



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa**  
**Vierundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 6.–9. September 2004**

---

EUR/RC54/REC/1

5. Oktober 2004

41881

ORIGINAL: ENGLISCH

# **BERICHT ÜBER DIE VIERUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG**

## **Schlüsselwörter**

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

# Inhalt

Seite

Eröffnung der Tagung .....	1
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms .....	1
Ansprache des Generaldirektors.....	1
Ansprache des Regionaldirektors, einschließlich des Berichts über die Arbeit des Regionalbüros, 2002–2003 .....	4
Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	8
Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben .....	9
Follow-up zu früheren Tagungen des Regionalkomitees .....	10
Grundsatz- und Fachfragen .....	12
Europäische Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten.....	12
Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007 .....	15
Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros .....	20
Umwelt und Gesundheit: Follow-up zur Vierten Ministeriellen Konferenz (Budapest, 23.–25. Juni 2004).....	21
Wahlen und Nominierungen .....	24
Regionaldirektor für Europa .....	24
Exekutivrat .....	24
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	24
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	25
Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit .....	25
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2005 und 2006.....	25
Resolutionen.....	26
EUR/RC54/R1 Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2002–2003 .....	26
EUR/RC54/R2 Nominierung eines Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors für Europa.....	26
EUR/RC54/R3 Umwelt und Gesundheit .....	26
EUR/RC54/R4 Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO .....	29
EUR/RC54/R5 Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007 .....	30
EUR/RC54/R6 Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros....	31
EUR/RC54/R7 Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2005 und 2006 .....	31
EUR/RC54/R8 Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	32
Anhang 1 Tagesordnung .....	33
Anhang 2 Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente.....	34
Anhang 3 Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	36
Anhang 4 Ansprache des WHO-Generaldirektors .....	56
Anhang 5 Bericht des WHO-Regionaldirektors für Europa.....	61



## Eröffnung der Tagung

Die 54. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 6. bis 9. September 2004 im Regionalbüro für Europa statt. Delegierte aus 51 Ländern der Region nahmen daran teil. Außerdem waren Beobachter aus zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa und eines Nichtmitgliedstaats und Vertreter der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS), des Europarats und der Europäischen Kommission, der Europäischen Umweltagentur und von nichtstaatlichen Organisationen anwesend.

Die erste Arbeitstagung wurde am vom scheidenden Exekutivpräsidenten Dr. Jarkko Eskola in Vertretung der scheidenden Präsidentin Maria Rauch-Kallat eröffnet, die verhindert war.

## Wahl der Tagungsleitung

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

Sir Liam Donaldson (Vereinigtes Königreich)	Präsident
Dr. Božidar Voljč (Slowenien)	Exekutivpräsident
Dr. Godfried Thiers (Belgien)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Dr. Zhanna Tsenilova (Ukraine)	Berichterstatterin

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC54/2 Rev.1 und EUR/RC54/3 Rev.1)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

## Ansprache des Generaldirektors

Der Generaldirektor eröffnete seine Rede, indem er seine Betroffenheit und Bestürzung über die tragischen Ereignisse in der Russischen Föderation zum Ausdruck brachte und die Notwendigkeit betonte, dass Organisationen wie die WHO für eine Verhütung solcher Tragödien und zur Milderung ihrer gesundheitlichen Konsequenzen arbeiteten.

Er nannte drei Prinzipien, die die Arbeit der WHO leiteten – Sicherheit, Chancengleichheit und Einigkeit – und erkannte an, dass die Verwirklichung ausreichende Mittel und nüchternen Realismus erforderten. Der vorgeschlagene Programmhaushalt 2006–2007 baue auf den Erfahrungen der Organisation mit der resultatorientierten Haushaltsplanung und der Auswertung der Umsetzung früherer Haushalte auf. Er spiegele auch die Prioritäten der Mitgliedstaaten wider und bekräftige und beschleunige den Prozess der Dezentralisierung, der von Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz bei der Nutzung der Ressourcen durch Transparenz und verantwortliche Rechenschaftslegung begleitet werde.

Das Ausmaß, in dem die Finanzierung gegenwärtig auf freiwillige Beiträge angewiesen sei, sei unhaltbar. Für die Umsetzung des Allgemeinen Arbeitsprogramms 2006–2015 sei eine Aufstockung des ordentlichen Haushalts unersetzlich. Die Beiträge des Regionalkomitees zum vorgeschlagenen Programmhaushalt 2006–2007 und das Allgemeine Arbeitsprogramm 2006–2015 seien von großer Wichtigkeit für den Exekutivrat bei seiner 115. Tagung im Januar 2005 und für seine Empfehlungen an die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2005.

Umfassendere Krankheitsausbrüche stellten immer noch eine Bedrohung der Sicherheit dar, wie das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (SARS) und die Vogelgrippe der Gesellschaft in Erinnerung gerufen hätten, und mit der Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften versuche man, diese Gefahr zu mindern. Der Generaldirektor bat eindringlich um eine größtmögliche Teilnahme an der Tagung der zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe zur Überarbeitung, die im November in Genf stattfindet.

Nach ihrer Annahme würden die Vorschriften wirksame Reaktionssysteme benötigen, die durch das Globale Netzwerk der WHO für Warnungen und Gegenmaßnahmen und die vor kurzem eröffnete Einsatzzentrale beim WHO-Hauptbüro unterstützt würden. Umfassende und nachhaltige Investitionen seien erforderlich sowie die Einbeziehung aller Informationszentren und einschlägigen Partner auf unterschiedlichen Ebenen, z. B. des geplanten Europäischen Zentrums für Krankheitsbekämpfung.

Der fehlende Zugang zu HIV/Aids-Therapie sei ein Beispiel von Chancenungleichheit, in 22 Mitgliedstaaten der Region sei der Zugang nur teilweise oder gar nicht gegeben, obwohl die antiretrovirale Dreifachbehandlung finanziell für mehr Menschen erreichbar sei als je zuvor und weltweit über 20 Milliarden US-\$ für Prävention und Pflege zugesagt worden seien. Engagement sei für eine Verbesserung der Lage entscheidend. Zwölf Mitgliedstaaten der Region hätten innerhalb der „3 bis 5“-Initiative eigene Ziele aufgestellt. Die WHO habe Leitlinien für ein vereinfachtes klinisches Management herausgegeben und stärke Ausbildung und Pflegeeinrichtungen, u. a. durch die Einbeziehung der Pflegenden. Die Initiative habe die Maßnahmen angekurbelt – es gebe finanzielle Zusagen und Zahlungen aus Kanada und Schweden – und werde an Schwung zunehmen. Die Planung der weiteren Arbeit gehe über 2005 hinaus.

Die Region habe ihre Stärke bei der Eradizierung der Poliomyelitis sowie der Unterstützung für die afrikanischen und asiatischen Länder mit dem gleichen Ziel demonstriert. Die Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose bleibe vorrangig und es bestehe der dringende Bedarf nach einer Ausweitung der DOTS-Strategie. Starke Gesundheitsdienste seien lebenswichtig, sollten aber Teil eines Ansatzes der Gesundheit für alle sein, wobei der Schwerpunkt auf sozial bestimmten Risikofaktoren und sektorübergreifendem Handeln liegen müsse. Die Fortschritte bei der Ratifizierung des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens (FCTC) erfolgten schleppend. Die Mitgliedstaaten wurden gedrängt dem Beispiel der sechs Mitgliedstaaten der Region zu folgen, die diesen Schritt bereits getan hätten. Das Beispiel der Europäischen Union (EU) solle nachgeahmt werden. Die Region sei auch in einer starken Position, um Beiträge zur Umsetzung der globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit und zum Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten zu leisten.

Eine engere Zusammenarbeit mit den Partnern, die Einigkeit demonstriere, müsse sich z. B. auf psychische Gesundheit und Gesundheit von Mutter und Kind konzentrieren. Dieses Vorgehen werde durch die Strategie der Zusammenarbeit mit den Ländern zur Stärkung der Gesundheitssysteme bestärkt. Die Region habe einen guten Start mit einer klaren Ausrichtung gemacht. Allgemein spiele das Regionalkomitee durch seine Empfehlungen und Vorschläge eine wichtige Rolle.

In der sich anschließenden Debatte lobten viele Redner die einfachen, starken Grundsätze, die der Generaldirektor vorgegeben habe, und betonten die Notwendigkeit internationaler Zusammenarbeit unter Führung der WHO. Die Prioritäten der Organisation fanden große Unterstützung. Die Erfordernisse der WHO seien nie größer gewesen, insbesondere angesichts der Globalisierung der Risiken.

Mehrere Delegationen, darunter auch eine, die im Namen der Mitgliedstaaten der EU sprach, forderten eine gerechtere und transparentere Zuweisung der Ressourcen und setzten ihre Erwartung in das Ergebnis der Arbeit an Leitprinzipien mit objektiven Kriterien. Insbesondere wurde dazu aufgefordert, die Bestimmungen von Resolution WHA51.31 über die ordentlichen Haushaltszuweisungen an die Regionen voll umzusetzen, vor allem da die 57. Weltgesundheitsversammlung nicht beschlossen habe, die in dieser Resolution eingeführte Politik zu ändern. Gleichfalls wurden konkrete Angaben zu den während des jetzigen Haushaltszeitraums als Teil der Dezentralisierung durchgeführten Ressourcentransfers erbeten.

Im Allgemeinen wurde die Stärkung der Aktivitäten auf Länderebene begrüßt, obwohl da noch viel zu tun bleibe. Als Beispiel wurde angeführt, dass ein Gesundheitsminister eine sich auf die WHO-Politik gründende Reform durchführe, ein weiteres Beispiel war die durch die Übernahme von WHO-Konzepten erreichte Reduzierung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Die WHO habe das Verständnis von Public Health verändert, was den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt der nachhaltigen Entwicklung gerückt habe, wobei es den Mitgliedstaaten aber verstärkte Bemühungen abverlange, wenn man diesem Konzept ein noch ausgeprägteres Profil verleihen wolle.

Die meisten Redner betonten und begrüßten die Initiative „3 bis 5“, wobei eine Delegation danach fragte, wie die Initiative begleitet und evaluiert werde. Anerkennung fand die vom Regionalbüro und vom Hauptbüro beispielsweise bei der Ausarbeitung erfolgreicher Finanzierungsanträge beim Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria geleistete Unterstützung, aber auch die Hilfe bei der Einrichtung eines regionalen Aids-Informationszentrums (ein „Wissens-Zentrum“) und die technische Hilfe beim Aufbau von Behandlungszentren und der Einführung von Behandlungsprotokollen. Die Delegationen forderten die nachdrückliche Förderung etablierter Präventionsmaßnahmen, vor allem da die Epidemie in der Region mit anerkanntem Risikoverhalten einhergehe, sowie eine engere Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Entwicklungsressorts auf nationaler Ebene. Man stellte auch fest, dass die Zugänglichkeit der Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden müsse. Man bat um Unterstützung für die Verbesserung von Gesundheitsdiensten und bessere Fortbildungsangebote, um die Bereitstellung von Informationen über die besten Praxisverfahren und über Präventionsprogramme sowie die verbesserte Zugänglichkeit der Behandlung. Eine Delegation betonte die Bedeutung der WHO-Autorität.

Doch nicht nur im HIV/Aids-Bereich stehe man vor Strukturveränderungen. Viele Menschen der Region könnten sich gesundheitliche Grundversorgung nicht leisten. Die im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Länder, die nur wenige Ressourcen für die Verbesserung des Gesundheitswesens zur Verfügung hätten, brauchten Unterstützung und Hilfe.

Mehrere Delegationen verwiesen auf die durch den internationalen Reiseverkehr entstehenden Gefährdungen und auf die neuen oder wieder auftauchenden Krankheiten und begrüßten den umfassenden Konsultationsprozess im Zusammenhang mit der Überarbeitung der internationalen Gesundheitsvorschriften, wengleich eine Delegation es bedauerte, dass der Entwurf der überarbeiteten Vorschriften nicht rechtzeitig vor der Tagung vorgelegen habe.

Eine Delegation trat für die Kontinuität der Arbeit der Organisation ein, vor allem da die WHO immer wichtiger werde. Eine weitere Delegation begrüßte die weiterhin starken Bemühungen um die Festigung der „einen“ WHO, meinte dazu jedoch, dass die Verantwortung dafür nicht nur beim Generaldirektor und allen seinen Mitarbeitern, darunter auch den Mitarbeitern der Regionalbüros liege, sondern von den Mitgliedstaaten mitgetragen werden müsse.

Die meisten Delegationen begrüßten das inhaltliche Profil des Programmhaushaltsentwurfs 2006–2007, vor allem soweit es die Arbeit für die Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele betreffe. Doch müsse sich Resolution WHA57.16 über Gesundheitsförderung und gesunde Lebensweisen, insbesondere deren Bestimmungen über den gesundheitsschädlichen Gebrauch von Alkohol, in dem Dokument besser widerspiegeln, und viel bleibe auch im Bereich Umwelt und Gesundheit zu tun. Besorgt zeigte man sich darüber, dass der Programmhaushaltsentwurf für einen Zeitraum, der unter das Allgemeine Arbeitsprogramm für den Zeitraum 2006–2015 falle, behandelt werde, bevor dieses Programm angenommen sei, was die „corporate“ Strategie der Organisation bleiben müsse, weil man damit den Haushaltsprozess stabilisiere und steuere, vor allem im Hinblick auf freiwillige Beiträge.

Der Generaldirektor bezog sich in seiner Antwort auf das Leitprinzip der „Gesundheit für alle“, die Initiative zur Überarbeitung der internationalen Gesundheitsvorschriften, die Follow-up-Maßnahmen zum Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen und die Bemühungen um die „eine“ WHO als Beweis für die Kontinuität der Arbeit der Organisation. Er bekräftigte, dass er sich der Dezentralisierung verpflichtet fühle, erinnerte aber zugleich daran, dass es der Sinn der WHO sei, bestimmte Leistungen zu erbringen, nämlich Normen und Standards festzulegen. Wie man den Programmhaushalt und die Personalressourcen der Organisation am besten den neuen Anforderungen anpassen und umstrukturieren könne, das sei nicht allein eine Frage der Aufstockung der personellen und finanziellen Ressourcen einer Region, sondern eine Frage der Erbringung von mehr und besseren Diensten, was sich auf den Schritten, die zu der „einen“ WHO führten, ergeben werde. Die WHO sei zur Zeit mit ihrer einzigartigen regionalen Struktur eine der am stärksten dezentralisierten internationalen Organisationen und sollte in dieser Hinsicht als Vorbild dienen, auch wenn die „Feinabstimmung“ noch nicht ganz abgeschlossen sei.

Mit Hinweis auf die Ressourcenzuweisung betonte er, dass man die Fähigkeit des Hauptbüros, weiterhin Normen und Standards zu erarbeiten, erhalten müsse, bestätigte aber zugleich das Ziel, 75% der aus allen Quellen stammenden Finanzressourcen in die Regional- und Länderbüros umleiten zu wollen. Er äußerte sich zur Unvorhersehbarkeit von freiwilligen Beiträgen und merkte an, dass die Ressourcen der WHO für die fachliche und wissenschaftliche Unterstützung eingesetzt würden, katalytische Funktion hätten und es der WHO ermöglichen sollten, auf Länderebene möglichst viel zu bewirken.

Was die inhaltliche Seite des Programmhaushaltsentwurfs angehe, so habe der Generaldirektor nur begrenzte Macht, Mittel aus einem Arbeitsbereich in einen anderen zu überführen, er verwies jedoch auf das neue Schwergewicht, das man auf Fragen der Biosicherheit, die Reaktion auf Krankheitsausbrüche sowie die notwendige Intensivierung der Tätigkeit im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind gelegt habe.

In seiner Antwort auf Fragen zur Initiative „3 bis 5“ führte er an, dass die WHO durchaus Behandlungspläne empfohlen und entgegen einigen Erwartungen auch drei antiretrovirale Präparate aus ihrer Präqualifikationsliste gestrichen habe. Man müsse unbedingt die Qualität von Generika sichern. Die von ihm erwähnten neuen Mittel würden in die Schulung einer großen Zahl von Gesundheitsarbeitern in Entwicklungsländern fließen, die lernen müssten, wie man Behandlungen durchführt und überwacht. Er unterstrich, dass die Länder ihre eigenen Pläne und Strategien mittragen müssten und dass man die Unterstützung entsprechend ausrichten werde.

Der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management erläuterte ausführlicher die miteinander verzahnten Probleme von Resolution WHA51.31 und Dezentralisierung und sagte, das Ziel sei die wirksamste Ausnutzung der Ressourcen. Im kommenden Monat werde man Vorschläge für die Ressourcenzuweisung, die auch Leistung berücksichtigten, für vier Wochen auf der Homepage der WHO ins Internet stellen, so dass diese kommentiert werden könnten. Dabei werde man u. a. statt konkreten Zahlen eher ein mehr als einen Haushaltszeitraum umfassendes Gesamtbild zu vermitteln suchen.

Er erkannte an, dass es notwendig sei, den Ressourcenanteil der Regional- und Länderbüros aufzustocken, und sagte, dass er die Zahlen Monat für Monat verfolge. Er bitte diese Büros eindringlich, mehr für die Ressourcenbeschaffung zu tun, die nicht ausschließlich Aufgabe des Hauptbüros sei. Man arbeite daran, die freiwilligen Beiträge auf die im Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 angeführten Prioritäten abzustimmen. Die Mitgliedstaaten könnten Fragen durch die leitenden Organe aufbringen.

Es sei zwar etwas unglücklich, dass das Allgemeine Arbeitsprogramm für den Zeitraum 2006–2015 nicht vor dem Programmhaushaltsentwurf vorliege, es sei jedoch klar, dass man Zeit brauche, um mit den Mitgliedstaaten und Partnern wie der Europäischen Union gründlich Rücksprache zu nehmen.

## **Ansprache des Regionaldirektors, einschließlich des Berichts über die Arbeit des Regionalbüros, 2002–2003**

*(EUR/RC54/6, /Inf.Doc./1 und /Inf.Doc./3)*

Der Regionaldirektor verlieh zur Eröffnung seiner Ansprache der Gewissheit Ausdruck, dass die Leiden der Opfer der kurz zuvor in der Russischen Föderation erfolgten brutalen und kriminellen Akte und die Trauer der Angehörigen in dem Bewusstsein aller an der Tagung Beteiligten haften bleiben würden, da die WHO gerade für solche Menschen arbeite. Die Ereignisse hätten die Notwendigkeit einer Ausweitung der humanitären Hilfsprogramme der WHO gezeigt, damit man mit der schrecklichen Bedrohung von Leib und Leben durch den Terrorismus fertig werde.

Er ging dann näher auf fünf herausragende Merkmale der Arbeit des Regionalbüros seit der 53. Tagung des Regionalkomitees und auf Maßnahmen ein, die in der Zukunft erforderlich seien oder vorgeschlagen worden seien. Die ersten vier seien: die Notwendigkeit einer optimalen Nutzung der von 18 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zur Bewältigung von HIV/Aids gegebenen zusätzlichen Mittel, das Schaffen globaler und regionaler Strategien für nichtübertragbare Krankheiten, die klaren und konkreten Anmerkungen als regionaler Beitrag zur Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften

im Unterschied zur langsamen Ratifizierung des FCTC und die erfolgreich im ungarischen Budapest veranstaltete Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit.

Auf praktisches Handeln konzentrierte Partnerschaften bildeten das fünfte herausragende Merkmal. Dazu zähle eine zunehmend breite, pragmatische und greifbare Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission in Bereichen wie Information, übertragbare Krankheiten, Gesundheitsförderung, psychische Gesundheit und umweltbezogener Gesundheitsschutz. Partnerschaft mit der erweiterten EU sei eine grundlegende Priorität, die das Regionalbüro unter Anwendung des Prinzips der Komplementarität der Maßnahmen seiner Fachprogramme und ihrer Gegenüber im Public-Health-Programm der Europäischen Kommission verfolgen werde. Daneben baue das Regionalbüro Brücken zwischen der EU und den Mitgliedstaaten der Region, die jetzt ihre Nachbarn seien, insbesondere die Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS). Außerdem habe das Regionalbüro seine Beziehungen zu Partnern vertieft, deren Werte und Ziele es teile, u. a. zur Weltbank, zur Europarat, zu den Entwicklungsdiensten von Ländern wie Deutschland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und den nordischen Ländern, nichtstaatlichen Organisationen und zu anderen Teilen der Vereinten Nationen wie dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und UNAIDS. Zusätzlich habe das Regionalbüro die Verbindungen zum WHO-Hauptbüro enger geknüpft und man arbeite im Rahmen der einen WHO.

