regionalkomitees überwiesen und in die vorläufige Tagesordnung unter Punkt 9 aufgenommen worden war) in einer offenen Sitzung zu behandeln, nahm das Regionalkomitee die Tagesordnung (Anhang 1) und das Arbeitsprogramm an.

## Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit des Regionalbüros und allgemeine Aussprache

*(EUR/RC58/4 und EUR/RC58/Conf.Doc./1)*

Der Regionaldirektor leitete seine Rede (Anhang 4) damit ein, sein Mitgefühl für die kürzlich getöteten, verwundeten oder vertriebenen Opfer in diesem Teil der Europäischen Region der WHO zu bekunden, in dem das Regionalkomitee zusammentrete, und bedankte sich bei den Vertretern für ihre Anwesenheit und

bei der georgischen Regierung für die Erfüllung ihrer Verpflichtung zur Durchführung der Tagung. Die Ereignisse in dem Jahr seit der vorangegangenen Tagung des Regionalkomitees illustrierten die Probleme in der Region seit der Jahrhundertwende und die Gegenmaßnahmen des Regionalbüros.

Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ in Tallinn, Estland, sei ein wichtiger Wendepunkt für die Entwicklung einer Vision von Gesundheit in der Region gewesen. Die Konferenz habe die Notwendigkeit bestätigt, die Gesundheitssysteme zu stärken und zu modernisieren, Leistungsbewertungen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme zu nutzen und in das Konzept von Leistung und Rechenschaftspflicht sowohl die menschliche Dimension als auch alle die Aktivitäten einzubeziehen, die innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssektors die Gesundheit verbesserten.

Als weitere wesentliche Ereignisse in dem Jahr nannte er die Erschütterung des Gesundheitssystems in Tadschikistan durch einen strengen Winter und die Suspendierung der Massenimpfkampagne gegen Masern und Röteln in der Ukraine, nachdem ein junger Mann 15 Stunden nach seiner Impfung verstorben war. Durch das erste Ereignis seien sowohl großes Leid als auch tapferes Handeln im Land und eine positive Reaktion der internationalen Gemeinschaft ausgelöst worden, hierunter die unerlässliche Unterstützung durch Norwegen. Das zweite habe die Komplexität der Arbeit für die Gesundheit sowie die Notwendigkeit der Gründung von Maßnahmen auf solide Erkenntnisse unterstrichen. Das Regionalbüro sei aufgrund der Erkenntnislage überzeugt, dass der junge Mann nicht infolge der Impfung gestorben ist, und habe zur Wiederaufnahme der Impfungen aufgerufen und garantiert, dass alle Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit des Impfstoffs getroffen seien. Die Situation habe zu einer Beeinträchtigung der Bemühungen um eine Eliminierung der Masern und Röteln aus der Region bis 2010 geführt, aber auch den guten Willen aller an dieser Arbeit Beteiligten offenbart.

Ebenso wie die von der WHO und den Mitgliedstaaten thematisierten Herausforderungen sei das vergangene Jahr von der Kontinuität der Aktivitäten des Regionalbüros geprägt gewesen. So hätten die Region und das Regionalbüro einen wichtigen Beitrag zum Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit der WHO geleistet, während das Ministerforum der WHO unter dem Titel Alle gegen Tuberkulose zu dem Willensbekenntnis der Mitgliedstaaten geführt habe, dem Anwachsen der Epidemie und insbesondere der Zunahme arzneimittelresistenter Fälle Einhalt zu gebieten. Der Weltgesundheitstag sei diesmal dem Schutz der Gesundheit vor den Folgen des Klimawandels gewidmet gewesen. Im Bereich der Ernährung arbeite das Regionalbüro mit der Lebensmittelindustrie für eine Verringerung der Natriumaufnahme und eine bessere Verbraucheraufklärung. Im gedruckten Bericht des Regionaldirektors sei mehr über diese und andere Themen zu erfahren, insbesondere über HIV/Aids, Tabak- und Alkoholkonsum und nichtübertragbare Krankheiten. In letzterem Bereich müsse die Arbeit des Regionalbüros für psychische Gesundheit verstärkt werden, zu der auch die Veröffentlichung einer Untersuchung über die Psychiatriepolitik der Länder gehöre. Zu den bevorstehenden Aktivitäten zähle die Mitveranstaltung einer Konferenz über Verletzungsvorsorge und Sicherheitsförderung im Oktober 2008.

Das Regionalbüro arbeite mit einer großen Anzahl von Ländern an einem breiten Fächer von Themen. Zu den Beispielen zählten die Unterstützung (gemeinsam mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen) des Entwurfs einer Strategie für reproduktive Gesundheit im Zeitraum 2008–2015 in Aserbaidschan, eine Mission mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zur Bewertung des Chikungaya-Risikos in Italien, eine Folgestudie (durchgeführt mit der Generaldirektion Forschung der Europäischen Kommission) zum Toxischen-Öl-Syndrom in Spanien, der Entwurf (mit dem Gesundheitsministerium und der Medizinalindustrie) eines Plans für 2008–2010 zur Eliminierung der Malaria aus Turkmenistan sowie die Weiterverfolgung des Themas nach Bewertung des Programms für klinische Leitlinien des nationalen Instituts für klinische Exzellenz (NICE) in England (Vereinigtes Königreich).

Das Regionalbüro unterhalte und entwickle Partnerschaften insbesondere mit der Europäischen Kommission. Deren Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher habe die Tallinn-Konferenz aktiv unterstützt, während das Regionalbüro zu den Konsultationen der Generaldirektion für den Entwurf einer Gesundheitsstrategie der Europäischen Union (EU) beigetragen habe. Das Regionalbüro kooperiere mit der

Europäischen Kommission auf einer Reihe von Fachgebieten und habe seine Beteiligung an Initiativen aufeinander folgender Präsidentschaften der EU ausgeweitet: Gesundheit in allen Politikbereichen (Finnland), Krebs (Slowenien) und Gesundheitssicherheit und Alzheimer-Krankheit (Frankreich). Das Regionalbüro arbeite eng mit dem ECDC an einer Reihe von Themen zusammen (wie der epidemiologischen Überwachung von Vogelgrippe, Tuberkulose und HIV/Aids) und habe mit ihm einen Arbeitsplan für eine erweiterte Zusammenarbeit im Zeitraum 2008–2009 angenommen. Außerdem setze das Regionalbüro seine Partnerschaften mit der Weltbank, dem Europarat und der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) fort und habe von dem in Tallinn entstandenen Elan profitiert.

Was Entwicklungen innerhalb der WHO betreffe, so sei das innige, positive und anregende Verhältnis zwischen Regional- und Hauptbüro der WHO dem Dienst an den Mitgliedstaaten zugute gekommen. Die Gespräche über eine Modernisierung der WHO, das neue Globale Management-System, die Delegation von Verantwortung, die Personalpolitik und die Reform der Vereinten Nationen gingen weiter. Innerhalb des Regionalbüros stünden die Pläne zur Eröffnung eines neuen Büros zum Themenbereich nichtübertragbare Krankheiten in Athen, Griechenland, jetzt vor ihrer Erfüllung. Das mit Griechenland unterzeichnete Abkommen lege fest, dass das neue Büro gänzlich unter die programmatische und politische Anleitung durch das Regionalbüro falle und vollkommen in die Hierarchie der WHO eingeordnet werde. Abschließend bedankte sich der Regionaldirektor bei allen Bediensteten für ihre Anpassungsfähigkeit und ihr Bestreben nach Spitzenleistungen in der gesamten Europäischen Region sowie für den Beitrag des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees zur Festlegung der Inhalte des Programms der Tagung und zur Sicherstellung, dass sie in Tiflis wie geplant durchgeführt werde.

In der sich anschließenden Aussprache und allgemeinen Debatte drückten mehrere Redner ihre Wertschätzung für den Bericht des Regionaldirektors und die Arbeit des Regionalbüros aus. Ein Vertreter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie Armeniens, Georgiens, Der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, betonte, welche Bedeutung diese Länder der Durchführung der Tagung des Regionalkomitees beimaßen, trotz der politischen Umstände der vergangenen wenigen Wochen. Es sei wichtig, dass die Mitgliedstaaten der Region zusammenkämen und der Gesundheit ihrer Bürger einen gemeinsamen Wert beimäßen. Ihre gemeinsamen Überzeugungen zu Gesundheitsförderung, Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterstützung sollten weiter die Arbeit der WHO anleiten.

Drei Faktoren hätten sich negativ auf die Gesundheit in der Region ausgewirkt und erforderten ein abgestimmtes Handeln. Der erste sei die schwere Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten und hier sehe die EU der kommenden Debatte über Strategien zur Änderung gesundheitsbeeinflussender Verhaltensweisen entgegen, was auch zu einer Verringerung von Verletzungen und Gewalttaten beitrage und dem globalen Strategieentwurf der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums entspreche. Es sei wichtig, dass das Regionalbüro die Kapazität für solche Arbeiten besitze und mit der Errichtung des Büros für das Europäische Alkoholinformations- und Beobachtungssystem erhalte es ein wichtiges Werkzeug hierzu.

Der zweite wichtige Faktor bestehe aus der Umwelt und den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Schockierende Statistiken aus dem Bericht des Regionaldirektors zeigten die direkte Verbindung zwischen Umwelt und Gesundheit und die Umsetzung der Pläne für umweltbezogenen Gesundheitsschutz sei dringlich geboten, damit Themen wie der Zugang zu sicherem Wasser und Risiken durch Chemikalien und Industrieerzeugnisse in Angriff genommen würden. Die Ministerkonferenz der Region im Jahr 2009 werde den nötigen Elan geben, um diese Probleme ebenso wie die Folgen des Klimawandels in Angriff zu nehmen.

An dritter Stelle seien die übertragbaren Krankheiten weiterhin ein wichtiges Problem. In einem Teil der Region habe HIV/Aids zugenommen und an anderen Orten sei die Lage noch keineswegs stabil, sodass die Bemühungen zur Ausweitung der Behandlung, Versorgung und epidemiologischen Überwachung ausgeweitet werden müssten. Die Zusammenarbeit zwischen der WHO und dem ECDC sei von entscheidender

Bedeutung, insbesondere was die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005) betreffe, und der Vertreter dankte der WHO für ihre Teilnahme an der inoffiziellen Zusammenkunft der Gesundheitsminister zum Thema IGV, die im September 2007 stattgefunden habe.

Zu viele gesundheitliche Ungleichheiten bestünden in den Ländern der Europäischen Region fort und die Gesundheitssysteme sollten zu ihrer Einebnung beitragen. Das würde auch Fortschritte in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele erleichtern. Die Konferenz in Tallinn habe geholfen, die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Region zu priorisieren. Der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit der WHO, der auf dieser Tagung vorgestellt werden solle, werde den Ländern in ihrem Kampf gegen die Ungleichheiten helfen. Die Verantwortung für die Bewältigung der sozialen Determinanten könne jedoch nicht allein bei den Gesundheitsministerien liegen, sie sollten allerdings der „Motor“ sein und die anderen Sektoren beeinflussen sowie politische und öffentliche Unterstützung mobilisieren. Man warte voller Ungeduld auf die Gelegenheit, die Schlussfolgerungen der Kommission im Exekutivrat und auf der Weltgesundheitsversammlung zu erörtern.

Andere Redner hoben zentrale Themenbereiche hervor wie nichtübertragbare Krankheiten, die 80% der gesamten Krankheitslast in der Region ausmachten. Gute Fortschritte würden im Bereich der Tabakbekämpfung gemacht und 157 von 193 Ländern seien jetzt Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Allerdings tranken 55 Millionen Erwachsene Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß und 23 Millionen gälten als alkoholabhängig. Alkohol stehe an fünfter Stelle der für Tod und Behinderung verantwortlichen Faktoren, daher werde die globale Strategie gegen Alkohol für das Jahr 2010 weithin begrüßt.

Im Bereich der übertragbaren Krankheiten betonten mehrere Redner die große Bedrohung, die von der Tuberkulose ausgehe, doch weise die Erklärung von Berlin den Weg voran und die WHO werde die gemachten Fortschritte bewerten und im Jahr 2009 mit ihrer zweijährlichen Berichtspraxis anfangen. Die Unterstützung der IGV durch die WHO und ihre Hilfe bei dem Aufbau von Kapazitäten für die epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen würden sehr geschätzt. Ein Vertreter merkte an, dass die Bevorratung mit Oseltamivir für 25% der Bevölkerung, wie es die WHO 2006 empfohlen habe, sehr teuer sei und die Vorräte jetzt ihr Verfallsdatum erreichten; er regte den Einsatz einer Arbeitsgruppe zur Überlegung der nächsten Schritte an.

Der Klimawandel war auch ein Gegenstand großer Besorgnis. Deutschland hatte 10 Mio. US-\$ für die Arbeit an diesem Thema zur Verfügung gestellt und würde eine Vorbereitungstagung für die Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit im Jahr 2009 ausrichten. Das Thema Klimawandel sei auch verknüpft mit einer sicheren Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung und hier sei das Protokoll über Wasser und Gesundheit von herausgehobener Bedeutung.

Ein weiterer Schlüsselbereich sei die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal. Ein Land hatte sich für interne Maßnahmen anstelle von internationaler Anwerbung entschieden. Portugal habe in der Zeit seines Vorsitzes im Rat der Europäischen Union eng mit der WHO am Thema Gesundheit von Migranten gearbeitet. Demografischer Wandel sei im Bericht des Regionaldirektors nicht erwähnt worden, aber jedes Land müsse mit den negativen Folgen einer alternden Bevölkerung fertig werden. Es sei wichtig, ein aktives und gesundes Altern zu fördern und so die kommende Generation von Druck zu entlasten. Zwei Vertreter begrüßten die von der WHO angestrebte Ausweitung der Unterstützung für die Länder und die wertvolle Arbeit ihrer Länderbüros.

In einem Kommentar zu dem Fallbeispiel, das der Regionaldirektor erwähnt hatte, informierte die Vertreterin eines Landes das Regionalkomitee darüber, dass das nationale Parlament sehr wahrscheinlich in der kommenden Woche beschließen werde, die nationale Impfkampagne gegen Röteln und Masern auszusetzen. Zur Stärkung der Fähigkeit der WHO, Ländern in Krisensituationen langfristige Unterstützung anzubieten, empfahl sie, dass das Regionalbüro ein Verfahren zur Mobilisierung der erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen in Betracht ziehen und für eine Konsultation mit den Gesundheitsministerien über das zur Krisenbewältigung benötigte Fachpersonal sorgen solle. Nur durch eine strategische

Partnerschaft mit der WHO werde das nationale Gesundheitssystem in der Lage sein, auf die ihm bevorstehenden Herausforderungen zu reagieren.

In seiner Erwiderung dankte der Regionaldirektor den Mitgliedstaaten für die Wertschätzung und die Unterstützung der Arbeit der WHO in der Europäischen Region und weltweit. Im Bereich der Tuberkulose hoffe das Regionalbüro auf eine Verabredung über gemeinsame Arbeit mit dem WHO-Büro für nationale Epidemievorsorge und -bekämpfung in Lyon. Die Lehren aus dem Kampf gegen den Tabak auf die Bekämpfung des Alkohols anzuwenden, könne sinnvoll sein, doch müssten einige Regionen erst von der Bedeutung des Problems überzeugt werden, damit die erforderliche globale Antwort zustande käme. Was die Vogelgrippe betreffe, sei eine Konsultation mit Partnern wie der EU und dem ECDC erforderlich, bevor eine Arbeitsgruppe zum Thema Bevorratung mit Oseltamivir eingesetzt werden könne; in der Zwischenzeit werde das Regionalbüro weiter informieren. Weitere Anstrengungen seien erforderlich, um den Elan in der Arbeit für psychische Gesundheit aufrecht zu erhalten. Die Migration von Gesundheitspersonal sei ein akutes Problem; reiche Länder sollten die ärmeren in der Stärkung der Gesundheitssysteme helfen und sie nicht ihres Fachpersonals berauben. Das Regionalbüro werde an einer Tagung des globalen Beirats für Grundsatzfragen in diesem Bereich teilnehmen.

Als Entgegnung zu der Anregung, ein Verfahren zur Mobilisierung von Ressourcen und Sicherung der Konsultation mit den Gesundheitsministerien in Krisensituationen durch das Regionalbüro zu schaffen, traf der Regionaldirektor eine klare Unterscheidung zwischen den Rollen des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten. Vonseiten der WHO werde man fortfahren, den Ländern in gesundheitlichen Krisensituationen alle mögliche wissenschaftliche, evidenzbasierte fachliche und konzeptionelle Unterstützung zukommen zu lassen.

Auf Einladung des Regionaldirektors hieß die Gattin des georgischen Präsidenten Sandra Elisabeth Roelofs das Regionalkomitee in Georgien willkommen. Unter Bezug auf aktuelle Ereignisse in ihrem Land und der Reaktion hierauf betonte sie, dass sich in Zeiten der Krise erweise, ob Gesundheitssysteme „waserdicht“ seien. Das Gesundheitsministerium sei mit der Situation zurechtgekommen. Als Gattin des Präsidenten verfolge sie seit vier Jahren Prioritäten, die von den Millenniums-Entwicklungszielen inspiriert seien, und Georgien sei der Armutsbekämpfung und der Schaffung von Arbeitsplätzen verpflichtet und man habe in den vergangenen vier Jahren die Armutsquote von 50% auf 30% der Bevölkerung zurückgedrängt. Sie beschrieb ihre Arbeit in Ländern mit einer hohen Tuberkuloselast im Rahmen der „Stopp-der-Tuberkulose“-Kampagne und betonte, wie wichtig es sei, um Hilfe zu bitten und nicht das Vorhandensein oder die Berechtigung eines Problems zu leugnen; wer versuche, allein zurecht zu kommen, werde scheitern.

Regierungen mit Selbstachtung sollten nicht erlauben, dass Politik Vorrang vor Fragen der öffentlichen Gesundheit erhält. Populäre Gesundheitslösungen für den kurzfristigen politischen Vorteil seien von kurzer Dauer: Langfristige Investitionen seien vielleicht weniger gut erkennbar und weniger populär, doch garantierten sie gesündere Nachkommen und brächten indirekt politischen Gewinn mit sich. Sie habe selbst in der Palliativversorgung gearbeitet und glaube, wie es auch in der Charta von Tallinn gesagt werde, dass die Selbstachtung und Würde des Patienten von größter Bedeutung seien. Auch wenn Georgien Programme zur Schadensminderung, vorgeburtlichen Diagnostik und Krebsfrüherkennung einschließlich Brustkrebsuntersuchungen anbiete, könne es in vielen Bereichen noch mehr leisten und stehe vor vielen Herausforderungen. Sie bedankte sich bei den vielen in Georgien tätigen Gebern, Organisationen und Partnern und erkannte an, dass die WHO ihrer Aufgabe gewachsen sei, die Region darin anzuleiten, den Menschen gesunde Entscheidungen zu ermöglichen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R1.

## **Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees** *(EUR/RC58/5, EUR/RC58/5 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./2 und EUR/RC58/Conf.Doc./9)*

Die Vorsitzende des Ständigen Ausschusses bemerkte, dass der Fünfzehnte SCRC eine Reihe von Telefonkonferenzen mit dem Regionaldirektor und dem Gesundheitsminister Georgiens sowie dessen Team durchgeführt habe, bevor er entschieden habe, die Tagung des Regionalkomitees wie geplant in Tiflis durchzuführen. Nach Erhalt der Zusicherung der georgischen Regierung, dass die aktuelle Lage sicher und so zu bewältigen sei, dass eine vollständige Teilnahme der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO gewährleistet werden könne, sei der SCRC froh gewesen, die planmäßige Durchführung der Tagung bestätigen zu können.

Seit September 2007 habe der SCRC sechs ordentliche Tagungen abgehalten; die Mehrzahl davon sei der Vorbereitung der aktuellen Tagung des Regionalkomitees gewidmet gewesen. Eine Neuerung sei die Aufnahme eines Tagesordnungspunktes, der eine allgemeine Aussprache zu Themen erlaube, die sonst nicht im Programm vorgesehen seien. Eine weitere Veränderung sei die Vorverlegung der geschlossenen Sitzung zu den Nominierungen und Wahlen auf einen früheren Zeitpunkt der Tagung, um eine hochrangige politische Beteiligung zu ermöglichen.

Eine wichtige gewonnene Erkenntnis sei die Notwendigkeit, die Zahl der durch das Regionalkomitee erörterten Themen zu begrenzen. Der SCRC habe demnach lediglich vier Fach- und Grundsatzthemen zur Aufnahme in die Tagesordnung ausgewählt. Außerdem habe er die Zahl der Themen früherer Tagungen zur Weiterverfolgung auf zwei begrenzt und auch nur zwei Themen für die Fachsitzungen außerhalb der Tagung gewählt.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt des vergangenen Jahres sei die Ausweitung der strategischen Funktion des Ständigen Ausschusses gewesen. Zu diesem Zweck sei eine Informationsnotiz verfasst und auf der Website des Regionalbüros veröffentlicht worden, in der die rechtliche Stellung, die Aufgabe und die Arbeitsweise des SCRC dargestellt würden. Die Mitgliedstaaten seien aufgefordert, dem SCRC ihre wichtigsten Anliegen mitzuteilen, damit er seine Arbeit weiter priorisieren und genauer ausrichten könne und in die Lage versetzt werde, stärker als Bindeglied zwischen dem Regionalkomitee und dem Regionalbüro zu wirken.

Der SCRC sei auch der Auffassung gewesen, dass es ebenso wichtig sei, das Regionalkomitee noch enger mit der Arbeit des WHO-Hauptbüros zu verbinden, und sei erfreut, dass die Generaldirektorin schon zu Beginn ihrer Amtszeit gezeigt habe, dass sie den Ansichten und Aufgaben der sechs Regionalbüros der WHO große Bedeutung beimesse. Im Laufe des Jahres habe der Ständige Ausschuss den Mitgliedstaaten die Möglichkeit zu gründlicher Information vor den Exekutivratstagungen und der Weltgesundheitsversammlung und den Mitgliedern aus der Region im Exekutivrat die Gelegenheit eines stärkeren Engagements für Themen von Bedeutung für das Regionalbüro gegeben. Eine solche wechselseitige thematische Befruchtung sichere eine wirksame Interaktion der verschiedenen Einheiten auch in der Zukunft.

Eine weitere Aufgabe des Ständigen Ausschusses sei es, Vorschläge für Kandidaturen für Nominierungen und Wahlen in Gremien und Ausschüsse der WHO vorzubereiten. Hierbei habe man die in der Europäischen Region verwendeten geografischen Gruppierungen genau beobachtet, sei aber mit der Gesamtverteilung der Sitze nicht zufrieden. Man habe daher begonnen, das sensible Thema der „Semi-Permanenz“ zu diskutieren, und es auch dem nachfolgenden Ausschuss zur Weiterverfolgung empfohlen.

Im Laufe des Jahres sei der SCRC vom Regionaldirektor über die Fortschritte in Bezug auf die Eröffnung einer „Außenstelle“ der WHO für nichtübertragbare Krankheiten in Athen informiert worden und habe von ihm eine vollständige Zusicherung erbeten und erhalten, dass sie nicht unabhängig Prioritäten setzen, sondern ein integraler Bestandteil der Abteilung Gesundheitsprogramme des Regionalbüros sein werde, welches die Grundsätze und die Ausrichtung der Arbeit festlege.

Außerdem habe der Stellvertretende Vorsitzende des Ständigen Ausschusses im März 2008 dem ersten globalen Forum zum Thema Gesundheitspersonal in Kampala, Uganda, beigewohnt. Eine der Maßnahmen,

für die dort geworben wurde, war die Verkündung eines Verfahrenskodexes zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal; öffentliche Anhörungen über das Internet würden von der WHO organisiert und die Mitgliedstaaten seien dringend aufgefordert, ihre Beiträge bis Ende September 2008 zu leisten.

Ein im Namen der fünf nordischen Länder sprechender Redner stellte fest, dass nichtübertragbare Krankheiten ca. 80% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO gegenüber 50% in der gesamten Welt ausmachten; daher sei man der Auffassung, dass die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Regionalbüro hohe Priorität genießen solle. Die Außenstelle in Athen solle sich auf den Aufbau von fachlicher Kapazität konzentrieren, während die konzeptionelle Weiterentwicklung und Weiterverfolgung im Kern beim Regionalbüro verbleiben solle. Der Regionaldirektor wiederholte, dass die Außenstelle unter der konzeptionellen Anleitung des zuständigen Abteilungsdirektors in Kopenhagen arbeiten werde. Die Generaldirektorin dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung beim Ausfüllen von Kapazitätslücken der WHO und versicherte, dass sie weiter die verschiedenen Zentren der WHO so führen wolle, dass sie die besten Ergebnisse in Bezug auf die von der WHO gesetzten Prioritäten lieferten.

Das Komitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R7 über den Bericht des Fünfzehnten SCRC und beschloss, die Frage der Verteilung der Sitze der Europäischen Region der WHO im Exekutivrat für eine gründlichere Behandlung zurück an den Ständigen Ausschuss zu überweisen.

## Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben (EUR/RC58/6)

Dr. Božidar Voljč sagte als Vertreter eines Mitgliedstaates aus der Europäischen Region im Exekutivrat, dass er im vergangenen Jahr als Bindeglied zwischen dem Exekutivrat und dem Ständigen Ausschuss gewirkt und sich an Aktivitäten beider Leitungsgremien beteiligt habe. Nahezu zwei Drittel der Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region seien Mitglied der EU oder befänden sich im Aufnahmeprozess für die Mitgliedschaft. Die EU bereite zu fast allen Themen auf der Tagesordnung des Exekutivrates gemeinsame Erklärungen vor, dennoch glaube er, dass ein verstärkter Sinn für panregionale Zusammengehörigkeit und Verantwortlichkeit erforderlich sei, damit die schockierenden gesundheitlichen Ungleichheiten verringert würden, die in der Europäischen Region anzutreffen seien, und eine authentischere Verwirklichung der gesundheitspolitischen Werte möglich würde.