Das Regionalbüro habe auch seine Dienste für die Länder weiter gestärkt. Die Arbeit des Health Evidence Networks (HEN) und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zeige den hohen Vorrang, der der Bereitstellung von Analysen und überprüften und zugänglichen Informationen für die Länder gegeben werde. Der Regionaldirektor dankte den Mitarbeitern des Regionalbüros überall in der Region für ihren Beitrag zu diesen Erfolgen.

Das Regionalbüro benötige zusätzliche Mittel, um dem Bedarf der Mitgliedstaaten voll gerecht zu werden. Gegenwärtig verhindere eine fehlende Gegenfinanzierung in vielen Bereichen Aktivitäten. Ein besseres Fundraising entlang der vom WHO-Programmhaushalt vorgegebenen Linien sei unerlässlich. Abschließend dankte der Regionaldirektor dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) für seine Unterstützung bei der Vorbereitung der 54. Tagung des Regionalkomitees.

In der sich anschließenden Aussprache lobten fast alle Redner den umfassenden Bericht und klaren Vortrag des Regionaldirektors. Mehrere lobten die Mitarbeiter des Regionalbüros für die Vorbereitung der Tagung des Regionalkomitees und für ihr Engagement.

Mehrere Vertreter stellten sich hinter die Auswahl herausragender Ereignisse des vergangenen Jahres durch den Regionaldirektor. Andere Redner lobten viele Initiativen des Regionalbüros, insbesondere genannt wurden die Ausweitung der Partnerschaften mit EU, Europarat, Weltbank und VN-Organisationen und die Arbeit zum Erreichen der einen WHO, die Nützlichkeit der Produkte des Evidenzprogramms, das HEN und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und die europäische „Gesundheit für alle“-Datenbank und andere Datenbanken, die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und die Entwicklung einer Strategie der Region, der Inhalt und das Verfahren der Aktualisierung des Rahmenkonzepts der Europäischen Region „Gesundheit für alle“ und die Arbeit mit Anti-Tabak-Maßnahmen, dem FCTC und mit Umwelt und Gesundheit, insbesondere die erfolgreiche Budapester Konferenz.

Ein Vertreter lobte im Namen der nordischen Länder die Reorganisierung des Regionalbüros in struktureller und funktioneller Hinsicht, die Umstrukturierung der Länderbüros und die Verbesserung der Dienste und die Bemühungen zur Höherqualifizierung der Mitarbeiter des Büros. Weiter stimmten eine beträchtliche Anzahl Redner darin überein, dass das Regionalbüro mehr Mittel benötige und dass u.a. folgende Bereiche durch fehlende Mittel versäumt würden: Tabakpolitik, gesundes Altern, Gesundheit am Arbeitsplatz und Humanressourcen für Gesundheit.

Die meisten Redner sahen allerdings Erfolge bei der Umsetzung der Strategie des Regionalbüros zur Anpassung der Dienste an die Bedürfnisse der Länder. Die meisten lobten die Strategie und die zweijährlichen

Kooperationsabkommen (BCAs) und ihren Erfolg beim Aufbau von Kapazitäten der Länder und zum Erhalt der Gesundheit ganz allgemein, einige brachten jedoch konkrete Beispiele aus ihrer eigenen Erfahrung. Diese umfassten Beispiele erfolgreicher Gesundheitssystemreformen in einzelnen Ländern und in der südosteuropäischen Gruppe, der Arbeit der Entwicklungsagentur eines Landes zur Prävention von HIV/Aids und zur Bekämpfung von Tuberkulose (Tb) in einigen anderen Mitgliedstaaten und der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, der Gestaltung von Gesundheitspolitik und dem FCTC. Ein Redner drückte seine Wertschätzung für das partnerschaftliche Verhältnis zwischen dem Länderbüro und seinen Land aus.

Außerdem skizzierten viele Redner die durch ihre Länder erzielten Fortschritte in Bereichen wie übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Umwelt und Gesundheit. Einige berichteten über bessere Gesundheitsindikatoren, andere bemerkten, dass die Kluft bei der Lebenserwartung fortbestehe und die Belastung insbesondere durch HIV/Aids und nichtübertragbare Krankheiten andauere.

Die Vertreter machten weit gefasste Vorschläge für die weitere Entwicklung, die meisten davon konzentrierten sich auf die Länderstrategie. Sie baten das Regionalbüro eindringlich, die Wirksamkeit der Strategie auszudehnen und zu erhöhen, die verwendeten Ansätze zu optimieren und seine Fähigkeit zu Sofortmaßnahmen zu steigern, Umsetzungsstrategien stärker zu unterstützen, die Länderbüros zu stärken und ihre Koordinierung mit den Fachprogrammen zu verbessern. Das Regionalbüro wurde auch dazu aufgerufen, den Einfluss seiner Strategie auszuwerten, objektive Kriterien für diese Aufgabe zu erarbeiten und einen Mechanismus zu entwickeln, der die Länder zum Austausch ihrer Erfahrungen befähige.

Daneben forderten Redner das Regionalbüro zu einer Ausweitung seiner Partnerschaften und zu einer besseren Koordinierung und höheren Qualität derselben auf, wobei z. B. die Arbeit der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zu biologischen Ressourcen mit Vorteil genutzt werden könne. Ein Vertreter empfahl eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachprogrammen, z. B. bei der HIV-Prävention zwischen dem Programm für junge Menschen und dem für reproduktive und sexuelle Gesundheit.

Viele Redner forderten eine gründliche Konsultation mit den Mitgliedstaaten über den Entwurf zur Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“. Ein Vertreter betonte im Namen der nordischen Länder die Bedeutung von drei der vier Säulen: die zugrunde liegenden Werte (vielleicht einschließlich ihnen widersprechender Trends), praktische Instrumente für Politikgestalter sowie Leitlinien und vorbildliche Praxis. Ein Vertreter drang darauf, dass die Aktualisierung das Management der Gesundheitsdienste auf gesundheitlichen Nutzen prüfen und dabei insbesondere Möglichkeiten zur Verbesserung sowohl der Dienste als auch ihrer Zugänglichkeit betrachten solle.

Abschließend forderten Redner das Regionalbüro dazu auf, seine Führerschaft auf dem Gebiet der Gesundheit zu wahren, insbesondere bei Public-Health-Grundsatzüberlegungen zu Alkohol und bei der weiteren Entwicklung in den Bereichen übertragbare Krankheiten, Umwelt und Gesundheit und Lebensweisen.

Zwei geladene Redner sprachen als Vertreter von Partnerorganisationen vor dem Regionalkomitee. Ferdinand Sauer, Direktor für Öffentliche Gesundheit der Direktion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission, dankte dem Regionaldirektor für sein Engagement bei der sich rasant entwickelnden Partnerschaft zwischen dem Regionalbüro und der Kommission. Im Juli 2004 hätten der WHO-Generaldirektor, der Regionaldirektor und fünf Europäische Kommissare (für Gesundheit, Umwelt, Forschung, Entwicklung und Handel) die Reihe ihrer jährlichen Treffen fortgesetzt und das nächste Treffen zwischen WHO und leitenden Beamten der Europäischen Kommission sei bereits für November geplant. Zu den gegenwärtigen und geplanten Erfolgen der Partnerschaft zählten die Unterstützung der Europäischen Kommission für eine schnelle Ratifizierung des FCTC, eine Beteiligung der Europäischen Kommission bei den beschleunigten Verhandlungen über die Internationalen Gesundheitsvorschriften, Teilnahme der Europäischen Kommission an den Ministeriellen Konferenzen der WHO zu Umwelt und Gesundheit sowie Psychische Gesundheit und die Schaffung des neuen Europäischen Zentrums für

Krankheitsbekämpfung. Herr Sauer lud den Regionaldirektor zur Zentrumseröffnung ein. Man hoffe, im Jahr 2005 eine offizielle Vereinbarung über eine erweiterte Zusammenarbeit zu treffen.

Alexander Vladychenko, Generaldirektor der Abteilung Soziale Kohäsion beim Europarat, führte aus, dass der Europarat bei seinen Maßnahmen zu Gesundheitsthemen durch die Zusammenarbeit mit seinen engsten Partnern, der WHO und der EU, Synergieeffekte erziele. Alle drei Redner hätten im Jahr 2001 Absichtserklärungen unterzeichnet, denen konkrete Handlung gefolgt sei, u. a. sei im Gesundheitsverbund Südosteuropa von WHO und Europarat im Rahmen des Stabilitätspakts Gesundheit zu einer Brücke für den Frieden geworden. Außerdem nehme der Europarat an der Aktualisierung der „Gesundheit für alle“ und der Konferenz über psychische Gesundheit im Jahr 2005 teil. Die WHO und der Europarat arbeiteten auch auf konkreten Feldern zusammen, z. B. im Europäischen Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen, in den Bereichen Arzneimittelpraxis und Ernährung. Herr Vladychenko lud die WHO und die Europäische Kommission zu einer Konferenz über Menschenrechte und Behinderung (November 2004) ein und bat sie, bei der Durchführung der Konferenz des Europarats zu Palliativpflege im Jahr 2005 zu helfen. Außerdem lud er den Regionaldirektor und Herrn Sauer persönlich zu einer Sondertagung anlässlich des 50-jährigen Bestehens des Europäischen Gesundheitsausschusses des Europarats im November 2004 ein. Zur Feier dieses Ereignisses werde man ein Buch über Gesundheit, Ethik und Menschenrechte herausgeben.

In seiner Erwiderung dankte der Regionaldirektor den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros und stellte fest, dass die Anmerkungen der Vertreter sich auf künftige Prioritäten bezögen. Was die Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ betreffe, so werde der Entwurf so bald wie möglich für ein drei- bis viermonatiges Überdenken an die Mitgliederstaaten verschickt. Er erinnerte das Regionalkomitee daran, dass GESUNDHEIT21 durch den Entwurf um einige Merkmale erweitert werde, die auf Ersuchen des SCRC beibehalten worden seien, und stellte fest, dass die erste Säule eine Untersuchung zur Anwendung der Grundsatzüberlegungen umfasse. Diese Studie habe gezeigt, dass das Rahmenkonzept benutzt und geschätzt werde.

Was die Gesundheitssystemreform betreffe, so wolle die WHO hart mit den Mitgliedstaaten daran arbeiten, die Gesundheitsdienste zu stärken, insbesondere, damit die Länder die neuen Mittel für Aids angemessen anwenden könnten. Die Aufgabe der WHO werde es sein, Wissen und Erfahrungen zu sammeln und dafür zu sorgen, dass sie mit den Mitgliedstaaten geteilt würden, wobei der Schwerpunkt darauf liege, die Ansprechbarkeit des Systems zu verbessern und für Qualität und Sicherheit zu sorgen. Die WHO helfe den Mitgliedstaaten Gesundheitsgrundsätze zu gestalten, die den Bürgern klar und bekannt sein sollten.

Der Regionaldirektor bedankte sich für die Zustimmung der Vertreter für die Verbesserungen in Bezug auf die Länderbüros. Jetzt sei es vorrangig sicherzustellen, dass das Regionalbüro alle seine Mittel in den Mitgliedstaaten optimal anwende. Das Regionalbüro werde detaillierte Vorschläge machen, um den Bedürfnissen gerecht zu werden.

Er fuhr fort, dass einiges Material zu Gesundheit am Arbeitsplatz in die Konferenz zu psychischer Gesundheit einfließe. Aufgrund fehlender Mittel versuche das Regionalbüro ein Kooperationszentrum für einige Aufgaben heranzuziehen und man suche nach einem Verfahren, wie die Expertise in diesem Bereich zurückerobert werden könne.

Der Regionaldirektor hieß die Unterstützung der Länder für den Vorrang von Information willkommen. Das Ziel sei es, unter einem Dach zahlreiche Systeme zusammenzubringen, die hauptsächlich Public-Health-Informationen bereitstellen würden, die analysiert und an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst worden seien.

Der Regionaldirektor führte aus, das Regionalbüro werde damit fortfahren, die Koordinierung der Partnerschaften auf Länderebene zu verbessern, und dankte Herrn Sauer und Herrn Vladychenko für ihre Einladungen. Die Entwicklung neuer Partnerschaftsformen sei sein sehr wichtiges Thema. Die Zusammenarbeit durch den Stabilitätspakt sei beispielhaft gewesen.

Abschließend sagte er, die Schulung der WHO-Mitarbeiter sei darauf angelegt, dass ihnen neue Kompetenzen in Bereichen wie Verständnis politischer Faktoren und Fähigkeit zur Beratung zu geben. Der Regionaldirektor dankte dem Regionalkomitee für die Wertschätzung der engagierten Mitarbeiter des Regionalbüros.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R1.

### **Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees** (EUR/RC54/4 und /4 Add.1)

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, der Elfte SCRC sei im Laufe des Jahres fünfmal zusammengetreten und seine Berichte seien auf der Website des Regionalbüros zu finden. Der SCRC habe die Maßnahmen verfolgt, die das Sekretariat zu den beim Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen ergriffen habe, sei darüber hinaus aber auch an der Auswahl und Vorbereitung von Fach- und Grundsatzthemen für die Aussprache bei der jetzigen Tagung beteiligt gewesen. Mitglieder des SCRC würden die Ansichten des Ausschusses zu den jeweiligen Themen unter dem entsprechenden Tagesordnungspunkt vortragen.

Der Vorsitzende erläuterte, dass die SCRC-Mitglieder eingeladen worden seien, sich an einer vom Regionaldirektor eingesetzten Untergruppe zu beteiligen, die sich mit der Strategie der geografisch verteilten Büros des Regionalbüros (GDOs) beschäftige. Im Zusammenhang mit dem Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007 habe der SCRC den der Weltgesundheitsversammlung vorgelegten Vorschlag erörtert, die Umsetzung von Resolution WHA51.31 über die Zuweisung Ordentlicher Haushaltsmittel an die Regionen einzustellen, und man habe den Mitgliedstaaten der Europäischen Region empfohlen, die Weltgesundheitsversammlung eindringlich zu bitten, nach anderen Lösungen zu suchen.

Der SCRC habe angeregt, die europäischen Mitgliedstaaten um Auskunft über den Stand der Ratifizierung der Änderungen von Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung zu bitten. Bis jetzt hätten weltweit 110 Mitgliedstaaten (darunter 31 Länder der Europäischen Region) die Änderungen ratifiziert, es seien jedoch noch weitere 18 Ratifizierungen erforderlich, damit die Europäische und die Westpazifische Region jeweils einen zusätzlichen Sitz im Exekutivrat erhalten könnten.

Der SCRC habe auch über das Stimmrecht einiger neuer unabhängiger Staaten gesprochen, die mit ihren ordentlichen Beitragszahlungen an die Organisation im Rückstand seien, und habe sich interessiert gezeigt, diese Schulden entweder abzuschreiben oder besondere Zahlungsvereinbarungen zu treffen.

Bei den Stellungnahmen zum Bericht des SCRC verwies eine Delegation auf die umfassende Arbeit des SCRC und gab zu erkennen, dass diese für das Sekretariat eine wertvolle Orientierungshilfe und Anleitung bedeute. Viele Empfehlungen und Schlussfolgerungen des SCRC könne man unterstützen, insbesondere die Feststellung, dass die WHO noch kein System zur Beurteilung der von ihr in den Ländern geleisteten Arbeit habe. In einigen Fällen handle es sich allerdings offensichtlich noch nicht um endgültige Empfehlungen oder es sei unklar, welche Maßnahmen man im Weiteren ergriffen habe. In seiner Antwort erläuterte der Vorsitzende, dass viele weiterführende Maßnahmen des Sekretariats in den einschlägigen Arbeitsunterlagen für das Regionalkomitee dargelegt seien.

Der Regionaldirektor gab zu, dass es schwierig sei, den Einfluss der WHO-Arbeit in den Ländern zu beurteilen, man habe jedoch einen ersten Versuch unternommen, als man den Bericht über die Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros ausgearbeitet habe (Dokument EUR/RC54/Inf.Doc./2). Er sei sich sicher, dass der Ständige Ausschuss alle für die Verbesserung seiner Arbeitsmethode gemachten Vorschläge gründlich erwägen werde.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R8.

## Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben

(EUR/RC54/7)

Dr. Sergei Furgal, der vom SCRC gebeten worden war, den Tagungen des Ausschusses als Beobachter beizuwohnen und die Ansichten des SCRC zu dem anstehenden Tagesordnungspunkt vorzulegen, verwies auf die neue Form des Arbeitspapiers. Man habe sich darin unter den 23 Resolutionen und 14 Beschlüssen, die von der Weltgesundheitsversammlung und dem Exekutivrat verabschiedet bzw. angenommen worden seien, auf diejenigen konzentriert, die regionale Konsequenzen hätten, und dafür jeweils die relevanten Maßnahmen und Kommentare angeführt. Zu erörtern seien die globale Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit, Krebsverhütung und -bekämpfung, Behinderungen: Prävention, Management und Rehabilitation, die nachhaltige Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung sowie die Überarbeitung der internationalen Gesundheitsvorschriften. Weitere Resolutionen mit regionalen Konsequenzen betrafen die Straßenverkehrssicherheit, die Intensivierung der Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen für HIV/Aids-Patienten sowie die internationale Wanderungsbewegung unter Gesundheitsfachkräften.

Zu den Finanz- und Haushaltsangelegenheiten sei zu sagen, dass die Zahl der Mitgliedstaaten, die mit der Zahlung ihrer Beiträge so weit im Verzug seien, dass sie ihr Stimmrecht verloren hätten, mittlerweile auf sechs reduziert worden sei. Das Regionalbüro habe die Sache in der Hand und werde die Mitgliedstaaten auch weiterhin laufend über den globalen Haushalt und die regionalen Budgets informieren, wenn sich der regionale Anteil an den globalen Ressourcen in Übereinstimmung mit der Umsetzung von Resolution WHA51.31 erhöhe.

Drei Resolutionen erforderten Maßnahmen auf regionaler Ebene: die Resolution zum Strategieentwurf für die Beschleunigung der Fortschritte im Hinblick auf die Erreichung internationaler Entwicklungsziele, insbesondere in Bezug auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit (Resolution WHA57.12), die Resolution zu Gesundheitsförderung und gesunden Lebensweisen (Resolution WHA57.16) und die Resolution zur Genomik (Resolution WHA57.13). Es sei zu betonen, dass man im Bereich Genomik die Zusammenarbeit mit dem Europarat und der Europäischen Kommission wieder aufnehmen müsse, insbesondere im Hinblick auf Aspekte, die nicht gut durch andere Organisationen abgedeckt seien, sowie andere, die direkte Relevanz für Europa hätten.

In der sich anschließenden Aussprache hob eine im Namen der nordischen Länder sprechende Delegation die Public-Health-Problematik des Alkoholkonsums hervor und stellte fest, dass die WHO-Initiativen der aus dem Alkoholmissbrauch resultierenden Krankheitslast nicht angemessen seien. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Generaldirektor gebeten worden sei, im Jahr 2005 einen Bericht über die von der WHO in diesem Bereich geplante Arbeit herauszugeben, wobei unterstrichen wurde, dass man auf allen Ebenen der Organisation Führung und ausreichende Ressourcen brauche.

Was Resolution WHA57.19 betreffe, müsse man die Initiativen zur internationalen Wanderungsbewegung von Gesundheitsfachkräften mit den bereits bestehenden europäischen Maßnahmen koordinieren, insbesondere mit der Arbeit des Europarats zur grenzüberschreitenden Mobilität von Gesundheitsfachkräften und deren Konsequenzen für die Systeme der Gesundheitsversorgung. Eine Zusammenarbeit mit dem Expertenausschuss des Europarats, der zur Zeit an Empfehlungen arbeite, würde die bestmögliche Ausnutzung begrenzter Ressourcen ermöglichen.

In der globalen Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit würden mehrere Probleme angesprochen, eines sei die zunehmende Prävalenz der Fettsucht in der Region, die ein insbesondere auf Kinder und Jugendliche ausgerichtetes konzertiertes Handeln erfordere. Man müsse gesunde Entscheidungen leichter machen, und die Politik in anderen Sektoren wie Landwirtschaft und Verkehr müsse im Einklang mit gesundheitlichen Zielen stehen. Es sei Aufgabe von Eltern, anderen Erwachsenen und Schulbehörden, Kindern mehr Bewegung zu verschaffen und sicherzustellen, dass sie in einem gesundheitsförderlichen Umfeld aufwüchsen. Dabei müsse man sorgfältig Anreize gegen restriktive Maßnahmen abwägen. Die

europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten und eine Task Force zur Thematik Fettsucht seien begrüßenswerte Entwicklungen.