Die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region hätten alle WHO-Aktivitäten in den verbleibenden vier Ländern unterstützt, in denen die Poliomyelitis weiter endemisch sei und von denen einige an die Europäische Region angrenzten, und daher auch eine Resolution der 61. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2008 mit dem Ziel der endgültigen Ausrottung der Krankheit mit getragen (Resolution WHA61.1). Sie hätten auch die weitere Umsetzung der Verfahren nach der IVG unterstützt (Resolution WHA61.2). Im Sinne einer erfolgreichen Verwirklichung der globalen Impfstrategie (Resolution WHA61.15) hätten die Mitgliedstaaten der Region die Notwendigkeit von Regelimpfungen und ausreichenden Mitteln sowie Herstellungsmöglichkeiten unterstützt.

Der dramatische Anstieg chronischer nichtübertragbarer Krankheiten mache eine Stärkung der Gesundheitssysteme und ein besonderes Augenmerk hierbei auf die primäre Gesundheitsversorgung erforderlich. Die Bediensteten des Regionalbüros hätten gute Materialien zur Prävention chronischer nichtübertragbarer Krankheiten erstellt und die Mitgliedstaaten der Europäischen Region seien der Auffassung gewesen, dass Fortschritte im Kampf gegen die Krankheit starke Gesundheitssysteme erforderlich mache, die durch politische Maßnahmen, breite Beteiligung und nachhaltige Überzeugungsarbeit unterstützt werden sollten (Resolution WHA61.14). Der schädliche Alkoholkonsum sei für die Region ein wichtiges Thema, da hier der Konsum die höchsten Werte in der Welt erreiche, und daher hätten die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region im Exekutivrat auch einen Resolutionsentwurf vorgelegt, in dem die Generaldirektorin gebeten werde, eine globale Strategie zu erarbeiten und der 63. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2010 vorzulegen (Resolution WHA61.4).

In Bezug auf die Gesundheit von Migranten (Resolution WHA61.17) müssten nationale Gesetzgebungen stärker nicht diskriminierende, umfassende, kultur- und geschlechtssensible Konzepte berücksichtigen. Kulturelle Sensibilität habe jedoch ihre Grenzen und die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region im Exekutivrat seien sich einig gewesen, dass die genitale Verstümmelung von Frauen eine sinnlose, schädliche Praxis sei, die zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen führe und Menschenrechtsfragen aufwerfe (Resolution WHA61.16).

Der Klimawandel bedeute eine gewaltige globale Herausforderung für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Viele Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region hätten daher eine Resolution (WHA61.19) unterstützt, in welcher die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten werden, gesundheitliche Maßnahmen zu entwickeln und in ihre Pläne zur Anpassung an den Klimawandel zu integrieren. Eine weitere wichtige Initiative aus der Europäischen Region betreffe die Begleitung und Beschleunigung der Fortschritte auf die Millenniums-Entwicklungsziele zu, insbesondere auf diejenigen in Bezug auf die Mortalität von Kleinkindern und Müttern und auf HIV/Aids (Resolution WHA61.18). Nach Meinung der Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region im Exekutivrat gehöre das Thema jedes Jahr auf die Tagesordnung der Weltgesundheitsversammlung und eine engere Abstimmung mit anderen Sonderorganisationen der Vereinten Nationen sei erforderlich.

Der Regionaldirektor dankte Dr. Voljč für seine Arbeit als Mitglied im SCRC und im Exekutivrat.

## Ansprache der Generaldirektorin

In ihrer Ansprache (Anhang 5) beglückwünschte die Generaldirektorin das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Georgiens zu seinen Plänen, das Gesundheitswesen des Landes zu reformieren, die Gesundheit der Bevölkerung durch Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zu den grundlegenden Maßnahmen der Gesundheitsversorgung zu verbessern und dabei die primäre Gesundheitsversorgung zu einem vorrangigen Bereich für die Investitionen zu machen. Sie versicherte Georgien der dauerhaften Unterstützung der WHO.

Das Regionalkomitee werde sich mit zwei der komplexesten und am schwersten zu fassenden Themen der Gesundheitspolitik beschäftigen: der Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme und der Veränderung menschlicher Verhaltensweisen. Die Anstrengungen zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme seien über Jahrzehnte hinweg von Experimenten, wechselnden politischen Ratschlägen und ebenso immensen wie kostspieligen Fehlern geprägt gewesen – und von einem geradezu unbegreiflichen Unvermögen, aus Erfolgen und Misserfolgen zu lernen. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme habe mit Nachdruck verdeutlicht, wie wichtig die Organisation, Finanzierung und Steuerung der Gesundheitssysteme sei. Eine Verbesserung der Leistung sei unverzichtbar, selbst in Ländern, deren Gesundheitssysteme zu den besten weltweit zählten.

Die stockenden Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele, insbesondere derjenigen, die sich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit bezögen, seien die Folge jahrzehntelanger Versäumnisse bei den Investitionen in die grundlegende Gesundheitsinfrastruktur und die dazugehörigen Leistungen und Mitarbeiter. Dennoch würden weit reichende Interventionen und das dafür ausgegebene Geld ohne effiziente Systeme für die Leistungserbringung nicht zu besseren Gesundheitsergebnissen führen. So habe die Kampagne mit dem Ziel, drei Millionen Menschen mit der ARV-Therapie zu erreichen, verdeutlicht, dass schwache Systeme für die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln, eine schwache Unterstützung durch Labore sowie eine unzureichende personelle Besetzung erhebliche Barrieren darstellten.

Auf dem Global-Leaders-Forum im Juni 2008 in New York sei über die Notwendigkeit diskutiert worden, die Maßnahmen zur Bekämpfung der miteinander eng verknüpften Epidemien Aids und Tuberkulose aufeinander abzustimmen, um mehr Effizienz in der Leistungserbringung zu erreichen. Die Generaldirektorin erinnerte an die alarmierende Ausbreitung der multiresistenten Formen der Tuberkulose in der Europäischen Region, wo in jedem fünften neuen Fall die Erreger gegen mehrere Medikamente resistent seien.

Die Folgen für die Gesundheitssysteme und -etats seien überwältigend, da diese Form der Tuberkulose weit schwieriger zu behandeln sei und die Kosten dafür um das bis zu 100-fache höher lägen. Estland und Lettland hätten bewiesen, dass bei einer Verbesserung der zugrunde liegenden Kapazitäten des Gesundheitssystems hohe Raten resistenter Formen eingedämmt werden könnten und sich sogar eine Trendwende erreichen lasse.

Vor 30 Jahren sei in der Erklärung von Alma-Ata die primäre Gesundheitsversorgung als ein System von Leitwerten für die gesundheitliche Entwicklung, eine Reihe von Grundsätzen für den Aufbau der Gesundheitsversorgung und ein Spektrum von Konzepten für die Bewältigung der grundlegenden Determinanten von Gesundheit propagiert worden. Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Effizienz in der Leistungserbringung seien die übergeordneten Ziele gewesen. Vor allem aber biete die primäre Gesundheitsversorgung ein Organisationsmodell für die gesamte Bandbreite der Gesundheitsversorgung vom Privathaushalt bis ins Krankenhaus, bei dem Vorsorge und Heilung den gleichen Stellenwert einnehmen und die Mittel auf allen Versorgungsebenen rationell eingesetzt werden sollten. Die Bedeutung der gemeinsamen Werte – Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit und allgemeiner Zugang – für die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse sei in der Charta von Tallinn nochmals unterstrichen worden, die eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit propagiert habe, die auch das Konzept der Bürgerbeteiligung (und insbesondere die Leistung von Frauen als Akteurinnen des Wandels) sowie den Grundsatz des sektorübergreifenden Handelns und des angemessenen Technologieeinsatzes einschließe.

Das erstmals 1978 formulierte Konzept der primären Gesundheitsversorgung sei nahezu von Anfang an als ein Frontalangriff auf das medizinische Establishment missverstanden worden, und ihm sei eine ausschließliche Konzentration auf die erste Versorgungsebene unterstellt worden. Für manche Befürworter der Entwicklungspolitik sei es eine billige Lösung gewesen, eine armselige Versorgung für arme Menschen, eine zweitklassige Lösung für die Entwicklungsländer. Nun, 30 Jahre später, habe die primäre Gesundheitsversorgung ihre ursprüngliche Bedeutung wiedererlangt: als ein rationaler Versuch, eine gerechte, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung anzubieten, deren Werte, Grundsätze und Konzepte auf reiche wie ärmere Länder gleichermaßen anwendbar seien.

Die Charta von Tallinn knüpfe an die Arbeit der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit an, deren Fazit laute, dass der Schutz der Gesundheit nicht große Mengen an Geld verschlinge, sondern vielmehr zu wirtschaftlichen Zugewinnen führe. Ein Gesundheitssystem sei also keine lästige, Geld verschlingende Pflichtübung für den Staat, sondern biete eine strategische Chance, die öffentliche Gesundheit auf vorausschauende Weise zu schützen und die dynamische Wechselbeziehung zwischen der Gesundheit und dem Wohlstand eines Landes zu fördern. So sei beispielsweise auf der Europäischen Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme festgestellt worden, dass die heute infolge des Anstiegs der Lebenserwartung weltweit zu verzeichnende Alterung der Bevölkerung maßgeblich verantwortlich für die Zunahme chronischer Krankheiten sowie der Kosten für ihre Behandlung sei. Die Konferenz habe gezeigt, dass Gesundheitssysteme die strategische Chance nutzen könnten, die Prävention und die Gesundheitsförderung zu vorrangigen Aufgaben zu erklären, und so die Zahl der Behinderungen bei älteren Menschen verringern, die Kosten für die Gesundheitsversorgung senken und zu einer Erhöhung der Lebensqualität beitragen könnten.

Der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit habe die Annahme in Frage gestellt, dass Wirtschaftswachstum allein zu einer Verringerung der Armut und zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation führen werde. Vielmehr komme ein höheres Maß an wirtschaftlichem Wohlstand meist eher den bereits wohlhabenden Bevölkerungsschichten zugute, während die übrige Bevölkerung immer weiter ins Hintertreffen gerate, wie in Teilen der Europäischen Region gut erkennbar sei. Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten ergäben sich aus den sozialen Bedingungen, in denen die Menschen geboren würden, lebten, arbeiteten und alt würden; diese Bedingungen wiederum würden durch staatliche Politik geprägt. Große Diskrepanzen in Bezug auf gesundheitliche Ergebnisse seien nicht schicksalsgegeben, sondern vielmehr Ausdruck politischen Versagens. In dem Bericht werde eine gesamtstaatliche Anstrengung gefordert, bei der die Gesundheit zu einem Bestandteil des staatlichen Handelns in allen Politikbereichen werde.

Zwar nehme der Schutz der Gesundheit heute international gesehen einen hohen Stellenwert auf der Entwicklungsagenda ein, doch hätten in den meisten Regierungen die Gesundheitsministerien weniger Verhandlungsmacht als andere Ressorts. Die Europäische Region habe ein breites Spektrum an Grundsatzinstrumenten, Anreizsystemen sowie gesetzlichen und ordnungspolitischen Instrumenten zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme ausgearbeitet, die allesamt auf zuverlässiger Evidenz und auf einer Reihe von gewichtigen und überzeugenden ökonomischen Argumenten basierten. Die primäre Gesundheitsversorgung sei eine qualitativ hochwertige Versorgung, für die entsprechende Mittel benötigt würden. Ein solcher Ansatz müsse durch gewichtige Argumente und überzeugende Belege begründet werden und erfordere ein außerordentliches Maß an politischem Mut.

Es sei nicht leicht, einem Wert wie dem gerechten Zugang zu Arzneimitteln in der internationalen Politik Geltung zu verschaffen, doch habe die Verabschiedung der Resolution der Weltgesundheitsversammlung über öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte vor kurzem gezeigt, dass die Regeln, die das internationale Handelssystem bestimmen, so gestaltet werden könnten, dass mehr gesundheitliche Chancengleichheit möglich werde. Ebenso sei es kein einfaches Unterfangen, gesundheitliche Chancengleichheit zu einem Leitprinzip für die Gesundheitssysteme zu machen, insbesondere dort, wo die Kräfte des Marktes die Gesundheitsversorgung zu einem Wirtschaftsgut machten und eine ineffiziente Inanspruchnahme von Leistungen begünstigten. Jedoch enthalte der Weltgesundheitsbericht zum Thema primäre Gesundheitsversorgung, der in Kürze anlässlich des 30. Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata veröffentlicht werde, praktische und fachliche Empfehlungen für Reformen, die die Gesundheitssysteme in die Lage versetzen könnten, auf komplexe Herausforderungen zu reagieren. In dem Bericht werde die Politik aufgefordert, die wachsenden sozialen Erwartungen an die Gesundheitsversorgung ernst zu nehmen, da die Menschen sich eine Versorgung wünschten, die gerecht, aber auch effizient sei und in der viele der Werte, Grundsätze und Konzepte berücksichtigt würden, die in Alma-Ata propagiert worden seien. Dies sei ein weiteres Argument für die Verankerung von Gesundheit als gesamtstaatliche Aufgabe im Sinne der Maxime „Gesundheit in allen Politikbereichen“.

Ein Vertreter dankte der Generaldirektorin für ihre entschlossene Führungsrolle in so vielen Bereichen, die für die weltweite Gesundheitssituation und für die Gesundheit der Völker in der Europäischen Region von Bedeutung seien. Er begrüße es, dass sie die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung und der Stärkung der Gesundheitssysteme sowie die Arbeit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit so nachdrücklich hervorgehoben habe. Eine weitere Vertreterin bestätigte, dass die Verbesserung der Gesundheitssituation in ihrem Land tatsächlich zu wirtschaftlichen Zugewinnen geführt habe und dass die gesundheitliche Entwicklung durch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht worden sei. Sie empfahl der WHO ein kosteneffektives Modell, bei dem Hebammen eine Ausbildung für die Schulung von Ausbildern in den Bereichen Gesundheit von Müttern und Prävention von Gewalt gegen Frauen und Kinder erhalten sollten.

Die Generaldirektorin unterstrich nochmals, dass ein an die Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasstes Modell der primären Gesundheitsversorgung benötigt werde, um den Vorstellungen der Mitgliedstaaten gerecht zu werden. Bei der Einführung des Konzepts der primären Gesundheitsversorgung sei HIV/Aids noch unbekannt gewesen, die Prävalenz von nichtübertragbaren Krankheiten und die dadurch entstehenden Gesundheitskosten seien noch niedriger gewesen, und es hätten noch nicht so viele Mittel von den Regierungen und den internationalen Entwicklungsorganisationen zur Verfügung gestanden. Die Mitgliedstaaten sollten nun die Chance nutzen, wahre Veränderungen für die Gesundheit der Menschen in der Welt herbeizuführen.

Der Regionaldirektor erklärte, dass noch kein Generaldirektor auf einer Tagung des Regionalkomitees in so bemerkenswerter Weise zu dessen Arbeit beigetragen habe.

## Ansprache des Präsidenten Georgiens Micheil Saakaschwili

Der Präsident Georgiens hieß das Regionalkomitee in der georgischen Hauptstadt willkommen und bedauerte es, dass sich die Vertreter aufgrund der gegenwärtigen Umstände nicht von all den positiven Veränderungen im ganzen Land überzeugen könnten. Anschließend bedankte er sich beim Regionaldirektor und beim Regionalbüro für ihre Hilfe bei der Verbesserung der Gesundheitssituation in seinem Land. Dieses sei mit ähnlichen Problemen konfrontiert gewesen wie andere Länder in der Region und sei gezwungen gewesen, sein Gesundheitswesen innerhalb kürzester Zeit zu reformieren. In den 1990er Jahren sei das georgische Gesundheitssystem ein Scherbenhaufen gewesen; so habe es zu viele Krankenhäuser und unzureichend qualifizierte Ärzte gegeben, und der Anteil der Eigenbeteiligung der Patienten an den Gesundheitsausgaben habe bei 80% gelegen. Der Wiederaufbau des Gesundheitssystems habe mit einer Reihe wichtiger Maßnahmen begonnen, die in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Währungsfonds und der Weltbank durchgeführt worden seien. Die Reformen seien 2006 in eine neue Phase eingetreten und hätten sich auf die Umstrukturierung des Krankenhauswesens, die Reformierung der Gesundheitsfinanzierung und der primären Gesundheitsversorgung sowie auf die Ausbildung von Fachkräften konzentriert.

Das Land habe auf diesen Gebieten viel erreicht: durch Erhöhung der Investitionen in das Gesundheitssystem, die Verbesserung der materiellen und personellen Ausstattung der Primärversorgungszentren sowie der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften, die Schaffung von Zentren für klinische Exzellenz in Tiflis und fünf weiteren Städten, den Aufbau eines gut funktionierenden privaten Krankenversicherungssystems und die Gewährleistung, dass alle Bürger unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit die notwendigen Leistungen erhielten. Zu der Dividende in Bezug auf die gesundheitlichen Ergebnisse gehörten eine Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums unter jungen Menschen und ein Rückgang der Tuberkulose sowie der Kinder- und Müttersterblichkeit; außerdem habe die Armut im Land in erheblichem Maße abgenommen. Dennoch wolle Georgien noch mehr erreichen, nämlich eine gesunde Wirtschaft und gesundheitliche Gleichheit, und strebe hierzu einen Erfahrungs- und Informationsaustausch auf internationaler Ebene an. Aus eigener Erfahrung wisse Georgien um die Notwendigkeit, über ein starkes Netzwerk von Primärversorgungszentren zu verfügen, den privaten Sektor zu regulieren und eine Führungsrolle des Staates im Gesundheitsbereich sicherzustellen, sowie um den Wert der Zusammenarbeit zwischen den Ländern bei Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation.

## Grundsatz- und Fachfragen

### Programmhautentwurf 2010–2011

*(EUR/RC58/8, EUR/RC58/8 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./3 und EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006-2007))*

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses, das in den Tagesordnungspunkt einführte, skizzierte die verschiedenen Stadien des Prozesses bis zur Annahme des Programmhautentwurfes durch die Weltgesundheitsversammlung. Bei der Erstellung des Programmhautentwurfes lege das Regionalbüro auch weiterhin Schwerpunkte auf die Bekämpfung der Probleme in der Region durch übertragbare wie auch nichtübertragbare Krankheiten und auf die Sicherstellung einer kontinuierlichen Stärkung der Gesundheitssysteme und der Länderstrategie, die zusammen das Rückgrat und das wesentliche Instrument zur Erreichung der gewünschten Ergebnisse sowie zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele bildeten. Die Entscheidung der Arbeitsgruppe für globale Grundsatzfragen (Global Policy Group) und der Regionaldirektoren, die Gesamthöhe des Programmhautentwurfes 2010–2011 in derselben Größenordnung wie beim Programmhautentwurf 2008–2009 zu belassen, stelle die Europäische Region vor erhebliche Herausforderungen. Die Schwäche des US-Dollar erschwere auch die Planung und Einhaltung von Verpflichtungen, da die Ausgaben des Regionalbüros in Euro erfolgten, während der Programmhautentwurf 2008–2009 in US-Dollar geplant worden sei. Zwar sei diese Tatsache im Hinblick auf den Programmhautentwurf 2010–2011 gebührend berücksichtigt worden, doch sei dies bei der Planung für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 nicht der Fall gewesen. Deshalb sei eine Heranziehung des Haushaltsrahmens 2008–2009 für den Programmhautentwurf 2010–2011 vielleicht nicht angemessen und gebe Anlass zu der Besorgnis, dass der Wert des

Programmhaushalts für das Regionalbüro nicht stabil bleibe, sondern tatsächlich sinke. Wenn hier nicht gegengesteuert werde, könne dies eine signifikante, echte Beeinträchtigung der Arbeit der Organisation bedeuten und sich negativ auf die Erreichung der im Mittelfristigen Strategieplan (MTSP) festgelegten erwarteten Ergebnisse auswirken. Außerdem gerate die Organisation durch den hohen Anteil an streng zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen, die bis zu 65% der Einnahmen der WHO ausmachten, in Gefahr, sich nach den Wünschen der Geber richten zu müssen anstatt nach den von den eigenen Leitungsgremien festgelegten Prioritäten. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass die ordentlichen Beiträge der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zwar von 49 Mio. US-\$ im Zeitraum 2000–2001 auf 63 Mio. US-\$ im Zeitraum 2008–2009 gestiegen, aufgrund der Schwäche des US-Dollar aber über dieselbe Zeitspanne hinweg in Euro ausgedrückt von 54,6 Mio. € auf 39,8 Mio. € gesunken seien.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin stellte die im Dokument EUR/RC58/8 Add.1 erläuterte Perspektive der Europäischen Region der WHO zum Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 vor. Dabei wies sie darauf hin, dass der Haushalt auf folgenden Säulen beruhe: dem Bestreben, das Wachstum der Organisation zu konsolidieren und gleichzeitig ihre Fähigkeit zur Durchführung der Programme zu stärken; einer unveränderten Haushaltssektion „WHO-Programme“; und dem Versuch, das Wachstum von den Auswirkungen des Wechselkurses zu trennen. Auch wenn Anzahl und Inhalt der Strategischen Ziele im MTSP unverändert geblieben seien, so habe sich doch ihre jeweilige Gewichtung im Lichte der globalen gesundheitspolitischen Prioritäten verändert, und es seien zwei neue organisationsweit erwartete Ergebnisse in den Bereichen Klimawandel und Patientensicherheit hinzugekommen. Darüber hinaus sei die Qualität der Indikatoren durch eine Reihe von Anpassungen verbessert worden.

Bis etwa 2002 sei der Haushalt der WHO relativ stabil geblieben und habe zu ca. 50% aus freiwilligen Beiträgen bestanden; für den Zeitraum 2010–2011 werde dieser Anteil aber laut Prognosen etwa 81% betragen. Die Darstellung des Programmhaushaltsentwurfs in drei Sektionen und die Abtrennung der Partnerschaften und Kooperationen von den WHO-Programmen werde zu einer Verbesserung der Rechenschaftsablage und zu mehr Transparenz führen. Die Mittel für Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen würden aus haushaltstechnischen Gründen in einer separaten Sektion dargestellt, da die Höhe der hier erforderlichen Mittel naturgemäß nicht vorhersehbar sei. Der konkrete Betrag werde daher im Programmhaushaltsentwurf nicht genannt und werde erst später festgelegt. Die Gesamthöhe des Programmhaushaltsentwurfs 2010–2011 für das Regionalbüro für Europa betrage 278 Mio. US-\$, von denen 10 Mio. US-\$ auf die Sektion „Partnerschaften und Kooperationen“ und 268 Mio. US-\$ auf die Sektion „WHO-Programme“ entfielen, in der auch der Etat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik enthalten sei. Der Anteil des Regionalbüros für Europa am Gesamthaushalt der WHO habe im Zeitraum 2008–2009 6,5% betragen, für den Zeitraum 2010–2011 seien 5,6% vorgesehen.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin erläuterte dann die Trends im Programmhaushalt hinsichtlich der Ausgaben für übertragbare Krankheiten, nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt, die Gesundheitssysteme und die sozialen Gesundheitsdeterminanten sowie den Bereich Führungskompetenz und Führungsarbeit (einschließlich der Länderpräsenz der WHO) in den letzten drei Zweijahreszeiträumen und gab auf der Grundlage der Arbeit des Regionalbüros in den vorangegangenen Zweijahreszeiträumen, einschließlich der Daten über die finanzielle Leistung, einen Ausblick auf den Zeitraum 2010–2011. Die Etats für die Bereiche übertragbare Krankheiten sowie nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt (NCE) hätten in den vergangenen Zweijahreszeiträumen in absoluten Zahlen einen stetigen Anstieg verzeichnet. Derzeit erweitere und konsolidiere das Regionalbüro seine Umsetzungskapazitäten, um angemessen auf diesen Anstieg reagieren und eine angemessene Ressourcenbasis aufbauen zu können. Es solle auch darauf hingewiesen werden, dass auch die Verstärkung der Arbeit des Regionalbüros im Bereich „Gesundheitssysteme“, die auch die Thematisierung der sozialen Determinanten von Gesundheit beinhalte, in den Bereichen „Übertragbare Krankheiten“ und „Nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt“ durch einen umfassenden systemweiten Ansatz zur Problemlösung beitrage. Seit dem Zweijahreszeitraum 2004–2005 habe das Regionalbüro den finanziellen Rahmen des traditionell unterfinanzierten Bereichs Gesundheitssysteme beträchtlich ausgeweitet. Es werde vorgeschlagen, den Vorrang, der dem Bereich Gesundheitssysteme eingeräumt worden sei, im Zeitraum 2010–2011 beizubehalten und die Arbeit des Regionalbüros zu konsolidieren. Ungeachtet substanzieller Einsparungen durch erhöhte Effizienz habe die Notwendigkeit der

Mittelzuweisung im Bereich „Führungskompetenz und Führungsarbeit“ (einschließlich der Länderpräsenz) in Verbindung mit dem lauter werdenden Ruf nach einer stärkeren Rechenschaftspflicht dazu geführt, dass die veranschlagten Kosten in mehreren Zweijahreszeiträumen überschritten worden seien. Dies sei die Folge der Stärkung der Länderpräsenz der WHO, des Anstiegs der Fixkosten und der Betriebskosten für die Büros der WHO an allen 35 Standorten sowie der erhöhten Investitionen in die Stärkung von Transparenz und Rechenschaftspflicht beim Regionalbüro, aber auch der Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Leitungsgremien. Die Länder-Komponente des Regionalbüros für Europa bei den Strategischen Zielen 12 und 13 sei mit 13,8% die höchste unter allen WHO-Regionalbüros, wenn jeweils der revidierte Gesamthaushalt zugrunde gelegt werde, und stelle mehr als 50% des gesamten Etats des Regionalbüros für den Bereich „Führungskompetenz und Führungsarbeit“ (einschließlich der Länderpräsenz) dar. Die Ausgaben des Regionalbüros für die Verwaltung seien mit denen der anderen Regionalbüros vergleichbar (7,3%).

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen schilderte im Einzelnen die Auswirkungen der Währungsfluktuation und der Wechselkurschwankungen auf den Haushalt der WHO. Er fügte hinzu, zwar werde der Haushalt der WHO in US-Dollar erstellt, doch gingen nur 41% ihrer Einnahmen in dieser Währung ein, und die Organisation müsse Ausgaben in vielen anderen Währungen tätigen. Dies schaffe Unsicherheit und stelle die für die Finanzplanung Verantwortlichen vor Herausforderungen. Seit 2006 habe der US-Dollar gegenüber dem Euro 31% an Wert verloren. Die geschätzte Folge dieser Entwertung auf den Haushalt des Regionalbüros für Europa für den Zeitraum 2008–2009 belaufe sich auf 25 Mio. US-\$. Auch wenn der Haushalt des Regionalbüros ausgedrückt in US-Dollar im vorangegangenen Jahrzehnt dynamisch gewachsen sei, so das Wachstum in Euro nur begrenzt ausgefallen. Außerdem hätten die Inflationsraten in den Lokalwährungen der 35 Standorte zu einem durchschnittlichen Anstieg der Betriebskosten der WHO-Büros um 40% geführt. Keiner dieser Faktoren sei bei Erstellung des Programmhaushaltsentwurfs 2008–2009 im Jahr 2006 vorhersehbar gewesen. Ohnehin gebe es keinen festgelegten Mechanismus für die globale Anpassung des aktuellen Programmhaushalts. Allerdings hätten bei der Revision des Programmhaushalts im Januar 2008 mehrere WHO-Büros eine Erhöhung ihres Programmhaushalts 2008–2009 erhalten, während der Programmhaushalt der Europäischen Region – trotz einer Bitte um Anpassung aufgrund der Schwäche des US-Dollar – nahezu unverändert geblieben sei.

Eine weitere Herausforderung stelle der Rückgang der ordentlichen Beiträge dar. Wegen der Schwäche des US-Dollar sei dieser für das Regionalbüro ein noch größeres Problem als für die WHO weltweit. Während die ordentlichen Beiträge nominal von 49 Mio. US-\$ im Zeitraum 2000–2001 auf 63 Mio. US-\$ im Zeitraum 2008–2009 angestiegen seien, sei ihr Wert ausgedrückt in Euro in der gleichen Zeitspanne um 27% gesunken. Ein solcher Rückgang bedeute, dass die Mitgliedstaaten, die ihre Beiträge in US-Dollar gezahlt hätten, während dieser Jahre eine erhebliche Ersparnis erzielt hätten. Die zunehmend angespannte finanzielle Situation des Regionalbüros könne etwas entspannt werden, wenn die Mitgliedstaaten einen Teil dieser Ersparnis in Form nicht zweckgebundener freiwilliger Beiträge an die Organisation zahlten. Die Lage des Regionalbüros für Europa werde noch dadurch erschwert, dass es von allen Regionalbüros den relativ geringsten Anteil an den ordentlichen Beiträgen erhalte. Dieses Problem bleibe trotz verschiedener Korrekturversuche in der Vergangenheit ungelöst. Die Umsetzung der Strategischen Ziele 1–11 werde schwierig sein, wenn die Mittelzuweisung für die Strategischen Ziele 12 und 13 (die sog. „Befähigungsfunktionen“) im Zeitraum 2010–2011 gegenüber 2008–2009 unverändert bleibe.

Das Mitglied des SCRC stellte eine Liste mit Punkten vor, die als Grundlage für die Diskussionen des Regionalkomitees über diesen Tagesordnungspunkt dienen könnten. Sie enthielt u. a. folgende Fragen: Ist der Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 akzeptabel? Ist das Regionalbüro in der Lage, Resolutionen umzusetzen, wenn der zweckgebundene Teil des Haushalts auf ca. 65% angewachsen ist? Sollen die Mitgliedstaaten die Möglichkeit der Bereitstellung von mehr nicht zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen an die WHO erwägen? Sollen die Mitgliedstaaten die Möglichkeit prüfen, einen Teil der aufgrund der Schwäche des US-Dollar erzielten Ersparnis dazu zu nutzen, ihre ordentlichen Beiträge aufzustocken? Sollen zur Abfederung der Folgen der Dollarschwäche die Haushaltsobergrenzen für den Zeitraum 2008–2009 angehoben werden, indem der Regionaldirektor die Erlaubnis erhält, um mehr freiwillige Beiträge zu werben? Soll der Anteil des Regionalbüros an den ordentlichen Beiträgen weiter diskutiert werden? Soll das Sekretariat zeitigere und ausführlichere finanzielle Analysen erstellen?

Die Beigeordnete Generaldirektorin für allgemeines Management beim WHO-Hauptbüro erklärte, der Programmhaushalt werde den Erwartungen der Mitgliedstaaten gerecht. Sie erinnerte die Anwesenden daran, dass die ordentlichen Beiträge den einzigen Teil des Haushalts darstellten, der vollständig gesichert sei. Da etwa 65% des Haushalts aus freiwilligen Beiträgen mit enger Zweckbindung bestünden, sei es schwierig, die Erwartungen zu erfüllen und die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen.

In der anschließenden Debatte erklärte eine Vertreterin, die im Namen der Europäischen Union, der Kandidatenländer Kroatien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei, der potenziellen Kandidatenländer Albanien, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, Der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, der Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 sei ein Maßstab für die Bedeutung des MTSP als Rahmen für die Tätigkeit der Organisation, auch wenn dieser möglicherweise im Lichte der internationalen gesundheitspolitischen Situation angepasst werden müsse. Jedoch blieben in dem Entwurf einige Aspekte unerwähnt, etwa die Schaffung einer internationalen Partnerschaft für Gesundheit zur Stärkung der Zusammenarbeit bei der Erfüllung des Strategischen Ziels 12, die Annahme einer Weltstrategie für Innovation, öffentliche Gesundheit und geistige Eigentumsrechte zur Ausrichtung der Tätigkeit der Organisation zur Verwirklichung des Strategischen Ziels 11 im Zeitraum 2008–2015 und die weltweite Nahrungsmittelkrise, die bei der Erfüllung des Strategischen Ziels 9 gebührend berücksichtigt werden müsse. Die Erwähnung des Programms MPOWER im Zusammenhang mit der globalen Tabakepidemie sei für diejenigen Mitgliedstaaten problematisch, die das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs unterzeichnet hätten, da dieses für sie verbindlich sei. An den bewährten Indikatoren sollen höchstens inhaltlich unabdingbare Änderungen vorgenommen werden, um auch in Zukunft ihre Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Die Vertreterin bat um eine nähere Begründung für den Vorschlag, den globalen Haushalt von 4,2 Mrd. US-\$ auf 4,9 Mrd. US-\$ zu erhöhen, zumal die Ausgaben für bestimmte Programme bzw. in bestimmten Regionen so niedrig ausgefallen seien, dass sich im Laufe der vorangegangenen Zweijahreszeiträume ein Überschuss in Höhe von 1,6 Mrd. US-\$ gebildet habe. Sie begrüße die Aufteilung des Haushalts in drei Sektionen und insbesondere die Bestrebungen, die Transparenz der Partnerschaften zu erhöhen. In Bezug auf die Bewältigung von Epidemien und Krisen solle eine Unterscheidung zwischen den prognostizierbaren Vorsorge- und Kapazitätsaufbaumaßnahmen und den unvorhersehbaren Kriseninterventionen vorgenommen werden. Das Sekretariat müsse in der Lage sein, für die erstere Gruppe von Maßnahmen eine vorläufige Schätzung des Mittelbedarfs abzugeben, während für letztere Gruppe ein Notfallfonds eingerichtet werden könne. Die Vertreterin erklärte weiter, sie begrüße zwar Art und Gewichtung der Mittelzuweisung für die meisten Strategischen Ziele, bat jedoch um Klarstellung hinsichtlich der Folgen der Einführung des Globalen Management-Systems (GSM) und der Verlagerung eines Teils der Finanzverwaltung der Organisation nach Malaysia, um eine Erklärung für die geplante Verringerung der Mittelzuweisung für das Strategische Ziel 4 und um eine Liste der Programme, die in den kommenden Jahren auslaufen sollten.

Mehrere Redner dankten dem Sekretariat für die Qualität, Klarheit und Detailliertheit der Ausführungen und brachten ihre Unterstützung für die vorgelegten Dokumente sowie die Vorschläge zur Bewältigung der Probleme zum Ausdruck. In einer Wortmeldung wurde die Besorgnis geäußert, das Ungleichgewicht zwischen ordentlichen und freiwilligen Beiträgen könne dazu führen, dass statt der Leitungsgremien die Geber die Prioritäten der Organisation bestimmten. In einer anderen Wortmeldung wurde vorgeschlagen, angesichts der negativen Folgen des ungünstigen Wechselkurses für die Tätigkeit des Regionalbüros solle der Wechselkurs künftig in jedem Zweijahreszeitraum in den Haushalt „eingepreist“ werden, und vor allem der Programmhaushalt 2008–2009 müsse unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Dollarschwäche seit 2006 angepasst werden, bevor er als Grundlage für den Programmhaushalt 2010–2011 dienen könne. Ein weiterer Vertreter wies darauf hin, dass die geplante Kürzung der Mittel für den Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit weder mit den Anstrengungen zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele noch mit dem erklärten Anspruch der Generaldirektorin, die WHO müsse sich an den Fortschritten hinsichtlich der Gesundheit von Frauen messen lassen, vereinbar sei. Es wurde vorgeschlagen, den Etat für das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im Programmhaushalt des Regionalbüros in der Sektion „Partnerschaften“ zu führen. In einer Wortmeldung wurde die Ansicht vertreten, der vollständige Leistungsbericht für den Zweijahreszeitraum 2006–2007

hätte früher verteilt werden müssen, um dem Regionalkomitee bei seinen Beratungen über künftige Aktivitäten sowie über Prioritäten für den Programmhaushalt 2010–2011 als Orientierungshilfe zu dienen.

Eine Reihe von Vertretern forderten die Mitgliedstaaten dringend auf, der WHO freiwillige Beiträge ohne jegliche Zweckbindung zur Verfügung zu stellen. Ein Vertreter vertrat die Ansicht, die Organisation müsse infolge des Ungleichgewichts zwischen ordentlichen und freiwilligen Beiträgen unnötige Energie auf die Mittelbeschaffung verwenden, die viel nutzbringender in ihre normative Arbeit und in ihre Maßnahmen zur fachlichen Unterstützung der Mitgliedstaaten fließen könne. Sein Land sei bereit, eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge im nächsten Zweijahreszeitraum in Betracht zu ziehen. Dennoch solle das Sekretariat, auch wenn es mehr freiwillige Beiträge ohne Zweckbindung gebe, die Mitgliedstaaten in vollem Umfang über die Programme informieren, für die die Mittel verwendet würden.

Die Generaldirektorin stimmte in ihrer Erwiderung auf die verschiedenen Wortmeldungen zu, das Sekretariat müsse unabhängig und imstande sein, die Erwartungen der Mitgliedstaaten zu erfüllen, wie sie in den Beschlüssen der Leitungsgremien zum Ausdruck kämen. Sie stellte die Frage in den Raum, wie die Organisation in eine Situation geraten sei, in der 65% ihrer Haushaltsmittel aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen stammten. Ob die Mitgliedstaaten mit der Arbeit der WHO nicht zufrieden seien? Ob sie kein Vertrauen in das Sekretariat hätten? Oder ob die Mitgliedstaaten ihre Prioritäten nicht durch die Leitungsgremien festlegen lassen wollten und daher diese Organe gezielt umgingen, indem sie die freiwilligen Beiträge mit einer Zweckbindung versähen? Die Generaldirektorin bekräftigte ihre Absicht, dafür zu sorgen, dass die WHO ihre Arbeit ordnungsgemäß erledige, und bat die Mitgliedstaaten um Unterstützung und Verständnis bei der Bewältigung der bevorstehenden Herausforderungen. Für sie sei es wichtig, dass ihre 193 Vorgesetzten, die Mitgliedstaaten der WHO, die Prioritäten festlegten und dabei umfassend prüften, ob es bei dieser Arbeit Überschneidungen mit der Arbeit anderer Organisationen gebe.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin erläuterte, dass im Bericht des Regionaldirektors über den Zeitraum 2006–2007 zusätzlich zu den Daten über die finanzielle Leistung erstmals eine Reihe von Leistungsmaßstäben und Indikatoren für jeden Arbeitsbereich eingeführt worden sei; 85% der darin angestrebten Ergebnisse seien erreicht worden. Auch wenn manche Krisen und Krankheitsausbrüche nur durch Mittelbeschaffung über Hilfsappelle bewältigt werden könnten, würden doch in gewissem Umfang Mittel für die Arbeit im Bereich Katastrophenvorsorge und für die Gewährleistung rechtzeitiger und bedarfsgerechter Gegenmaßnahmen in Krisensituationen vorgesehen. Mit Blick auf die Folgen einer wirtschaftlichen Rezession seien verschiedene Berechnungen angestellt worden, die im Programmhaushaltsentwurf durch den Wechselkursausgleichsmechanismus wiedergegeben seien, der erstmals für den Zeitraum 2010–2011 eingeführt werden solle. Die Beibehaltung desselben Haushaltsniveaus von einem Zweijahreszeitraum zum nächsten bedeute für das Regionalbüro in der Praxis eine Kürzung seines Haushalts, der sich in Kürzungen für die Programme, die Ergebniserwartungen wie auch die Mitarbeiter niederschläge; daher begrüße sie den Vorschlag der Mitgliedstaaten, im Programmhaushalt 2010–2011 diesbezüglich eine Anpassung vorzunehmen. Die scheinbaren Mittelkürzungen für die Bereiche sexuelle und reproduktive Gesundheit, Müttergesundheit und nichtübertragbare Krankheiten würden tatsächlich durch Erhöhungen der vorgesehenen Mittelzuweisungen für andere Strategische Ziele wieder ausgeglichen, da die geplanten Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme, einschließlich der Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, ebenso wie Maßnahmen im Bereich Organisationsführung und die Erhöhung der Präsenz in den Ländern zu einer Verbesserung der Ergebnisse in den genannten Bereichen beitragen würden. Die Anmerkungen und Vorschläge der Mitgliedstaaten würden in der nächsten Fassung des Programmhaushaltsentwurfs 2010–2011 berücksichtigt, der im Januar 2009 dem Exekutivrat vorgelegt werde.

Die Beigeordnete Generaldirektorin für allgemeines Management beim WHO-Hauptbüro unterstrich nochmals, die Prioritäten für die Arbeit der Organisation sollten von den Leitungsgremien festgelegt werden, nicht von den Spendern freiwilliger Beiträge. Ein Teil der geplanten Erhöhung des Gesamthaushalts liege außerhalb der Kontrolle des Sekretariats, da über Erhöhungen in diesem Bereich die Partner der WHO in den verschiedenen Kooperationsprogrammen bestimmten. Zu einem Zeitpunkt, der näher an der nächsten Tagung des Exekutivrats liege, werde eine genaue Bewertung der Auswirkungen des Dollarkurses auf die verschiedenen Regionen der WHO erfolgen. Im Augenblick sehe es so aus, als seien die

Europäische Region, das Hauptbüro und die Afrikanische Region am stärksten betroffen. Das GSM sei beim WHO-Hauptbüro und im Regionalbüro für den westlichen Pazifikraum eingeführt worden und werde bis zum Ende des laufenden Zweijahreszeitraums auch in den anderen Regionen realisiert. Die Früchte der Konsolidierung würden dann sichtbar; konkret werde mit Einsparungen in Höhe von 5 Mio. US-\$ gerechnet. Die Generaldirektorin begrüßte die Absicht der Mitgliedstaaten, mehr freiwillige Beiträge ohne Zweckbindung zur Verfügung zu stellen. Sie habe den Eindruck, dass das daraus ersichtliche erhöhte Vertrauen in das Sekretariat auf dessen Bestrebungen zur Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftsablage zurückzuführen sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R2.

**Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region: Erfüllung der Verpflichtungen, die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ eingegangen wurden**

*(EUR/RC58/9, EUR/RC58/Conf.Doc./4 Rev.1 und EUR/RC58/Inf.Doc./4)*

Der Sachverständige des Regionalbüros für Gesundheitssysteme sagte einleitend, die Ministerkonferenz habe verdeutlicht, dass die Steuerungsfunktion für die Chancengleichheit in den Gesundheitssystemen aller Länder einen zentralen Stellenwert besitze.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees merkte an, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand in den vorangegangenen 15 Jahren zwar verbessert habe, dass aber große Herausforderungen fortbeständen und auf die Regierungen von vielen Seiten Druck ausgeübt werde, die Leistungsfähigkeit zu verbessern und die finanzielle Gerechtigkeit zu erhöhen. Die Steuerungsfunktion sei hierfür entscheidend. Das Ziel sei eine bessere Leistung der Gesundheitssysteme und das höchstmögliche Niveau an Gesundheit bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Ansichten und Erwartungen der Akteure und Bewahrung der Flexibilität.

In einem kurzen Video über die Ministerkonferenz von Tallinn übersandte anschließend der Sozialminister Estlands eine Grußbotschaft.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin gab danach einen kurzen Abriss über wichtige Entwicklungen und Herausforderungen. Steuerung sei eine Aufgabe der Regierung im Bereich der Gesundheit ebenso wie in all ihren Tätigkeiten, die sich auf die Gesundheit auswirkten. Es gebe viele Steuerungsformen in der Region und nicht nur ein Modell, doch allgemein umfassten sie die Festlegung der strategischen Richtung und der Konzepte, eine wirksame Regulierung und die Rechenschaftslegung.

Die Steuerung beeinflusse auch andere Sektoren dahin gehend, gute Gesundheit und gesunde Verhaltensweisen zu fördern. Sie sei nicht nur für gewisse Funktionen des Gesundheitssystems wie die Erzeugung von Ressourcen oder die Finanzierung relevant, sondern auch für Faktoren im weiteren Sinne wie etwa Korruption: Sie reiche also weit über das Gesundheitssystem hinaus. Es gebe starke Belege dafür, dass Gesundheitssysteme zu mehr Gesundheit führten, doch müssten sie so gestaltet werden, dass sie bessere und ausgewogenere Ergebnisse ermöglichten. Wirtschaftliche Entwicklung könne nicht gesundheitliche Verbesserungen herbeiführen, wenn sie nicht von Investitionen in Technologie sowie Human- und Betriebskapital begleitet werde. Es gebe Instrumente, die den Ländern angesichts von Informationsdefiziten, großem Ergebnisdruck und hoher Personalfuktuation helfen könnten, und mehrere interessante Fallstudien zur Ausübung einer stärkeren Steuerungsfunktion sowohl in als auch unter den Ländern seien gemacht worden.

Es sei notwendig, die Entwicklung im Bereich der primären Gesundheit zu überprüfen und herauszufinden, wie man am besten auf die Erkenntnisse über die Auswirkungen der sozialen Determinanten reagiere. Geeignete Maßnahmen müssten zur Lenkung der personellen Ressourcen getroffen werden; die Bewegung für einen Verhaltenskodex in der internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal sei schon an sich eine Form der Steuerung.

Gute Intentionen reichten in Gesundheitssystemen nicht aus. Leistung und Steuerung sollten gemessen werden und es seien bereits nützliche Initiativen für Vergleiche (Benchmarking) und Bewertungen der Systemleistung ergriffen worden. Die Messung von Leistung sei konzeptionell schwer zu fassen und berge ein politisches Risiko in sich: Im Rahmen der WHO solle nicht unbedingt eine Rangliste der Länder aufgestellt werden, aber es könne nützlich sein zu sehen, was andere machten. Die WHO werde weiter Instrumente entwickeln, die Führungsfunktion untersuchen, die Länder unterstützen und sich dabei um einen Konsens bemühen.

Danach äußerten Experten eines Podiums ihre Ansichten. Der Vorsitzende der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit, deren Bericht gerade vorgestellt worden war, stellte fest, Gesundheit sei nicht das Gleiche wie Gesundheitsversorgung und die primäre Gesundheitsversorgung müsse im Zusammenhang der sozialen Determinanten neu entwickelt werden: Beide seien voneinander abhängig. Es gebe auch keinen Konflikt mit der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit: Der Punkt sei nur, dass Gesundheit nicht aus wirtschaftlichen Gründen verbessert werden müsse, sondern wegen der sozialen Gerechtigkeit. Die Politiker interessierten sich auch für die Ergebnisse der Kommission, der er vorsitze, weil jeder sich um seine eigene Gesundheit Sorge; Gesundheit jedoch sei das Ergebnis der gesamten Sozialpolitik. Wie Sir Liam Donaldson einmal gesagt habe, sollte Gesundheit ein Grundsatzthema für die gesamte Regierung sein. Ministerien seien nicht nur die Anwälte der Gesundheit, sondern auch „soziale Buchhalter“, die für die Messung der Gesundheit sorgten. Zu Beginn der Arbeit der Kommission habe er keinen Standpunkt zur Frage besessen, ob ein Gesundheitssystem privat oder öffentlich geführt werden solle, doch jetzt gebe es klare Erkenntnisse: Je höher der Anteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung im privaten Sektor ausfiele, je schlechter sei der Gesundheitszustand der Bevölkerung. Jedes Jahr würden 100 Millionen Menschen durch die Kosten der Gesundheitsversorgung in die Armut getrieben. Schlechte Politik und unfaire wirtschaftliche Verhältnisse seien für einige der Unausgewogenheiten im Bereich der Gesundheit verantwortlich. Wie die Länder ihre Gesundheitsversorgung organisierten, sei auch eine Aussage darüber, welche Art von Gesellschaft sie wünschten.

Der Direktor des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik äußerte sich zur Messung von Leistung. Das größte Problem sei die Verknüpfung der Leistungsbewertung mit einem Konzept. Viele Bewertungen folgten dem Handlungsstrom abwärts, also z. B. bei der Evaluierung von Medikamenten, was man jedoch benötige, sei eine Evaluierung stromaufwärts etwa von Investitionen in die Wohlfahrt oder in das Wohnungswesen. Das sei komplexer, doch könnten dabei künftige Nutzen einberechnet werden, die sonst oft übersehen würden. Die Lebenserwartung werde nicht nur von den sozialen Determinanten, sondern auch von den verbesserten Angeboten beeinflusst. Allerdings sei trotz vieler Jahre mit der Philosophie einer Gesundheit für alle noch nicht ausgewertet worden, wie gut sektorübergreifende Strukturen und Ansätze funktionierten. Es gebe noch eine weite Strecke zu bewältigen.

Die Gattin des georgischen Präsidenten äußerte sich zur Rolle der Öffentlichkeit, die unter den Stichworten Meinungsäußerung, Entscheidung und Vertretung zusammengefasst worden sei. Bürger seien alle potenzielle Patienten bzw. ehemalige Patienten und könnten eine Rolle sowohl in der Führung als auch in der ehrenamtlichen Arbeit übernehmen: Menschen würden aus praktischer Erfahrung lernen (learning by doing). Die WHO könne die Öffentlichkeit aktiv über ihre Rechte und über Gesundheitsthemen informieren.

Der Generaldirektor für Gesundheit Frankreichs stellte fest, es sei wichtig, sich über Dinge zu beunruhigen, die man nicht im Griff habe. Für besonders schutzbedürftige Patienten wie sehr junge und sehr alte Menschen, Angehörige von Minderheiten, psychisch kranke Menschen und Migranten könnten eigene Programme und Konzepte zur Sicherung ihres Zugangs zur Versorgung erforderlich sein. Gesundheitspolitiker seien sich wie Torwarte sehr ihres Versagens – der kassierten Tore – bewusst, sie müssten ihre Sorgen aber den für das Sozialwesen zuständigen Leuten mitteilen und Krisen dafür nutzen, die Botschaft von der Bedeutung der Gesundheit zu überbringen. Das würde das Bewusstsein schärfen und politisches Argumentationsmaterial liefern. Er bezog sich dann auf frühere Äußerungen, wonach die Aufgabe der des Sisyphus gliche und stellte dazu fest, Camus habe einmal gesagt, man solle sich Sisyphus als glücklichen Menschen vorstellen!

Der Gesundheitsminister Serbiens wandte sich dem Thema des nötigen Gleichgewichts zwischen Aspekten der Makroökonomie und der sozialen Determinanten zu. Es sei wichtig, über die relevanten Daten zu verfügen, in jedem Austausch mit den Akteuren, auch der Öffentlichkeit, offen zu sein und einen Rahmen für Gespräche anzubieten, dann aber in der Umsetzung fest und doch lern- und anpassungsbereit zu bleiben. Er beschrieb die Erfolge seines Landes in der Bekämpfung des Rauchens und des Tabakkonsums und warb dafür, nicht nur Gesundheitsexperte, sondern auch seriöser Politiker zu sein, der von anderen Ministerien lernen könne.

Der Leiter der Außenstelle des Regionalbüros in Barcelona sprach die Frage an, wie die Gesundheitsministerien die Steuerungsfunktion wahrnehmen könnten, wenn ihre Etats zentral gesteuert würden oder in den Händen von Versicherungsgesellschaften lägen. Die Frage der Steuerung der Grundsätze ohne Finanzierung sei mit einem Konzept in der Charta von Tallinn verbunden, wonach Maßnahmen von gut definierten Grundsatzzielen vorangetrieben würden und nicht nur von Aspekten der Zweckmäßigkeit oder von isolierten Neuentwicklungen. Maßnahmen seien oft im Bereich einer verknüpften Ausbildung und Leistungserbringung erforderlich und es müssten Kriterien für Krankenversicherungen aufgestellt und Fragen an diese gestellt werden, damit die Rechenschaftslegung gesichert werde. Die Rechenschaft erfolge traditionell durch die Kontrolle der zugeführten Mittel, dabei wäre es besser das System für seinen Ausstoß, die Ergebnisse, zur Verantwortung zu ziehen. Das Sammeln und Nutzen von Erkenntnissen sei auch wichtig: Daten bedeuteten Macht. Es seien Instrumente vorhanden zur Ausübung von Steuerung und Führung der zentralen Organisationen, die das Finanzierungssystem umsetzten, hierunter auch die Informierung der Öffentlichkeit oder der Leistungsanbieter. Eine Regulierung des Systems helfe, die vermittelnden Glieder in Richtung definierter sozialer Ziele zu lenken. Die öffentliche Politik könne auch Mechanismen zur Risikoanpassung aufstellen, um eine gerechte Verteilung der Mittel zu sichern und so den schutzlosesten Menschen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Eine Reihe von Ländern habe mit Unterstützung der WHO erfolgreich ihre Steuerung zur Unterstützung der Reformen insgesamt verbessert. Die WHO konzentriere sich auf die Erteilung des bestmöglichen Rates auf der Grundlage von Erkenntnissen: Darin bestehe ihre Steuerungsfunktion in der Region.