Was politische Handlungsbereitschaft und administrative Koordination für die Verbesserung der Straßenverkehrssicherheit bedeuten, wurde anhand von Statistiken erläutert, die zeigten, dass in einem Land in den ersten sieben Monaten dieses Jahres die Zahl der Verkehrstoten um über 12% zurückgegangen war. Es wurde betont, dass man sicherstellen müsse, dass den Resolutionen auch wirklich Taten folgten, wobei angemerkt wurde, dass es im Bereich reproduktive Gesundheit für den auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung der Vereinten Nationen (Kairo, 1994) angenommenen Aktionsplan sowie für die Erklärung und die Handlungsplattform der Vierten Weltfrauenkonferenz (Peking, 1995) noch keine weiterführenden Maßnahmen gebe und diese Initiativen auch noch nicht umgesetzt seien. Bekräftigt wurde zudem, dass man bei der Umsetzung von Resolutionen gemeinsam vorgehen und auch konkrete regionale Angelegenheiten gemeinsam angehen müsse.

In seiner Antwort wies der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen auf die Verbesserungen hin, die man hinsichtlich der Zahl der säumigen Beitragszahler unter den Mitgliedstaaten der Region erreicht habe. Man beabsichtige, die Angelegenheit bis Ende 2006 zu bereinigen, und zwar durch Besuche in den betroffenen Mitgliedstaaten, denen man bei der Abfassung von Vorschlägen zur Lösung des Problems helfen wolle.

Der Regionaldirektor äußerte sich danach noch eingehender zu den Gründen, die zur Aufstellung von europäischen Plänen wie der vorgeschlagenen Europäischen Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, geführt hätten. Die Gegebenheiten der Region böten die Möglichkeit, effizienter vorzugehen, und auch die Chance, neue Wege zu beschreiten. Das Regionalbüro könne sich die großen Erfahrungen seiner Mitgliedstaaten zunutze machen (das Herangehen an die Fettsuchtproblematik sei ein solches Beispiel) und sich damit seinerseits auf globaler Ebene führend zeigen.

## **Follow-up zu früheren Tagungen des Regionalkomitees**

*(EUR/RC54/12, /Inf.Doc./2, /Inf.Doc./2 Corr.1, /Inf.Doc./2 Corr.2 und /BD/1)*

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation erläuterte einleitend, welche Fortschritte das Regionalbüro bei der Umsetzung der Regionalkomiteeresolution EUR/RC51/R3 zum Europäischen Gesundheitsbericht und zum Thema Information und Wissensmanagement gemacht habe. Das Regionalbüro habe Instrumente entwickelt, die es ihm ermöglichten, Entscheidungsträgern bessere Informationen, gesicherte Erkenntnisse und Grundsatzoptionen für Entscheidungen im Gesundheitsbereich anzubieten. Es handele sich bei diesen Instrumenten um ein integriertes Datenbanksystem und die Website des Regionalbüros, auf der Länderanalysen zu finden seien, die wiederum mit den Länderprofilen (wie der Reihe Highlights on Health) verknüpft seien. Außerdem böten das HEN, das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und die Fachprogramme gesundheitspolitische Optionen an. Darüber hinaus habe man die Veröffentlichungen des Regionalbüros und Dokumente aus den Ländern.

Die ausgebauten Gesundheitsinformations- und Evidenzfunktionen des Regionalbüros trügen zu dem im Mai 2005 zu veröffentlichenden Europäischen Gesundheitsbericht bei. Das Thema dieses Berichts sei die Umsetzung von Wissen in praktisches Handeln durch eine verbesserte gesundheitliche Infrastruktur. Der thematische Schwerpunkt sei Gesundheit und Entwicklung von Kindern und der Bericht vermittele die Botschaft, dass Armut und Chancenungleichheit die Menschen daran hinderten, die bestehenden Möglichkeiten der Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Der Bericht sei zudem das Ergebnis einer umfassenden Zusammenarbeit zwischen allen einschlägigen Programmen des Regionalbüros, dem Cluster Evidenz und Information für die Politik im WHO-Hauptbüro und den Mitgliedstaaten. Die Delegierten könnten den ersten Entwurf einsehen.

Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung informierte die Delegierten über die Fortschritte, die im Hinblick auf die im Jahr 2000 angenommene Länderstrategie gemacht worden seien. Die Dienste für

die Länderunterstützung seien umstrukturiert worden, man baue jetzt ein neues System auf, das zur Zeit daraufhin beurteilt werde, inwieweit man im Dienste der Mitgliedstaaten auch führe und leite. Man habe zwar keine fest definierten Ausgangswerte oder Indikatoren, um den Einfluss zu messen, es scheine aber, dass man hinsichtlich der besseren Koordinierung von Ländertätigkeiten Fortschritte mache, dass die für Gesundheitssystemfragen und Management zuständigen Mitarbeiter kompetenter seien, dass man länderspezifische Arbeitspläne und Strategien mit klaren Zielvorstellungen erarbeitet habe, die fest in den größeren Arbeitsplan des Regionalbüros eingebaut würden, und dass man die Partnerschaften verbessert habe. Die wichtigsten Aufgaben stellten sich bei der Entwicklung von Leistungsindikatoren für die Länderarbeit, der Beurteilung der direkten Verbraucherzufriedenheit und im Zusammenhang mit Fragen der Nachhaltigkeit. Das „Help Desk“ sei ein Schlüsselinstrument für die Koordination der Länderarbeit. Die Länderprogramme würden halbjährlich, jährlich und alle zwei Jahre evaluiert um sicherzustellen, dass die Art und Weise, wie die WHO mit den Ländern arbeite, sowie die Relevanz und die Qualität ihrer Leistungen laufend verbessert würden.

Der Regionaldirektor erläuterte den Stand der Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ und die weiteren Pläne für diese Aktualisierung. Man stütze sich dabei auf vier Säulen: Beurteilung des Einflusses, den das Konzept auf die Politik in den Ländern gehabt habe, Bestimmung der im Konzept zur „Gesundheit für alle“ angelegten Wertvorstellungen (Chancengleichheit, Solidarität und partizipatorische Beteiligung der Bürger sowie ethische Regierungsführung), Festlegung von zehn Kerninstrumenten für Entscheidungsträger sowie Entwicklung von Leitlinien für Entscheidungsträger, die damit ermitteln könnten, inwieweit ihre Politik mit den Wertvorstellungen der „Gesundheit für alle“ übereinstimmen. Die nächsten Schritte beinhalteten die Fertigstellung eines Entwurfs von etwa fünfzig Seiten, der den Mitgliedstaaten im Januar 2005 zur Erwägung und Stellungnahme zugehen und danach für die Vorlage beim Regionalkomitee im Jahr 2005 überarbeitet werde.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten die Delegationen diese Follow-up-Sitzung, wobei sich eine Delegation allerdings besorgt zeigte, dass sich in den Regionalkomiteeunterlagen inhaltliche Überschneidungen ergeben könnten. Ein weiterer Delegierter befürwortete den Europäischen Gesundheitsbericht aufs Wärmste und brachte die Hoffnung zum Ausdruck, dass sein Land sich möglichst weitgehend an der Ausarbeitung des Berichts beteiligen könne.

Mehrere Delegationen erörterten Aspekte der Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros. Ein Delegierter schilderte das große und einflussreiche Länderbüro in seinem Land, das positive praktische Resultate liefere, und forderte engere Zusammenhänge zwischen Fachprogrammen und Länderbüros. Eine weitere Delegation bot für das Jahr 2008 ihr Land als Gastgeber einer Konferenz über Gesundheitssystemreformen an. Eine konkrete, besonders hervorgehobene Partnerschaft war die im Rahmen des Stabilitätspakts laufende Initiative zum sozialen Zusammenhalt, so wie auch betont wurde, dass es sich bei dem südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk um eine sinnvolle Initiative für Frieden und Aussöhnung handle.

Die meisten Delegationen griffen das den erörterten Themen zu Grunde liegende Element von Zusammenarbeit oder Partnerschaft auf. Zur Thematik von Partnerschaften ganz allgemein betonte eine Delegation, dass man ermitteln müsse, was genau jeder Partner im Verfolg von Resolutionen und im Hinblick auf die Umsetzung von Strategien tun werde, um so die Wirksamkeit aller Beiträge zu verbessern. Ein weiterer Sprecher erläuterte ausführlich die positiven Ergebnisse der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit der WHO bei der Umsetzung von Resolution EUR/RC52/R8 über die Bekämpfung des schwerwiegenden Problems der Tuberkulose in seinem Land. Zusammen mit der WHO und anderen Partnern könne noch weit mehr getan werden, um die Tuberkulosemortalität bis zum Jahr 2015 zu halbieren und Einzelziele der Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen. Eine dritte Delegierte äußerte sich positiv über das Interesse des Regionalbüros an der Thematik psychische Gesundheit und die einschlägige Zusammenarbeit. Sie hoffe, dass die kommende WHO-Konferenz in Finnland, bei der auch die Europäische Kommission und der Europarat eine wichtige Rolle spielen würden, ein Konzept und einen Aktionsplan zur Folge haben werde, die es den Regierungen der Region ermöglichen, alle Determinanten der psychischen Gesundheit anzugehen. Ein Delegierter bat das Regionalbüro um Erklärung dafür, dass 16 Institutionen seines Landes ihren Status als WHO-Kooperationszentren verlieren sollten, was die partnerschaftliche

Zusammenarbeit mit der WHO einzuschränken scheine. Angesichts der Wichtigkeit der Thematik schlage er vor, dass erwogen werden sollte, in die Tagesordnung der nächsten Tagung des Regionalkomitees einen gesonderten Punkt über die Aktivitäten der WHO-Kooperationszentren in der Europäischen Region aufzunehmen.

Im Rahmen der Wertediskussion erklärte eine Delegation, dass die Regierungschefs zweier europäischer Mitgliedstaaten eine Erklärung unterzeichnet hätten, die dem Generalsekretär der Vereinten Nationen bei den kommenden Feierlichkeiten zum zehnten Jahrestag der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung vorgelegt werden solle und die Werte der genetischen Gesundheit und der Rechte von Frauen unterstütze. Alle Mitgliedstaaten würden dringend gebeten, sich dieser Initiative anzuschließen, und eine weitere Delegation schloss sich diesem Appell an.

Ein die Weltbank vertretender eingeladenen Redner begrüßte die von der WHO geleistete Länderunterstützung, vor allem in den neuen unabhängigen Staaten, in den Bereichen Gesundheitsfinanzierung, Reform des Beamtenrechts und der öffentlichen Verwaltung sowie Gesundheitsreform. Die in einigen Teilen der Region gewonnenen Erfahrungen könnten von anderen beispielsweise zur Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung genutzt werden und seien auch für die Bemühungen um die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele nützlich.

Darüber hinaus gaben Vertreter des Weltverbands für Psychiatrie und der Internationale Verband für Familienplanung Erklärungen ab, in denen sie darlegten, in welchen Bereichen die Zusammenarbeit mit der WHO nützlich sein könne.

Der Regionaldirektor entschuldigte sich in seiner Antwort für die inhaltlichen Überschneidungen in den Tagungsunterlagen. Er erklärte, dass die große Zahl der Kooperationszentren für ihre Handhabung und die Zusammenarbeit der WHO mit diesen Einrichtungen hinderlich sei. Eine Lösung könne sein, dass die Mitgliedstaaten mit der WHO zusammen nach Möglichkeiten suchten, die Effektivität der Zentren zu maximieren, und dass sie die WHO bitten würden, für die Handhabung der Kooperationszentren eine klare globale Politik aufzustellen. Die Frage müsse vom Exekutivrat erörtert werden.

Abschließend versprach die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation, dass das Regionalbüro sich weiterhin bemühen werde, die Bevölkerungsstatistiken im Europäischen Gesundheitsbericht zu verbessern und den Mitgliedstaaten zu helfen, ihrerseits ihre Statistiken und ihre nationalen Gesundheitsinformationssysteme zu verbessern.

## **Grundsatz- und Fachfragen**

### **Europäische Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten**

*(EUR/RC54/8)*

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Verringerung der Krankheitslast, erläuterte einleitend, dass der Begriff Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes sowie psychische Erkrankungen und viele andere Störungen umfasse. Die NCDs stellten in Europa eine große Public-Health-Herausforderung dar und seien die Hauptursache für den vorzeitigen und verhütbaren Tod vieler Menschen. Sie seien für 77% der Morbidität und 86% der Mortalität der Region verantwortlich, bedeuteten damit also eine schwere Belastung für Patienten, ihre Familien, die Gesundheitssysteme der Länder und die Volkswirtschaften. Diese Belastung werde immer größer und die Europäische Region sei von den WHO-Regionen am stärksten davon betroffen. Die Welt befinde sich in einer Übergangsphase mit alternden Bevölkerungen, wachsenden globalen Einflüssen, sich verändernden Lebensweisen und einer zunehmenden Verstädterung. Es gebe beunruhigende Trends, vor allem die sich vertiefende Kluft zwischen den Mitgliedstaaten. Beispielsweise verursachten Herz-Kreislaufkrankungen in der Altersgruppe der unter 64-Jährigen über die Hälfte aller Sterbefälle der Region, doch diese Ziffer sei ständig rückläufig, außer in den neuen unabhängigen Staaten, wo die durchschnittliche

Herz-Kreislaufsterblichkeit im Jahr 2001 dreimal höher gewesen sei als in den damaligen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Sieben führende Risikofaktoren seien für den größten Teil der Krankheitslast und für 75–85% aller neuen Fälle von Herz-Kreislauferkrankungen verantwortlich. Es handele sich dabei um Tabak- und Alkoholgebrauch, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Übergewicht und Fettsucht, einen geringen Obst- und Gemüseverzehr und Bewegungsarmut. Das Rauchen sei auf dem Vormarsch, vor allem Frauen und arme Männer rauchten tendenziell stärker als die Reichen, und Europa habe weltweit den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol. Im Alter von 15 Jahren rauchten nach eigenen Angaben bereits 24% der Jugendlichen, 29% gaben an, jede Woche Alkohol zu trinken. 30% der Erwachsenen bewegten sich nicht ausreichend. In den meisten europäischen Ländern sei mehr als die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig, in einigen Regionen seien bis zu 27% der Kinder fettsüchtig. 80% der Fälle von Diabetes vom Typ 2 ließen sich auf Fettsucht zurückführen. Überall liefen die Angehörigen der unteren sozioökonomischen Gruppen im Vergleich zu den höheren Schichten mindestens das doppelte Risiko, schwer zu erkranken und frühzeitig zu sterben. Ein Abbau des Gefälles zwischen diesen Gruppen biete große Möglichkeiten für eine Verringerung der NCD-Mortalität.

Man brauche als regionalen Beitrag zur globalen Strategie eine europäische NCD-Strategie, um die Krankheitslast verringern und die Länder unterstützen zu können. Man habe dafür zehn Handlungsgrundsätze aufgestellt, die von der politischen Handlungsbereitschaft bis zu einer NCD-Politik als Teil der breiteren Public-Health-Bemühungen reichten. Man verfüge bereits jetzt über wichtige Interventionsmöglichkeiten, man könne beispielsweise den Verbrauch von Tabak, Salz, Zucker, Fett und Alkohol verringern und den Verzehr von Obst und Gemüse steigern; man könne Bewegung fördern und Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Körpermasse-Index angehen. Erforderlich sei ein integriertes Vorgehen, das sich auf die bereits vorliegenden Aktionspläne und Strategien stütze und ein umfassendes Maßnahmenbündel sowie sektorübergreifende Herangehensweisen vorsehe. Innerhalb kurzer Zeitspannen könne man dann bereits große Veränderungen erkennen. Es sei jetzt an der Zeit für eine solche Strategie.

Im Namen des SCRC erklärte Dr. Hubert Hrabcik, die NCDs hätten komplexe Ursachen: Sie könnten beispielsweise mit hohem Wohlstand, aber auch mit extremer Armut einhergehen. Die WHO habe die wichtige Aufgabe, nach Lösungen zu suchen und durch regionale und länderbezogene Vorgehensweisen als Brückenkopf zu fungieren, insbesondere, was die Steuerung des Alkohol- und Tabakgebrauchs von Jugendlichen betreffe. Man müsse gesamteuropäisch vorgehen, um der Gesundheit absoluten Vorrang einzuräumen. Dabei stehe man unter Zeitdruck, denn jeden Tag ginge Leben verloren, das hätte gerettet werden können.

Der Beigeordnete Generaldirektor für nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit erinnerte die Delegierten an die auf der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2000 eingegangene Verpflichtung, bei der Verhütung und Bekämpfung von NCDs mit integrierten Konzepten vorzugehen, die nicht nur die Rolle des einzelnen Menschen, sondern auch die Verantwortung der Gemeinschaft und der politischen Behörden betonten. Man habe dafür inzwischen Mechanismen entwickelt, unter anderem das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen der WHO, das noch von weiteren zehn Mitgliedstaaten ratifiziert werden müsse, um auf die vierzig Länder zu kommen, die für das Inkrafttreten des Übereinkommens erforderlich seien; außerdem habe man die globale Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit, die im Mai 2004 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet worden sei. Man brauche aber auch nationale und regionale Strategien, und die Europäische Region sei die erste, die diesen Schritt unternehme.

In der sich anschließenden ausgedehnten Debatte wurde der Vorschlag für eine europäische NCD-Strategie wärmstens begrüßt. Eine im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union sprechende Delegation erklärte, man brauche klare, maßnahmenorientierte Praxismodelle für die Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, die den Mitgliedstaaten helfen würden, Wissen in praktisches Handeln umzusetzen. Die meisten sinnvollen Maßnahmen seien bekannt, was zähle sei jedoch die Umsetzung. Die meisten Delegierten betonten, dass man sektorübergreifend und interdisziplinär arbeiten müsse. Eine europäische NCD-Strategie werde es durch einen koordinierten und umfassenden Ansatz

ermöglichen, aus vorbildlichen Praxismodellen zu lernen. Dies werde in der gesamten Europäischen Region erhebliche gesundheitliche Verbesserungen mit sich bringen.

Die NCDs stellten ein schwerwiegendes Problem dar, das nicht leicht zu lösen sei, mehrere Delegierte schilderten jedoch ihre eigenen nationalen Gesundheitsstrategien, Programme oder Gesetze, die der Bekämpfung von NCDs hohen Vorrang einräumten. Es handelte sich dabei beispielsweise um nationale Programme für integrierte Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung und zur Verhütung von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Fettsucht. Einige Mitgliedstaaten hatten es durch unterschiedliche Initiativen zur Beseitigung der Risikofaktoren bereits erfolgreich geschafft, die Prävalenz der nicht-übertragbaren Krankheit in ihrer Bevölkerung zu verringern. Der integrierte Ansatz biete ein erhebliches Potenzial für die Verringerung von chronischen Erkrankungen. Ein Mitgliedstaat hatte es durch ein Programm, das bei Mitarbeitern der primären Gesundheitsversorgung starke Unterstützung gefunden hatte, im Laufe von zehn Jahren geschafft, die koronaren Herzerkrankungen um 35% und die Hirngefäßerkrankungen um 45% zurückzudrängen. Einem anderen war durch eine Steueranhebung die Verringerung des Tabakkonsums gelungen (seit 1999 ein Rückgang von 18% unter Jugendlichen und Frauen). In diesem Fall habe sich die Gesetzgebung für die schnelle Reduzierung von Risikoverhalten als wirksamer erwiesen als allgemeine Kampagnen. Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren für nichtübertragbare Krankheiten seien für die laufende Beobachtung der erzielten Fortschritte jedoch unerlässlich.

Einige Delegationen erwähnten die Bemühungen, die seit den 1980er Jahren im Rahmen des Integrierten Länderprogramms zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) für die Bekämpfung von NCDs unternommen worden seien. An diesem Netzwerk seien 33 Länder beteiligt, die WHO habe bei der Ausarbeitung von Grundsatzdokumenten geholfen und Ressourcen bereitgestellt. Man habe gemeinsame Protokolle und Leitlinien erstellt, Veröffentlichungen herausgegeben und eine Datenbank aufgebaut. Die Prinzipien und Erfolge des CINDI-Programms würden sich in der NCD-Strategie widerspiegeln.