In der sich anschließenden Diskussion verglich ein Vertreter die Fortschritte seines Ministeriums in den vergangenen acht Jahren mit dem Übergang vom „Rudern“ zum „Steuern“. Die besten Ideen entstünden oft aus der Kreativität und Vitalität vor Ort; früher habe das Zentrum oft überbürokratisch agiert und den Menschen vorgeschrieben, was sie zu tun hätten, und so ihre Eigeninitiative erstickt. Sein Ministerium habe sich auf das Aufstellen klarer Standards ohne all zu viele Zielvorgaben beschränkt und eine gerechte und wirksame Art zur Ressourcenzuweisung auf mehreren Gebieten mit verschiedenen Bedürfnissen geschaffen und damit Veränderungen erleichtert. Es habe auch hart daran gearbeitet, Gesundheit zu einer Verantwortung für alle Regierungsressorts zu machen.

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion ging die Stellvertretende Regionaldirektorin den Inhalt des Resolutionsentwurfs sowie den Inhalt, die zentralen Botschaften und Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn durch, welche Ausgangspunkt für eine breite Spanne von Aktivitäten der WHO, der Mitgliedstaaten und der Partner zur Stärkung der Gesundheitssysteme sein werde.

In der sich anschließenden Aussprache lobten viele Redner das Dokument zum Thema Steuerung/Führung in der Region und die innovative Art seiner Vorstellung. Sie begrüßten die angeregte Resolution als ein Mittel zur Umsetzung der Charta von Tallinn und zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region.

Ein Vertreter, der im Namen der EU, der Kandidatenländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der potenziellen Kandidatenländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie Armeniens, Georgiens, Der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, nannte drei Voraussetzungen für eine gute Führung: führungsstarke Gesundheitsministerien, deren Kooperation mit der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft und die Kooperation und Koordination auf regionaler und internationaler Ebene. Erstens müssten die Gesundheitsministerien wegen der Bedeutung der Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand und wegen der Auswirkung ihrer eigenen Aktivitäten auf die Entwicklung insgesamt in der Lage sein, die Gesundheits-

politik anzuleiten, abzustimmen und auszuwerten, andere Ministerien von der Einbeziehung des Themas Gesundheit in ihre Ressortpolitik zu überzeugen und sowohl eine gute Zusammenarbeit zwischen den zentralen und den lokalen staatlichen Stellen als auch die Priorisierung von Gesundheit in der nationalen Regierung zu sichern. Zweitens müsse die Zusammenarbeit der Gesundheitsministerien mit der Zivilgesellschaft und den Partnern in der Privatwirtschaft auch Beratungen mit den Patientenverbänden und nichtstaatlichen Organisationen (NGO) einschließen und Fragen der Ethik, Transparenz und Verantwortung für die Berücksichtigung der Nutzerbedürfnisse berücksichtigen. Außerdem sei zur Bewältigung von Innovation und zur Sicherung von Kosteneffizienz das Gespräch mit medizinischen Forschungseinrichtungen wichtig; die Fähigkeit der Gesundheitsministerien zu Dialog mit allen Akteuren sei entscheidend für eine wirksame primäre Gesundheitsversorgung. Drittens seien nationale und internationale Kooperation und Koordination erforderlich, um Themen wie die Mobilität von Patienten und Fachkräften und die Migration von Gesundheitspersonal bewältigen zu können; die öffentliche Anhörung der WHO zum Entwurf eines Verhaltenskodexes zu diesem Thema werde sehr begrüßt. Außerdem trage der Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken zur guten Führung nationaler Gesundheitssysteme bei.

Das Regionalbüro nehme hier eine unersetzliche Rolle wahr, indem sie den Mitgliedstaaten helfe, ihre Konzepte, Strategien und Gesetze gemäß ihrer unterschiedlichen Gegebenheiten zu entwickeln. Die WHO könne auf regionaler und globaler Ebene helfen, den erforderlichen Dialog zu fördern. Außerdem hebe das Arbeitspapier zwar zu Recht einige Instrumente hervor, die zur Sicherung eines effizienten Gesundheitsministeriums benötigt würden – die Entwicklung von Regeln, die Leistungsevaluierung des Gesundheitssystems, den Austausch bewährter Praktiken und die Errichtung eines Systems für die epidemiologische Überwachung – doch hätte mehr Gewicht auf die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems und der Sicherung einer universellen Versorgung gelegt werden können. Der Redner unterstützte den Resolutionsentwurf als ein Mittel zur Verwirklichung der Charta von Tallinn und zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) in der Europäischen Region.

Ein im Namen der fünf nordischen Länder sprechender Vertreter schloss sich diesen Ansichten vorbehaltlos an und begrüßte die fortgesetzte Unterstützung einer Stärkung der Gesundheitssysteme durch die WHO und die Hervorhebung der primären Gesundheitsversorgung. Mehrere andere Redner wiederholten diese Ansichten, zumal 2008 auch der 30. Jahrestag der Erklärung von Alma Ata sei und der Vater der Zentren der primären Gesundheitsversorgung, Andrija Stampar, in der Region zuhause sei. Eine neue Herangehensweise an die primäre Gesundheitsversorgung sei erforderlich, denn sie sei der Schlüssel zur Bewältigung der Ursachen schlechter Gesundheit, was der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit der WHO besonders verdeutliche. Weitere wesentliche Aspekte der Steuerungsfunktion seien das Gewicht der Chancengleichheit, die Führungsrolle der Gesundheitsministerien und die verbesserte Wirksamkeit der Gesundheitssysteme. Das Arbeitspapier hätte allerdings die Definition von Chancengleichheit so ausweiten können, dass sie auch die gesundheitlichen Ergebnisse umfasst hätte, und es hätte mehr Gedanken zur Erzeugung von personellen Ressourcen im Gesundheitsbereich als wichtigem Gebiet zur Entfaltung der Steuerungsfunktion enthalten können. Die WHO biete den Mitgliedstaaten bereits fachliche Rahmen und fachlichen Rat für das Thema Gesundheitspersonal an. Alle Länder debattierten die Themen Einwanderung und internationale Anwerbung; der vorgeschlagene Verhaltenskodex der WHO werde dringend benötigt. Außerdem seien nationale und sektorübergreifende Interventionen erforderlich, mit denen die Immigranten und ihre Familien in ihre Bestimmungsländer integriert werden könnten.

Viele weitere Redner betonten besondere Aspekte der Themen Führung und/oder Stärkung der Gesundheitssysteme wie z. B.: die Notwendigkeit von Konzepten für soziale Gerechtigkeit zur Bewältigung der makroökonomischen Determinanten von Gesundheit und zur Erhöhung der Chancengleichheit, den wesentlichen Beitrag starker Gesundheitssysteme zur wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung, die Notwendigkeit eines besseren Zugangs zur Versorgung und eines finanziellen Schutzes, die Bedeutung einer stärkeren Förderung der Bevölkerungsgesundheit und die Notwendigkeit optimaler Lösungen für die Länder entsprechend ihrer individuellen Gegebenheiten.

Mit Bezug auf die Charta von Tallinn erinnerten viele Redner voller Stolz an eigene Beiträge zu ihrer Entwicklung, bekannten sich deutlich zu ihren Werten, Verfahren und Verpflichtungen und beschrieben detailliert, wie sie diese umgesetzt hätten oder sie zur Stärkung der Gesundheitssysteme oder Bewältigung

der aktuellen Herausforderungen in ihren Ländern nutzen. Ein Redner schilderte den Vorbereitungsprozess der Konferenz und der Charta von Tallinn als ein Beispiel mit Modellcharakter für andere regionale und globale Initiativen. Einige Vertreter riefen zu weiteren Umsetzungsmaßnahmen auf, nannten die Charta eine nützliche Ausgangsbasis für die weitere Arbeit und forderten die Mitgliedstaaten dazu auf, ihren Worten Taten folgen zu lassen und sich auf nationaler und internationaler Ebene auf der Grundlage von Solidarität voranzubewegen.

Einige Redner begrüßten den Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit als ein nützliches Instrument, obwohl einer sagte, dass höhere Zahlungen im Bereich des privaten Sektors nicht zu schlechteren gesundheitlichen Ergebnissen führen müssten, solange die Regierung eine universelle Versorgung sichere und die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit im Fokus behalte.

Mit Bezug auf die Rolle der WHO dankten mehrere Redner dem Regionalbüro für die Unterstützung ihrer Arbeit im Bereich der Gesundheitssysteme, lobten die Einbindung des Gesundheitssystemansatzes in die Länderarbeit und bekannten sich zur Zusammenarbeit mit der WHO für die Umsetzung der Charta von Tallinn. Andere Redner verwiesen auf die Nützlichkeit der Verknüpfung des Themas Gesundheitssystem mit Gesundheit und Wohlstand durch die WHO. Die Konzentration auf Gesundheitssysteme im Regionalbüro und im Hauptbüro der WHO sei für Länder in jedem Entwicklungsstadium hilfreich. Viele Vertreter betonten die Bedeutung von Erkenntnissen sowie die Auswertung von Erfolgen und Misserfolgen und drückten ihre Bereitschaft aus, ihre Erfahrungen und Kenntnisse sowohl in ihren eigenen Ländern als auch international zu verbreiten. Mehrere Redner forderten das Regionalbüro auf, derartige Informationen zu sammeln und zu untersuchen, da dies den Ländern bei der Entwicklung allgemeiner Verfahren und Werkzeuge helfe.

Der Regionaldirektor begrüßte die von den Mitgliedstaaten zum Ausdruck gebrachte Zufriedenheit in Bezug auf die Konferenz von Tallinn und sagte, die Herausforderung liege nun darin, langfristig im Geiste der Konferenz zu arbeiten. Er habe sich die Gebiete, in denen das Regionalbüro seine Unterstützung ausbauen sollte, und die neu aufzugreifenden Themen gemerkt. Die Podiumsdiskussion habe die Diversität und Komplexität von Gesundheitssystemen beleuchtet und gezeigt, dass innovative Lösungen zu ihrer Stärkung gefunden werden müssten; die Kapazitäten der Gesundheitsminister müssten ausgeweitet werden, damit sie ihre verschiedenen Verantwortlichkeiten annehmen könnten; neue Wege müssten gefunden werden, die Beteiligung der Bevölkerung an den Gesundheitsthemen zu sichern. Die Diskussion habe auch die Bedeutung von Forschung und Aufklärung als Messinstrumente des Fortschritts betont. Die primäre Gesundheitsversorgung stehe für die grundlegenden Werte der Gesundheitssysteme, auch wenn neue Verfahren darin aufgenommen werden müssten, um das Konzept zu modernisieren.

Die Generaldirektorin betonte auch die Bedeutung von Erkenntnissen und Daten für die Messung, Beobachtung und Auswertung der Gesundheitssysteme. Weniger als ein Drittel der Mitgliedstaaten der WHO verfügten über robuste Gesundheitsinformationssysteme zur Erhebung, Aufzeichnung und Nutzung der fundamentalen Daten, die für die Überzeugung anderer Ressortminister von der Bedeutung der Gesundheitsthemen so wichtig seien.

Der Abteilungsleiter (Sector Manager) für Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung in Europa und Zentralasien der Weltbank sagte, dass die beispielhafte Partnerschaft zwischen dem Regionalbüro und der Weltbank zu dem Erfolg der Konferenz von Tallinn beigetragen habe. Er nannte sechs Ansätze zur Finanzierung von Gesundheitsangeboten für arme Menschen: i) Entkopplung der Nutzung der Gesundheitsangebote und der Höhe der Bezahlung für diese durch arme Menschen, ii) Sicherung der Mittelzufuhr an die armen Menschen und nicht an die Programme, iii) Verknüpfung der Erstattungszahlungen an die Anbieter mit der Nutzung der Dienste, iv) Schließung der geografischen und kulturellen Abstände zwischen armen Menschen und Gesundheitsangeboten, v) Sicherung einer lauterer Stimme für die armen Menschen mittels Durchsetzung von Regeln, vi) Verhaltensänderungen zur Annäherung von Nachfrage und Bedarf der armen Menschen.

Ein Vertreter des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) gratulierte dem Regionalbüro zum Aufgreifen des Themas Stärkung der Gesundheitssysteme. Gesundheit sei kein Privileg sondern ein

Recht; alle Menschen hätten das Recht auf den gleichen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Jede Programmgestaltung müsse sich auf Menschenrechte gründen und die Familien und ihre Mitglieder auf verantwortliche Weise daran beteiligen. Er stimme der Generaldirektorin zu, dass nationale Daten wesentlich seien, da sie eine größere Auswirkung auf nationale Entscheidungen hätten als die Daten anderer Länder.

Der Leiter der Abteilung für Gesundheit und sozialen Zusammenhalt beim Europarat sagte, dass Menschenrechte ein Bereich seien, wo Ziele des Europarates sich mit denen der WHO vereinten. Der Europarat setze bereits die Bestimmungen der Charta von Tallinn durch einen Sachverständigenrat für gute Führung in der Gesundheitsversorgung um und betone dabei die Aspekte Transparenz, Rechenschaft und Teilhabe. Ein weiterer Ausschuss bereite eine Empfehlung zu den Themen Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung vor. Der Europarat und die WHO arbeiteten seit langer Zeit fruchtbar zusammen, u. a. im Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk im Rahmen des Stabilitätspaktes, das gezeigt habe, dass Gesundheit eine Brücke zum Frieden schlagen könne und dass Frieden eine bessere Gesundheit mit sich bringe.

Von folgenden nichtstaatlichen Organisationen gingen Erklärungen ein: Alzheimer's Disease International, International Planned Parenthood Federation (European Network) und the International Association of Medical Regulatory Authorities.

Eine Reihe von Vertretern sowie der Regionaldirektor bemerkten zu einer Änderung an dem Resolutionsentwurf, in der vorgeschlagen wurde, zur Erleichterung der Entwicklung eines optimalen Modells für die Gesundheitssysteme eine internationale Arbeitsgruppe einzusetzen, dass die finanziellen Auswirkungen eines derartigen Vorschlags zunächst vom SCRC und dann vom Regionalbüro geprüft werden sollten. In anderen Wortmeldungen wurde die Auffassung vertreten, dass es unmöglich sei, ein optimales Gesundheitssystem zu definieren. Das Regionalkomitee beschloss, stattdessen einen Hinweis auf „Mindestnormen“ für die Gesundheitssysteme einzufügen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R4.

### **Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme**

*(EUR/RC58/10 und EUR/RC58/Conf.Doc./5 Rev.1)*

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses führte in das Thema ein, das seiner Ansicht nach eine äußerst wichtige, aber auch immens komplexe Herausforderung bedeute. In der Europäischen Region der WHO seien verhaltensbezogene Risikofaktoren die führende Ursache für Morbidität und Mortalität aufgrund von chronischen Erkrankungen und Verletzungen und es gebe überzeugende Belege dafür, dass gesunde Verhaltensweisen (hierunter Nichtrauchen, gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Betätigung) mit einer verlängerten Lebensspanne und einer besseren Lebensqualität verknüpft seien. Allerdings zeigten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung nicht immer die gewünschte Wirkung. Mit dem Arbeitspapier sollten die Erkenntnisse über wirksame Interventionen dokumentiert und konsolidiert, entscheidende Erfolgskriterien skizziert und Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme und auf die Reaktionen der Regierung im weiteren Sinne untersucht werden. Die Beeinflussung des Verhaltens der einzelnen Person bei gleichzeitiger Respektierung ihrer freien Entscheidung sei der Schlüssel zur Förderung von Gesundheit in der ganzen Region.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder hielt die Frage für berechtigt, was hieran so neu sei, wo man doch das Thema seit über 30 Jahren kenne. Allerdings hätten sich nichtübertragbare Krankheiten zur Haupttodesursache in der Region entwickelt und sie seien zumeist eine Folge ungesunder Lebens- und Verhaltensweisen, insbesondere in den benachteiligten Gruppen. Die Erkenntnisse sprächen dafür, dass Interventionen zu einer Trendumkehr führen könnten und das menschliche Verhalten als Anhäufung von Risikofaktoren gebiete eine erneute Betrachtung: Auch sei die Notwendigkeit neu, die Rolle der Gesundheitssysteme für Verhaltensänderungen explizit zu machen. Es sei an der Zeit, die mit den

Gesundheitssystemen in Verbindung stehenden Determinanten zu untersuchen, die Wirksamkeit der Interventionen zu quantifizieren und die gewonnenen Lehren zu betrachten.

Es gebe nur wenig Unstimmigkeiten darüber, dass vorgelagerte Interventionen wie die Gesetzgebung zur Tabakbekämpfung sehr viel, insbesondere ökonomischen, Sinn machten; doch hätten die Sachkundigen noch nicht entschieden, ob das richtige Verständnis der Beziehung zwischen Gesundheit, Erkrankung und anderen Faktoren in der Kausalkette schon gefunden sei. Geschärftes Bewusstsein bedeute nicht notwendigerweise Verhaltensänderung; tatsächlich sei der Widerstand häufig umso größer, je lauter die Botschaft daherkäme. Die Fähigkeit der Menschen zur Veränderung könne durch viele externe und kontextuelle Faktoren beeinflusst werden. Zu diesem Zweck sei es entscheidend, die Bedeutung von strukturellen Maßnahmen zu unterstreichen. Positive Ergebnisse könnten nicht erzielt werden, wenn man diese nicht vollständig berücksichtige. Das Gesundheitssystem könne sicherstellen, dass dies geschehe: Es könne Untersuchungen anstellen zu den Todesfällen und Risikogruppen oder für Gesetzgebung werben (z. B. in Bezug auf Sicherheitsgurte, das Mindestalter für Führerscheinstrafpunkte oder den Unfallwageneinsatz). Den Gesundheitsbehörden käme bei der Umsetzung wirksamer Interventionen eine Schlüsselrolle zu.

Wirksame Umsetzung bedeute ein Augenmerk auf vier Überlegungen: Ob die Zielgruppe sorgsam bestimmt worden sei, ob der Erfassungsgrad adäquat sei, ob die Zielgruppe auf die Intervention anspreche (und falls nicht, ob dies eine Folge von Mängeln am Programmdesign und in den Instrumenten zur Sicherung der Befolgung der Vorgaben sei) und ob das Personal eine bessere oder andere Qualifikation, Ausbildung oder Motivation benötige. All diese Überlegungen könnten durch die Einbeziehung des Gesundheitssystems und seiner Funktionen Leistungserbringung, Ressourcenerzeugung, Finanzierung und Steuerung in Angriff genommen werden.

Interventionen seien kontextabhängig: Es gebe keine Patentlösung für alle Fälle. Dennoch gebe es gemeinsame Charakteristika für erfolgreiche Interventionen wie etwa Entschlossenheit, Wissen, Beteiligung mehrerer Sektoren, gute zeitliche Planung und angemessene Finanzierung. Das Gesundheitssystem könne den Verhaltenswechsel unter Verwendung einer Mindestzahl von Prinzipien steuern, die von einer breiten Teilhabe über die lückenlose Evaluierung bis zur Vollständigkeit reichten. Die Vorgehensweise müsse sowohl gegen die Entwicklungsrichtung als auch sektorübergreifend erfolgen.

Danach äußerten Experten eines Podiums ihre Ansichten. Der Leiter des Europäischen WHO-Büros für Investition für Gesundheit und Entwicklung, Venedig, sagte, dass jetzt ein erster Ansatz zur Verortung des Themas Verhaltensänderung im Gesamtrahmen der Gesundheitssysteme unternommen werde und dass dies insgesamt leistungsfähige Systemfunktionen erfordere, da hiermit eine Leistungsbewertung des Gesundheitssystems einherginge. Es werde oft Eigenverantwortung von den Menschen für ihre Gesundheit verlangt, dabei habe die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit gezeigt, dass Gesundheit nicht gleich in der Gesellschaft verteilt sei und dass die Chance der Menschen, gesunde Lebensweisen anzunehmen, auch einem sozialen Gefälle unterliege. Wenn man gesunde Entscheidungen erleichtern wolle, erfordere dies staatliches Handeln.

Der geschäftsführende Leiter der Unterabteilung für nichtübertragbare Krankheiten sagte, dass die Tage, an denen gesundheitliche Aufklärung einfach im Aussenden einfacher Botschaften und im Tadeln der Opfer bestanden habe, schon lange der Vergangenheit angehörten: Heute handele sie von individueller Verantwortung in einem stützenden Umfeld, denn es gebe starke Belege dafür, was Menschen dazu bringe oder davon abhalte, gesunde Lebensweisen anzunehmen. Gesundheit werde heute für viele Bereiche wie Stadtplanung, Wohnungserneuerung oder Wirtschaftsentwicklung zu einem zentralen Wert. Eine bessere Dokumentation und Evaluation sei zwar erforderlich, doch eine Menge bewege sich jetzt: Hausärzte verschrieben heute sportliche Betätigung, Fahrradwege würden erweitert, Landwirtschaftsminister förderten preisgünstige Gemüsemärkte in Wohngebieten. Partnerschaft sei auf verschiedenen Ebenen wichtig und eine sozialverträgliche Vermarktung sei ein nützliches Instrument, solchen Initiativen zur Nachhaltigkeit zu verhelfen.

Der geschäftsführende Leiter der Unterabteilung für übertragbare Krankheiten sagte, dass auch bei vielen übertragbaren Krankheiten ein Verhaltenswechsel das Hauptziel der Intervention sei, wie etwa bei denen

zur Schadensminderung unter Konsumenten von Injektionsdrogen oder bei der Förderung des allgemeinen Zugangs zur antiretroviralen Therapie für Menschen mit HIV. Wieder sei es die Frage der Schaffung eines stützenden Umfeldes in schwierigen Situationen z. B., indem die Konsumenten der Injektionsdrogen davon überzeugt würden, dass sie neben der Aussicht auf ein besseres Leben in der Zukunft auch kurzfristig wichtige Vorteile erzielen können. Es reiche allerdings nicht aus, Ansätze zur Schadensminderung zu fördern, die Gesundheitssysteme müssten auch Angebote bereitstellen. Wenn man erst einmal Interventionen für einen Verhaltenswechsel angenommen habe, könnten die Gesundheitssysteme vor der Aufgabe stehen, sie über die Lebensspanne der Menschen, ja mehrerer Generationen, hinweg fortsetzen zu müssen, um einen Zugewinn für die öffentliche Gesundheit zu erreichen. Politische und juristische Faktoren spielten mit ebenso wie Fragen der Gleichstellung der Geschlechter sowie die Frage der Abwägung von öffentlicher Gesundheit und Individualrechten, wenn es um Kriminalisierung gehe.

Der Generaldirektor für Gesundheitsverbesserung und Gesundheitsschutz im Vereinigten Königreich sagte, seine Abteilung konzentriere sich auf das Thema sozialverträgliche Vermarktung. Der Einzelhandel verfüge über raffinierte Wege zur Abschätzung des Verbraucherverhaltens und zur Anwendung subtiler Maßnahmen seiner Beeinflussung und der öffentliche Sektor gerate demgegenüber ins Hintertreffen. Es sei nicht nur eine Frage der Festlegung der richtigen Botschaften, sondern auch des Gewinns der entscheidenden Einblicke darin, was einen Verhaltenswechsel auslöse, welches das richtige Umfeld sei und wie man das Vertrauen des Verbrauchers gewinne. Seine Abteilung habe Fernsehkampagnen zu Themen wie Rauchen, Alkohol, Sicherheit im Straßenverkehr und Sicherheitsgurten auf Rücksitzen durchgeführt. In seiner Adipositas-Strategie habe es einen sektorübergreifenden Ansatz verwendet, der die Bereiche Verkehr, Kultur, Medien, Sport und Gesundheit einbezogen hätte. „Change4life“-Produkte seien zusammen mit Schulen, Eltern, Lebensmittelindustrie und lokalen Aktivisten entwickelt worden. Die Bevölkerung solle dann für die Idee einer gesunden Lebensweise sensibilisiert werden, indem das Konzept auf Aktivitäten wie Gehen, Tanzen, Radfahren, Einkaufen, Kochen usw. ausgedehnt werde.

Ein Vertreter, der im Namen der EU, der Kandidatenländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Kandidatenländer Albanien, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, sagte, die Maßnahmen, die unter Anwendung von Gesetzen und Vorschriften sowie finanziellen oder anderen Anreizen auf umweltbedingte und strukturelle Faktoren gesunden Verhaltens abzielten, verdienten eine größere Priorität. Die EU habe mit der Umsetzung ihrer Strategie zur Unterstützung der Länder beim Abbau alkoholbedingter Schäden begonnen; diese Strategie werbe für Beschränkungen im Alkoholverkauf und für die Durchsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholkonsums von Autofahrern. Der sektorübergreifende Aspekt sei sehr wichtig, doch hätten die Gesundheitsminister eine zentrale Rolle in der Mobilisierung aller politisch Verantwortlichen gespielt. Der Redner unterstützte die Empfehlung, problematische Verhaltensweisen und ihren Einfluss auf die Gesundheit zu analysieren und das vorhandene Wissen zu mobilisieren. Dazu gehöre die Benennung der gefährdeten Bevölkerungsgruppen, die Berücksichtigung der sozialen und umweltbedingten Auswirkungen auf die Gesundheit, die Veranstaltung sektorübergreifender Maßnahmen und die Betonung der Rolle der Gesundheitsministerien, wobei andere Sektoren einbezogen werden sollten, hierunter auch die, welche von den Botschaften profitieren würden.