Mehrere Delegationen erläuterten, dass in ihren Ländern NCDs häufig nicht diagnostiziert und damit nicht geheilt würden. Behandlung, Verbesserung des Gesundheitswesens und Rehabilitation dürften nicht vergessen werden. Man brauche in der Strategie ein Gleichgewicht zwischen Prävention und Behandlung. Wichtig sei es, sich bei der Vorsorge nicht nur auf Veränderungen der Lebensweise zu konzentrieren, sondern auch mehr Medizin einzusetzen. Bei Überlegungen zur Lebensweise müsse man jedoch auch die Traditionen und Einstellungen der Menschen sowie ihre Gesamtsituation berücksichtigen. In einigen Gebieten sei die Lebensqualität mancher Bevölkerungsgruppen so schlecht, dass man im Hinblick auf die nichtübertragbaren Krankheiten nur schwer wirklich spürbare Wirkungen erzielen könne. Der Verteilung von NCDs lägen vor allem die Determinanten Armut und soziale Ausgrenzung zugrunde. Politische und wirtschaftliche Erwägungen seien wesentlich, und die WHO sei in der Lage, auf diese Tatsache hinzuweisen. Außerdem klaffe eine Lücke zwischen Forschung und Praxis vor Ort. Eine Delegation erläuterte den Bedarf an Diagnose-/Behandlungszentren, die mit Forschungs- und Monitoring-Laboratorien ausgestattet sein müssten, sowie an Zentren für Gesundheitsförderung.

Eine im Namen der nordischen Länder sprechende Delegation unterstrich, dass es wichtig sei, in den Kampf gegen die nichtübertragbaren Krankheiten auch den gesundheitsschädlichen Alkohol- und Tabakkonsum einzubeziehen, und dass man dafür einen integrativen Ansatz mit praktischen Maßnahmen brauche. Breite Konsultation und ein umfassendes Engagement seien für die Gestaltung der NCD-Strategie wichtig, wobei die Mitgliedstaaten und andere Akteure ihre Erfahrungen und ihre Sachkenntnis austauschen müssten. Einige Redner betonten auch den Stellenwert von Industrie und Handel: Aufgrund erfolgreicher nationaler Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholgebrauchs sehe man sich jetzt einer Offensive der Alkoholhersteller gegenüber. Internationale Zusammenarbeit sei unerlässlich für die Bekämpfung der globalen Vermarktung von Tabak, Alkohol und zuckerhaltigen Lebensmitteln und um es den Ländern zu ermöglichen, den Schritt von der Krankheitsverhütung zur Gesundheitsförderung zu machen. Dabei hätten alle interessierten Akteure und insbesondere der Privatsektor die wichtige Aufgabe, den einzelnen Menschen zu helfen und sie zu befähigen, sich für eine gesündere Ernährung zu entscheiden und sich mehr zu bewegen. Insgesamt gesehen gebe man zur Zeit mehr Geld dafür aus, Krankheiten zu heilen, statt sie zu verhüten.

In anderen Beiträgen wurde hervorgehoben, welche Sektoren für die Ausarbeitung der Strategie zusätzlich wichtig seien. Ein in allen diagnostischen Kategorien anzutreffender Faktor sei das psychische Wohlbefinden, das eine gute Lebensqualität ausmache. Psychische Gesundheitsförderung sei wichtig so wie auch die Verhütung psychischer Erkrankungen. Erkrankungen des Skelettmuskelsystems trügen stark zu Behinderungen und Frühverrentung bei. Viele Delegierte unterstrichen die Grundsätze, die den Strategieentwurf untermauerten: die Notwendigkeit, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und die Schwächsten zu schützen, und die Notwendigkeit, für diese Aufgabe alle Sektoren und alle Ebenen der Gesellschaft und der Regierung zu mobilisieren. Die WHO und der Gesundheitssektor müssten dabei führend vorgehen.

Zu diesem Tagesordnungspunkt wurden von den Vertretern der World Heart Federation, der Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik, der International Coalition against Tobacco, von Consumers International, dem World Association for Psychosocial Rehabilitation und dem Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger Erklärungen abgegeben. Schriftliche Erklärungen wurden auch von mehreren nichtstaatlichen Organisationen eingereicht.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R4.

### **Programmbudgetentwurf für 2006–2007**

*(EUR/RC54/11, /11 Add.1 und /Inf.Doc./4)*

Der Beigeordnete Generaldirektor, Allgemeines Management, erläuterte in seiner Einleitung zum Programmbudgetentwurf 2006–2007 den Konsultationsprozess im Zusammenhang mit der Erarbeitung des Haushalts, die ihm zu Grunde liegenden Prinzipien und die Bereiche, denen man sich verstärkt widmen und in die man mehr investieren werde. Die strategische Gesamtausrichtung veranschaulichte die Kontinuität der Arbeit der WHO, sei aber auch eine Reaktion auf die verstärkten Anforderungen und Erwartungen von Seiten der Mitgliedstaaten und der Partner der WHO.

Die Überprüfung der im Haushaltszeitraum 2002–2003 erzielten Ergebnisse und die im Verlauf der Konsultationen gemachten Kommentare hätten dazu geführt, dass man für den Gesamthaushalt im Vergleich zum Haushaltszeitraum 2004–2005 eine Aufstockung um 12,8% vorgeschlagen habe. Für sechs Arbeitsbereiche betrage die durchschnittliche vorgeschlagene Aufstockung über 50%, während für drei (darunter Immunisierung und Impfstoffentwicklung) eine durchschnittliche Kürzung um 10% angesetzt werde. Die Arbeitsbereiche, die gesundheitliche Resultate unterstützten, machten etwa die Hälfte der benötigten Ressourcen aus, Wissensmanagement und Informationstechnik (die es der WHO ermöglicht, die Mitgliedstaaten wirksam zu unterstützen) ein weiteres Fünftel.

In der Zuweisung der Ressourcen für die gesamte Organisation würden erhebliche Veränderungen vorgenommen, um dem vom Generaldirektor angestrebten Ziel der Dezentralisierung näher zu kommen. Der größte Haushaltsanstieg komme der Afrikanischen Region zugute, während die Europäische Region das höchste proportionale Wachstum verzeichnen werde. Der Anteil des Hauptbüros werde auf 26% absinken.

Der einheitliche Programmbudgetentwurf werde aus drei Quellen finanziert: aus ordentlichen Beiträgen, sonstigen Einnahmen und freiwilligen Beiträgen. Im Haushalt sei für die ordentlichen Beiträge der Mitgliedstaaten ein Anstieg von 9% vorgesehen, damit man den wachsenden Anforderungen und Erwartungen gerecht werden und versuchen könne, das Haushaltsgleichgewicht wieder herzustellen, angesichts der Tatsache, dass die freiwilligen Beiträge mittlerweile 70% der Gesamtfinanzierung ausmachten und die ordentlichen Beiträge sich nur auf 17% des Gesamthaushalts belaufen würden, wenn man wie in der Vergangenheit am nominalen Nullwachstum festhalte. Der Entwurf spiegele auch eine wirksamere Nutzung der Ressourcen und die verbesserte Effizienz des Managements von Programmen, Finanzen und Mitarbeitern sowie den Einsatz eines globalen Managementsystems wider (das 2006 betriebsbereit sein solle). Man erwarte von diesen Maßnahmen nicht allein Einsparungen, sondern werde damit auch die verantwortliche Rechenschaftslegung verbessern.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen besprach die wichtigsten Ausrichtungen des Programmhaushaltsentwurfs für die Region. In dem Entwurf spiegelten sich die Ansichten der Mitgliedstaaten, eine vom Regionalbüro durchgeführte fachliche Überprüfung und die Integration auf globaler Ebene wider. Die Feinabstimmung mit der Fertigstellung von grundlegenden Kooperationsvereinbarungen und Mehrländerprogrammen werde folgen. Er unterstrich ebenfalls, dass der Anteil der ordentlichen Beiträge am Gesamthaushalt rückläufig sei.

Im gegenwärtigen Stadium gebe es offensichtlich Diskrepanzen zwischen dem globalen Haushalt und den regionalen Zahlen. Die von der Region angesetzten höheren Beträge seien Ausdruck ihres „Ambitionsniveaus“, nämlich des Ziels, den ausdrücklichen Anforderungen der Länder gerecht werden zu können, und zugleich stellten sie für die Geber eine Herausforderung dar.

Die Arbeitsbereiche seien thematisch gruppiert worden, wobei man jedes Mal das vorgegebene Ausgabenniveau, die prozentuale Mittelzuweisung sowie die regionale oder globale Vorrangigkeit angeführt habe. Das die Länderpräsenz der WHO umfassende Paket erhalte die höchste Mittelzuweisung (16,9%), danach folgten Evidenz, Organisation des Gesundheitswesens, die drei Krankheiten HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie der Arbeitsbereich Management. Die seit dem Programmhaushalt 1998–1999 um das Fünffache erhöhte Finanzierung für die Arbeit in den Ländern, die im Entwurf für 2006–2007 mit 25 Millionen US-\$ angesetzt sei, veranschauliche die Entschlossenheit, den Außenstellen in den Ländern ein selbständigeres Handeln zu ermöglichen. Die Schlüsselfaktoren für die Verbesserung der Länderpräsenz seien bessere Infrastruktur und Telekommunikation, Kompetenzbildung und eine ausgebaute Aufsichtsfunktion.

Dr. Jens Kristian Gøtrik, ein Mitglied des SCRC, brachte die Besorgnis des Ständigen Ausschusses über das Ungleichgewicht der Finanzierung durch ordentliche und freiwillige Beiträge und den sich daraus ergebenden sinkenden Einfluss der leitenden Organe der WHO zum Ausdruck. Es sei wichtig, die Geber davon zu überzeugen, dass man die Mittel in Übereinstimmung mit vereinbarten Konzepten und strategischen Ausrichtungen zuweisen könne. Hinsichtlich der Verlagerung der Ressourcen auf Regionen und Länder sei zu hoffen, dass dies die Fähigkeit des Hauptbüros, auf globale Krisen wie SARS zu reagieren, nicht einschränken werde. Die Weltgesundheitsversammlung habe um Leitlinien für andere Mechanismen zur Umsetzung der Bestimmungen von Resolution WHA51.31 gebeten, die sich auf Chancengerechtigkeit, Effizienz und Leistung gründen und dem Exekutivrat vorgelegt werden sollten. Es sei sehr wichtig, dass die Weltgesundheitsversammlung in ihrem Beschluss erklärt habe, dass sich die Leitprinzipien auf objektive Kriterien gründen müssen und die Mitgliedstaaten sowie die Regionen bei der Ausarbeitung dieser Grundsätze zu konsultieren seien. Bei diesem Prozess müssten die erheblichen Gesundheitsprobleme in den Ländern im Osten der Europäischen Region berücksichtigt werden. Die vorgeschlagene 9%ige Anhebung der ordentlichen Beiträge erscheine insbesondere angesichts früherer Aussprachen bei der Weltgesundheitsversammlung optimistisch. Man könne im Haushalt (wie das auch von Nationalregierungen getan werde) Kürzungen oder Umverteilungen vornehmen. Man habe nur wenig Konkretes oder Einzelheiten zu der Frage vorgelegt, wie man Effizienz einsparungen vornehmen wolle. Eine weitere Frage betreffe die Pläne für den Fall, dass man keine freiwilligen Beiträge erhalte. Der Ressourcentransfer im laufenden Haushaltszeitraum bewege sich auf einem Niveau, das es dem Regionalbüro schwer mache, qualifizierte Mitarbeiter zu halten und einzusetzen, was unterstreiche, dass die Regionen einen regelmäßigen und sicheren Cash-flow brauchten.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten die Redner allgemein die klaren und informativen Präsentationen und unterstützten die strategische Gesamtausrichtung, insbesondere die Anstrengungen zur Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele. Die resultatbasierte Haushaltsplanung wurde als positiv empfunden. Andererseits müsse man die Leistungen der Vergangenheit besser analysieren, die Querverbindungen zum Entwurf für das Allgemeine Arbeitsprogramm 2006–2015 verstärken, mehr Wert auf Qualitätssicherung und stärkeres Gewicht auf Gesundheit als auf Krankheit legen. Man warnte davor, dass die Umsetzung von Strategien und anderen von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Resolutionen fehlschlagen könne, wenn keine angemessenen Ressourcen zusammenkämen. Einige Delegationen vertraten die Auffassung, dass regionale Besonderheiten stärkere Berücksichtigung hätten finden sollen. Eine Delegation unterstrich die Notwendigkeit der Transparenz in

Haushaltsangelegenheiten, bedauerte die fehlende Detailliertheit der Unterlagen und erklärte, dass man mehr Angaben zum Entwurf für das Allgemeine Arbeitsprogramm und zum Gleichgewicht zwischen ordentlichen und freiwilligen Beiträgen brauche.

Man stellte fest, dass es notwendig sei, im Programmhaushalt Ressourcenverschiebungen vorzunehmen. Eine Delegation fragte, ob man die Prioritäten nach ihrer Vorrangigkeit einstufen könne und man die Möglichkeit vorgesehen habe, Programme zu schließen oder zu kürzen, falls das dafür vorgesehene Budget nicht zustande komme. Könne man durch Partnerschaften, vor allem mit der Europäischen Kommission und dem Europarat, Skaleneffekte erzielen? Weiterhin wurde gefragt, ob man erwogen habe, die Ressourcenbeschaffung auf regionaler Ebene und in den Ländern in die Haushaltsplanung einzubeziehen. Genauere Angaben wurden auch erbeten zu einer Aufschlüsselung der Kosten, beispielsweise für Mitarbeiter, nach Aufgaben und Zielen. Die Aufwendungen für Mitarbeiter müssten im Programmhaushaltsentwurf deutlich angegeben werden.

Ein Delegierter bedauerte, dass die in den vorgelegten Unterlagen enthaltenen Angaben über die Region begrenzt seien, und bat um Auskunft über die Verteilung der außerordentlichen Finanzierung, um eine Aufschlüsselung nach Ländern und einen Vergleich der Arbeitsbereiche zwischen dem laufenden Haushaltszeitraum und dem Zeitraum 2006–2007. Solche Angaben müssten dem Regionalkomitee bei künftigen Tagungen routinemäßig vorgelegt werden.

Management im Gesundheitswesen und Humanressourcen für die Gesundheit wurden als vernachlässigte Bereiche angesehen, denen höchste Bedeutung beizumessen sei. Die laufende Verfolgung und Analyse solcher Ressourcen sei wesentlich. Eine Delegation schlug vor, eine Datenbank mit Angaben über die Erfolge und Misserfolge sowie die beim Ausbau, der Finanzierung und dem Management von Gesundheitsdiensten und -systemen erworbenen Erfahrungen einzurichten.

Es wurden auch konkrete Arbeitsbereiche oder Themen angeführt, die stärkerer Unterstützung bedürften, u. a. reproduktive und sexuelle Gesundheit, Altern, Alkoholmissbrauch, Umwelt und Gesundheit (insbesondere angesichts des CEHAPE), Gewalt, Verletzungen und Behinderungen und Gesundheit am Arbeitsplatz. Der Etat für Ernährung und Lebensmittelsicherheit werde anscheinend um 25% gekürzt, eine unverständliche Entscheidung, wenn man bedenke, dass man vor kurzem erst die globale Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit angenommen habe und man in der Region eine ministerielle WHO-Konferenz zur Ernährungsproblematik plane. Grundsatzprioritäten sollten in Budgets deutlich gemacht werden. Die Arbeit im Bereich Ernährung und Bewegung sowie Anti-Tabakmaßnahmen müssten in umfassende Strategien für die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Determinanten integriert werden, und die Redner würden es begrüßen, wenn sich die WHO dafür stark machen würde, um die politische Handlungsbereitschaft auf nationaler Ebene zu stärken. Eine konkrete Frage galt dem Beitrag der WHO zur Kodex-Alimentarius-Kommission und es wurde auch gefragt, wo diese im Programmhaushaltsentwurf auftauche. Mit Resolution WHA56.23 sei die WHO aufgefordert worden, die Kommission stärker zu unterstützen und enger mit ihr zusammenzuarbeiten. Klärungsbedürftig sei noch die vorgeschlagene Aufstockung der Mittel für die unter „Evidenz“ fallenden Arbeitsbereiche.

Mehrere Delegationen hinterfragten oder kritisierten die vorgeschlagene Mittelkürzung im Arbeitsbereich Immunisierung und Impfstoffentwicklung. Die Poliomyelitis sei zwar in der Region eradiziert worden, Surveillance, Sicherheitslagerung im Labor und andere Aktivitäten müssten jedoch beibehalten werden. Der allgemeine Impferfassungsgrad müsse erhalten bleiben, ein Delegierter berichtete jedoch, dass in seinem Land die Diphtherie wieder aufgeflammt sei. Außerdem habe die Weltgesundheitsversammlung eindringlich zur Eradizierung der Masern aufgerufen, und es gebe Impfstoffe für die Verhütung anderer übertragbarer Krankheiten wie Hepatitis B und Meningitis vom *Haemophilus influenzae* Typ B. Es würden laufend neue Impfstoffe entwickelt, die jedoch teuer seien. Eine Delegation äußerte sich anerkennend über die Unterstützung des Regionalbüros für die Arbeit zu einer sichereren Spritzenpraxis, die ebenfalls unter diesen Arbeitsbereich falle. Die Verhütung, Bekämpfung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten erfordere fortgesetzte Unterstützung, und die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem künftigen Europäischen Zentrum für Krankheitsbekämpfung müsse in der Planung berücksichtigt werden.

Überrascht zeigte man sich über die vorgeschlagene Ressourcenkürzung im HIV/Aids-Bereich. Ein Delegierter fragte, ob man im Anschluss an die einschlägige Konferenz, die im Februar 2004 in Dublin stattgefunden habe, zum Thema HIV/Aids einen Dialog mit der Europäischen Kommission eingeleitet habe.

Viele Redner äußerten sich zu dem Vorschlag einer 12,8%igen Aufstockung des Gesamthaushalts und einer 9%igen Anhebung der ordentlichen Beiträge, ein „beeindruckender Vorschlag“, wie sich ein Delegierter ausdrückte. Eine Ausweitung der Ressourcen sei unverantwortlich ohne verstärkte Effizienz, Reduzierung der Verwaltungskosten und effektivere gesundheitliche Resultate. Dafür brauche man ein transparentes System von Indikatoren für die Messung der Kostenwirksamkeit von WHO-Aktivitäten. Deshalb sei eine Ausweitung des ordentlichen Haushalts schwer zu akzeptieren. Mehrere Länder der Region seien bereits jetzt außerstande, ihren finanziellen Zahlungsverpflichtungen gegenüber der WHO nachzukommen, weshalb eine solche Ressourcenausweitung die Lage noch verschlimmern würde. Andere Delegationen wiesen jedoch darauf hin, dass neue Herausforderungen und zusätzliche Aufgaben auch zusätzliche Ressourcen erforderten, riefen dazu auf, die jahrzehntelange Politik des nominalen Nullwachstums zurückzunehmen, und unterstützten im Prinzip eine Ausweitung des ordentlichen Haushalts. Außerdem wiesen einige Delegierte darauf hin, dass sich die ordentlichen Beiträge auf eine von den Vereinten Nationen festgelegte Beitragsbemessung gründeten.

Insbesondere auf Regierungsebene sahen die Vertreter erhebliche Schwierigkeiten darin, gegen den Widerstand der Finanzministerien für eine Erhöhung der Gesundheitsbudgets zu argumentieren, wo diese stattdessen nach Einsparungen Ausschau hielten. Man werde dafür kraftvolle und stichhaltige Argumente auffahren müssen. Ein Vorschlag sah vor, die Aktivitäten sorgfältiger danach zu berücksichtigen, ob sie aus dem ordentlichen Haushalt oder durch freiwillige Beiträge finanziert werden könnten, und dabei die unvermeidlichen Kosten für Infrastruktur und Organisation zu unterscheiden.

Viele Redner machten Anmerkung zur Mittelzuweisung, wobei einer ausdrücklich um mehr Informationen bat, die die Feststellung untermauerten, dass eine Verlagerung vom Hauptbüro weg nicht die Autorität der WHO, ihre normative Arbeit und ihre Reaktionsfähigkeit in Krisen bedrohe. Es wurden Einzelheiten dazu erbeten, wie eine Politik der Dezentralisierung sich auf die Region auswirken würde und zur Beibehaltung oder Stärkung der Stellen im Hauptbüro und zu den Arbeitsbereichen. Falls die Mittel umgeschichtet würden, wie dann die Ergebnisse auf allen Ebenen der WHO gezeigt und dargestellt würden.