Andere Redner beschrieben die von ihnen unternommenen Initiativen wie z. B. die Einbindung des Konzepts der Gesundheitsförderung in die offiziellen Konzepte und nationalen Gesundheitsstrategien, den Stapellauf sektorübergreifender staatlicher Programme, das Durchführen von Kampagnen zur Gesundheit des Herzens, die Durchführung von Fernsehkampagnen zur Verringerung der Risikofaktoren, die verbindliche Verschreibung von Gesundheit als Unterrichtsthema in Schulen oder Fortschritte in der Tabakkämpfung. Es wurde betont, dass die Aktivitäten im richtigen Kontext des Landes erfolgen müssten, damit sie erfolgreich sein könnten, doch müssten gesunde Entscheidungen leicht, zugänglich, attraktiv und bezahlbar gemacht werden. Es sei wichtig, strukturelle Maßnahmen in Angriff zu nehmen, hierunter Maßnahmen in Form von Besteuerung, Subventionierung oder Aufklärungsinitiativen. Schlechtes Gesundheitsverhalten führe zu großen wirtschaftlichen Verlusten.

Im Laufe der Jahre hätten die Länder alleine durch Aufklärung versucht, die Menschen zu einem Verhaltenswechsel zu bewegen, und dies bisher mit begrenztem Erfolg: Es sei mehr als 20 Jahre her, dass die WHO das Ziel formuliert habe, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu erleichtern. Ein Mitgliedstaat monierte, die begrenzte Aufmerksamkeit, die Alkohol in dem Bericht erhalte. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderungsprogramme und ihre Steuerung liege gänzlich im Gesundheitssystem; außerdem sei eine starke Steuerung durch das Regionalbüro erforderlich.

Ein Redner verwies darauf, dass auch die Entscheidungen der örtlichen Verwaltungen große Auswirkungen hätten, da die physischen und sozialen Umfeldler der Menschen die Verhaltensfaktoren stark beeinflussten. Die Ausbildung von Gesundheitspersonal, finanzielle Anreize und Organisationsweisen der Gesundheitsangebote könnten alle stimmig zu wirksamer Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beitragen.

Kinder und junge Menschen seien oft die wichtigste Zielgruppe für die Förderung gesunder Entscheidungen, denn die Investition in ihre Gesundheit sei eine der effizientesten Arten ihnen eine Zukunft als Erwachsene bei guter Gesundheit zu sichern. Es wurde allerdings auch darauf hingewiesen, dass bei Risikofaktoren wie Alkohol und Tabak eng gefasste Ziele nicht so wirksam sein könnten wie breiter angelegte Herangehensweisen auf Ebene der Bevölkerung (dieses Phänomen sei auch als „Präventionsparadox“ bekannt), denn die meisten Menschen seien diesen Risiken ausgesetzt.

In seiner Erwiderung sagte der Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme der Länder, dass das erörterte Thema nicht neu sei, wohl aber die Herangehensweise, für die geworben werde, denn sie versuche die Rolle des Gesundheitssystems systematisch und nachhaltig zu definieren und die vier Funktionen eines Gesundheitssystems mit Verhaltensänderungen zu verknüpfen. Der Teufel stecke im Detail. Die Rolle des Staates sei sehr wichtig. Die Regierungen könnten gegen die Wirkungen der Freundeskreise, Gruppen und Nachbarschaften vorgehen, die oft in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu beobachten seien. So werde die Regierung zu einer befähigenden anstatt einer begrenzenden Kraft.

Ein Vertreter der International Pharmaceutical Federation gab eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R8.

### **Berichterstattung an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen** (EUR/RC58/11 und EUR/RC58/Conf.Doc./6)

In der Einführung in das Thema bemerkte ein Mitglied des Ständigen Ausschusses, dass der SCRC im zurückliegenden Jahr das Verfahren der Berichterstattung an das Regionalkomitee über früher angenommene Resolutionen überprüft habe. Eine wachsende Zahl von Resolutionen erforderten eine periodische Rückmeldung und dies häufig ohne Angabe eines Enddatums. Dadurch würden die fachlichen und inhaltlichen Themen zugemessene Zeit und der Raum für neue Tagesordnungspunkte begrenzt. Zur Lösung dieses Problems rege der SCRC an, dass auf eine Reihe bereits vom Regionalkomitee angenommener Resolutionen ein Enddatum angewendet werde. Außerdem empfehle er, dass künftig verabschiedete Resolutionen keine zeitlich unbegrenzte Verpflichtung zur Rückmeldung enthalten sollten und dass vorzugsweise und wo praktisch möglich mindestens fünf Jahre zwischen solchen Berichten liegen sollten.

In Beantwortung einer Frage erklärte die Stellvertretende Regionaldirektorin, dass das Arbeitspapier und der Resolutionsentwurf sich lediglich auf die Periodizität der Berichterstattung bezögen. Entscheidungen über die Art der vorgelegten Berichte (mündlich oder schriftlich) und ihre offizielle Aufnahme in die Tagesordnung eines Regionalkomitees würden vom SCRC getroffen. Falls Berichte nur in schriftlicher Form abgegeben und nicht in die Tagesordnung aufgenommen würden (wie es mit dem Bericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit auf der gegenwärtigen Tagung der Fall gewesen sei), könnten die Vertreter sich in der allgemeinen Aussprache auf ihn beziehen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R5.

## Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen

### Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Immunisierung

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder berichtete über Fortschritte in der Umsetzung von Strategien der Region für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und für Impfungen. Resolution EUR/RC55/R6 habe die Mitgliedstaaten dazu aufgerufen, Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit von Kindern und auf ihren Zugang zu Gesundheitssystemen zu verringern und nationale Strategien zu entwerfen und durchzuführen, die auf Linie der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen lägen. Das Regionalbüro habe regionale und nationale Workshops zur Strategieentwicklung in 18 Ländern (davon 13 mit BCA) abgehalten und eine Lageanalyse zur Feststellung der Ausgangslage durchgeführt. Bis 2008 seien solche Analysen in zwölf Ländern durchgeführt worden, in fünf Ländern gebe es weit gediehene Entwürfe und Aktionspläne und in vier Ländern vom Kabinett oder Gesundheitsministerium gebilligte Aktionspläne.

Das Regionalbüro habe den Fortschritt durch eine regionsweite Befragung und Fallstudien in Albanien, Armenien, Schottland (Vereinigtes Königreich), Ungarn und Usbekistan durchgeführt. Aus der Befragung gingen Fortschritte in Bezug auf vier Kriterien zwischen 2006 und 2008 hervor. Anstiege seien zu verzeichnen beim Anteil der Länder, deren Strategien für Kinder und Jugendliche unterschiedliche Altersgruppen ansprachen (von 25% auf 35%) und sich auf Chancenungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen richteten (von 50% auf 80%), und der Länder, die eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe gemäß der Strategie der Region eingerichtet hätten (von 10% auf 30%) und junge Menschen in die Entwicklung/Umsetzung der Strategie einbezogen (von 30% auf 45%). Die Fallstudien hätten gezeigt, dass die Länder für die Umsetzung nationaler Strategien die Verlässlichkeit der Daten und die Verfahren zu ihrer Erhebung verbessern müssten, dass sie Ausbildungslücken der Fachleute für den Aufbau ihrer Umsetzungskapazität schließen müssten und dass sie die geografische Verteilung des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtungen und die Begleitung und Auswertung der Gesundheitsangebote verbessern sowie eine angemessene Finanzierung sichern müssten. Künftige Herausforderungen für die Länder umfassten die Einbeziehung von Gesundheitsstrategien für Kinder und Jugendliche in ihre Gesundheitssysteme, das Erstellen von Aktionsplänen zur Umsetzung und Entwicklung von Indikatoren, die Annahme einer vereinten Herangehensweise an die Datenerhebung und -analyse und die Beschaffung verlässlicher aufgeschlüsselter Daten. Zu den Herausforderungen für das Regionalbüro rechnete er die weitere Unterstützung der Strategieentwicklung und -umsetzung in den Ländern und die Konzentration auf konkrete Aspekte des Lebensverlaufansatzes.

Die WHO-Strategie für die Eliminierung von Masern und Röteln aus der Europäischen Region bis 2010 verfolge einen dreigleisigen Ansatz: Stärkung der nationalen Impfsysteme, Angebot von strategischer Richtung und fachlicher Orientierung und Erleichterung des Gedankenaustausches und gemeinsamer Vorgehensweisen. Die gemachten Fortschritte seien zufrieden stellend. Insgesamt sei die Immunisierungsrate sehr hoch und nachhaltig. Die Inzidenz von Masern und Röteln sei in der ganzen Region zurückgegangen; zwar erlebten einige Länder im Westen immer noch Masernausbrüche, doch sei die Zahl der Länder mit einer Inzidenz von unter einem Fall pro einer Million Einwohner von 19 im Jahr 2006 auf 29 im Jahr 2007 angestiegen. Diese Ergebnisse seien durch die Verpflichtung höchster staatlicher Stellen und die Mobilisierung von Ressourcen für die Impfprogramme, die nationale konzeptionelle Weiterentwicklung, die Überzeugungsarbeit (wie im Rahmen der jährlichen Europäischen Impfwoche), eine gestärkte Infrastruktur für die epidemiologische Überwachung und zusätzliche Impfkampagnen für schwer zu erreichende Gruppen ermöglicht worden.

Auch wenn sich die Region auf gutem Wege zur Erreichung ihres Zieles befinde, benötigten die Länder weiter politischen Willen und Überzeugungskraft, nachhaltige Finanzierung, aggressivere Bemühungen im Westen der Region für eine Erhöhung des Immunisierungsgrades auf 95% und Angebote, die empfänglichere Bevölkerungsgruppen erreichen. Ein anhaltendes Engagement für die Initiative zur Eradikation der Poliomyelitis und zur Eliminierung von Masern und Röteln würde auch die Systeme für

Regelimpfungen stärken. Abschließend sagte er, das Regionalkomitee könne erwägen, die Entwicklung und Umsetzung eines Zertifizierungsprozesses im Bereich von Masern und Röteln zu fördern.

Mehrere Redner lobten die Antworten des Regionalbüros auf Forderungen des Regionalkomitees in den Resolutionen EUR/RC55/R6 und EUR/RC55/R7; es habe sich sowohl in seinen Maßnahmen als auch in der Berichterstattung über diese gut verhalten.

In Beantwortung einer Frage erklärte der Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme der Länder, dass die Ergebnisse in Bezug auf die Fortschritte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen derzeit in erster Linie anhand der Entwicklung nationaler Strategien und Aktionspläne gemessen würden; es sei mehr Zeit erforderlich, um ihre Auswirkungen auf die Gesundheit junger Menschen zu bestimmen.

### **Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich Verletzungsprävention, und alkoholbedingte Probleme und entsprechende Lösungskonzepte**

Die geschäftsführende Direktorin der Abteilung Gesundheitsprogramme erinnerte daran, dass das Regionalkomitee Resolutionen zu den Themen nichtübertragbare Krankheiten (EUR/RC56/R2), Unfallprävention (EUR/RC55/R9) und Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik (EUR/RC55/R1) angenommen hätte, die alle dem Regionalbüro eine Berichterstattung im Jahr 2008 auferlegten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen seien die Hauptursache der Mortalität in der Region, gefolgt von Krebs; Verletzungen seien die dritthäufigste Todesursache insgesamt, doch die häufigste unter Menschen im Alter von 5 bis 44 Jahren. Es gebe große Ungleichheiten in Bezug auf die Risiken und die Todesfälle im Bereich von Verletzungen, wobei Menschen in Ländern mit mittlerem und niedrigem Volkseinkommen mit viermal höherer Wahrscheinlichkeit aus diesem Grunde stürben als Menschen in Ländern mit hohem Volkseinkommen. Der durchschnittliche Alkoholkonsum sei in der Europäischen Region doppelt so hoch wie in der übrigen Welt und stelle nach Bluthochdruck und Tabakkonsum den wichtigsten Risikofaktor für eine Erkrankung dar.

Die Strategie des Regionalbüros bestehe darin, die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, des schädlichen Alkoholkonsums und der Verletzungen hoch auf der politischen und gesellschaftlichen Tagesordnung zu bewahren. Um dies zu erreichen, gehe man sektorübergreifende Partnerschaften ein und verfolge integrierte Herangehensweisen. Man erzeuge wissenschaftliche Erkenntnisse zur Unterstützung der Aufstellung und Umsetzung von Prioritäten und verstärke die Kapazitäten der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten für eine verbesserte Prävention und Bekämpfung.

Nach ihren vorläufigen Erkenntnissen besäßen 32 Mitgliedstaaten starke nationale Konzepte zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, 47 verfügten über Konzepte in Bezug auf die Ernährung und 44 hätten das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ratifiziert. Ungefähr die Hälfte der Mitgliedstaaten besäßen integrierte Konzepte zur Prävention von Unfallverletzungen und ungefähr ein Viertel Konzepte zur Prävention von Gewalt. Sie sei über das gewachsene Interesse aus den Mitgliedstaaten an einer Zusammenarbeit mit der WHO in diesen Bereichen erfreut. Um diesem Interesse gerecht zu werden, erhöhe das Regionalbüro seine Kapazitäten und fördere und überprüfe integrierte Konzepte und Materialien sowie Methoden für die Umsetzung, für die Ausweitung der personellen Kapazität und für die Einrichtung von Überwachungssystemen für „integrierte Risikofaktoren“.

Zu den gemachten Fortschritten zähle auch die Stärkung der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und die Errichtung umfassender Programme für die Prävention bestimmter Krankheiten in Partnerschaft mit anderen Organisationen. In Bezug auf die Prävention von Gewalt und Verletzungen seien eine Reihe von Veranstaltungen im Rahmen von Überzeugungsarbeit durchgeführt und Partnerschaften gegründet worden. Die Mehrzahl der Mitgliedstaaten habe berichtet, dass die Resolution nationale Maßnahmen ausgelöst habe. Fortschritte im Bereich der Prävention des Alkoholmissbrauchs seien durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen maßgeblichen internationalen Organisationen und durch die Errichtung eines Informationssystems Alkohol der Region gemacht worden. Die Strategie werde durch die starke Entschlossenheit internationaler wie nationaler Gremien und durch überzeugende Erkenntnisse unterstützt.

Die verbleibenden Herausforderungen seien die Entwicklung umfassender, integrierter Herangehensweisen, die Benennung der sozialen Determinanten für ein hohes Risiko bestimmter Gruppen, die Stärkung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme, die Sicherung einer wirksamen sektorübergreifenden Zusammenarbeit und die Stärkung der Partnerschaften für Prävention und Bekämpfung.

Mehrere Vertreter beschrieben die in ihren Ländern erzielten Fortschritte mit der Umsetzung der verschiedenen Resolutionen des Regionalkomitees. Dennoch sei es angesichts der alarmierenden Zunahme der nichtübertragbaren Krankheiten wichtig, dass den Themen sowohl in den Mitgliedstaaten als auch im Regionalbüro eine höhere Priorität eingeräumt werde. Alle Risikofaktoren sollten in der Strategie berücksichtigt werden und gleichzeitig die horizontale Herangehensweise an den Komplex nichtübertragbarer Krankheiten bewahrt werden. Nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle Maßnahmen seien erforderlich, um die vielfachen Herausforderungen zu bewältigen, und die Mitgliedstaaten sollten die Einführung von Regulierungsmaßnahmen wie Vermarktungsbeschränkungen, Verhaltenskodexe und gesundheitsförderliche Subventionen und Steuern in Betracht ziehen.

Der Vertreter von Consumers International gab eine Erklärung ab.

Die geschäftsführende Direktorin der Abteilung Gesundheitsprogramme sagte in ihrer Erwiderung auf die Beiträge, dass sie ermutigt sei durch die Feststellung, dass die fachliche Unterstützung der WHO den Ländern helfe, ihre Ziele zu erreichen. Der umfassende Aktionsplan im Bereich von nichtübertragbaren Krankheiten, der jüngst auf der Weltgesundheitsversammlung angenommen worden sei, werde diesen Krankheiten zu erhöhter Priorität verhelfen und damit den Mittelzustrom vergrößern. Eine integrierte Überwachung der Risikofaktoren stelle eine Herausforderung dar und sie empfahl, dass die Gesundheitsministerien breit angelegte Konsultationen mit anderen Sektoren durchführen, um sicherzustellen, dass alle relevanten Verhaltensfaktoren eingeschlossen würden.

Der Regionaldirektor pflichtete bei, dass das Thema verhaltensbezogene Faktoren schwer anzugreifen sei. Der Eindruck müsse vermieden werden, dass alle vergnüglichen Aktivitäten verboten werden sollten; die Strategien zur Verhaltensänderung sollten durch eine bessere Steuerung der Gesundheitssysteme in Angriff genommen werden.

## **Wahlen und Nominierungen**

*(EUR/RC58/7, EUR/RC58/7 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./8 und EUR/RC58/Inf.Doc./2)*

### **Geschlossene Sitzung**

Das Regionalkomitee behandelte in geschlossener Sitzung die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat und wählte Mitglieder für den SCRC und den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion und für die Regionale Auswahlkommission für Kandidaten für das Regionaldirektorenamt.

#### **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss, dass Deutschland, Estland, Frankreich und Serbien ihre Kandidatur zur Weltgesundheitsversammlung im Mai 2009 anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten.

#### **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte Andorra, Litauen und Montenegro für eine dreijährige, vom September 2008 bis zum September 2011 reichende Amtszeit, in den SCRC.

### ***Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion***

Gemäß den Bestimmungen der Vereinbarung zur administrativen Struktur des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Forscherausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion wählte das Regionalkomitee die Ukraine für eine dreijährige Mitgliedschaft ab 1. Januar 2009 in den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinierungsfragen.

### ***Regionale Auswahlkommission***

Das Regionalkomitee bestimmte Portugal, die Russische Föderation und die Türkei als Mitglieder und Schweden, Armenien und Lettland (in dieser Reihenfolge) als stellvertretende Mitglieder der Regionalen Auswahlkommission.

Anschließend verabschiedete das Regionalkomitee Resolution EUR/RC58/R3.

### **Öffentliche Sitzung**

Der Vertreter Andorras erklärte, die auf der Tagung des Regionalkomitees erörterten Themen würden zu einer Stärkung der Gesundheitssysteme in der gesamten Region beitragen. Er bedankte sich bei all denjenigen Delegationen, die die Kandidatur seines Landes für einen Sitz im SCRC unterstützt hätten; damit entsende sein Land zum ersten Mal in seiner Geschichte eine Vertreterin in einen Ausschuss einer Organisation der Vereinten Nationen.

Die Vertreterin Armeniens erklärte, ihr Land sei zum zweiten Mal gezwungen gewesen, seinen Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat zurückzuziehen, obwohl dieser ein renommierter Wissenschaftler und politischer Entscheidungsträger sei und außerdem schon einmal Mitglied des SCRC gewesen sei. Die Kandidatur sei nur zurückgezogen worden, damit das Regionalkomitee einen Konsens erzielen könne und um die bestehenden teilregionalen Gruppierungen zu beachten. Die Existenz dieser Gruppierungen verstoße jedoch im Verin mit der begrenzten Zahl der Sitze im Exekutivrat und der Praxis der semipermanenten Mitgliedschaft gegen den Grundsatz der Chancengleichheit in Bezug auf die Mitgliedschaft. Für die Wahl der Mitglieder des Exekutivrats würden neue demokratische Prinzipien benötigt, und sie bitte diese Angelegenheit weiterzuverfolgen.

Die Exekutivpräsidentin erwiderte darauf in ihrer Eigenschaft als scheidende Vorsitzende des SCRC, der Ständige Ausschuss diskutiere über die gegenwärtigen Verfahren für die Wahl der Mitglieder des Exekutivrats im Lichte der erweiterten Mitgliederzahl der Europäischen Region im Exekutivrat. Sie habe Verständnis für die von der Vertreterin Armeniens geäußerten Bedenken und versichere ihr, dass der SCRC sich nach besten Kräften um eine ausgewogene Lösung bemühen werde. Sie unterstrich auch nochmals, dass der nächste SCRC diese Fragen erneut aufgreifen bzw. weiterverfolgen müsse.

### **Generaldirektorenamt der Weltgesundheitsorganisation**

*(EUR/RC58/BD/1)*

Der Stellvertretende Exekutivpräsident erinnerte daran, dass der Exekutivrat auf seiner 122. Tagung beschlossen habe, die Frage, nach welchen Kriterien die Auswahl eines künftigen Generaldirektors bzw. einer künftigen Generaldirektorin der WHO erfolgen solle, an die sechs Regionalkomitees zu verweisen. Das dem Regionalkomitee vorliegende Dokument, das vom WHO-Sekretariat erstellt worden sei, enthalte eine Reihe von Optionen bezüglich möglicher Verfahren. Die Ansichten des Regionalkomitees zu diesen Optionen würden dann dem Exekutivrat auf seiner nächsten Tagung unterbreitet.

Eine Vertreterin ergriff im Namen der Europäischen Union, der Kandidatenländer Kroatien, ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei, der potenziellen Kandidatenländer Albanien, Montenegro und Serbien sowie Norwegens als Mitglied der Europäischen Freihandelsassoziation und des Europäischen Wirtschaftsraums und ferner Armeniens, Georgiens, Der Republik Moldau und der Ukraine

(die sich der Erklärung anschlossen) das Wort. Sie vertrete die Ansicht, dass persönliche und professionelle Qualifikationen die vorrangigen Kriterien für die Auswahl der Kandidaten für den Posten des Generaldirektors der WHO sein sollten, und ziehe daher die erste der im Dokument aufgeführten Optionen vor, die in der Beibehaltung des Status Quo bestehe. Darüber hinaus unterstrich sie die Notwendigkeit, die möglichen politischen und rechtlichen Folgen der Einführung des Prinzips der geografischen Rotation eingehend zu analysieren, um dem Exekutivrat die Folgen einer solchen Entscheidung im Kontext der Vereinten Nationen deutlich vor Augen zu führen (Präzedenzfall).

Ein anderer Vertreter räumte ein, dass eine umgekehrte Diskriminierung bei der Auswahl der Kandidaten für den Posten des Generaldirektors zwar nicht angemessen sei, sprach sich aber dennoch für Option 2 aus, nach der Kandidaten aus bestimmten Regionen in besonderer Weise berücksichtigt werden sollen.

### **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2009–2012**

*(EUR/RC58/Conf.Doc./7)*

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC58/R6, mit der beschlossen bzw. bestätigt wird, dass die 59. Tagung vom 14. bis zum 17. September 2009 im Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, Dänemark, abgehalten wird; die 60. Tagung vom 13. bis zum 16. September 2010 in Moskau, Russische Föderation, stattfindet; die 61. Tagung vom 12. bis zum 15. September 2011 in Kopenhagen abgehalten wird und die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 stattfindet (Entscheidung über den Ort steht noch aus).

Der Vertreter Maltas bot im Namen seines Landes an, die 62. Tagung auszurichten, während der Vertreter Litauens das Angebot seines Landes unterbreitete, die 62. oder 64. Tagung zu beherbergen. Beide Angebote wurden dankbar entgegengenommen.

## Resolutionen

### EUR/RC58/R1

#### **Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007 (Dokument EUR/RC58/4) und des dazugehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2006–2007 (Dokument EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006–2007)) –

1. DANKT dem Regionaldirektor für seinen Bericht;
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2006–2007 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK;
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, bei der Weiterentwicklung der Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros die während der Aussprache auf der 58. Tagung vorgebrachten Vorschläge gebührend zu berücksichtigen und einzubeziehen.

### EUR/RC58/R2

#### **Programmhaushaltsentwurf für 2010–2011**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsentwurfs für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 (Dokument EUR/RC58/8) und der dazugehörigen regionalen Perspektive (EUR/RC58/8 Add.1) und nach Kenntnisnahme der diesbezüglichen Stellungnahme des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sowie des Regionalkomitees selbst,

unter Begrüßung der kontinuierlichen Bemühungen in der gesamten Organisation um Vorlage eines stärker zielgerichteten Haushalts mit einer nun längerfristigen strategischen Zielsetzung, die sich über drei Zweijahreszeiträume erstreckt und die in den Zielen des Mittelfristigen Strategieplans zum Ausdruck kommt,

in Kenntnis der Tatsache, dass der Haushaltsentwurf im Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 steht, in der der Regionaldirektor ersucht wurde, das regionale Element des Programmhaushalts in Übereinstimmung mit den für die Vorlage des globalen Programmhaushalts zu Grunde gelegten Prinzipien darzustellen und zugleich die Prioritäten und Besonderheiten der Region herauszuarbeiten,

weiterhin in Kenntnis der Tatsache, dass der vorliegende Haushaltsentwurf angesichts der Tatsache, dass der Generaldirektor nach Artikel 34 der Satzung der WHO die Haushaltsvoranschläge der Organisation vor der endgültigen Zustimmung durch die Weltgesundheitsversammlung dem Exekutivrat zu unterbreiten hat, noch als vorläufig anzusehen ist –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, der Generaldirektorin die vom Regionalkomitee in Bezug auf den Programmhaushaltsentwurf vorgebrachten Ansichten, Stellungnahmen und Vorschläge zu übermitteln, die bei der Fertigstellung des Programmhaushalts zu berücksichtigen sind;

2. NIMMT den im Dokument EUR/RC58/8 enthaltenen globalen Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 ZUR KENNTNIS, der durch ordentliche sowie freiwillige Beiträge finanziert wird, sofern letztere zur Verfügung stehen;
3. BEFÜRWORTET die in dem Dokument *Programmahaushaltsentwurf 2010–2011: Die Perspektive der Europäischen Region* (EUR/RC58/8 Add.1) vorgegebene strategische Zielrichtung.

### EUR/RC58/R3

#### Einsetzung einer regionalen Auswahlkommission

Das Regionalkomitee –

gemäß Regel 47 seiner Geschäftsordnung –

1. SETZT eine aus den nachfolgend aufgeführten Mitgliedern und Stellvertretern bestehende Regionale Auswahlkommission EIN:

Mitglieder:

Portugal  
 Russische Föderation  
 Türkei

Stellvertreter:

Schweden  
 Armenien  
 Lettland;

2. ERSUCHT die Regionale Auswahlkommission, ihre Arbeit in Übereinstimmung mit der Geschäftsordnung des Regionalkomitees sowie anderen, in Dokument EUR/RC58/Inf.Doc./2 festgelegten Kriterien durchzuführen und dem Regionalkomitee auf dessen 59. Tagung über diese Arbeit zu berichten.

### EUR/RC58/R4

#### Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC55/R8 über die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region in Fortsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert wurden, ihre von den Werten der WHO und von durch die Mitgliedstaaten unterstützten Grundsätzen geleiteten politischen Ziele auszuarbeiten und sich dabei von transparenten Überwachungs- und Bewertungsprozessen unterstützen zu lassen,

unter Hinweis auf seine Resolutionen EUR/RC57/R2 (Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse) und EUR/RC57/R1 (Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region),

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA56.21 zur Funktion vertraglicher Bestimmungen für die Verbesserung der Gesundheitssystemleistung, WHA58.17 zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern und WHA61.18 zur Begleitung der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele,

in Anerkennung der Herausforderungen, die sich den Regierungen bei der Lenkung der Gesundheitssysteme in Richtung besserer Leistungen stellen, und der Bedeutung der Steuerungsfunktion für die Gesundheitssysteme, welche die Gesundheitsministerien als Teil der Regierung ausüben,

in Anbetracht der Erörterungen und Bemerkungen auf der 58. Tagung des Regionalkomitees über Erkenntnisse und praktische Ansätze zur Verbesserung der Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien und Regierungen,

nach Prüfung von Dokument EUR/RC58/9 mit dem Titel „Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region“,

nach Prüfung der Charta von Tallinn, die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ angenommen wurde –

1. BEGLÜCKWÜNSCHT das WHO-Regionalbüro für Europa zur Veranstaltung der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn in Zusammenarbeit mit Partnern und maßgeblichen Akteuren;
2. DANKT der Regierung Estlands für die Ausrichtung der Ministerkonferenz und deren ausgezeichnete Vorbereitung;
3. UNTERSTÜTZT die auf der Ministerkonferenz angenommene Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand als politische Leitlinie und strategische Orientierungshilfe für regionsweite Maßnahmen in diesem Bereich;
4. ERKENNT die positiven Entwicklungen AN, welche die Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO seit 2005 ausgelöst haben;
5. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) die Zusammenarbeit im Rahmen der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa fortzusetzen,
  - b) die Steuerungsfunktionen der Gesundheitsministerien und der Regierungen für das Gesundheitssystem gemäß den in Dokument EUR/RC58/9 zum Thema Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO sowie in der Charta von Tallinn skizzierten Grundzügen zu stärken,
  - c) für die systematische Gewinnung von Daten und Erkenntnissen, hierunter die durch die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme in Tallinn verfügbaren, über die Leistung von Gesundheitssystemen und andere relevante (epidemiologische, ökonomische usw.) Themen und ihre Nutzung in Entscheidungsprozessen Sorge zu tragen, damit die Bedürfnisse der Menschen besser erfüllt und die Gesundheitssystemziele erreicht werden,
  - d) sicherzustellen, dass robuste Strategien für Gesundheitssysteme existieren, die im Einklang mit den Werten der WHO und der Länder stehen und mit klaren Leistungserwartungen verknüpft sind,

- e) die Gesundheitssysteme stärker für die Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen der Menschen empfänglich zu machen und dabei deren Rechte und Pflichten in Bezug auf die eigene Gesundheit anzuerkennen und die maßgeblichen Interessengruppen in die Politikgestaltung und -umsetzung einzubinden,
  - f) die Vielfalt der ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente (wie Rahmengesetze und Anreize) für das Erreichen der Gesundheitssystemziele zu nutzen, wo dies erforderlich ist,
  - g) sicherzustellen, dass die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal sich an ethischen Überlegungen und länderübergreifender Solidarität sowie an einem Verhaltenskodex orientiert,
  - h) die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Sinne der Bewältigung der weit gefassten sozialen Determinanten der Gesundheit zu fördern und ein ganzheitliches Konzept der Versorgung zu gewährleisten, das die Bereiche Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beinhaltet,
  - i) einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung als grundlegendes Mittel zur Verwirklichung von Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich sicherzustellen,
  - j) durch eine stärker systematisierte Auswertung ihrer eigenen Steuerung des Gesundheitssystems weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Steuerungsfunktion zu gewinnen,
  - k) sicherzustellen, dass die Koordinierung von Hilfe gemäß den Prinzipien der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe: Eigenverantwortung, Harmonisierung, Partnerausrichtung, Ergebnisorientierung und gegenseitige Rechenschaftspflicht erfolgt, wann immer dies sinnvoll ist;
6. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) Schritte zu unternehmen, welche die Gesundheitsministerien bei der Weiterentwicklung ihrer Kompetenz zur Ausübung der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem und hierunter ihrer Fähigkeit zur Federführung bei sektorübergreifenden Anstrengungen der gesamten Regierung zur Bewältigung der weiter gefassten Gesundheitsdeterminanten unterstützen,
  - b) die Weiterentwicklung relevanter Evaluierungsinstrumente, Leistungsindikatoren und Mindestnormen zu fördern, mit denen die Wirksamkeit der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem in einem Kontext aus Rechenschaftspflicht, Pluralismus und Transparenz bewertet werden kann,
  - c) die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Bereich erfolgreicher Steuerungspraktiken für Gesundheitssysteme zu erleichtern und ihren Austausch von Fallstudien aus der Europäischen Region der WHO und darüber hinaus zu fördern,
  - d) die Zusammenarbeit zum Thema Gesundheitssysteme mit anderen internationalen Organisationen, die mit Gesundheit befasst und auf diesem Gebiet tätig sind, wie der Weltbank, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, der Internationalen Organisation für Migration, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, dem Europarat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, der Europäischen Kommission und verwandten Einrichtungen sowie der Europäischen Investitionsbank und anderen Akteuren zu fördern,
  - e) dem Regionalkomitee im Jahr 2011 und abschließend im Jahr 2015 über Maßnahmen des WHO-Regionalbüros für Europa zur Unterstützung der Mitgliedstaaten sowie über deren Fortschritte bei der Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme in Tallinn Bericht zu erstatten.

**EUR/RC58/R5****Überprüfung des Berichterstattungsverfahrens an das Regionalkomitee  
über Resolutionen früherer Tagungen**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung von Dokument EUR/RC58/11 über das Berichterstattungsverfahren an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen,

in Anbetracht der Tatsache, dass in einer Reihe von Resolutionen eine unbefristete Berichterstattung gegenüber dem Regionalkomitee vorgesehen ist,

in der Erkenntnis, dass die zunehmende Zahl von Resolutionen, die mit Berichterstattungspflichten verbunden sind, Auswirkungen auf Tagesordnung und Programm künftiger Tagungen des Regionalkomitees haben wird, und in dem Wunsch, die Zeit während dieser Tagungen optimal zu nutzen –

1. BEFÜRWORTET die in Dokument EUR/RC58/11 enthaltenen Empfehlungen;
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) dafür Sorge zu tragen, dass die Berichterstattungsregelung in Bezug auf die Umsetzung der Resolutionen klar definiert sein müssen und dass bei Resolutionen, für die mehr als eine Rückmeldung erforderlich ist, die Abstände zwischen den einzelnen Berichten mindestens drei und höchstens fünf Jahre betragen,
  - b) für jede Resolution einen konkreten Endtermin für die Rückmeldung an das Regionalkomitee vorzuschlagen,
  - c) die Praxis der unbefristeten Berichterstattung zu beenden.

**EUR/RC58/R6****Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees  
in den Jahren 2009–2012**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 57. Tagung angenommene Resolution EUR/RC57/R3 –

1. BESTÄTIGT, dass die 59. Tagung vom 14. bis 17. September 2009 in Kopenhagen abgehalten wird;
2. BESTÄTIGT, dass die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Moskau (Russische Föderation) abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 61. Tagung vom 12. bis 15. September 2011 in Kopenhagen abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

## EUR/RC58/R7

### **Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC58/5 und EUR/RC58/5 Add.1) –

1. DANKT der Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 58. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 58. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

## EUR/RC58/R8

### **Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC55/R8 über die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region als Fortsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert wurden, ihre von den Werten der WHO und von durch die Mitgliedstaaten unterstützten Grundsätzen geleiteten politischen Ziele auszuarbeiten und sich dabei transparenter Überwachungs- und Bewertungsprozesse zu bedienen,

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC56/R2 über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO,

in Anerkennung der bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und ihrer laufenden Bemühungen im Rahmen der Europäischen Anti-Tabak-Strategie (EUR/RC52/R12), des Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC55/R1), des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (EUR/RC57/R4), des Aktionsplans zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC54/R3) und der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (EUR/RC55/R6),

unter Hinweis auf Resolution WHA53.17 über die Globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, die Resolutionen WHA56.1 über das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und WHA58.26 über durch Alkoholmissbrauch verursachte Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie die Resolution EB117.R9 des Exekutivrats über Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt und Resolution WHA61.4 über Strategien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs,

in der Erkenntnis, dass epidemiologische Studien darauf hindeuten, dass verhaltensbezogene Risikofaktoren heute die führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität in der Europäischen Region der WHO sind, und in Anerkennung der Hinweise darauf, dass individuelles Gesundheitsverhalten nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern meist untrennbar mit den sozialen Determinanten von Gesundheit verbunden ist,

in Anbetracht der Diskussionen und Stellungnahmen auf der 58. Tagung des Regionalkomitees über die Erkenntnisse und konkreten Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitssysteme und die Aufgaben der Gesundheitsministerien und Regierungen,

nach Prüfung der für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ vorbereiteten Dokumente,

nach Prüfung von Dokument EUR/RC58/10 mit dem Titel „Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO“ –

1. WÜRDIGT die Bemühungen des WHO-Regionalbüros für Europa in den vergangenen Jahren um Sensibilisierung für eine Reihe von sektorübergreifenden Gesundheitsthemen wie das Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, die Internationalen Gesundheitsvorschriften, den Themenkomplex Umwelt und Gesundheit und die Bekämpfung der Adipositas sowie für allgemeine Fragen der Bevölkerungsgesundheit;
2. ERKENNT die Bemühungen des WHO-Regionalbüros für Europa in den vergangenen Jahren AN, in diesen Bereichen Orientierungshilfe zu leisten und eine strategische Ausrichtung zu ermöglichen und sie mit der Entwicklung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zu verknüpfen;
3. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF, ihre Zusammenarbeit im Rahmen der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa durch folgende Maßnahmen fortzusetzen:
  - a) Bestimmung der Bereiche von hoher Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung (wie Raucherentwöhnung, mehr Bewegung, ausgewogenere Ernährung und Minimierung des Alkoholmissbrauchs), die sich für (auch nur begrenzte) Initiativen gemäß den Vorgaben von Dokument EUR/RC58/10 eignen,
  - b) Verwendung der jeweils erforderlichen Instrumente und Strategien wie Ordnungspolitik, Bildungsmaßnahmen, Motivationsmethoden, Einzel- oder Gruppenberatung und Kompetenzbildung auf lokaler Ebene, um unter Nutzung von Synergieeffekten zur Erreichung der angestrebten Ziele für die Gesundheitssysteme beizutragen,
  - c) Gewährleistung der Schaffung eines oder mehrerer spezifischer Teams mit jeweils klarem Auftrag, Konzepte und Strategien im Rahmen der Gesundheitssysteme zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen auf Ebene der Bevölkerungsgesundheit wie auch der individuellen Gesundheitsversorgung zu erforschen und die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitsministerien und aller maßgeblichen Akteure bei der Führung, Finanzierung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen, ggf. unter gleichzeitiger Einbeziehung anderer Sektoren im Sinne einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit, festzulegen,
  - d) Erleichterung des Zugangs auf nationaler Ebene zu den vorliegenden Informationen in Bezug auf Verhaltensänderungen in der Europäischen Region der WHO, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu fördern und die Übertragbarkeit erfolgreicher Interventionen auf andere Bereiche zu gewährleisten,

- e) Gewährleistung, dass solche Erfahrungen in Bezug auf optimalen Gegenwert sowie auf Rechenschaftspflicht und Transparenz ordnungsgemäß ausgewertet werden, um so Erkenntnisse über die Kosten und Effektivität von Verhaltensänderungen zu gewinnen und gleichzeitig auf eine systematischere Verknüpfung mit den Gesundheitssystemen und der Steuerungsfunktion hinzuwirken;
4. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf Fallstudien und Demonstrationsprojekte im Bereich der Verhaltensänderungen in der Europäischen Region der WHO und darüber hinaus zu erleichtern, um die maßgeblichen gesundheitssystembezogenen Faktoren zu dokumentieren und die Vermittlung der wesentlichen Lehren und die Übertragbarkeit von Erfolgen zu ermöglichen,
  - b) auf entsprechende Aufforderung hin Maßnahmen zu ergreifen, um die Gesundheitsministerien bei der Entwicklung ihrer Kompetenz für die Herbeiführung von Verhaltensänderungen u. a. durch integrierte sektorübergreifende Konzepte und Strategien innerhalb ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen,
  - c) die Europäische Region der WHO im Hinblick auf die bevorstehenden Debatten auf der 62. Weltgesundheitsversammlung über den Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit und den Aktionsplan für die globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (Resolution WHA61.14 der Weltgesundheitsversammlung über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten: Umsetzung der globalen Strategie) sowie auf die bevorstehende Debatte auf der 63. Weltgesundheitsversammlung über die Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs (Resolution WHA61.4 der Weltgesundheitsversammlung über Strategien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs) zu positionieren,
  - d) eine zuverlässige und methodisch sinnvolle Evaluation der auf nationaler und regionaler Ebene erzielten Fortschritte in diesem Bereich (individuelle Gesundheit und Bevölkerungsgesundheit, Krankheitslast, Gesundheitskosten und die wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Verknüpfung von Theorie und Praxis) vorzunehmen,
  - e) zusammen mit denjenigen Mitgliedstaaten, die spezifische Interessen in diesem Bereich haben, die wichtigsten Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen für die Gesundheitssysteme sowie für die staatliche Politik allgemein zu untersuchen,
  - f) dem Regionalkomitee im Jahr 2015 über Maßnahmen des WHO-Regionalbüros für Europa zur Unterstützung der Mitgliedstaaten und über deren Fortschritte bei der Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme 2008 in Tallinn Bericht zu erstatten.



*Anhang 1*

**Tagesordnung**

**1. Eröffnung der Tagung**

Wahl des Präsidenten, des Exekutivpräsidenten, des Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und des Berichterstatters

Annahme der Tagesordnung und des Programms

**2. Ansprache der Generaldirektorin**

**3. Ansprache des Regionaldirektors und Bericht über die Arbeit des Regionalbüros**

**4. Allgemeine Aussprache**

**5. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**

**6. Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)**

**7. Grundsatz- und Fachfragen**

- a) Programmaushaltsentwurf 2010–2011
- b) Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region: Erfüllung der anlässlich der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ eingegangenen Verpflichtungen
- c) Verhaltensänderungsstrategien und Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme
- d) Berichterstattung an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen

**8. Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa**

- Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Immunisierung
- Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich Verletzungsprävention und Prävention alkoholbedingter Probleme, und entsprechende Lösungskonzepte.

**9. Wahlen und Nominierungen**

**Geschlossene Sitzung:**

- a) Nominierung von vier Mitgliedern für den Exekutivrat
- b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
- c) Wahl eines Mitglieds für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- d) Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission für die Ermittlung von Kandidaten für den Posten des Regionaldirektors

**Öffentliche Sitzung:**

- e) Das Generaldirektorenamt der Weltgesundheitsorganisation (vom Exekutivrat an das Regionalkomitee überwiesene Angelegenheit)

10. **Bestätigung von Ort und Zeit der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2009–2012**
11. **Sonstige Angelegenheiten**
12. **Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

**Fachsitzungen**

Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit  
Schutz der Gesundheit vor den Folgen des Klimawandels

*Anhang 2*

**Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente**

**Arbeitsdokumente**

EUR/RC58/1 Rev.1	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC58/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC58/3	Vorläufiges Programm
EUR/RC58/4	Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007 Zweijahresbericht des Regionaldirektors
EUR/RC58/5	Bericht des Fünfzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC58/5 Add.1	Fünfzehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees Berichte der Sondersitzungen und der sechsten Tagung
EUR/RC58/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC58/7	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC58/7 Add.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC58/8	Programmhaushaltswurf 2010–2011
EUR/RC58/8 Add.1	Programmhaushaltswurf 2010–2011 – die Perspektive der Europäischen Region
EUR/RC58/9	Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region
EUR/RC58/10	Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme
EUR/RC58/11	Überprüfung des Berichterstattungsverfahrens an das Regionalkomitee über Resolutionen früherer Tagungen

**Informationsdokumente**

EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006–2007)	Programme Budget 2006–2007 Performance Assessment Report
EUR/RC58/Inf.Doc./2	Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission
EUR/RC58/Inf.Doc./3	Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit
EUR/RC58/Inf.Doc./4	Primäre Gesundheitsversorgung

**Hintergrunddokumente**

EUR/RC58/BD/1	Generaldirektorenamt der Weltgesundheitsorganisation
---------------	--



*Anhang 3*

**Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer**

**I. Mitgliedstaaten**

**Albanien**

*Repräsentant*

Dr. Arben Ivanaj  
Stellvertretender Gesundheitsminister

**Andorra**

*Repräsentanten*

Frau Eva Descarrega Garcia  
Leiterin, Abteilung für bilaterale und konsularische Angelegenheiten und die Europäische Union,  
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Herr Josep M. Casals Alís  
Leiter, Referat Nahrung und Ernährung, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt, Familie und  
Wohnungsbau

**Armenien**

*Repräsentanten*

Prof. Harutyun Kushkyan  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Hrach Sylvanyan  
Botschafter Armeniens in Georgien

*Stellvertreterinnen*

Dr. Narine Beglaryan  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Gayane Sahakyan  
Leitende Sachverständige, Abteilung Epidemiologie übertragbarer und nicht-übertragbarer Krank-  
heiten, Staatliches Hygieneinstitut für Epidemiebekämpfung, Gesundheitsministerium

## **Aserbaidtschan**

### *Repräsentanten*

Dr. Abbas Valibayov  
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Jeyhun Mammadov  
Leiter, Zentrum für Öffentliche Gesundheit und Reformen, Gesundheitsministerium

## **Belgien**

### *Repräsentantin*

Frau Leen Meulenbergs  
Chef du Service des Relations Internationales, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

## **Bosnien und Herzegowina**

### *Repräsentantinnen*

Dr. Drazenka Malicbegovic  
Stellvertretende Ministerin für den Bereich Gesundheitsversorgung, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten

Dr. Amela Lolić  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

### *Stellvertreter*

Dr. Goran Cerkez  
Stellvertretender Minister, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Bundesministerium für Gesundheit

## **Bulgarien**

### *Repräsentanten*

Prof. Lyubomir Ivanov  
Leiter, Staatliches Zentrum zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Dora Mircheva  
Leitende Sachverständige, Staatliches Zentrum zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Frau Desislava Parusheva  
Zweite Sekretärin, Direktorat für Menschenrechte und internationale humanitäre Organisationen, Außenministerium

## **Dänemark**

### *Repräsentanten*

Herr Jesper Fisker  
Generaldirektor, Dänisches Gesundheitsamt

Herr Mogens Jørgensen  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Prävention

### *Stellvertreterin*

Frau Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

### *Beraterin*

Frau Helle Engslund Krarup  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Prävention

## **Deutschland**

### *Repräsentanten*

Dr. Ewold Seeba  
Generaldirektor, Abteilung Z, Zentralabteilung Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit

Herr Udo Scholten  
Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Z, Zentralabteilung Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit

### *Stellvertreter*

Frau Dagmar Reitenbach  
Leiterin, Referat Z 34, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Herr Gunnar Berkemeier  
Attaché, Ständige Vertretung Deutschlands bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

### *Beraterin*

Frau Chariklia Tzimas  
Beraterin, Referat Z 34, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

### *Repräsentant*

Dr. Vladimir Lazarevik  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

## **Estland**

### *Repräsentantinnen*

Frau Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

Dr. Ülla Karin Nurm  
Leiterin, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

### *Stellvertreterin*

Frau Heli Laarmann  
Leiterin, Chemikaliensicherheit, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

## **Finnland**

### *Repräsentanten*

Prof. Pekka Puska  
Generaldirektor, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

Dr. Tapani Melkas  
Direktor, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### *Stellvertreterinnen*

Dr. Taru Koivisto  
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### *Beraterinnen*

Frau Salla Sammalkivi  
Zweite Sekretärin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Frau Maire Kolimaa  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Maria Waltari  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Jutta Immanen-Pöyry  
Leiterin, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit

## **Frankreich**

### *Repräsentanten*

Seine Exzellenz Herr Éric Fournier  
Ambassadeur de France en Géorgie

Prof. Didier Houssin  
Directeur général de la santé, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

*Stellvertreter*

Herr Michel Baran  
Premier conseiller de l'Ambassadeur de France en Géorgie

*Beraterinnen*

Frau Brigitte Arthur  
Chef du bureau international de la Santé et de la protection sociale à la Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Frau Isabelle Virem  
Chargée de mission à la Mission des Affaires européennes et internationales à la Direction générale de la santé, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Frau Géraldine Bonnin  
Chargée de mission, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Frau Natacha Tolstoi  
Rédactrice au Ministère des Affaires étrangères et européennes

Frau Anne Cécile Bard  
Stagiaire à la Représentation Permanente de la France près l'Office des Nations Unies

**Georgien**

*Repräsentanten*

Herr Alexander Kvitashvili  
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Prof. Nikoloz Pruidze  
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

*Stellvertreter*

Dr. Irakli Giorgobiani  
Erster Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Frau Manana Jebashvili  
Stellvertretende Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Otar Toidze  
Vorsitzender, Parlamentarischer Ausschuss für Gesundheitsversorgung und Soziales

*Berater*

Herr Giorgi Menabde  
Rektor, Staatliche Medizinische Universität Tiflis

Prof. Alexander Tsiskaridze  
Dekan, Medizinische Fakultät, Staatliche Universität Tiflis

Frau Nino Esakia  
Exekutivdirektorin, Zentrum für die Umsetzung von Projekten der Gesundheits- und Sozialversorgung

Prof. Paata Imnadze  
Generaldirektor, Staatliches Zentrum für Krankheitsbekämpfung und öffentliche Gesundheit

Dr. Sophio Lebanidze  
Leiterin, Abteilung Gesundheitswesen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Frau Nino Mirzikashvili  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

*Sekretäre*

Dr. Devi Tabidze  
Leiter, Büro des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Herr David Chkhatarashvili  
Leiter, Verwaltung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Zaza Bokhua  
Berater, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Frau Irma Mjavanadze  
Leiterin, Politische Konzepte, Abteilung Gesundheitswesen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## **Griechenland**

*Repräsentantin*

Prof. Jenny Kremastinou  
Staatliche Schule für öffentliche Gesundheit

*Berater*

Dr. Dimitrios Eftimiadis  
Kardiologe, Nationales Zentrum für Notfallmedizin

*Sekretärin*

Frau Maria Liodaki  
Direktion Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

## **Island**

*Repräsentanten*

Herr David Á. Gunnarsson  
Sondergesandter für globale Gesundheit, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Frau Sigridur Berglind Ásgeirsdóttir  
Ständige Sekretärin, Gesundheitsministerium

## Israel

### *Repräsentanten*

Herr Y. Ben-Yizri  
Gesundheitsminister

Prof. Avi Israeli  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Herr Yair Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Information und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Frau Galit Levy  
Beraterin des Gesundheitsministers

Herr Tal Harel  
Kommunikationsreferent, Gesundheitsministerium

## Italien

### *Repräsentant*

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## Kasachstan

### *Repräsentanten*

Herr Igor Musalimov  
Geschäftsträger, Botschaft Kasachstans in Georgien

Herr Marat Askarov  
Zweiter Botschaftssekretär, Botschaft Kasachstans in Georgien

## Kirgisistan

### *Repräsentant*

Dr. Marat Mambetov  
Gesundheitsminister

## Kroatien

### *Repräsentanten*

Dr. Ante-Zvonimir Golem  
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Frau Sibila Žabica  
Beraterin für Europäische Integration, Büro des Ministers, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

## Lettland

### *Repräsentanten*

Herr Rinalds Muciņš  
Unterstaatssekretär für Politikplanung, Gesundheitsministerium

Frau Līga Šerna  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Viktors Jaksons  
Berater des Staatssekretärs für internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

## Litauen

### *Repräsentant*

Herr Gediminas Černiauskas  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Herr Viktoras Meižis  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

### *Beraterinnen*

Prof. Zita Ausrele Kučinskienė  
Dekanin, Medizinische Fakultät, Universität Wilnius

Frau Rita Pazdrazdyte  
Leiterin, Abteilung für gesundheitspolitische Strategien, Gesundheitsministerium

## Malta

### *Repräsentant*

Herr Joseph M. Stafrace  
Stellvertretender Direktor, Büro des Generaldirektors, Abteilung Gesundheitsvorschriften, Ministerium für Sozialpolitik

## **Monaco**

### *Repräsentanten*

Dr. Anne Nègre  
 Directeur de l'action sanitaire et sociale

Herr Gilles Realini  
 Troisième Secrétaire à la Mission Permanente de la Principauté de Monaco auprès de l'Office des Nations Unies

## **Montenegro**

### *Repräsentant*

Prof. Miodrag Radunović  
 Minister für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

### *Beraterinnen*

Frau Mina Brajović  
 Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales

Frau Nina Milović  
 Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales

## **Niederlande**

### *Repräsentanten*

Herr Marc J.W. Sprenger  
 Generaldirektor, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt

Frau Annemiek van Bolhuis  
 Direktorin für Ernährungsfragen, Abteilung Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterinnen*