Es gab Fragen zum aktuellen Stand der Umsetzung von Resolution WHO51.31 und dazu, ob die leitenden Prinzipien, um die die Weltgesundheitsversammlung gebeten habe, den in der Resolution beschriebenen Mechanismus ersetzen würde. Redner baten um eine Zusicherung des fortgesetzten Zustroms von Mitteln an die Region und bestanden auf einer vollen Umsetzung der Bestimmungen der Resolution. Nichtsdestoweniger wurde Zufriedenheit über die ausgeweitete Unterstützung auf Länderebene und insbesondere über den wesentlichen Anstieg der Länderzuweisungen in dem vorgeschlagenen Regionalhaushalt zum Ausdruck gebracht.

Viele Redner drückten auch ihre Besorgnis über die Unvorhersagbarkeit der freiwilligen Beiträge, die fehlende Abgleichung mit den vereinbarten Prioritäten der WHO und das Ungleichgewicht der Finanzierungsquellen aus. Die Arbeit der Organisation könne nicht von einer unsicheren Finanzierung abhängen, die zudem nicht mit den vereinbarten Prioritäten in Einklang stünde. Unabdingbare Aufgaben wie die Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften könnten nicht durch freiwillige Beiträge privater Stiftungen finanziert werden, deren Unterstützung nicht vorhersehbar sein könne. Bessere Verfahren bei Administration und Management könnte die Effizienz und Effektivität bei der Handhabung solcher Beiträge erhöhen. Eine Demonstration des durch freiwillige Beiträge Erreichten könnte nützliche Argumente für die Überzeugungsarbeit in den Ländern liefern und es wurde um solche Unterstützung für den Umgang mit den Finanzministerien gebeten.

Der Vertreter der Internationalen Kommission für Arbeitsmedizin gab eine Stellungnahme ab.

In seiner Antwort erinnerte der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen daran, dass der vorgeschlagene Programmhaushalt im Hauptbüro konsolidiert werde und dass die Kommentare dabei

berücksichtigt würden. Er hatte auch eine Verwechslung zwischen den vorgeschlagenen globalen und regionalen Haushalten beobachtet. Wenn die endgültigen Daten zur Aufschlüsselung von Betriebs- und Personalkosten entgegengenommen worden seien, würden weitere Informationen zur Verfügung gestellt.

Im Hinblick auf Größenvorteile bei der Mittelzuweisung würden Schritte unternommen, die Länder- und Projektbüros zusammenzuführen und für die Vereinten Nationen gemeinsame Häuser zu nutzen, was bereits zu größerer Effizienz und besseren gesundheitlichen Ergebnissen geführt habe. In Bezug auf die Dezentralisierung habe er die Unterstützung von Kompetenzbildung auf Länderebene zur Kenntnis genommen, merkte aber gleichzeitig an, dass die Fähigkeit zur Überwachung und Kontrolle von Aktivitäten auf der Ebene von Regional- und Hauptbüro zunehme.

Falls freiwillige Beiträge ausblieben oder nicht ausreichten, wäre ein Ansatz möglich, wonach die Finanzierung auf Grundlage der von den Mitgliedstaaten beschlossenen Prioritäten erfolge und Gebiete geringerer Priorität unterfinanziert blieben. Man habe erkannt, dass der vorgeschlagene Programmhaushalt den Launen freiwilliger Beiträge ausgesetzt sei. Daher habe man, um die Risiken zu senken, Schritte eingeleitet, die das Gleichgewicht in der Finanzierung wieder herstellen sollten.

Der beigeordnete Generaldirektor, Allgemeines Management, merkte an, dass die WHO die Mittel mit Sorgfalt und Effizienz anwende, ein dementsprechender Bericht der Joint Inspection Unit werde bald erscheinen. Er sei davon überzeugt, dass die hohen Zahlen für Immunisierung und Impfstoffentwicklung im Gesamthaushalt realistisch seien, sah aber gleichzeitig, dass Partner für die Beschaffung von Mitteln wichtig seien. Der Rückgang bei den Mittelzuweisungen an HIV/Aids spiegele den Übergang von der Anfangsphase im gegenwärtigen Zweijahreszeitraum zum Dauerbetrieb wider.

Der vorgeschlagene Zuwachs im Gesamthaushalt sei das Ergebnis eines sorgfältigen ergebnisorientierten Prozesses, der alle Erfolge, Erwartungen und Stärken der WO mit denen anderer Organisationen im Vergleich berücksichtigt habe. Die Umschichtung von Mitteln zwischen Arbeitsbereichen sei nach sorgfältiger Abwägung erfolgt, wie der Bedarf am besten gedeckt werden könne, und dabei seien wesentliche Änderungen vorgenommen worden. Eine andere Akzentuierung erfordere entweder zusätzliche Einnahmen oder eine Änderung der Prioritäten durch die Mitgliedstaaten. Er stellte Übereinstimmung hinsichtlich der Notwendigkeit einer ausgeglichenen Finanzierung fest und war sich der politischen Schwierigkeiten bewusst, die der vorgeschlagene Anstieg der Beitragsbemessungen um 9% bedeute, obwohl die tatsächliche Zahl (78 Millionen US-\$) absolut gesehen nicht sehr groß sei. Was die Frage der Bedeutung freiwilliger Beiträge für die Leitung betreffe, so seien die Erörterungen mit den Partnern positiv verlaufen und es gebe Anzeichen für ein Respektieren der WHO-Prioritäten. Die Kosten für die Handhabung solcher Beiträge seien hoch. Hier ließen sich Einsparungen durch Effizienzsteigerungen erzielen. Eine bessere Koordination werde nicht nur innerhalb der Organisation angestrebt, sondern auch innerhalb der Vereinten Nationen und mit der Europäischen Kommission und den bilateralen Gebern.

Man arbeite an Leitlinien für die Zuweisung von ordentlichen Haushaltsmitteln an die Regionen, wobei die Funktionen der Organisation berücksichtigt würden und man überlege, wo sie am effektivsten wahrgenommen werden könnten. Sobald der Entwurf vorliege, werde man die Mitgliedstaaten konsultieren und ihre Stellungnahme einholen. Was die Dezentralisierung angehe, so habe man für jeden Arbeitsbereich konkrete Arbeitspläne aufgestellt und man verfolge den Ressourcenfluss jeden Monat im Rahmen einer soliden systematischen Einsatzplanung.

In einer freimütigen Antwort stellte der Regionaldirektor klar, dass die Umsetzung der Programme bei inadäquater Finanzierung ernsthaft behindert werde. Schwierigkeiten bei der Anwerbung und dem Halten von Mitarbeitern hohen Kalibers würden zu einer Krise des Managements führen. Ein unzureichende freiwillige Finanzierung hindere ihn daran, Verträge von einer Länge über drei Monaten zuzusagen. Er sei für seine Wiederwahl dankbar, doch besorgt, dass er seine Verantwortlichkeiten nicht übernehmen könne, da er z. B. nicht in der Lage sei, für Krisen vorzusorgen.

Die Bediensteten des Regionalbüros müssten die Bedürfnisse mit den Mitgliedstaaten erörtern und voraussehen, was mit den Mitteln, gleich aus welcher Quelle, getan werden könne, um die Verpflichtungen

zu erfüllen. Die Bediensteten müssten daher gleichzeitig Sachverständige und Geldbeschaffer sein, müssten jedoch Spenden für Arbeit ablehnen, die nicht als Priorität bestimmt worden sind. Ein rigoreses Herangehen an die Bedürfnisse der Geber und der Mitgliedstaaten sei unerlässlich. Er stelle den Abteilungen, denen es an Kenntnissen zur Mittelbeschaffung fehle, Hilfe zur Verfügung, und habe selbst die Verantwortung für die Mittelbeschaffung bei einer Reihe von Projekten übernommen.

Er erinnerte daran, dass die Weltgesundheitsversammlung seit vielen Jahren auf einen vereinheitlichten Haushalt gedrängt habe, unsichere Finanzierung schaffe enorme Schwierigkeiten. Er verstehe, welchem Konflikt mit den Finanzministerien die Vertreter gegenüber stünden, unterstrich jedoch, dass die Organisation durch die enorme Schrumpfung des ordentlichen Haushalts seit vielen Jahren vom Erstickungstod bedroht sei. Keine andere Organisation hätte einen solch nachhaltigen Rückgang überlebt.

Positiv zu vermelden sei, dass er nun mit starken Botschaften ausgerüstet sei und die Besonderheiten der Europäischen Region betonen werde. Er bestätigte die von den Mitgliedstaaten betonten Hauptbereiche als die folgenden: Humanressourcen für Gesundheit und Gesundheitssystem und -dienste - höchste Priorität, nichtübertragbare Krankheiten, reproduktive Gesundheit, Immunisierung (die anhaltende Wichtigkeit der übertragbaren Krankheiten), Umwelt und Gesundheit, Gesundheit am Arbeitsplatz, Altern, Alkoholmissbrauch sowie Evidenz und Informationen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R5.

### **Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros** (EUR/RC54/9)

Die Leitende Beraterin der Abteilung Programmplanung und -umsetzung stellte die neue Strategie zu den GDOs zusammenfassend vor, um die das Regionalkomitee auf seiner vorangegangenen Tagung gebeten hatte. Sie war mithilfe einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Mitgliedstaaten entworfen worden. Gegenwärtigen bestünden GDOs in Barcelona, Bonn, Brüssel, Rom und Venedig (Knotenpunkte in Deutschland, Griechenland, Spanien und dem Vereinigten Königreich). Die Arbeitsgruppe hatte versucht, für größere Klarheit über die konkreten Themen zu sorgen, mit denen sich die einzelnen Büros befassen, und Informationen über finanzielle, fachliche und personelle Fragen zu gewinnen. Ein GDO müsse einen Zugewinn bieten, der vornehmliche Grund für seine Existenz sei es, die WHO zur Bewältigung von Dringlichkeiten zu befähigen, die sonst unzureichend abgedeckt würden. Es müssten allerdings klare Leitlinien für die Etablierung und Schließung von GDOs entwickelt werden. Die Öffnung eines neuen GDO erfordere eine tief gehende Analyse, eine klare, umfassende Vereinbarung, eine nachhaltige Finanzierung und eine Größe, die fachliche Legitimität hergebe. GDOs könnten nur nach vorheriger Konsultierung des SCRC etabliert oder geschlossen werden. Als Anleitung seien Managementprinzipien zu entwickeln, die die Konformität mit den Verfahrensgewohnheiten im Regionalbüro sicherten, u. a. bei der internationalen Anwerbung von Bediensteten, beim Monitoring und bei der Evaluierung. Kopenhagen müsse die meisten Fach- und Verwaltungsaufgaben behalten und dürfe nicht zu einem Koordinierungsbüro degradiert werden. Hier müsse eine ausgewogene Lösung gefunden werden. Allerdings gebe es für die GDOs eine wichtige Rolle bei der Leistungserbringung an die Mitgliedstaaten.

Dr. Jarkko Eskola führte als SCRC-Mitglied aus, die GDOs, von denen das erste 1991 eingerichtet worden sei, seien immer deutlich ein integraler Bestandteil des Regionalbüros gewesen. Bis zum vorangegangenen Jahr seien alle Entscheidungen zur Errichtung oder Schließung von GDOs vom Regionaldirektor und dem betreffenden Mitgliedstaat getroffen worden. Gegenwärtig stünden die GDOs für 15% oder 25,5 Millionen US-\$ des Haushalts des Regionalbüros, jedoch nur für 4,4 % der ordentlichen Haushaltsmittel. Der SCRC habe verschiedene Vorschläge unterbreitet und die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Strategie unterstützt.

Mehrere Redner begrüßten die Strategie und äußerten sich anerkennend über die von den GDOs im Rahmen des Regionalbüros geleisteten Arbeit. Ein Vertreter sagte im Namen der nordischen Länder, dass die Strategie ein gutes Werkzeug für besseres Management und größere Stimmigkeit bei den bestehenden und künftigen GDOs sei, und wurde darin von anderen Rednern unterstützt. Viele von ihnen hatten eng

mit den GDOs zusammengearbeitet. Es wurde allerdings hervorgehoben, dass die Beziehung zwischen den GDOs und ihrer Arbeit mit aktuellen Dringlichkeiten einerseits und die langfristige Vision des Regionalbüros andererseits bezogen auf die von den GDOs abgedeckten Themen deutlicher sein müsse.

Viele Redner waren der Ansicht, dass das Regionalkomitee und nicht der SCRC die endgültige Entscheidung über die Errichtung oder Schließung von GDOs treffen solle. Ein Siebtel des Geldes und der Arbeitszeit des Regionalbüros fiel auf die GDOs. Dies sei ein wesentlicher Anteil. Eine Prüfung der Leitung, Leistung, des fachlichen Mandats und der Finanzierung der gegenwärtigen GDOs wurde angeregt. Man sei der Auffassung, dass die Erörterung jetzt beendet werden solle, sonst könnten Mitgliedstaaten von der Einrichtung neuer GDOs abgeschreckt werden. Ein Redner bat um mehr Nachdruck auf Veröffentlichungen in russischer Sprache, was ihre Nützlichkeit erhöhen würde.

Obwohl anerkannt wurde, dass die Rolle der WHO-Kooperationszentren und ihr Verhältnis zur Organisation nicht in den Zusammenhang der aktuellen Erörterung gehöre, forderten einige Redner dazu auf, dass deren Lage, Kriterien, Normen und Zustand auf einer künftigen Tagung des Regionalkomitees gründlich untersucht werde. In ihrer Erwiderung stellte die Leitende Beraterin für Programm-Management und -Umsetzung fest, dass der Generaldirektor einen hochrangigen Bediensteten mit einer Neudefinition der Rolle der WHO-Kooperationszentren betraut habe.

Der Regionaldirektor sagte, die Zukunft der GDOs sei nun klarer. Was die Themenbereiche betreffe, so würde er neue Büros mindestens in den zwei Gebieten Gesundheitssysteme und Humanressourcen sowie für eine Datenbankfunktion nach dem Prinzip „alles unter einem Dach“ begrüßen, die die bisherige Rolle der WHO auf diesem Feld um Analysen erweitere, wie sie das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik anbiete.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R6.

**Umwelt und Gesundheit: Follow-up zur Vierten Ministeriellen Konferenz (Budapest, 23.–25. Juni 2004)**  
(EUR/RC54/10)

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, stellte fest, dass die durch Umweltfaktoren und Verletzungen verursachte Krankheitslast bei Kindern das Thema einer Untersuchung gewesen sei, die zeige, dass über ein Drittel aller Sterbefälle (d. h. 100 000) und über 26% des Verlusts an behinderungsfreien Lebensjahren (DALYs) durch die Verschmutzung der Innen- und Außenluft, unsicheres Wasser und Abwasser, Bleibelastung und Verletzungen verursacht wurden. Der Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE), der von den Mitgliedstaaten verhandelt und in Budapest angenommen worden sei, werde von dieser Einschätzung geleitet, und es seien vier vorrangige Ziele für die Region benannt worden, auf die sich die künftigen Bemühungen konzentrieren sollten. So sollten Magendarmkrankungen durch eine bessere Wasserversorgung und Abwasserentsorgung vermindert, Unfälle und Verletzungen reduziert, Atemwegserkrankungen aufgrund von Innen- und Außenluftverschmutzung zurückgedrängt und Erkrankungen und Behinderungen durch chemische, physikalische und biologische Einwirkungen und gefährliche Arbeitsbedingungen reduziert werden.

Auf der Konferenz in Budapest selbst seien ca. 1200 Delegierte anwesend gewesen, an 18 Delegationen seien junge Menschen beteiligt gewesen und über 130 Jugendliche hätten sich an der Konferenz durch verschiedene Initiativen beteiligt, u. a. durch ein Jugendparlament. Mit über 400 veröffentlichten Artikeln, die aus 15 Pressekonferenzen im Vorfeld und 16 Pressebegebenheiten während der Konferenz hervorgegangen seien, sei die Deckung durch die Medien umfangreich gewesen.

Die Konferenzklärung enthalte eine starke Verpflichtung zu künftigem Handeln, u. a. das Weiterverfolgen der Beschlüsse früherer ministerieller Konferenzen zu Themen wie Wasser, Verkehr und Klimawandel, Instrumente der Politikgestaltung (z. B. ein Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem und das Vorsorgeprinzip), die besonderen Bedürfnisse der neuen unabhängigen Staaten und Südosteuropas und

die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit sowie des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC).

Die Europäische Kommission habe ebenfalls eine Strategie für Umwelt und Gesundheit für die EU-Länder angenommen und es gebe die Chance zu verstärkter Zusammenarbeit und möglicherweise zu gesetzlicher Umsetzung in einem Teil der Region. Eine für das Jahr 2007 geplante Zwischenbilanz werde den Fortschritt im Sinne der in Budapest eingegangenen Verpflichtungen prüfen, u. a. die nationalen Pläne zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder. Die fünfte ministerielle Konferenz, für die Italien sich großzügigerweise als Gastland angeboten habe, werde im Jahr 2009 stattfinden.

Die in der Erklärung eingegangenen Verpflichtungen bedeuteten auch, dass der EEHC seine Arbeit mit seiner Jugendvertretung fortsetze, und dass eine CEHAPE-Arbeitsgruppe eingerichtet werde, die für den Austausch bewährter Praxismodelle stehe. Das Regionalbüro werde weiter für fachliche Unterstützung sowohl aus Kopenhagen als auch aus den Zentren in Rom und Bonn sorgen und die Bemühungen verstärken, die Verbindungen zwischen Gesundheit und Umwelt besser zu verstehen, wobei besonderer Nachdruck auf Informationen und Indikatoren, Leitlinien zur Risikobewertung und Kompetenzbildung gelegt werde. Die Konferenz habe ehrgeizige Ziele für die Prävention von Umweltgefährdungen gesteckt, jetzt müssten die eingegangenen Verpflichtungen in wirksames Handeln umgesetzt werden.

Dr. Jaksons, SCRC-Mitglied, sagte, dass qualitativ hochwertige Statistiken über Umwelt und Gesundheit, wie sie von der 53. Tagung des Regionalkomitees gefordert worden seien, hätten eine wichtige Grundlage für die Vorbereitungen zur Budapester Konferenz gebildet. Der SCRC habe einige Leitlinien für den Prozess abgesteckt und die Arbeit sei gut mit den Hauptaktivitäten des Regionalbüros verzahnt worden. Die Weiterverfolgung des Themas sei nun ausschlaggebend. Eine der Herausforderungen bestehe darin, Instrumente der Politikgestaltung zu erarbeiten, u. a. ein gut angelegtes Informationssystem, Methoden zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und Risikobewertung, wirksame sektorübergreifende Zusammenarbeit und Möglichkeiten zum Austausch beispielhafter Praxismodelle. Aktionspläne funktionierten jedoch nur bei politischem Engagement, zweckgebundenen Mitteln und erfahrenen Mitarbeitern. Die durchgeführten Aktivitäten würden jedoch durch die partnerschaftlichen Bemühungen einen wichtigen Beitrag für das Leben der nächsten Generation ausmachen.

Zsuzsanna Jakab, scheidende Vorsitzende des EEHC und Vertreterin des Gastlandes der Budapester Konferenz, Ungarn, fasste die umfangreichen Konsultationen mit den Ländern zusammen, die die Vorbereitungen angetrieben und für eine starke Teilhabe der Länder an dem Prozess gesorgt hätten, der zwei Jahre vor der Konferenz begonnen habe. Dadurch sei eigentlich eine solide Grundlage für Maßnahmen gemäß der von den Ländern eingegangenen Verpflichtungen gelegt worden. Das Jugendparlament und die Erklärung hätten der Konferenz neuen Schwung verliehen. Die Länder sollten die erforderlichen finanziellen und menschlichen Ressourcen benennen, um mit der Umsetzung und Verfolgung der Aktivitäten beginnen zu können, zu denen sie sich im CEHAPE verpflichtet hätten. Ungarn habe bereits auf mehrere Weisen die Arbeit aufgenommen, u. a. durch die Skizzierung eines zweiten nationalen Aktionsplankandidaten für die sehr professionelle Vorbereitung und Durchführung der Konferenz unter breiter Mitwirkung der Mitgliedstaaten.