Frau Frieda M. Nicolai  
 Leitende Politische Beraterin, Gesundheitsministerium

Frau Regine Aalders  
 Koordinatorin, Globale Gesundheit, Gesundheitsministerium

### *Beraterin*

Frau Radha Gobind  
 Politische Beraterin, Abteilung Vereinte Nationen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

## Norwegen

### *Repräsentanten*

Dr. Bjørn-Inge Larsen  
Generaldirektor, Direktion für Gesundheit und Soziales

Herr Ole T. Andersen  
Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Bereitschaft,  
Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### *Stellvertreter*

Herr Bernt Bull  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Frau Tone Wroldsen  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### *Berater*

Herr Arne-Petter Sanne  
Leiter, Multilaterale Angelegenheiten, Sekretariat für internationale Zusammenarbeit, Direktion für  
Gesundheit und Soziales

Herr Thor Erik Lindgren  
Berater, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

## Österreich

### *Repräsentanten*

Dr. Andrea Kdolsky  
Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend

Prof. Hubert Hrabcik  
Generaldirektor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Familie  
und Jugend

### *Stellvertreter*

Dr. Helmut Friza  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung Österreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

### *Beraterinnen*

Dr. Reinhild Strauss  
Leiterin, Abteilung Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung und Krisenmanagement, Bundes-  
ministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Frau Daniela Klinser  
Pressereferentin des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

## Polen

### *Repräsentanten*

Dr. Adam Fronczak  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Herr Wojciech Kutyla  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Frau Sylwia Lis  
Leiterin, Abteilung Krankenversicherungswesen, Gesundheitsministerium

Herr Piotr Warczynski  
Leiter, Abteilung Organisation des Gesundheitssystems, Gesundheitsministerium

Frau Ineza Dagmara Królik  
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## Portugal

### *Repräsentanten*

Prof. Maria Céu Machado  
Hohe Kommissarin für Gesundheit

Dr. Francisco Henrique Moura George  
Generaldirektor für Gesundheit

### *Stellvertreter*

Frau Filipa Pedrosa  
Beraterin der Hohen Kommissarin für Gesundheit

Dr. Paulo Jorge de Morais Zamith Nicola  
Berater der Hohen Kommissarin für Gesundheit

## Republik Moldau

### *Repräsentantinnen*

Dr. Mircea Buga  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Dr. Eugenia Berzan  
Leiterin, Abteilung internationale Beziehungen und externer Beistand, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Herr Oleg Lozan  
Leiter, Managementchule für öffentliche Gesundheit, Staatliche Hochschule für Medizin und Pharmazeutik

## Rumänien

### *Repräsentanten*

Dr. Laurentiu T. Mihai  
Generaldirektor, Ministerium für öffentliche Gesundheit

Dr. Cristina Vladu  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für öffentliche Gesundheit

## San Marino

### *Repräsentant*

Herr Marino Guidi  
Bevollmächtigter Minister, Ständige Vertretung San Marinos bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

## Schweden

### *Repräsentanten*

Herr Lars-Erik Holm  
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Herr Fredrik Lennartsson  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Soziales

### *Stellvertreter*

Frau Anna Halén  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Frau Maria Möllergren  
Rechtsberaterin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Herr Bosse Pettersson  
Leitender Berater, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit

## Schweiz

### *Repräsentanten*

Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Vizedirektor, Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Herr Jean-Daniel Biéler  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Dr. Ewa Mariéthoz  
Projektleiterin, Gesundheitsdirektorenkonferenz

### *Berater*

Herr Nicolas Plattner  
Dritter Botschaftssekretär, Ständige Vertretung der Schweiz bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

## Serbien

### *Repräsentanten*

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister

Dr. Elizabet Paunović  
Stellvertretende Ministerin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Prof. Snežana Simić  
Persönliche Beraterin des Gesundheitsministers

### *Beraterin*

Frau Ana Vuksanović  
Leiterin, Büro des Gesundheitsministers

## Slowakei

### *Repräsentant*

Herr Daniel Klačko  
Stellvertretender Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Herr Ivan Rovný  
Leiter der Gesundheitsbehörde

### *Beraterinnen*

Prof. Danka Farkašová  
Vize-Rektorin, Slowakische Medizinische Universität

Dr. Jaroslava Hurná  
Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Slowenien

### *Repräsentantinnen*

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Gesunde Lebensweisen, Gesundheitsministerium

Frau Nina Krtelj  
Beraterin, Gesundheitsministerium

## Spanien

### *Repräsentant*

Dr. José Martínez Olmos  
Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### *Stellvertreter*

Dr. Alberto Infante Campos  
Generaldirektor, Oberste Regulierungs- und Aufsichtsbehörde für Berufe und Kohäsion im Gesundheitssystem, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Frau María Teresa de Martín Martínez  
Programmkoordinatorin, Büro des Generalsekretärs für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### *Beraterin*

Frau Carmen Castañón Jiménez  
Stellvertretende Generaldirektorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

## Tschechische Republik

### *Repräsentant*

Herr Ivo Hartmann  
Generaldirektor, Wirtschaftliche und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit

### *Stellvertreter*

Dr. Jaroslav Volf  
Ständige Vertretung der Tschechischen Republik bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

Frau Lucie Wondřichová  
Abteilung Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

## Türkei

### *Repräsentant*

Prof. Sabahattin Aydın  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Herr Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinliç  
Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Frau Sevim Tezel Aydın  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Frau Elif Çalışkan  
Zweite Botschaftssekretärin, Botschaft der Türkei in Georgien

*Berater*

Dr. Ahmet Refik İmamecioğlu  
Gesundheitsministerium

Dr. Kemal Özgür Demiralp  
Gesundheitsministerium

**Ukraine**

*Repräsentanten*

Frau Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Prof. Vitaliy F. Moskalenko  
Rektor, Staatliche Medizinische Universität

*Stellvertreterin*

Prof. Olesya Hulchiy  
Vize-Rektorin für internationale Beziehungen, Staatliche Medizinische Universität

**Ungarn**

*Repräsentanten*

Dr. Mihály Kókény  
Vorsitzender, Parlamentarischer Gesundheitsausschuss

Dr. Ferenc Falus  
Leitender Medizinalbeamter

*Stellvertreter*

Dr. Árpád Mészáros  
Stellvertretender Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium

**Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland**

*Repräsentant*

Sir Liam Donaldson  
Chief Medical Officer, Department of Health

*Stellvertreter*

Dr. David R. Harper  
Director-General, Health Improvement and Protection, Department of Health

Frau Sarah Hendry  
Director of International Health, Department of Health

*Beraterin*

Frau Adetola Akinfolajimi  
Deputy International Business Manager, Department of Health

## **Weißrussland**

### *Repräsentant*

Dr. Vasily I. Zharko  
Gesundheitsminister

## **Zypern**

### *Repräsentanten*

Dr. Christos Patsalides  
Gesundheitsminister

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Christodoulos Kaisis  
Leitender Medizinalbeamter, Öffentliche Gesundheitsdienste, Gesundheitsministerium

## **II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa**

### *Kanada*

Dr. Garry Aslanyan  
Principal Adviser, International Public Health Division, Public Health Agency of Canada

## **III. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten**

### *Heiliger Stuhl*

Mgr. Jean-Marie Mpendawatu  
Pontifikalrat, Seelsorgerischer Beistand für Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung

## **IV. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen**

### *Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR)*

Frau Edina Dziho  
Beigeordnete Schutzreferentin, Georgia

Frau Tamar Magradze  
Schutzbeamtin, Georgia

### *Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)*

Dr. Tamar Khomasuridze  
Referentin für nationale Programme

Dr. Peer Sieven  
Direktor für Georgien, Armenien, Aserbaidschan und die Türkei

*Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO)*

Herr Mamuka Meskhi  
Beigeordneter Repräsentant in Georgien

*Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen*

Herr Reza Hossaini  
Vertreter des Kinderhilfswerks in der Türkei

*Weltbank*

Herr Abdo S. Yazbeck  
Abteilungsleiter, Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung, Europa und Zentralasien

**V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen**

*Europäische Kommission*

Frau Isabel de la Mata  
Herr Canice Nolan  
Dr. Matti Rajala

*Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten*

Frau Zsuzsanna Jakab

*Europarat*

Dr. Piotr Mierzewski

*Internationales Komitee vom Roten Kreuz*

Dr. Nikoloz Sadradze  
Leiter, Tuberkulose-Abteilung

**VI. Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten**

*Alzheimer's Disease International*

Herr Marc Wortmann

*Consumers International*

Frau Madonna Koidze  
Dr. Shalva Melkadze  
Frau Ketil Melkadze  
Dr. Rezo Kobakhidze

*International Association of Medical Regulatory Agencies*

Dr. David Watt

*International Pharmaceutical Federation*

Dr. Inger Lise Eriksen

*Internationaler Ärztinnenbund*

Frau Nino Zhvania

*Internationaler Verband für Familienplanung*

Frau Irene Donadio

*Weltärztebund*

Dr. Levan Labauri

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Frau Eteri Kakabadze

Dr. Rusudan Khatchapuridze

Frau Tamar Jincharadze

Herr Tengizi Chkhikvadze

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Frau Yelena Petrosyan

*Weltverband für Hämophilie*

Frau Catherine Hudon

## **VII. Beobachter**

*Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Herr Paul De Raeve

*Europäisches Forum der Ärzteverbände*

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

*EuroPharm Forum*

Dr. Inger Lise Eriksen

*Georgian Country Coordinating Mechanism*

Frau Nata Avaliani

Herr Akaki Lochoshvili

Frau Qetevan Nemsadze

Herr Archil Salakaia

Frau Tamar Sirbiladze

Herr Tengiz Tsertsvadze

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

Dr. Philippe Creach

Frau Ela Iashvili

Dr. Andreas Tamberg

Dr. Urban Weber

*Verbund Regionen für Gesundheit*

Dr. Pina Frazzica

## Anhang 4

### Bericht des WHO-Regionaldirektors für Europa

#### Von Belgrad nach Tiflis

Herr Präsident, Herr Premierminister, meine Damen und Herren Minister, meine Damen und Herren Vertreter der Mitgliedstaaten auf der 58. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa und ganz besonders Frau Sandra Roelofs, Gattin des georgischen Präsidenten.

Erlauben Sie mir eingangs all derer zu gedenken, die in jüngster Zeit in diesem Teil unserer Region ihr Leben verloren haben oder verwundet und vertrieben wurden. Lassen Sie mich auch Ihnen allen dafür danken, dass Sie die Mühe auf sich genommen haben, heute Morgen hier anwesend zu sein. Lassen Sie mich in Ihrem Namen sodann der georgischen Regierung dafür danken, dass sie ihren Verpflichtungen nachgekommen ist und unsere Anwesenheit heute hier ermöglicht hat.

Der Bericht, den ich heute Morgen vorlege, erstreckt sich über den seit dem Regionalkomitee in Belgrad im letzten September verstrichenen Zeitraum. Er nimmt zum Teil, aber nur zum Teil, das auf, was bereits im gedruckten Bericht steht, der an sie verteilt wurde und der die Jahre 2006 und 2007 behandelt.

#### Die wichtigsten Ereignisse des Jahres

Wenn ich dieses Jahr mit wenigen Worten beschreiben sollte, würde ich sagen, dass es ein exemplarisches Abbild von Aktivitäten und Problematiken in der Europäischen Region der WHO seit dem Jahr 2000 war.

Es ist offensichtlich, und ich denke, Sie werden diese Auffassung teilen, dass die Konferenz von Tallinn zum Thema Gesundheitssysteme ein Wendepunkt in der Entwicklung der Gesundheitspolitik war. Doch auch wenn schon das Ereignis an sich dem Thema mehr Sichtbarkeit und Glaubwürdigkeit verliehen hat, so hätte es allein nicht so viel erreichen können. In Wirklichkeit sind die vielen Vor- und Nacharbeiten zur Konferenz Hauptantriebskräfte des Prozesses. Die Tage in Tallinn haben den Abschluss einer langen Vorarbeit bedeutet, einen neuen Geist erweckt und praktische Wege zu seiner Umsetzung in die Praxis eröffnet.

Der zentrale Gedanke der Konferenz war eine erneute Bestätigung der Notwendigkeit, die Führung des Gesundheitssystems zu stärken und zu modernisieren. Hieran glauben wir alle ebenso wie an die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen zu deren Verbesserung. Die Instrumente zur Durchführung dieser Arbeit werden jetzt geschaffen. Ihre abschließende Ausrichtung und ihre allgemeine Nutzung erfolgen jetzt und in künftigen Phasen des langen Prozesses.

Ich möchte auch betonen, wie notwendig es ist, in das Leistungskonzept auch die menschliche Dimension aufzunehmen, denn diese ist für das Gesundheitswesen zentral. Der Begriff der Leistung ist im weitesten Sinne aufzufassen und sollte alle Aktivitäten einschließen, die zu einer besseren Gesundheit beitragen, ohne natürlich solche zu vergessen, die in anderen Sektoren erfolgen. Diese breit angelegte Version ist auch die des Rahmenkonzepts *Gesundheit für alle*.

Mich persönlich hat in diesem Jahr das Leiden, das ich in dem Mitgliedstaat unserer Region Tadschikistan mit eigenen Augen gesehen habe, sehr berührt. Das Gesundheitssystem dieses Landes geriet durch einen extrem langen und harten Winter in Schwierigkeiten. Ich habe natürlich versucht, die Regierung bei

der Mobilisierung der internationalen Gemeinschaft zu unterstützen. Ich bekenne, dass ich dabei Bilder gesehen habe, die ich nie vergessen kann. Insbesondere die Bilder von Müttern, die vergeblich versuchten die Schmerzen ihrer Kinder zu lindern, die sich an improvisierten Heizvorrichtungen verbrannt hatten. Ich werde auch nicht die psychiatrischen Zentren ohne Elektrizität und Heizung vergessen, wo die Kranken in den wenigen Zimmern zusammengepfercht lebten, die wegen der Sparzwänge noch benutzt werden konnten. Aber ich werde auch die Motivation des Personals in Erinnerung bewahren, das sich diesen außergewöhnlichen Bedingungen stellte. Seine menschliche Wärme und sein Lächeln haben die extremen Temperaturen etwas ausgeglichen. Ich habe mich auch sehr über die positive Reaktion der internationalen Gemeinschaft vor Ort und im Ausland auf meinen Appell im Namen der WHO gefreut. Die Unterstützung Norwegens war hier essenziell. Lassen Sie mich aus Anlass unserer Zusammenkunft meinen Appell vor Ihnen wiederholen. Es ist ein Appell an die Solidarität aber auch an den Realitätssinn, denn wie auch in Tallinn betont wurde, bedroht das Versagen eines Gesundheitssystems in einer gesundheitlichen Krisenlage die Gesundheit der gesamten Welt.

Ich möchte aus diesem Jahr noch eine weitere besondere Situation zur Erläuterung der Arbeit des Regionalbüros hervorheben, um daran die Komplexität unseres Arbeitsgebiets und die Notwendigkeit zu demonstrieren, unsere Maßnahmen auf solide Erkenntnisse zu stützen. In dem schwierigen Kampf zur Eliminierung der Masern und Röteln, den die Region aufgenommen hat, ist in der Ukraine ein bedauerlicher Unfall aufgetreten. Die Konsequenz davon war eine Verlangsamung und bis heute erhebliche Beeinträchtigung der Fortschritte in Richtung auf das von den Mitgliedstaaten für 2010 gewünschte Ziel. Wir hatten der Ukraine als dem wichtigsten Schauplatz dieser Krankheiten in unserer Region empfohlen, eine Massenimpfung der Bevölkerung im Alter von 15 bis 29 Jahren durchzuführen. Unserer Überzeugung nach kann nur eine solche Kampagne bei der Eliminierung dieser beiden Krankheiten helfen.

Leider verstarb zu Beginn der Kampagne ein junger Mann 15 Stunden nach seiner Impfung. Die Medien und die Konkurrenten des Impfstoffherstellers und auch ein Teil der Wissenschaft haben sich danach bemüht gefühlt der Bevölkerung ihre Gewissheit mitzuteilen, dass der Tod eine Folge der Impfung sei. Diese Einschätzung war falsch, denn mit dem gleichen Impfstoff wurden bereits Millionen von Impfungen durchgeführt und es mag zwar einige unerwünschte Ereignisse und auch einige wenige Todesfälle gegeben haben; doch in keinem Fall gab es eine mit dem untersuchten Fall vergleichbare Symptomatik oder ist ein Tod nach einer vergleichbaren Zeitspanne aufgetreten. Das Regionalbüro ist von diesen Belegen überzeugt und hat für die Wiederaufnahme der Kampagne geworben und zugleich garantiert, dass alle Maßnahmen für eine optimale Impfsicherheit getroffen wurden.

Heute hoffen wir, dass die Kampagne wieder aufgenommen wird. Wir werden mit dem Gesundheitsminister an dieser Perspektive arbeiten. Besondere Bemühungen zur Wiederherstellung des Vertrauens der Öffentlichkeit und der Medien sind allerdings weiterhin so notwendig wie nie zuvor; und hieran arbeiten wir ebenfalls mit.

Ich möchte heute Morgen auch unsere verstärkten Aktivitäten auf dem Gebiet der Migration von Gesundheitspersonal hervorheben. Die Erörterung dieses Themas während der Tagung in Belgrad hat zu unserer aktiven Beteiligung an der globalen Bewegung zu diesem für die Zukunft unserer Gesundheitssysteme so wichtigen Themas geführt.

Ein Leitfaden für gute Praxis befindet sich in Vorbereitung. Das Regionalbüro für Europa und einige Mitgliedstaaten der Region, insbesondere Norwegen, haben sich dieser Initiative angeschlossen und auf einer Tagung in Uganda im vergangenen Dezember demonstriert, dass die Länder der Europäischen Region das Thema nicht gleichgültig, sondern mit großer Sorge verfolgen. Glücklicherweise konnte ich die Zweifel anderer Regionen an den Intentionen und Interessen unserer Region zerstreuen. Unmittelbar nach dieser Tagung des Regionalkomitees werde ich in London an einer Tagung des globalen Beirates für Grundsatzfragen zum Thema Migration von Gesundheitspersonal teilnehmen, dem Mary Robinson vorsteht.

Ich habe eingangs bemerkt, dass dieses Jahr in Bezug auf unsere Maßnahmen repräsentativ war. Das gilt auch für die Weiterführung verschiedener Formen von Aktivitäten, die bereits in früheren Jahren begonnen wurden.

## **Weiterverfolgung von Verpflichtungen**

### **Fachliche Arbeit**

Prof. Marmot wird morgen während der Mittagspause seinen Bericht zu den sozialen Determinanten von Gesundheit vorstellen. Unsere Erörterungen werden ohne Zweifel zur Entscheidung beitragen, welche die Weltgesundheitsversammlung über die weiteren Konsequenzen aus dem Bericht fällen wird. Ich möchte hierbei betonen, wie auch Prof. Marmot es sicher tun wird, dass die Europäische Region in großem Umfang zur Erstellung des Berichts beigetragen hat, insbesondere durch die Arbeit des Zentrums in Venedig zum Thema Determinanten von Gesundheit.

In diesem Abschnitt möchte ich Ihnen auch einzelne Themen aus der Durchführung unserer fachlichen Arbeit in operativer Hinsicht vorstellen. Im Bereich Tuberkulose wurde im Oktober 2007 in Berlin ein Ministerforum durchgeführt. Das wichtigste Ergebnis dieses Forums war der Ausdruck des starken Wunsches der Mitgliedstaaten der Region, gemeinsam für den Einhalt der sich rapide entwickelnden Epidemie zu kämpfen und dem Entstehen arzneimittelresistenter Stämme entgegen zu treten. Im Jahr 2006 sind 433 000 Personen in der Europäischen Region an Tuberkulose erkrankt und 66 000 sind an ihr verstorben.

Der Klimawandel war Thema des diesjährigen Weltgesundheitstages. Er hat in der Region viele positive Energien freigesetzt. Sie werden Gelegenheit haben, darüber im Verlauf der Fachsitzung am Mittwoch während der Mittagszeit zu diskutieren.

Die Arbeit im Bereich Ernährung wurde im Anschluss an die Konferenz in Istanbul zur Adipositas weiterverfolgt. Wir werden mit der Lebensmittelindustrie Maßnahmen in Bezug auf den Natriumgehalt in Lebensmitteln ergreifen. Unser Ziel war eine Reduktion des Salzgehalts und eine bessere Verbraucheraufklärung. Die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft besteht unsererseits in dem keineswegs naiven Bemühen um eine gegenseitige Ergänzung zum beiderseitigen Nutzen, sodass letzten Endes natürlich der Bürger davon profitiert.

Einzelheiten zu diesen Themen sind in dem gedruckten Bericht enthalten. Ich möchte hier Ihre Aufmerksamkeit insbesondere auf die den Themen HIV/Aids, Konsum von Tabak und Alkohol sowie dem weiter gefassten Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten gewidmeten Seiten lenken.

Aus dem letztgenannten Gebiet möchte ich die psychische Gesundheit hervorheben und die Notwendigkeit betonen, unsere Aktivitäten hier zu erhalten und zu verstärken. Im kommenden Monat werden wir in London die Ergebnisse einer Studie über die Psychiatriepolitik in Europa vorstellen. Als unmittelbar bevorstehende Aktivität möchte ich auch noch eine Konferenz in Paris nennen, die am 9. und 10. Oktober zum Thema Unfallvorsorge und Sicherheitsförderung durchgeführt wird.

### **Die Zusammenarbeit mit den Ländern**

Natürlich findet die Arbeit des Büros auf Ebene der Länder in positiver und praktischer Hinsicht ihren ultimativen Ausdruck. Ich habe einige Beispiele ausgewählt, um dieses zu verdeutlichen.

Zunächst möchte ich die Hilfe anführen, die Aserbaidschan zur Festlegung einer Strategie für reproduktive Gesundheit von 2008 bis 2015 übrigens in Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen erhielt. Ein weiteres Beispiel: die Mission zur Bewertung des Chikungunya-Risikos in Italien in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC).

Und noch ein Beispiel für Aktivitäten mit den Ländern: die Folgestudie zu den Konsequenzen des Toxischen-Öl-Syndroms in Spanien. Diese zusammen mit der Generaldirektion Forschung der Europäischen Kommission durchgeführte Studie soll das Thema in den weiteren Zusammenhang einer auf Erkenntnisse gegründeten Umwelt- und Gesundheitspolitik stellen.

Die Erarbeitung eines Plans 2008–2010 zur Eliminierung der Malaria aus Turkmenistan mit dem dortigen Gesundheitsministerium ist ein weiteres gutes Beispiel der Zusammenarbeit; ebenso gilt dies für die Weiterverfolgung der Arbeit nach Auswertung des Programms für klinische Leitlinien des nationalen Instituts für Gesundheit und klinische Exzellenz in England (NICE).

### **Partnerschaften mit anderen Organisationen**

Die Konferenz von Tallinn gab uns die Gelegenheit, Beziehungen und Kooperationen mit zahlreichen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen auszubauen und mit Leben zu füllen.

Die Europäische Kommission war als Partnerin an der Vorbereitung und Durchführung der Konferenz sehr aktiv beteiligt. Ich möchte mich daher bei Frau Vassiliou und ihrem Team für die Unterstützung und ihre persönlichen Beiträge bedanken. Umgekehrt hat das Regionalbüro zur Konsultation der Generaldirektion SANCO für die Ausarbeitung der Gesundheitsstrategie der Europäischen Union beigetragen.

Im Rahmen unseres jährlichen Treffens mit der Kommission haben wir die Bereiche unserer Zusammenarbeit überprüft. Die wichtigsten Themen im Rahmen dieser Zusammenarbeit sind Gesundheitssicherheit, Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Adipositas, geistiges Eigentum, Internationale Gesundheitsvorschriften, Arbeitsmedizin und soziale Determinanten von Gesundheit.

Die aktive Beteiligung des Regionalbüros an den Initiativen der aufeinander folgenden Präsidenschaften der Europäischen Union werden in diesem Jahr weiter verfolgt und intensiviert zu den Themen: Gesundheit in allen Politikbereichen (finnische Präsidenschaft), Krebs (slowenische Präsidenschaft), Gesundheitssicherheit und Alzheimer-Krankheit (derzeitige französische Präsidenschaft).

Wir haben natürlich auch unsere Arbeit insbesondere im Bereich der Vogelgrippe zusammen mit dem ECDC fortgesetzt. Eine Tagung mit Rückschau und Ausblick fand im Februar in Stockholm statt. Die Schlussfolgerungen lauteten: positive Bewertung der Zusammenarbeit und gegenseitiger Wille zu ihrem Ausbau und zur Annahme eines Arbeitsplans für 2008–2009.

Übrigens haben wir unsere Partnerschaften mit der Weltbank, dem Europarat und der OECD fortgeführt und haben, auch hier, vom Schwung aus Tallinn profitiert.

### **Die Zusammenarbeit im Bereich der WHO**

Das positive Klima in der gemeinsamen Arbeit der verschiedenen Teile der Organisation unter Leitung von Frau Dr. Chan setzte sich im vergangenen Jahr fort. Ich denke, die Generaldirektorin wird Ihnen das auch morgen in ihrer Rede bestätigen.

Wir unsererseits können bezeugen, dass unsere Beziehungen untereinander intensiv, positiv und anregend sind und unserem Dienst an den Mitgliedstaaten nutzen. Wir arbeiten Hand in Hand und machen bei Themen wie der internationalen Gesundheitsarchitektur und den Partnerschaften gute Fortschritte. Natürlich werden auch Haushalt und Programm auf jeder unserer Tagungen behandelt. Wir diskutieren auch schon seit langer Zeit über die Modernisierung der Organisation und das neue Globale Management-System, die Delegation von Zuständigkeiten, die Personalpolitik und die Reform der Vereinten Nationen.

Bei diesem Thema hat das Pilotprojekt in Albanien gleichzeitig Chancen und Herausforderungen aufgezeigt auf dem Weg zu besseren Ergebnissen durch eine verbesserte interne Koordinierung im System der Vereinten Nationen.