Ein Vertreter dankte dem Regionalbüro im Namen der EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidaten für die sehr professionelle Vorbereitung und Durchführung der Konferenz unter breiter Mitwirkung der Mitgliedstaaten. Die dabei herausgekommenen Dokumente seien umfassend und beeindruckend und böten einen für das zukünftige Handeln wertvollen Plan. Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Umweltbehörden sei die Basis für künftige Maßnahmen und der reetablierte EEHC solle in enger Verbindung zu den nationalen Ansprechpartnern stehen. Dies schließe auch junge Menschen ein, die im Ausschuss nach dem Motto vertreten seien „nichts über sie ohne sie“, schließlich stünden ihre Zukunft, ihre Gesundheit und ihre Umwelt auf dem Spiel. Es sei wichtig, Überschneidungen und Doppelungen durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen zu vermeiden: Dazu könne z. B. die Arbeit an vereinheitlichten Gesundheits- und Umweltindikatoren zählen. Der Europäische Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010 werde im Dezember 2004 auf einer Tagung in den Niederlanden erörtert. Zusammenarbeit und Synergieeffekte seien zentral, nicht nur für den Gesundheitssektor: Die meisten Antriebskräfte im

Bereich Umwelt und Gesundheit kämen von außerhalb der Gesundheitsdomäne. Sektoren wie Verkehr, Landwirtschaft und Energie seien auch wichtig.

Viele Redner gratulierten dem Regionalbüro zu dem Erfolg der Budapester Konferenz und erwähnten besonders die umfassende Beteiligung der Länder bei der Vorbereitung und die Qualität des Prozesses. Die Bewertung der umweltbedingten Krankheitslast für Kinder biete eine starke Grundlage. Die entscheidenden Konferenzdokumente bezögen ihre Stärke aus der gemeinsamen Vision der Mitgliedstaaten in diesem Bereich. Sie böten nicht nur einen Rahmen für ein abgestimmtes Handeln in der ganzen Region, sondern ermöglichten auch eine Erfüllung der vorrangigen Ziele auf lokaler und teilregionaler Ebene. Dies sei eine hervorragende Konferenz gewesen, die einen Meilenstein für Umwelt und Gesundheit bedeute. Viele Länder hätten eine aktive Rolle gespielt. Mehrere Teilnehmer äußerten sich begeistert über die fortdauernde Beteiligung junger Menschen an dem Prozess.

Hoffentlich werde die Weiterverfolgung des Themas zu einer messbaren Verbesserung von Umwelt und Gesundheit, auf nationaler wie internationaler Ebene, führen. Mehrere Redner schilderten die Fortschritte, die ihre Länder bereits durch Aktionspläne, Gesundheitsgesetzgebung, Gesundheitsförderung, Grünzonen, nationale Schadstoffregister, Wohn- und Gesundheitsprojekte, Maßnahmen gegen Verletzungen bei Kindern, Ausbildung zu Themen wie Pestiziden und erhöhtes Monitoring erzielen würden. Die fachliche Unterstützung durch das Regionalbüro sei sehr wichtig, um den Informationsaustausch zu fördern, Fähigkeiten in vielen Bereichen auszubauen und insgesamt den Kindern eine Zukunft zu sichern.

Eine Reihe von Rednern betonte, wie wichtig es sei, dass das Protokoll über Wasser und Gesundheit ratifiziert werde und dass lediglich drei weitere Ratifizierungen benötigt würden, damit es in Kraft trete. Sicheres Trinkwasser sei vordringlich. Einige Länder würden hierbei und beim Handeln gemäß der Budapester Verpflichtungen Hilfe benötigen. Ein Redner empfahl, dass das Regionalbüro eine größere finanzielle Verantwortung für die in den Länderbüros geleistete Arbeit übernehmen und im Haushalt dafür mehr Mittel bereitstellen solle.

Ein Vertreter des International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders wies in seiner Stellungnahme auf die zum Schutz der Kinder erforderlichen beträchtlichen Anstrengungen in vielen Bereichen hin.

Der Jugenddelegierte, der bei der Budapester Konferenz mit der Vorstellung der Erklärung der Jugend beauftragt worden war, berichtete, dass junge Menschen aus 30 Ländern zusammengekommen seien, um ihre gemeinsame Sorgen über Themen von Gesundheit und Umwelt zu diskutieren. Die Beteiligung der Jugend an den lokalen, nationalen und internationalen Organen sei für eine Umsetzung des CEHAPE entscheidend. Dies gäbe Selbstvertrauen, lehre die jungen Menschen Probleme zu lösen und gebe ihnen Einfluss auf eine Zukunft, die ihr Erbe sein würde. Dies könne auch ihr Vertrauen in die Politik wieder herstellen. Die Beteiligung der Jugend im Bereich Umwelt und Gesundheit stehe mit dem anspruchsvollen, umfassenden und innovativen CEHAPE erst am Anfang – doch ein guter Anfang sei schließlich die halbe Arbeit.

Der Direktor der Europäischen Umweltagentur, der im EEHC vertreten war, skizzierte die vielen Weisen, in denen die Agentur seit ihrer Eröffnung vor zehn Jahren mit dem Regionalbüro zusammengearbeitet habe, was die lebenswichtige Verbindung zwischen Umwelt und Gesundheit widerspiegele. Eine Quantifizierung gesundheitlicher Auswirkungen sei eines der überzeugendsten Beweisstücke, das Politikgestalter zum Handeln bewegen könne. Die Zusammenarbeit werde mit Themen fortgesetzt wie der Erarbeitung von Indikatoren und einem Informationsdienst für Umwelt und Gesundheit, der Monitoring besser nutze, um tatsächliche Änderungen in der Gesundheit der Bevölkerung zu erkennen. Es sei ein Projekt zur umweltbedingten Krankheitslast geplant und die Zusammenarbeit zum Vorsorgeprinzip und der Präsentation komplexer Erkenntnisse werde fortgesetzt.

Der Vertreter der European Public Health Alliance (EPHA), der ebenfalls Mitglied des EEHC war, schilderte, wie sich die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro bei der Budapester Konferenz auf eine Schärfung des Bewusstseins für Umwelt und Gesundheit bei Gesundheitsfachkräften, freiwilligen und

nichtgewinnorientierten nichtstaatlichen Organisationen konzentriert habe, sowohl unter den Mitgliedern der EPHA als auch in der ganzen Region in einem neuen Verbund für Umwelt und Gesundheit. Die EPHA trete für Maßnahmen zur Gesetzgebung und Durchsetzung ein, durch die die in Budapest unterstützten vorrangigen Ziele der Region erreicht werden sollten, und man werde den Informationsaustausch darüber fördern, was die Mitgliedstaaten unternähmen, um die Umsetzung zu erreichen. Jetzt seien jedoch nicht einfach Information oder Bewusstsein gefordert, sondern Änderungen auf jeder Ebene, damit man vom Wort zur Tat schreite. Die wirkliche Herausforderung stehe in zwei Jahren bevor, wenn die Mitgliedstaaten zusammenkämen, um über Fortschritte bei der Reduktion umweltbedingter Erkrankungen von Kindern zu berichten.

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, dankte den Teilnehmern für ihre hilfreichen Worte und ihr Engagement. So werde es wahrscheinlicher, dass man tatsächlich etwas im Bereich Umwelt und Gesundheit erreiche. Der EEHC trete noch vor Ende 2004 zusammen und das Regionalbüro werde einen umfassenden Arbeitsplan vorbereiten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R3.

## **Wahlen und Nominierungen**

*(EUR/RC54/5, /5 Add.1 und /5 Corr.1)*

Die Delegierten des Regionalkomitees befassten sich in einer geschlossenen Sitzung mit der Nominierung eines Kandidaten für das Amt des WHO-Regionaldirektors für Europa. In einer weiteren geschlossenen Sitzung wurden Mitglieder für den Exekutivrat nominiert und Mitglieder für den SCRC, den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten und den EEHC gewählt.

### **Regionaldirektor für Europa**

Mit Resolution EUR/RC54/R2 ersuchte das Regionalkomitee den Generaldirektor, dem Exekutivrat, die ab 1. Februar 2005 geltende Wiederernennung von Dr. Marc Danzon zum WHO-Regionaldirektor für Europa vorzuschlagen.

Der Regionaldirektor dankte allen Delegationen herzlich für das ihm und durch ihn auch allen Mitarbeitern des Regionalbüros entgegengebrachte Vertrauen. Eine im Namen der EU-Mitgliedstaaten und ihrer Beitrittskandidaten sprechende Delegierte beglückwünschte den Regionaldirektor zu seiner Nominierung und brachte die Überzeugung zum Ausdruck, dass die Anforderungen und Bedürfnisse der Länder auch die Leitprinzipien seiner zweiten Amtszeit sein würden. Der Regionaldirektor wurde gebeten, eine langfristige strategische Vision für die Rolle und die Position des Regionalbüros für Europa während seiner zweiten Amtszeit zu entwickeln. Zu diesem Zweck schlage man die Einsetzung einer Arbeitsgruppe vor, die möglicherweise den Ständigen Ausschuss Bericht erstatten könne. Der Präsident erklärte, andere Delegationen hätten die Möglichkeit, dem Regionaldirektor bei dem auf den Abend angesetzten Empfang ihre Glückwünsche zu überbringen.

### **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss einvernehmlich, Aserbaidschan und Portugal im Mai 2005 bei der Weltgesundheitsversammlung ihre Kandidatur für die nächste Wahl zum Exekutivrat einreichen zu lassen.

### **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich Estland, Ungarn und das Vereinigte Königreich für eine dreijährige, vom September 2004 bis zum September 2007 dauernde Amtszeit in den SCRC.

### **Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten**

Gemäß den Bestimmungen von Absatz 2.2.2 des Memorandum of Understanding zum Sonderprogramm wählte das Regionalkomitee einvernehmlich Griechenland für eine am 1. Januar 2005 beginnende Amtszeit in den Gemeinsamen Koordinationsrat.

### **Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit**

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich Armenien, Bulgarien, Frankreich, Norwegen und die Russische Föderation für eine bis zur Zwischenevaluierung im Jahr 2007 laufende Amtszeit in den EEHC.

### **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2005 und 2006**

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC54/R7, mit der bekräftigt wurde, dass es seine 55. Tagung vom 12. bis 15. September 2005 in Bukarest, Rumänien, abhalten würde, und beschlossen wurde, die 56. Tagung vom 11. bis 14. September 2006 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abzuhalten.

Der rumänische Delegierte erklärte im Namen des Gesundheitsministers, dass Rumänien es als Ehre betrachte und die verantwortungsvolle Aufgabe auf sich nehme, Gastgeber des Regionalkomitees zu sein, um damit sein Engagement für die Arbeit des Regionalbüros unter Beweis zu stellen, und dass man damit die Arbeit der Mitgliedstaaten, des Regionalbüros und anderer Akteure für die Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region der WHO betonen wolle.

## Resolutionen

### EUR/RC54/R1

#### **Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2002–2003**

Das Regionalkomitee –

Nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2002–2003 (Dokument EUR/RC54/6) und des dazu gehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2002–2003 (Dokument EUR/RC54/Inf.Doc./1) –

1. DANKT dem Regionaldirektor für den Bericht,
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2002–2003 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 54. Tagung vorgebrachten Vorschläge zu berücksichtigen und diese in die Arbeit einzubeziehen.

### EUR/RC54/R2

#### **Nominierung eines Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors für Europa**

Das Regionalkomitee –

unter Berücksichtigung von Artikel 52 der Satzung der WHO und

in Übereinstimmung mit Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa –

1. NOMINIERT Dr. Marc Danzon für das Amt des Regionaldirektors für Europa und
2. ERSUCHT den Generaldirektor, dem Exekutivrat vorzuschlagen, Dr. Marc Danzon ab 1. Februar 2005 zum Regionaldirektor zu ernennen.

### EUR/RC54/R3

#### **Umwelt und Gesundheit**

Das Regionalkomitee –

den hohen Vorrang betonend, der dem Zuwegebringen einer Umwelt eingeräumt werden sollte, die der Gesundheit aller, insbesondere der Kinder, in der Europäischen Region förderlich ist,

den in den vergangenen 15 Jahren auf dem Weg zu diesem Ziel durch den Prozess Umwelt und Gesundheit mit Unterstützung durch die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa und des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) gemachten Fortschritt begrüßend,

in der Überzeugung, dass der Prozess Umwelt und Gesundheit weiterhin wichtige Beiträge zur Gesundheit der Bevölkerung der Europäischen Region im 21. Jahrhundert leisten wird –

1. STELLT SICH HINTER die Entscheidungen der im Juni 2004 in Budapest abgehaltenen Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit, die in der Konferenzerklärung (der Budapester Erklärung) und dem Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE) enthalten sind, und BITTET darum, dass besondere Aufmerksamkeit der Entwicklung eines harmonisierten Umwelt- und Gesundheitsinformationssystems gezollt wird, ebenso wie dem Entwurf von Politiken, die die öffentliche Gesundheit weiter vor den Auswirkungen wichtiger umweltbezogener Gefahren schützen, die sich aus Klimawandel, Wohnverhältnissen und Chemikalien ergeben können,
2. ERKENNT die Notwendigkeit an, wirksame Mechanismen zur Koordinierung fachlicher und finanzieller Hilfe an die neuen unabhängigen Staaten und die Länder Südosteuropas zu errichten, um so gesetzgeberische und institutionelle Reformen zu stimulieren, die Kapazitäten dieser Länder zu stärken und die Belastung durch Umweltgefahren wirksam zu vermindern,
3. NIMMT die im CEHAPE aufgestellten Verpflichtungen ZUR KENNTNIS und EMPFIEHLT:
  - a) dass vor dem für Ende 2007 vorgesehenen ersten zwischenstaatlichen Vorbereitungstreffen für die Fünfte Ministerielle Konferenz kinderspezifische Maßnahmen in laufende nationale Pläne wie die die nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit eingebaut werden,
  - b) dass politische, fachliche und finanzielle Ressourcen mobilisiert werden, um die Umsetzung des CEHAPE auf teilregionaler Ebene in den Ländern und überall in der Region zu stimulieren,
4. STIMMT der Rekonstituierung des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) mit einem bis zur im Jahr 2009 in Italien abzuhaltenden Fünften Ministeriellen Konferenz reichenden Mandat und der Erweiterung seiner Mitgliederzahl in Übereinstimmung mit den auf der Budapester Konferenz gemachten Empfehlungen und vereinbarten Aufgaben ZU,
5. FORDERT den neuen Ausschuss dazu auf, dass er weiterhin Maßnahmen, wie sie in der Budapester Erklärung aufgeführt sind, erleichtert und fördert und dabei besonderes Augenmerk auf die Notwendigkeit legt,
  - a) für den Austausch und die Verbreitung von Informationen und die Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung der Budapester Erklärung und des CEHAPE zwischen Ländern, internationalen Organisationen und Zivilgesellschaft zu sorgen,
  - b) mit allen relevanten Akteuren und insbesondere den Ländern der Europäischen Region daran zu arbeiten, die Rückmeldung über die Umsetzung der von der Vierten Ministeriellen Konferenz in Budapest beschlossenen Maßnahmen sicherzustellen,
  - c) den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa fortzuentwickeln, indem Partnerschaften mit Akteuren in allen relevanten Sektoren erleichtert und gefördert werden und die Kooperation und die Koordination mit angeschlossenen Organisationen wie der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) und verwandten Prozessen sichergestellt werden sowie eng mit der Europäischen Union zusammengearbeitet wird, um die vollkommene Koordination zwischen von den in der EU-Strategie für Umwelt und Gesundheit vorgesehenen Maßnahmen und mit den von den Mitgliedstaaten in Budapest eingegangenen Verpflichtungen sicherzustellen,

- d) jährlich dem WHO-Regionalkomitee für Europa über das Erreichte und über Gebiete zu berichten, auf denen es noch weiterer Anstrengungen bedarf, ebenso wie über die Aktivitäten, den Arbeitsplan und die finanziellen Erfordernisse des EEHC,
- e) gemeinsam mit dem Sekretariat beim WHO-Regionalbüro für Europa bis Ende 2007 das erste zwischenstaatliche Vorbereitungstreffen für eine Zwischenbilanz zu organisieren,
- f) allen Mitgliedstaaten bis 2007 durch das WHO-Regionalkomitee für Europa und den Ausschuss der UNECE für Umweltpolitik einen ausführlichen Vorschlag für die Tagesordnung der im Jahr 2009 in Italien abzuhaltenden Fünften Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit zur Verfügung zu stellen,

6. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, sich an der Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Unterstützung für die Aktivitäten des WHO-Regionalbüros für Europa im Bereich Umwelt und Gesundheit und insbesondere für das Europäische WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit zu beteiligen,

7. ERSUCHT den Regionaldirektor, weiterhin die Umsetzung der auf früheren Konferenzen getroffenen Entscheidungen zu unterstützen, insbesondere das Protokoll über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen und die Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit, wie dies im gemeinsamen Paneuropäischen Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt (THE PEP) von WHO und UNECE vorgesehen ist,

8. ERSUCHT den Regionaldirektor, weiterhin im Prozess Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region eine Führungsrolle einzunehmen, indem die Aktivitäten des Regionalbüros und der Länderbüros zu den folgenden Punkten weiter gefördert werden, wobei besondere Aufmerksamkeit auf schwache Gruppen wie Kinder gelegt werden sollte:

- die Unterstützung einer wirksamen Umsetzung der in Budapest getroffenen Entscheidungen und der Gesuche der Mitgliedstaaten um Maßnahmen in konkreten, darin ausgeführten Bereichen,
- das fortgesetzte Aufgreifen der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Umwelt und der Abschätzung der Gesundheitsfolgen,
- die Überwachung der Trends, die Forschung und die Entwicklung von Szenarien zu Belastungen, gesundheitlichen Auswirkungen und politischen Gegenmaßnahmen und Anforderungen,
- die Entwicklung erkenntnisgestützter Normen, Leitlinien und Instrumente zur Risikobewertung für den Einsatz auf allen relevanten Ebenen, bei besonderer Berücksichtigung der umweltbedingten Krankheitslast für die Gesundheitssysteme,
- das Erkennen geeigneter Techniken des Risikomanagements einschließlich Risikokommunikation und Risikoverständnis durch Sammlung, Analyse und Deutung von Fallstudien ebenso wie das Erkennen beispielhafter Praxis,
- die weitere Unterstützung der Arbeit zum Thema Gesundheitsentscheidungen unter den Bedingungen wissenschaftlicher Ungewissheit und der Anwendung des Vorsorgeprinzips,
- die Unterstützung der Kompetenzbildung auf fachlicher und politischer Ebene, um die Maßnahmen und Gegenmaßnahmen der Mitgliedstaaten zu erleichtern, wie z. B. die Initiative der Gemeinschaft unabhängiger Staaten und einer Reihe südosteuropäischer Länder zur Reform und zum Aufbau eines leistungsfähigen sanitären/epidemiologischen Surveillance-Dienstes und zur Stärkung der Gesundheitssysteme,
- die Unterstützung der Kompetenzbildung auf fachlicher und politischer Ebene, um die praktischen und institutionellen Vorkehrungen der Mitgliedstaaten für eine wirksame Umsetzung

der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zu erleichtern, wie sie das Protokoll über die Strategische Umweltprüfung zum Übereinkommen über die Umweltverträglichkeitsprüfung im grenzüberschreitenden Rahmen vom Gesetzgeber fordert,

- das Eintreten für die Einbeziehung von Umwelt- und Gesundheitserwägungen in die Konzepte und Maßnahmen anderer Sektoren,
- die Förderung der Fähigkeit zum wirksamen Katastrophenschutz bei Auftreten und wiederholtem Auftreten von umweltbedingten Gesundheitsgefahren wie den mit extremen Wetterverhältnissen verbundenen.