Die regelmäßigen Tagungen der Regionaldirektoren mit der Generaldirektorin sind geprägt von Engagement und Leidenschaft. Ich bin davon überzeugt, dass sie zu einer Leistungssteigerung unserer Organisation beitragen.

### **Interne Angelegenheiten des Regionalbüros**

Nach den Diskussionen in Belgrad über die Eröffnung eines Zentrums für nichtübertragbare Krankheiten in Athen wurden die Gespräche mit der griechischen Regierung fortgeführt. Dem Ständigen Ausschuss wurde bei jeder seiner Tagungen hierüber berichtet. Die Vereinbarung zwischen Griechenland und dem Regionalbüro ist ihm vor der Unterzeichnung vorgelegt worden. Mitte letzten Monats haben wir die Örtlichkeiten dieser neuen Einheit besucht. Jetzt befinden wir uns in Gesprächen in Bezug auf ihre Einrichtung.

Ich möchte Sie daran erinnern, dass das Zentrum nach dem Beschluss des Regionalkomitees aus dem Jahr 2004 Bestandteil des Regionalbüros sein wird. Ebenso wie die übrigen Abteilungen des Büros wird es sich in sein Programm, seine Hierarchie und seine internen Arbeitsläufe einfügen. Die unterschriebene Vereinbarung entspricht vollkommen diesen Bedingungen.

Ich möchte meinen Vortrag mit der Bemerkung schließen, dass die Bediensteten des Regionalbüros unter etwas außergewöhnlichen und schwierigen Umständen dafür gearbeitet haben, dass dieses Regionalkomitee unter den bestmöglichen Bedingungen stattfinden kann. Ich habe nie an der Anpassungsfähigkeit und dem Willen zu guter Arbeit der Bediensteten gezweifelt. Lassen Sie mich die Gelegenheit unserer Zusammenkunft dazu nutzen, jedem von ihnen meinen Dank auszusprechen. Ich bin mir sicher, dass Sie mir hierin folgen werden.

Schließlich möchte ich auch dem Ständigen Ausschuss für seine intensive Arbeit mit der Festlegung der Inhalte für dieses Regionalkomitee danken. Darüber hinaus in diesem Jahr auch für seine wichtige Rolle in der Entscheidung, die Tagung in Tiflis zum vorgesehenen Datum durchzuführen. Danke an alle Mitglieder des Ausschusses und insbesondere die Vorsitzende Frau Annemiek van Bolhuis.

Es bleibt mir nur, uns einen erfolgreichen Verlauf für dieses Regionalkomitee zu wünschen, damit es uns in guter Erinnerung bleibt und zu unserer Arbeit zum Wohle der Gesundheit unserer Mitbürger beiträgt.



*Anhang 5***Ansprache der Generaldirektorin der WHO**

Eure Exzellenz, Frau Vorsitzende, sehr geehrte Ministerinnen und Minister, sehr geehrte Delegierte, Herr Regionaldirektor Dr. Danzon, meine Damen und Herren,

zunächst einmal möchte ich mich meinen Vorrednern anschließen und all denjenigen mein Mitgefühl aussprechen, die im Zuge der jüngsten Ereignisse Familienangehörige verloren oder auf andere Weise gelitten haben. Bei der Regierung Georgiens möchte ich mich für ihre Gastfreundschaft im Zusammenhang mit der Ausrichtung des Regionalkomitees bedanken. Wie in einer Reihe anderer Länder der Europäischen Region befindet sich auch in Georgien das Gesundheitssystem in einer Phase des Übergangs, in der es eine Vielzahl von Hindernissen zu überwinden gibt.

Ich beglückwünsche das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu seinen Plänen, das Gesundheitswesen zu reformieren. Sie haben mit einer instabilen wirtschaftlichen Situation und mit katastrophalen Gesundheitsausgaben zu kämpfen, die zu einer Verschärfung der Armut führen.

Sie bemühen sich, die Gesundheit der Menschen in Georgien durch Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zu einem Paket an öffentlichen Gesundheitsleistungen und grundlegenden Maßnahmen der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dabei haben Sie die primäre Gesundheitsversorgung zu einem vorrangigen Bereich für die Investitionen gemacht. Dies sind lobenswerte Ziele, doch die Herausforderungen sind beträchtlich. Seien Sie versichert, dass Sie dabei immer die Unterstützung der WHO haben werden.

Im Bericht des Regionaldirektors über den Zweijahreszeitraum 2006–2007 wird die gute Zusammenarbeit zwischen den Regionen sowie zwischen dem Hauptbüro und den Regionalbüros gelobt. Dieser Einschätzung kann ich mich nur voll und ganz anschließen. Ich bin den Regionaldirektoren und ihren Mitarbeitern in der gesamten Organisation für ihre gute Zusammenarbeit dankbar. Wir alle sind uns der Bedeutung bewusst, die diese Zusammenarbeit für eine reibungslose Unterstützung unserer Mitgliedstaaten hat.

Im Bericht des Regionaldirektors wird die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme als der wichtigste Arbeitsbereich für das Regionalbüro bezeichnet. Die jüngsten Anstrengungen auf diesem Gebiet, und insbesondere die Charta von Tallinn und die dazugehörigen Dokumente, dienen der Verbesserung der Gesundheitssituation hier in Georgien, in der gesamten Europäischen Region und letztendlich weltweit.

Im Laufe dieser Tagung werden Sie sich mit zwei der komplexesten, hartnäckigsten und am schwersten zu fassenden Themen der Gesundheitspolitik beschäftigen. Erstens befassen Sie sich mit der Frage, wie die Leistung der Gesundheitssysteme verbessert werden kann, und damit, wie diese gerechter und effizienter gemacht werden können. Und zweitens versuchen Sie, die Frage zu beantworten, wie menschliche Verhaltensweisen verändert werden können – wiederum mit Blick auf die Gesundheitssysteme.

Denn im ganzen weiten Themenkomplex öffentliche Gesundheit ist wahrscheinlich nichts schwieriger, als menschliche Verhaltensweisen zu verändern. Wenn ein Programm erfolgreich ist, lassen sich die Ergebnisse oft in anderen Bereichen nicht wiederholen. Oder sie können nicht auf den erforderlichen Maßstab übertragen werden, oder – das häufigste Problem – sie lassen sich nicht auf Dauer aufrechterhalten. So geht es uns dann wie Sisyphus, dem König aus der griechischen Mythologie, der dazu verdammt ist, einen riesigen Felsblock einen Hang hinaufzuwälzen, um dann tatenlos zusehen zu müssen, wie er wieder hinunterrollt.

Ähnlich haben auch die Bemühungen zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme schon eine lange Geschichte, und auch hier nehmen sich die Erfolge eher spärlich aus. Es ist eine jahrzehntelange Geschichte von Experimenten, wechselnden politischen Ratschlägen, immensen und kostspieligen Fehlern und einem geradezu unbegreiflichen Unvermögen, aus Erfolgen und Misserfolgen zu lernen.

Ich beglückwünsche Sie zu Ihrem Mut, diese Probleme in Angriff zu nehmen. Auch wenn sie schwierig zu bewältigen sind, so stellen sie doch zwei der bedeutendsten Hindernisse für die Verbesserung der Gesundheitssituation dar, die jedes Land überwinden muss.

Die Europäische Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme hat eine unmissverständliche Botschaft an den Rest der Welt gesendet. Es kommt entscheidend darauf an, wie die Gesundheitssysteme organisiert, finanziert und gesteuert werden. Eine Verbesserung der Leistung ist unverzichtbar, selbst in Ländern, deren Lebenserwartung zu den höchsten und deren Gesundheitssysteme zu den besten weltweit zählen. Diese Leistungsverbesserung hat nicht nur eine Erhöhung der Effizienz, sondern auch ein höheres Maß an Gerechtigkeit zum Ziel. Dieses Ziel verfolgt sie auf eine Weise, die das Handeln in anderen Sektoren sowie die Zusammenarbeit mit diesen beeinflusst, so dass die gesundheitlichen Aspekte in allen Politikbereichen gebührend berücksichtigt werden. Die Erfolge in Verbindung mit der Charta von Tallinn bedeuten einen Schritt nach vorne in der internationalen Debatte über die gesundheitliche Entwicklung. Diesmal haben wir eine bessere Chance, es richtig zu machen. Das Problem ist erkannt, und die Motivation und die Dynamik zur Veränderung sind stärker als je zuvor.

Die stockenden Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele, insbesondere im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, haben uns gezwungen, die Folgen jahrzehntelanger Versäumnisse bei den Investitionen in die grundlegende Gesundheitsinfrastruktur sowie die dazugehörigen Leistungen und Mitarbeiter schonungslos zu analysieren. Es hat sich gezeigt, dass weit reichende Interventionen und das dafür benötigte Geld ohne effiziente Systeme für ihre Bereitstellung nicht zu besseren Gesundheitsergebnissen führen.

Im vergangenen Monat wurde auf der Internationalen Aids-Konferenz in Mexiko die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitssysteme nachdrücklich unterstrichen. Die erfolgreiche Anstrengung, drei Millionen Menschen mit der ARV-Therapie zu erreichen, hat verdeutlicht, dass schwache Systeme für die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln und eine schwache Unterstützung durch Labore sowie eine unzureichende personelle Besetzung entscheidende Barrieren darstellen. Auf der Konferenz wurde auch unterstrichen, dass Prävention die einzige Möglichkeit ist, die HIV/Aids-Epidemie einzuholen und schließlich zu überholen. Dabei wurde uns anschaulich vor Augen geführt, wie schwer Verhaltensänderungen zu erreichen sind. Sowohl in der Region Gesamtamerika als auch in Teilen der Europäischen Region ist die Aids-Epidemie bei Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, wieder neu aufgeflammt. Dabei hatten gerade in dieser Gruppe die Verhaltensänderungen mit dem Ziel der Prävention ja ursprünglich begonnen – und so großen Erfolg gezeigt. Einmal mehr haben wir also einen großen Felsblock den Hang hinaufgewälzt – und mussten dann zusehen, wie er wieder hinunterrollt.

Im Juni hat das Global Leadership Forum über die Notwendigkeit diskutiert, die Maßnahmen zur Bekämpfung der miteinander eng verknüpften Epidemien Aids und Tuberkulose aufeinander abzustimmen. Dies ist ein weiterer Ausdruck des Strebens nach mehr Effizienz in der Leistungserbringung. Ich möchte auch an die alarmierende Ausbreitung der multiresistenten Formen der Tuberkulose in der Europäischen Region erinnern. Ihre Region hat – gemessen an der Zahl der Neudiagnosen – bei weitem den höchsten prozentualen Anteil an multiresistenter Tuberkulose weltweit. In jedem fünften neuen Fall sind die Erreger von Anfang an gegen mehrere Medikamente resistent. Die Folgen für die Gesundheitssysteme und -etats sind überwältigend, da diese Form der Tuberkulose weit schwieriger zu behandeln ist und die Kosten dafür um das bis zu 100-fache höher liegen. Innerhalb der Europäischen Region hat sich in Estland und Lettland gezeigt, dass bei einer Verbesserung der zugrunde liegenden Kapazitäten des Gesundheitssystems hohe Raten multiresistenter Tuberkulose eingedämmt werden können und sich sogar eine Trendwende erreichen lässt.

Der Anstieg der Zahl chronischer Erkrankungen hat weitere Probleme zum Vorschein gebracht. Er hat uns die Belastung vor Augen geführt, die Langzeitpflege für die Gesundheitssysteme und -etats bedeutet. Er hat auch verdeutlicht, wie ruinöse Kosten für Privathaushalte einen Absturz in die Armut bedeuten können. Dies hat uns auch die bittere Ironie vor Augen geführt, dass wir einerseits für Gesundheitsförderung als Strategie für die Bekämpfung von Armut werben, während andererseits die Kosten für die Gesundheitsversorgung wiederum Armut verursachen können.

Prävention ist bei weitem die bessere Option; sie setzt jedoch Verhaltensänderungen wie auch eine insgesamt abgestimmte staatliche Politik voraus. Ohnehin liegen die wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten außerhalb der unmittelbaren Kontrolle der Gesundheitspolitik. Mit anderen Worten: Zur Bewältigung chronischer Krankheiten und vieler anderer Gesundheitsprobleme sind Effizienz, Gerechtigkeit und sektorübergreifendes Handeln gefordert.

Vor dreißig Jahren wurde in der Erklärung von Alma-Ata die primäre Gesundheitsversorgung als ein System von Leitwerten für die gesundheitliche Entwicklung, eine Reihe von Grundsätzen für den Aufbau der Gesundheitsversorgung und ein Spektrum von Konzepten für die Bewältigung der vordringlichen gesundheitlichen Bedürfnisse und der grundlegenden Determinanten von Gesundheit propagiert. Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Effizienz in der Leistungserbringung waren die übergeordneten Ziele. Vor allem aber bot die primäre Gesundheitsversorgung ein Organisationsmodell für die gesamte Bandbreite der Gesundheitsversorgung von den Privathaushalten bis in die Krankenhäuser, bei dem Vorsorge und Heilung den gleichen Stellenwert einnehmen und die Mittel auf allen Versorgungsebenen rationell eingesetzt werden sollten.

Die Werte Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit und allgemeiner Zugang sind in der Charta von Tallinn fest verankert. Wie aus dem dieser Tagung vorgelegten Dokument hervorgeht, spielen diese gemeinsamen Werte eine zentrale Rolle in der Gesundheitspolitik in der gesamten Region. Von ähnlicher Bedeutung ist das Prinzip einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit, das auch den Bereich der Prävention sowie die grundlegenden Gesundheitsdeterminanten einschließt. Auch die Konzepte der Bürgerbeteiligung (und insbesondere die Bedeutung von Frauen als Akteurinnen des Wandels) sowie des sektorübergreifenden Handelns und der Technologiewahl gemäß den jeweils vorrangigen Bedürfnissen erweisen sich als dauerhaft von Wert. Wie im Bericht des Regionaldirektors erläutert, ist die Entwicklung qualitativ hochwertiger Leistungen auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung der Schlüssel zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme sowohl im östlichen als auch im westlichen Teil der Region.

Das erstmals 1978 formulierte Konzept der primären Gesundheitsversorgung wurde nahezu von Anfang an missverstanden. Als ein Frontalangriff auf das medizinische Establishment. Es wurde als utopische Vision kritisiert. Und es wurde ihm eine ausschließliche Konzentration auf die erste Versorgungsebene unterstellt. Für manche Befürworter der Entwicklungspolitik war es eine billige Lösung, eine armselige Versorgung für arme Menschen, eine zweitklassige Lösung für die Entwicklungsländer. Heute, 30 Jahre später, wird die primäre Gesundheitsversorgung nicht mehr so grundlegend missverstanden. Die Ministerkonferenz hat dazu beigetragen, der primären Gesundheitsversorgung ihre ursprüngliche Bedeutung zurückzugeben. Dies ist ein rationaler Versuch, eine gerechte, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung anzubieten. Ihre Werte, Grundsätze und Konzepte lassen sich auf reiche wie ärmere Länder gleichermaßen anwenden.

Die Charta von Tallinn knüpft an die Arbeit der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit an. Deren Fazit lautete, dass der Schutz der Gesundheit nicht große Mengen an Geld verschlingt, sondern vielmehr wirtschaftliche Zugewinne schafft. Sie haben diese Philosophie auf die Gesundheitssysteme übertragen. Ein Gesundheitssystem ist demnach mehr als nur eine belastende und kostspielige Pflicht für den Staat. Es ist auch kein System wie z. B. die kommunale Wasserversorgung, das einfach ein paar grundlegende Dienstleistungen bereitstellen soll, und dann soll der Markt den Rest selbst regeln. Wenn die Leute teures Mineralwasser wollen, sollen sie es doch kaufen. Wenn das öffentliche Gesundheitswesen Leistungen schlechter Qualität anbietet, wenn die Gesundheitsdienste im öffentlichen Sektor überlastet und personell unterbesetzt sind, dann ist es keine akzeptable Lösung, sich von privaten Leistungsanbietern eine Korrektur dieser Defizite zu erwarten. Anderenfalls wächst die Gefahr, dass Effizienz und Chancengleichheit ernsthaft Schaden nehmen. Wir haben überwältigende Hinweise auf die Richtigkeit dieser Feststellung. Eine gute Steuerung erfordert eine Kontrolle über die Gesundheitsversorgung in all ihren Dimensionen.

Niemand sollte aufgrund von Gesundheitsproblemen in die Armut abrutschen. Wie in dem Gesundheitsplan für Georgien erläutert wird, kann schon eine einzige Krankheitsperiode zur Verarmung eines ganzen

Haushalts führen. Die Gesundheitssysteme werden sich nicht von selbst hin zu mehr Gerechtigkeit und Effizienz entwickeln. Vielmehr sind hierzu gezielte politische Entscheidungen erforderlich. Darin liegt meiner Ansicht nach der wichtigste Erfolg der Charta von Tallinn und der gesamten Vorbereitungsarbeit, die ihr vorausging. Sie haben die Bedeutung der Gesundheitssysteme wieder neu entdeckt.

Ein Gesundheitssystem ist keine lästige, Geld verschlingende Pflichtübung. Es ist eine strategische Chance. Ein Gesundheitssystem bietet eine strategische Chance, die öffentliche Gesundheit auf vorausschauende, proaktive Weise zu schützen. Und es bietet eine strategische Chance zur Bewältigung der dynamischen Wechselbeziehung zwischen der Gesundheit und dem Wohlstand eines Landes.

Gestatten Sie mir, dies anhand eines Beispiels aus der Dokumentation für die Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme zu verdeutlichen. Die Alterung der Bevölkerung ist heute ein weltweiter Trend. Der Anstieg der Lebenserwartung ist maßgeblich verantwortlich für die Zunahme chronischer Krankheiten. Die Kosten für die Versorgung der älteren Menschen gelten als ein wesentlicher Grund für den Anstieg der staatlichen Gesundheitsausgaben. Die Belastung, die sich aus der Versorgung der wachsenden Zahl älterer Menschen ergibt, ist auch ein Grund für den Mangel an Gesundheitspersonal. Sie haben sich nicht mit dieser Belastung als unvermeidbar abgefunden, sondern Wege aufgezeigt, wie die Gesundheitssysteme eine bessere Lösung anbieten können. Sie haben vorgeführt, wie ein Gesundheitssystem, das Prävention und Gesundheitsförderung zu einer vorrangigen Aufgabe erklärt, die Zahl der Behinderungen bei älteren Menschen verringern, die Kosten für die Gesundheitsversorgung senken und zu einer Erhöhung der Lebensqualität beitragen kann. Ein solcher verbesserter, vorausschauender Ansatz entsteht, wenn die Gesundheitssysteme als strategische Chance begriffen werden. Er ist bestens geeignet für die Verwirklichung von Effizienz, Gerechtigkeit und des letztendlichen Ziels der gesundheitlichen Entwicklung: der Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse. Auch für diese Ansicht gibt es umfangreiche Belege.

Ende August hat die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit ihren Abschlussbericht vorgelegt. Darin wird die auffallende Kluft in Bezug auf gesundheitliche Ergebnisse als schwerwiegendste Sorge bezeichnet und ein höheres Maß an Chancengleichheit als Ziel propagiert. Weiterhin wird die Annahme in Frage gestellt, dass Wirtschaftswachstum allein zu einer Verringerung der Armut und zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation führen wird. Den gegenwärtigen Trends nach zu urteilen, kommt ein höheres Maß an wirtschaftlichem Wohlstand meist eher den bereits wohlhabenden Bevölkerungsschichten zugute, während die übrige Bevölkerung immer weiter ins Hintertreffen gerät. Dieser Trend ist in Teilen der Europäischen Region gut erkennbar. Wie aus dem Bericht hervorgeht, ergeben sich die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten aus den sozialen Bedingungen, in denen die Menschen geboren werden, leben, arbeiten und alt werden. Diese Bedingungen wiederum werden durch staatliche Politik geprägt.

Wirtschaftswachstum führt nur dann zur Verbesserung der Gesundheit der Armen, wenn eine Politik verfolgt wird, die ausdrücklich an diesen zugrunde liegenden sozialen Bedingungen ansetzt. Ohne solche politischen Konzepte wird die Mehrheit der Weltbevölkerung nicht das Maß an Gesundheit und wirtschaftlicher Produktivität erreichen, das biologisch möglich wäre. Eine Kluft in Bezug auf gesundheitliche Ergebnisse ist nicht schicksalsgegeben. Sie ist vielmehr Ausdruck politischen Versagens.

In dem Bericht wird die Verantwortung für die Verringerung der Chancenungleichheit im Gesundheitsbereich unmissverständlich der Politik zugeschoben. Und diese Feststellung bezieht sich keineswegs nur auf den Bereich der Gesundheitspolitik. Die Autoren des Berichts erkennen an, dass nahezu sämtliche sozialen Determinanten von Gesundheit außerhalb des unmittelbaren Einflusses des Gesundheitssektors angesiedelt sind. Die Arbeit in der Europäischen Region bestätigt diesen Befund voll und ganz, insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen. In dem Bericht wird eine gesamtstaatliche Anstrengung gefordert, bei der die Gesundheit zu einem Bestandteil des staatlichen Handelns in allen Politikbereichen wird. Das Motto lautet also: Gesundheit in allen Politikbereichen.

Die Schlussfolgerungen der Kommission bewahrheiten sich auf der internationalen Ebene. Die Kräfte, die für die Verschärfung des Mangels an Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich verantwortlich sind, handeln

in den Ländern unter der Aufsicht der Regierungen. Doch zunehmend handeln sie in Ländern, die unter dem Einfluss der Globalisierung stehen. Um nur ein Beispiel zu nennen: Die Industrialisierung der Nahrungsmittelherstellung und die Tatsache, dass Vermarktung und Vertrieb dieser Lebensmittel weltweit erfolgen, sind ein Grund dafür, dass ernährungsbedingte Krankheiten heute auch weltweit auftreten. Ich erinnere Sie daran, dass die Gesundheitspolitik keinerlei Einfluss auf die Politik hatte, die den Klimawandel zu einer unvermeidbaren Tatsache gemacht hat. Wir hatten auch keinerlei Einfluss auf die Politik, die für die Krise infolge der dramatisch steigenden Lebensmittelpreise verantwortlich ist.

Wenn wir über die Schlussfolgerungen der Kommission nachdenken, müssen wir uns auch über ein grundlegendes Paradoxon Gedanken machen. International gesehen nimmt der Schutz der Gesundheit heute einen hohen Stellenwert auf der Entwicklungsagenda ein. Doch in den meisten Regierungen haben die Gesundheitsministerien i.d.R. weniger Einfluss und Verhandlungsmacht als die anderen Ressorts.

Seien wir ganz ehrlich: In den meisten Ländern reicht die Propagierung des Werts der gesundheitlichen Chancengleichheit nicht aus, um ein starkes politisches Engagement zu bewirken. Es reicht nicht aus, die anderen Ressorts von der Notwendigkeit zu überzeugen, die gesundheitlichen Auswirkungen ihres Handelns in allen Bereichen zu berücksichtigen. Deshalb halte ich die Arbeit, die in Ihrer Region geleistet wird, für so wichtig. Sie haben ein breites Spektrum an Grundsatzinstrumenten, Anreizsystemen sowie gesetzlichen und ordnungspolitischen Instrumenten zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme ausgearbeitet. Sie haben sich dabei auf zuverlässige Evidenz gestützt. Und Sie haben eine Reihe von gewichtigen und überzeugenden ökonomischen Argumenten verwendet.

Die primäre Gesundheitsversorgung ist eine qualitativ hochwertige Versorgung. Als solche setzt sie den Einsatz von Mitteln voraus. Ein solcher Ansatz muss durch gewichtige Argumente und überzeugende Belege begründet werden. Er erfordert ein außerordentliches Maß an politischem Mut.

Wie ich bereits gesagt habe, wird die Welt nicht von allein zu mehr Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich gelangen. Wirtschaftswachstum in einem Land führt nicht automatisch zur Linderung von Armut oder zur Überbrückung der gegenwärtig herrschenden Kluft hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse. Die Gesundheitssysteme werden sich nicht von selbst hin zu mehr Gerechtigkeit und Effizienz entwickeln. Diese Veränderungen setzen gezielte politische Entscheidungen voraus.

Es ist nicht leicht, einem Wert wie dem gerechten Zugang zu Arzneimitteln in der internationalen Politik Geltung zu verschaffen. Aber es ist dennoch möglich. Die Verabschiedung der Resolution über öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte im vergangenen Mai war ein Triumph. Sie hat uns gezeigt, dass die Regeln, die das internationale Handelssystem bestimmen, so gestaltet werden können, dass mehr gesundheitliche Chancengleichheit möglich wird.

Es ist kein einfaches Unterfangen, gesundheitliche Chancengleichheit zu einem Leitprinzip für die Gesundheitssysteme zu machen, insbesondere wenn die Kräfte des Marktes die Gesundheitsversorgung zu einem Wirtschaftsgut machen und eine ineffiziente Inanspruchnahme von Leistungen begünstigen. Aber es ist dennoch möglich. Im Oktober wird anlässlich des Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata der Weltgesundheitsbericht über die primäre Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Er beinhaltet praktische und fachliche Empfehlungen für Reformen, die die Gesundheitssysteme in die Lage versetzen können, auf gesundheitliche Herausforderungen von noch nie da gewesener Komplexität zu reagieren.

In dem Bericht wird die Politik aufgefordert, die wachsenden sozialen Erwartungen an die Gesundheitsversorgung ernst zu nehmen. Immer mehr deutet inzwischen darauf hin, dass die Menschen sich eine Versorgung wünschen, die gerecht, aber auch effizient ist. Sie wünschen sich eine Gesundheitsversorgung, in der viele der Werte, Grundsätze und Konzepte berücksichtigt werden, die vor 30 Jahren in Alma-Ata propagiert wurden.

Die Politik wäre gut beraten, diesen wachsenden sozialen Erwartungen Beachtung zu schenken. Auch dies kann Ihnen als Argument in Ihrem Kampf zur Verankerung der Gesundheit als einer gesamtstaatlichen Aufgabe mit Gesundheit in allen Politikbereichen dienen.