## EUR/RC54/R4

### **Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA51.18 und WHA53.17 der Weltgesundheitsversammlung über die globale Strategie für die Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten sowie die Resolutionen WHA55.23 und WHA57.17 über die globale Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit und die neuesten Resolutionen über Gesundheitsförderung (WHA57.16), Straßenverkehrssicherheit (WHA57.10), Reproduktive Gesundheit (WHA57.12), Umsetzung der Empfehlungen aus dem Weltbericht über Gewalt und Gesundheit (WHA56.24), den 25. Jahrestag der Internationalen Konferenz über Primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata (WHA56.6), Psychische Gesundheit (WHA55.10) und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (WHA56.21) und im Bewusstsein von Initiativen, die vom Exekutivrat in Dokumenten über Krebsverhütung und -bekämpfung (EB114.R2 und EB114/3) und Behinderung: Prävention, Management und Rehabilitation (EB114.R3 und EB114/4) unterstützt wurden,

in der Erkenntnis, dass nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Erkrankungen und Behinderungen Europa eine erhebliche Belastung durch Krankheit und Leiden aufzwingen und Gegenmaßnahmen erforderlich sind, die die Eigenart und Vielfalt der Europäischen Region berücksichtigen,

eingedenk der wirtschaftlichen Folgen dieser Belastung, der zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb der Länder und im Ländervergleich und der dadurch für die Zukunft zu befürchtenden Gefährdung der Gesundheit und des Wohlstands der Region,

im Bewusstsein der Tatsache, dass die vorherrschenden nichtübertragbaren Krankheiten mit diesen Krankheiten gemeinsamen verhütbaren Risikofaktoren wie Tabak, Alkohol, Übergewicht und Bewegungsarmut verknüpft sind und diese wiederum wirtschaftliche, soziale, geschlechtsspezifische, politische, verhaltens- und umweltbezogene Determinanten haben, wobei der Verteilung von nichtübertragbaren Krankheiten in unseren Bevölkerungen als wichtigste Bestimmungsfaktoren Armut, soziale Ausgrenzung und Chancenungleichheit zugrunde liegen,

in der Erkenntnis, dass diese Krankheiten auf dem Kontinuum von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Rehabilitation und Maßnahmen der Gesundheitsversorgung durch ein integriertes Vorgehen bekämpft werden müssen und allen Sektoren, vor allem aber dem Gesundheitswesen, dabei eine Rolle zukommt,

in Anerkennung der umfassenden Arbeit, die in der Europäischen Region für die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten schon geleistet wurde, wie auch in Anerkennung der von den Mitgliedstaaten bereits eingegangenen Handlungsverpflichtungen in den Bereichen Alkohol (Resolution EUR/RC49/R8 und EUR/RC51/R4), Tabak (Resolution EUR/RC52/R12 und WHA56.1), Umwelt (EUR/RC49/R4), Nahrung und Ernährung (Resolution EUR/RC50/R8), Bewegung (Resolution

WHA57.17) und psychische Gesundheit (Resolution EUR/RC53/R4) und der durch das Integrierte Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) gewonnenen Erfahrungen,

nach Prüfung des Papiers zum Thema einer europäischen Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten (Dokument EUR/RC54/8) –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, darunter stützenden Lebensumfeldern, der Erfüllung bereits eingegangener Verpflichtungen und der Erarbeitung von Konzepten, die auf geeigneten Ebenen des einzelnen Landes einen multidisziplinären und intersektoralen Rahmen für ein umfassendes Vorgehen liefern, hohe Priorität einzuräumen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor:
  - a) den Prozess der Erarbeitung einer umfassenden, maßnahmenorientierten europäischen Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, die sich vor allem auf gemeinsame Morbiditätsindikatoren gründet und stark auf die Umsetzung ausgerichtet ist, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, mit zwischenstaatlichen Stellen, nichtstaatlichen Organisationen und anderen einschlägigen Partnern, u. a. der Wirtschaft, als Bestandteil des aktualisierten Konzepts GESUNDHEIT21 weiterzuführen und die Strategie dem Regionalkomitee auf dessen 56. Tagung vorzulegen,
  - b) sicherzustellen, dass die Ergebnisse der ministeriellen Konferenzen über Umwelt und Gesundheit (Budapest, 23.–25. Juni 2004), psychische Gesundheit in Europa (Helsinki, 12.–15. Januar 2005) und Nahrung und Ernährung im Jahr 2006 sowie die laufende Arbeit im Rahmen der Europäischen Anti-Tabak-Strategie und des Europäischen Alkoholaktionsplans und die kommende Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in diesem Prozess vollauf berücksichtigt werden.

## **EUR/RC54/R5**

### **Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsentwurfs für den Haushaltszeitraum 2006–2007 (Dokument EUR/RC54/11 und EUR/RC54/11 Add.1) und nach Kenntnisnahme der diesbezüglichen Kommentare des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) und des Regionalkomitees,

unter Begrüßung der fortgesetzten Bemühungen der gesamten Organisation, gemäß dem Konzept der „einen WHO“ ein stärker fokussiertes Grundsatzprogramm und eine einheitliche globale Rahmenstrategie vorzulegen,

zur Kenntnis nehmend, dass der Haushaltsvoranschlag im Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 steht, mit der der Regionaldirektor ersucht wurde, die regionale Perspektive des Programmhaushalts in Übereinstimmung mit den der Präsentation des globalen Programmhaushalts zugrunde gelegten Prinzipien herauszuarbeiten und dabei zugleich die ausschließlich regionalen Prioritäten zu verdeutlichen,

weiterhin zur Kenntnis nehmend, dass der vorliegende Haushaltsvoranschlag noch als Entwurf zu betrachten ist, angesichts der Tatsache, dass Artikel 34 der Satzung der WHO vorsieht, dass der Generaldirektor den endgültigen Haushaltsvoranschlag der Organisation dem Exekutivrat zu unterbreiten hat –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, dem Generaldirektor die vom Regionalkomitee zum Programmhaushaltsentwurf geäußerten Ansichten, Kommentare und Vorschläge zu übermitteln, die bei der Fertigstellung und Umsetzung des Programmhaushalts zu berücksichtigen sind,
2. BEFÜRWORTET die in dem Dokument „Programmbaushaltsentwurf 2006–2007: Die Perspektive der Europäischen Region der WHO“ (EUR/RC54/11 Add.1) dargelegte strategische Ausrichtung und nimmt den in Dokument EUR/RC54/11 enthaltenen Haushaltsvoranschlag für 2006–2007 zur Kenntnis, der aus ordentlichen Haushaltsmitteln und, soweit verfügbar, aus außerordentlichen Mitteln zu finanzieren ist.

## EUR/RC54/R6

### Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Debatte bei seiner 53. Tagung über die strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten Büros (GDOs),

in ausdrücklicher Anerkennung der Arbeit der vom Regionaldirektor zu diesem Thema eingesetzten Arbeitsgruppe,

nach Prüfung der *Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros* (Dokument EUR/RC54/9) –

1. BILLIGT die in Dokument EUR/RC54/9 enthaltene Strategie,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) geeignete Maßnahmen im Sinne der darin enthaltenen Richtungen und Schlussfolgerungen vorzunehmen, insbesondere sicherzustellen, dass die GDOs voll integrierte Einheiten des WHO-Regionalbüros für Europa sind,
  - b) sich mit dem Regionalkomitee zu beraten, wenn geplant wird, ein neues GDO zu errichten oder ein bestehendes zu schließen, und
  - c) regelmäßig im Rahmen seines Berichts an das Regionalkomitee über die Arbeit der geografisch verteilten Büros zu berichten.

## EUR/RC54/R7

### Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2005 und 2006

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die bei seiner 53. Tagung verabschiedeten Resolution EUR/RC53/R8,

der rumänischen Regierung für ihre Bereitschaft dankend, die Gastgeberfunktion für die 55. Tagung des Regionalkomitees zu übernehmen, was mit dem an den Regionaldirektor gerichteten Schreiben des rumänischen Gesundheitsministers vom 20. November 2003 bekräftigt und mit dem Schreiben vom 22. Dezember 2003 wiederholt wurde –

1. BESCHLIESST, dass die 55. Tagung vom 12. bis 15. September 2005 in Bukarest, Rumänien stattfindet,
2. BESCHLIESST, dass die 56. Tagung vom 11. bis 14. September 2006 in Kopenhagen stattfindet.

## **EUR/RC54/R8**

### **Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokument EUR/RC54/4 und EUR/RC54/4 Add.1) –

1. DANKT dem 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 bei der 54. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprache und der bei dieser Tagung verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu diesen im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu treffen und dabei die vom Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung vorgebrachten und im Bericht über diese Tagung festgehaltenen Vorschläge und Anregungen voll zu berücksichtigen.

*Anhang 1***Tagesordnung**

- 1. Eröffnung der Tagung**
  - a) Wahl des Präsidenten, Exekutivpräsidenten, Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und Berichterstatters
  - b) Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms
- 2. Ansprache des Generaldirektors**
- 3. Bericht des Regionaldirektors, einschl. Bericht über die Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2002–2003**
- 4. Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**
- 5. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**
- 6. Geschlossene Sitzung: Nominierungen für das Amt des Regionaldirektors für Europa**
- 7. Follow-up zu früheren Tagungen des Regionalkomitees**
- 8. Grundsatz- und Fachfragen**
  - a) Europäische Strategie zum Thema nichtübertragbare Krankheiten
  - b) Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007
  - c) Strategie für die geographisch verteilten Büros (GDOs) des Regionalbüros
  - d) Umwelt und Gesundheit: Follow-up zur Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, 23.–25. Juni 2004)
- 9. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen zu den WHO-Organen und Ausschüssen**
  - a) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
  - b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
  - c) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten
  - d) Wahl von fünf Mitgliedern für den Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (EEHC)
- 10. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2005 und 2006**
- 11. Sonstige Angelegenheiten**
- 12. Annahme des Berichts und Abschluss der 54. Tagung**

*Anhang 2***Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente****Arbeitspapiere**

EUR/RC54/1 Rev.1	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC54/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC54/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC54/4	Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC54/4 Add.1	Bericht über die fünfte Tagung des Elften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC54/5	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen
EUR/RC54/5 Add.1	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen: Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit
EUR/RC54/5 Corr.1	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen: Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit
EUR/RC54/6	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region, 2002–2003
EUR/RC54/7	Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC54/8	Zu einer Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC54/9	Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros
EUR/RC54/10	Die Vierte Ministerielle Konferenz (Budapest, 23.–25. Juni 2004)
EUR/RC54/11	Programmhaushaltsentwurf 2006–2007
EUR/RC54/11 Add.1	Programmhaushaltsentwurf 2006–2007: die Perspektive der Europäischen Region der WHO
EUR/RC54/12	Follow-up zu früheren Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

**Informationsdokumente**

EUR/RC54/Inf.Doc./1	Bericht des Regionaldirektors – Umsetzung des Programmhaushalts 2002–2003
EUR/RC54/Inf.Doc./2	Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros
EUR/RC54/Inf.Doc./2 Corr.1	Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros (Türkei)
EUR/RC54/Inf.Doc./2 Corr.2	Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros (Armenien)
EUR/RC54/Inf.Doc./3	Partnerschaften für Gesundheit
EUR/RC54/Inf.Doc./4	Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 – Vorläufiger Überblick über den globalen Ressourcenbedarf

**Hintergrunddokumente**

EUR/RC54/BD/1

Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfungsmaßnahmen in der Europäischen Region der WHO, Bericht über die Umsetzung von Resolution EUR/RC52/R9

RC/2004/1 (HQ)

Eleventh general programme of work, 2006–2015 (liegt auf Englisch, Französisch und Russisch vor)

*Anhang 3***Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer****I. Mitgliedstaaten****Albanien**

*Repräsentant* Dr. Eduart Hashorva  
Stellvertretender Gesundheitsminister

**Andorra**

*Repräsentantinnen* Mònica Codina Tort  
Ministerin für Gesundheit und Gemeinwohl  
  
Montserrat Camps Gallart  
Staatssekretärin für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

*Stellvertreterin* Carmen Pallarès Papaseit  
Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

**Armenien**

*Repräsentanten* Dr. Norayr Davidyan  
Gesundheitsminister  
  
Professor Ara Babloyan  
Generaldirektor, Medizinisches Zentrum Arabkir, Institut für Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

**Aserbaidshan**

*Repräsentanten* Professor Ali Insanov  
Gesundheitsminister  
  
Dr. Alexander Umnyashkin  
Leiter, Abteilung für Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Belgien**

*Repräsentanten* Michel Lastschenko  
Botschafter Belgiens in Dänemark

---

	Dr. Godfried Thiers Direktor, Louis-Pasteur-Forschungsinstitut für Öffentliche Gesundheit
<i>Stellvertreterinnen</i>	Leen Meulenbergs Kordinatorin, Internationale Beziehungen, Bundesamt für Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Umwelt
	Machteld Wauters Internationale Beziehungen, Abteilung Gesundheit, Ministerium der Flämischen Gemeinschaft

### **Bosnien-Herzegowina**

<i>Repräsentant</i>	Zoran Tešanović Stellvertretender Minister für Verwaltungsangelegenheiten in Bosnien-Herzegowina
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Martin Kvaternik Minister für Gesundheit, Republik Srpska
	Tomo Lučić Gesundheitsminister, Föderation Bosnien-Herzegowina
<i>Berater</i>	Šerifa Godinjak Leiterin, Abteilung Gesundheit, Sozialversorgung und Behindertenrentenversicherung, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten in Bosnien-Herzegowina
	Nudžeim Rečica Botschafter Bosnien-Herzegowinas in Dänemark
	Ante Nevistic Botschaftsrat, Botschaft Bosnien-Herzegowinas in Dänemark

### **Bulgarien**

<i>Repräsentanten</i>	Slavcho Bogoev Gesundheitsminister
	Branimir Mladenov Leiter, Abteilung Internationale Humanitäre Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten
<i>Stellvertreterin</i>	Valeria Ivanova Leiterin, Ministerkabinett, Gesundheitsministerium

### Dänemark

<i>Repräsentant</i>	Dr. Jens Kristian Gøtrik Generaldirektor und Leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde
<i>Stellvertreter</i>	Ib Valsborg Staatssekretär, Ministerium für Inneres und Gesundheit  Mogens Jørgensen Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit
<i>Beraterinnen</i>	Dr. Else Smith Abteilungsleiterin, Nationale Gesundheitsbehörde  Dr. Lis Keiding Sachverständige für Personalangelegenheiten, Zentrum für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Nationale Gesundheitsbehörde  Marianne Kristensen Leitende Beraterin, Nationale Gesundheitsbehörde  Karen Worm Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit  Kirsten Geelan Abteilungsleiterin, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

### Deutschland

<i>Repräsentanten</i>	Susanne Weber-Mosdorf Abteilungsleiterin, Europäische und Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung  Udo Scholten Unterabteilungsleiter, Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
<i>Stellvertreter</i>	Thomas Hofmann Referent, Referat E21, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung  Dr. Ingo von Voss Vortragender Legationsrat, Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf  Dr. Christian Luetkens Unterabteilungsleiter, Prävention, Gesundheitsförderung und Epidemiologie Hessisches Sozialministerium

Helene Reemann  
Referatsleiterin, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

Dr. Michael Adelhart  
Koordinator der Back-up Initiativen, Abteilung 43, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

Dr. Michael Siegert  
Koordinator, Gesundheit, Sektion 312, Programme für Nationale Minderheiten in Osteuropa und Zentralasien, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

Dr. Assia Brandrup-Lukanow  
Abteilungsleiterin, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

### **Ehemalige jugoslawische Republik Makedonien**

#### *Repräsentanten*

Dr. Rexhep Selmani  
Gesundheitsminister

Snezana Cicevalieva  
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### **Estland**

#### *Repräsentanten*

Külvar Mand  
Stellvertretender Minister für Soziales

Katrin Saluvere  
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für Soziales

### **Finnland**

#### *Repräsentanten*

Dr. Kimmo A.E. Leppo  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Liisa Ollila  
Beraterin des Ministers und Leiterin der Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

#### *Stellvertreter*

Dr. Risto Pomoell  
Medizinalrat, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Eero Lahtinen  
Leitender Medizinalbeamter, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Leitende Beamtin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjaana Pelkonen  
Leiterin, WHO-Kooperationszentrum für Pflege, Institut für Pflegeforschung

Salla Sammalkivi  
Beraterin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

*Berater*

Dr. Jarrko Eskola  
Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Professor Vappu Taipale  
Generaldirektor, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Wohlfahrt und Gesundheit

### Frankreich

*Repräsentant*

Professeur William Dab  
Directeur général de la santé

*Stellvertreter*

Dr. Jean-Baptiste Brunet  
Responsable de la cellule européenne et internationale, Direction générale de la santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Alain Lefebvre  
Conseiller social pour les pays nordiques

*Berater*

Guillaume Delvallée  
Ministère des affaires étrangères

Isabelle Virem  
Conseillère à la Direction générale de la santé, Cellule des affaires européennes et internationales, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Estelle Sicard  
Chargée de mission à la délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de la santé et de la protection sociale.

Luc A. de Williencourt  
Premier Conseiller de l'Ambassade de France au Danemark

### Georgien

*Repräsentant* Professor Vladimir Chipashvili  
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

### Griechenland

*Repräsentanten* Dr. Athanassios Constantopoulos  
Leiter, Zentrum für Psychische Gesundheitsversorgung, Regionales Allgemeinkrankenhaus Athen

Filomila Raidou  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

*Berater* Professor George Christodoulou  
Präsident, Hellenischer Psychiatrieverband

Georgios Iliopoulos  
Erster Botschaftsrat, Botschaft Griechenlands in Dänemark

Dr. Nikolaos Vakalis  
Professor, Staatliche Hochschule für Gesundheitswissenschaften

### Irland

*Repräsentanten* Dr. James Kiely  
Chief Medical Officer, Department of Health and Children

Mary Aylward  
Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children

*Stellvertreter* Alison Keogh  
Youth delegate

Jack Evans  
Youth delegate

### Island

*Repräsentanten* David Á. Gunnarsson  
Ständiger Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Sigurdur Gudmundsson  
Medizinaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

<i>Stellvertreter</i>	Ingimar Einarsson Direktor, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit
	Helgi Mar Arthursson Informationsreferent, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit
	Vilborg Ingolfsdottir Leitende Beamtin für Pflegewesen, Gesundheitsdirektion
	Asthildur Knutsdottir Beraterin, Ständige Vertretung Islands beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

### Israel

<i>Repräsentanten</i>	Yair Amikam Stellvertretender Generaldirektor, Information und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
	Dr. Yitzhak Sever Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### Italien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Francesco Cicogna Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium,
	Dr. Emanuele Scafato Leitender Wissenschaftler, Zentrum für Epidemiologie, Surveillance und Gesundheitsförderung, Istituto Superiore di Sanità
<i>Stellvertreterin</i>	Letizia Leonardo Wirtschaftsattaché, Botschaft Italiens in Dänemark

### Kasachstan

<i>Repräsentant</i>	Professor Aikan Akanov Erster Stellvertretender Gesundheitsminister
---------------------	--

### Kirgisistan

<i>Repräsentant</i>	Professor Mitalip Mamytovich Mamytov Gesundheitsminister
---------------------	---

**Kroatien**

<i>Repräsentanten</i>	Professor Velimir Božikov Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl
	Claude Grbeša Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl
<i>Stellvertreterin</i>	Ana-Marija Besker Botschafterin der Republik Kroatien in Dänemark
<i>Beraterin</i>	Professor Marija Strnad Pesikan Stellvertretende Direktorin, Kroatisches Institut für Öffentliche Gesundheit

**Lettland**

<i>Repräsentanten</i>	Rinalds Mucīns Gesundheitsminister
	Līga Šerna Direktorin, Abteilung Strategische Planung, Gesundheitsministerium

**Litauen**

<i>Repräsentanten</i>	Dr Juozas Olekas Gesundheitsminister
	Romalda Baranauskienė Unterstaatssekretärin, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Professor Vilius Grabauskas Rektor, Kaunas Medizinische Universität
	Viktoras Meižis Leiter, Abteilung für Auswärtige Angelegenheiten und Europäische Integration

**Luxemburg**

<i>Repräsentantinnen</i>	Dr. Danielle Hansen-Koenig Generaldirektorin für Gesundheit
	Aline Schleder-Leuck Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

**Malta**

<i>Repräsentanten</i>	Carmel J. Aquilina Botschafter Maltas in Dänemark
	Dr. Ray Busuttil Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Karen Vincenti Beraterin für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
	Karen Demicoli Koordinatorin für Grundsatzfragen, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
	Stephen Borg Botschaftsrat, Botschaft Maltas in Dänemark

**Monaco**

<i>Repräsentantinnen</i>	Dr. Anne Nègre Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen, Abteilung für Inneres, Staatsministerium
	Carole Lanteri Erste Sekretärin, Ständige Vertretung des Herzogtums Monaco beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

**Niederlande**

<i>Repräsentanten</i>	Hans de Goeij Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
	Annemiek van Bolhuis Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
<i>Stellvertreter</i>	Lejo van der Heiden Koordinator, Referat für globale Fragen, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
<i>Berater</i>	Monique A.C.M. Middelhoff Erste Sekretärin, Ständige Vertretung des Königreichs der Niederlande beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

Paul Groenewegen  
Leitender Berater für Grundsatzfragen, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

### Norwegen

#### *Repräsentanten*

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

Toril Roscher-Nielsen  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

#### *Stellvertreter*

Sveinung Røren  
Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Dr. Tharald Hetland  
Chefberater, Gesundheitsministerium

Eldrid Røine  
Beraterin, Gesundheitsministerium

Dag Rekve  
Chefberater, Ministerium für Soziales

Jens Guslund  
Direktor, Direktion für Gesundheit und Soziales

Stein Inge Nesvåg  
Beraterin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Turid Kongsvik  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Norwegens beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

### Österreich

#### *Repräsentanten*

Dr. Hubert Hrabcik  
Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Dr. Verena Gregorich-Schega  
Leiterin, Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

### Polen

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Roman Danielewicz Amtierender Direktor, Abteilung Wissenschaft und Hochschulen, Gesundheitsministerium
	Barbara Bitner Amtierende Direktorin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### Portugal

<i>Repräsentant</i>	Professor José Pereira Miguel Generaldirektor und Hochkommissar für Gesundheit, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	José Sousa Fialho Berater, Ständige Vertretung Portugals beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf
	Dr. Maria José Laranjeiro Fachberater, Gesundheitsministerium

### Republik Moldau

<i>Repräsentantin</i>	Dr. Larisa Catrinici Stellvertretende Gesundheitsministerin
-----------------------	--

### Rumänien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Alexandru Rafila Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit und Staatliche Hygieneinspektion, Gesundheitsministerium
	Dr. Radu Constantiniu Berater des Gesundheitsministers

### Russische Föderation

<i>Repräsentant</i>	Dr. Anatoly V. Pavlov Stellvertretender Direktor, Abteilung Rechtsfragen und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung
<i>Berater</i>	Denis V. Piminov Dritter Sekretär, Internationale Organisationen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dr. Sergei M. Furgal  
Berater, Amt für den Schutz der Rechte und des Wohlergehens der Verbraucher, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

### San Marino

#### *Repräsentanten*

Dr. Massimo Roberto Rossini  
Ministre de la santé et de la sécurité sociale, de la prévoyance, des affaires sociales et de l'égalité des chances

Federica Bigi  
Ambassadeur, Représentant permanent de la République de Saint Marin auprès des Nations Unies à Genève et des autres Organisations internationales en Suisse

#### *Stellvertreterin*

Simona Zonzini  
Ministère de la santé et de la sécurité sociale, de la prévoyance, des affaires sociales et de l'égalité des chances

### Schweden

#### *Repräsentantinnen*

Kerstin Wigzell  
Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Harriet Pedersen  
Erste Sekretärin, Ständige Vertretung Schwedens beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

#### *Stellvertreter*

Karin Nilsson Kelly  
Sachbearbeiterin, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Birgitta Schmidt  
Verwaltungsdirektorin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Bo Pettersson  
Stellvertretender Generaldirector, Staatliches Institut für Public Health

Dr. Ann Gardulf  
Abteilungsleiterin, Karolinska Universitätskrankenhaus

Ulrika Hertel  
Sachbearbeiterin, Schwedisches Amt für Internationale Entwicklungshilfe

### Schweiz

#### *Repräsentanten*

Professor Thomas Zeltner  
Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Franz Wyss  
Zentralsekretär, Sanitätsdirektorenkonferenz der Schweizer Kantone

*Stellvertreter*

Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Leiter, Internationale Beziehungen, Bundesamt für Gesundheit

Giancarlo Kessler  
Leiter, Abteilung Internationale Organisationen, Bundesamt für Gesundheit

### Serbien und Montenegro

*Repräsentant*

Professor Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister, Serbische Republik

*Stellvertreter*

Vladimir Radulović  
Botschafter, Botschaft Serbien und Montenegros in Dänemark

Dr. Nevena Karanović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin der Serbischen Republik

*Beraterin*

Marina Jovičević  
Erste Sekretärin, Botschaft Serbien und Montenegros in Dänemark

### Slowakei

*Repräsentanten*

Dr. Rudolf Zajac  
Gesundheitsminister

Dr. Svätopluk Hlavačka  
Gesundheitsministerium

*Stellvertreterinnen*

Dr. Klára Frečerová  
Gesundheitsministerium

Zuzana Červená  
Gesundheitsministerium

### Slowenien

*Repräsentanten*

Professor Dušan Keber  
Gesundheitsminister

Rudolf Gabrovec  
Botschafter, Botschaft der Republik Slowenien in Dänemark

*Beraterinnen*

Natalija Raišp  
Botschaftsrätin, Botschaft der Republik Slowenien in Dänemark

Dr. Jožica Maučec Zakotnik  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

### Spanien

*Repräsentant* Dr. Manuel Oñorbe  
Generaldirektor für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Stellvertreter* José Perez  
Stellvertretender Generaldirektor für Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Berater* Isabel Sáiz Martínez-Acitores  
Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Juan M. López-Nadal  
Chargé d'Affaires, Botschaft Spaniens in Dänemark

### Tadschikistan

*Repräsentant* Professor Nusratullo F. Faizullaev  
Gesundheitsminister

### Tschechische Republik

*Repräsentanten* Dr. Michael Vít  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Marie Košťálová  
Botschafterin der Tschechischen Republik in Dänemark

*Stellvertreter* Professor Bohumil Fišer  
Leiter, Institut für Physiologie, Universität Masaryk

Ondrej Veselský  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Jarmila Pexová  
Sachbearbeiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Türkei**

<i>Repräsentanten</i>	Professor Dr Recep Akdağ Gesundheitsminister
	Fügen Ok Botschafterin, Botschaft der Türkischen Republik in Dänemark
<i>Stellvertreter</i>	Professor Dr. Necdet Ünüvar Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium
	Professor Dr. Sabahattin Aydın Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium
	Professor Dr. Turan Aslan Leiter, Refik Saydam Hygiene-Centrum, Gesundheitsministerium
	Kamuran Özden Leiter, Abteilung für auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
	Dr. Salih Mollahaliloğlu Leiter, Hochschule für Gesundheitswissenschaften des Gesundheitsministeriums
	Sevim Tezel Aydın Stellvertretende Leiterin, Abteilung für auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
	Engin Asula Botschaftsrätin, Botschaft der Türkischen Republik in Dänemark
	Barkin Kayaoğlu Dritte Sekretärin, Botschaft der Türkischen Republik in Dänemark
<i>Sekretär</i>	Ertan Savas Sekretär des Gesundheitsministers

**Ukraine**

<i>Repräsentant</i>	Dr. Mykhailo Pasichnyk Stellvertretender Gesundheitsminister
<i>Stellvertreter</i>	Yuriy Pavlov Chargé d'affaires ad interim der Ukraine in Dänemark
	Zhanna Tsenilova Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium
	Iryna Dush Leitende Sachverständige, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Ungarn

<i>Repräsentantinnen</i>	Zsuzsanna Jakab Ständige Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten
	Katalin Novák Stellvertretende Staatsuntersekretärin, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Zoltán Vokó Leiter, Abteilung Epidemiologie, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten
	Dr. Marianna Szatmári Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten

## Usbekistan

<i>Repräsentant</i>	Professor Feruz Nazirov Gesundheitsminister
<i>Berater</i>	Dr. Abdunumon Sidikov Leiter, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium
	Tajbai Buranov Leiter, Gesundheitsbehörde der Syrdarya Region

## Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

<i>Repräsentant</i>	Sir Liam Donaldson Chief Medical Officer, Department of Health
<i>Stellvertreter</i>	Dr. David Harper Director of Health Protection, International Health and Scientific Development, Department of Health
	Nick Boyd Head, International Affairs, Department of Health
	Anthony Kingham Head, International Public Health, Department of Health
	Professor Peter Donnelly Deputy Chief Medical Officer, Department of Health
<i>Beraterin</i>	Lorna Demming International Business Manager, Department of Health
<i>Sekretärin</i>	Siobhan Jones Assistant Private Secretary to the Chief Medical Officer, Department of Health

### Weißrussland

*Repräsentantin* Dr. Liudmila Andreevna Postoyalko  
Gesundheitsministerin

### Zypern

*Repräsentanten* Dr. Charitini Komodiki  
Chief Health Officer, Gesundheitsministerium

Dr. Androula Agrotou  
Generaldirektor für Gesundheit, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsministerium

## II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

### *Kanada*

Thomas Townsend  
Botschaftsrat, Gesundheit und Soziales, Kanadische Vertretung bei der Europäischen Union

Garry Aslanyan  
Senior Health Adviser, Policy Branch, Canadian International Development Agency

### *Vereinigte Staaten von Amerika*

David E. Hohman  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten von Amerika beim Büro der Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

## 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

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

Dr. David Sedik

### *Gemeinsames HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS)*

Henning Mikkelsen

### *Weltbank*

Jan Bultman  
Monique Mrazek

## V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen

### *Europäische Kommission*

Dr. Isabel de la Mata Barranco  
Fernand Sauer  
Bernard Merkel

### *Europäische Umweltagentur*

Professor Jacqueline McGlade  
David Stanners

### *Europarat*

Alexander Vladychenko  
Vera Boltho

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

### *Consumers International*

Stine Wohl Sem  
Beate Kettlitz  
Clara Meynen  
Irina Danada  
Camilla Udsen

### *International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders*

Professor Aldo Pinchera

### *Internationale Kommission für Arbeitsmedizin*

Professor Otto Melchior Poulsen

### *Internationale Pharmazeutische Föderation*

Eeva Terasälmi

### *Internationaler Ärztinnenbund (MWIA)*

Dr. Vibeke Jørgensen  
Dr. Aggi Kjaer  
Dr. Annemette Mygh  
Dr. Margit Niebuhr

### *Internationaler Frauenrat*

Nina Saxe

### *Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Boris Azaïs

### *Internationaler Verband für Familienplanung*

Vicky Claeys

*Internationale Vereinigung der Krebsregister*

Dr. Hans H. Storm

*Internationale Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe*

Dr. Kari Schleimer

*International Life Sciences Institute*

Nico van Belzen

*International Non-Governmental Coalition against Tobacco*

Cornel Radu

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN)*Christine Hancock  
Kirsten Stallknecht*Weltbund der Pfadfinderinnen*

Estrid Stæhr Hansen

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*Andreas Rudkjøbing  
Zahra Theilgaard*Weltverband für Psychiatrie*

Professor George Christodoulou

*Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik*Johnny Kuhr  
Anne Lexow*World Association for Psychosocial Rehabilitation*

Professor Edvard Hauff

*World Heart Federation*

Susanne Volqvartz

**VII. Beobachter***Europäisches Forum der nationalen Apothekerverbände und des WHO-Regionalbüros für Europa (EuroPharm Forum)*

Ida Gustafsen

*Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO*Sylvia Denton  
Merete Thorsén

*European Public Health Alliance*

Genon K. Jensen

*Globaler Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*

Karmen Bennett  
Dr. Valery Chernyavskiy  
Dr. Urban Weber

*Netzwerk "Regionen für Gesundheit"*

Dr. Ricard Tresserras

*Ständiger Ausschuss der Krankenschwestern/Krankenpfleger der EU*

Paul De Raeve

*Urbani International*

Dr. Peter W.S. Chang  
Rebecca Mosimann

*Anhang 4***Ansprache des WHO-Generaldirektors**

Herr Präsident, sehr geehrte Vertreter, Mitglieder des diplomatischen Corps, Marc – Bonne chance aujourd'hui.

Lassen Sie mich zunächst meine Stimme zu denen fügen, die das Entsetzen und den Schmerz angesichts der jüngsten Ereignisse im Süden der Russischen Föderation ausgedrückt haben. Krisen, ob natürlichen oder menschlichen Ursprungs, verlangen die äußerste Anstrengung von uns allen, sowohl um sie zu vermeiden, als auch um ihren potenziellen Schaden zu mindern.

Im Mai, gerade nachdem die Tschechische Republik und neun weitere Staaten der Europäischen Union beigetreten waren, hatte ich das Privileg, in Prag Präsident Václav Havel zu treffen. Er war besorgt, dass der anhaltende weltweite technologische Fortschritt zu mehr Gesundheitsproblemen führen könne, als er löse. Er sah die Notwendigkeit einer in seinen Worten „planetaren Organisation“ wie der WHO zum Schutz vor dieser Gefahr.

Ebenso wichtig sind jedoch realistische, aber visionäre Vordenker wie er und viele andere, die jetzt in den 52 Mitgliedstaaten dieser Region arbeiten.

Das Regionalkomitee bietet ein hervorragendes Forum für den Austausch von Bedenken und die Koordination von Strategien. In jedem Land der Region und der ganzen Welt besteht ein nie zuvor da gewesenes Potenzial für Gesundheit, doch gegenseitige Unterstützung ist erforderlich, um es zu auszuschöpfen. Jetzt ist die Zeit sowohl zur Klärung der Gesamtzusammenhänge als auch zur Erarbeitung der praktischen Einzelheiten. Ich möchte drei Leitprinzipien als Bezugspunkte für Ihre Erörterungen anregen: Sicherheit, Chancengleichheit und Einigkeit.

Sicherheit bedeutet im Bereich Gesundheit sowohl Schutz vor Erkrankung als auch vor ihren Ursachen. Wie uns nur zu wohl bewusst ist, bedeutet der Aufbau und Erhalt dieser Sicherheit das Antworten auf dringende Bedürfnisse und Gefahren, denen wir heute gegenüberstehen.

Chancengleichheit ist, wie aus unserer Satzung hervorgeht, für die WHO von Anfang an ein fundamentales Prinzip gewesen. Es muss jetzt, wo die gesundheitlichen Folgen der Unausgewogenheiten zwischen den Gruppen, Nationen und Kontinenten immer offenkundiger werden, wieder deutlich geltend gemacht werden.

Einigkeit ist für wirksames Handeln unerlässlich. In den kommenden Monaten und Jahren werden wir enger denn je mit unseren Partnern zusammenarbeiten.

Wenn wir diese Prinzipien in die Praxis umsetzen sollen, müssen wir auch einen nüchternen Realismus praktizieren. Als Erstes müssen wir sicherstellen, dass für unsere Arbeit genug Geld zur Verfügung steht. Im Laufe der Tagung werden Sie den für 2006–2007 vorgeschlagenen Programmhaushalt erörtern. Dieser enthält einige wichtige Aspekte, derer wir uns bewusst sein müssen.

Erstens baut er auf unseren Erfahrungen mit der resultatsorientierten Haushaltsplanung und den Erfahrungen aus der Leistungsbewertung für die Haushaltsperiode 2003–2004 auf. Zweitens spiegelt er die durch die Mitgliedstaaten durch die jüngsten Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung zum Ausdruck gebrachten Prioritäten wider und wurde nach Beratungen zwischen dem Hauptbüro und den Regional- und Länderbüros entworfen. Drittens verstärkt und beschleunigt er den Dezentralisierungsprozess, den ich letztes Jahr eingeleitet habe. Sie werden feststellen, dass er einen Gesamtanstieg von 12,8% vorschlägt, welcher in seiner Gänze in den Ländern und Regionen zu Buche schlägt. Der proportional größte Anstieg fällt dabei der Europäischen Region zu.

Der Anstieg wird von Maßnahmen zur Sicherung größter Effizienz bei der Anwendung der Mittel begleitet. Diese Maßnahmen delegieren Zuständigkeiten, fordern aber ein Höchstmaß an Transparenz und Rechenschaftspflichtigkeit.

Früher wurden die geplanten Haushaltszuwächse durch die Großzügigkeit unserer Geber realisiert, welche uns so in die Lage versetzten, die Ergebnisse zu erzielen, zu denen wir doch verpflichtet waren. Unerlässliche Tätigkeiten können jedoch nicht alleine von Generosität abhängen. Ich schlage daher einen Anstieg bei der Beitragsbemessung für die Mitgliedstaaten um 9% vor.

Dieser Anstieg bedeutet einen Bruch mit der vor einigen Jahren eingeführten Praxis des nominellen Nullwachstums der VN-Haushalte, die die WHO schrittweise in eine hauptsächlich von freiwilligen Beiträgen abhängige Organisation verwandelt hat. Zurzeit macht der ordentliche Haushalt, der sich aus den bemessenen Beiträgen zusammensetzt lediglich 30% der Gesamtausgaben der WHO aus. Bei einer Fortsetzung des gegenwärtigen Trends wären es im Jahr 2015 nur noch 17%.

Für eine ausgewogene globale Politik ist ein signifikanter ordentlicher Haushalt auf der Grundlage eines gerechten Beitragssystems unerlässlich.

Die Frage des Haushalts wird im Zusammenhang mit unserem Allgemeinen Arbeitsprogramm für 2006 bis 2015 dringlich, das unsere Tätigkeiten und unsere Rolle als Organisation definiert. Es muss nicht nur zeigen, wie wir die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele erreichen wollen, sondern auch die Richtungen für die Zukunft der globalen öffentlichen Gesundheit abstecken.

Der Programmhaushalt und das Allgemeine Arbeitsprogramm stehen beide auf der Tagesordnung der nächsten Exekutivratsitzung im Januar. Durch diese Tagung leisten Sie einen wesentlichen Beitrag zu den Empfehlungen des Exekutivrats, die dann an die Weltgesundheitsversammlung weitergehen.

Um zur Frage der Sicherheit zurückzukehren: Bedeutende Krankheitsausbrüche stellen weiterhin für diese Region und für die Welt eine Bedrohung dar. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften sind darauf angelegt, diese Gefahr zu minimieren. Die gegenwärtig stattfindende Überarbeitung hat von den hoch qualifizierten Beiträgen der Mitgliedstaaten in den regionalen Konsultationen profitiert. Der nächste Schritt besteht in der Einigung auf eine Fassung während der zwischenstaatlichen Arbeitsgruppentagung, die mit offenem Ende vom 1. bis 12. November im Palais des Nations in Genf zusammenkommt.

Der Arbeitsentwurf wird nächsten Monat verfügbar sein. Wenn das bisherige Tempo beibehalten wird, können die überarbeiteten Vorschriften von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2005 angenommen werden. Eine größtmögliche Beteiligung der Mitgliedstaaten an den Erörterungen der Arbeitsgruppen ist hierbei das beste Erfolgsrezept.

Diese Art der Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit begann mit der Ersten Internationalen Sanitätskonferenz 1851 in Paris, wo hauptsächlich gegen die Verbreitung von Cholera ein internationaler Kodex entworfen werden sollte. Die lange historische Perspektive hilft den Ländern dieser Region, einen besonders wertvollen Beitrag zum Entwurf der Vorschriften zu machen. Letztlich besteht die Herausforderung darin, die Befolgung der Vorschriften sicherzustellen. Dazu ist ein starkes Engagement in den Regionen und Ländern ebenso erforderlich wie Investitionen in Systeme für Frühwarnung und Notmaßnahmen.

Solche Systeme werden von der Leitzentrale der WHO unterstützt werden, die im August im Hauptbüro eröffnet wurde. Hochmoderne Technologie ermöglicht es uns, von dort schnell auf die ersten Anzeichen eines Ausbruchs zu reagieren, egal ob es sich um natürliche, durch Menschen verursachte oder andere Gesundheitsnotlagen handelt, indem wir die Information verbreiten und die erforderlichen Maßnahmen koordinieren.

In jüngster Zeit wurden wir Zeugen eines frühzeitigen und wirksamen Eingreifens gegen die Ausbrüche von Ebola und Lassafieber in Teilen Afrikas und gegen die Vogelgrippe in einigen asiatischen Ländern. Labors aus dieser Region haben bei dem Eingreifen gegen SARS und Vogelgrippe eine wichtige Rolle

gespielt. Dennoch stehen wir erst am Anfang eines geeigneten globalen Warn- und Eingreifsystems gegen Ausbrüche. Es wird noch große und nachhaltige Investitionen erfordern. Nicht nur nationale, regionale und globale Informationsknotenpunkte werden dabei mit einbezogen, sondern auch viele unserer Kooperationszentren in den einschlägigen Fachgebieten. Ein großer und wichtiger Bestandteil des Systems wird das Europäische Zentrum für die Bekämpfung von Krankheiten sein, das nächstes Jahr in Stockholm eröffnet wird.

Wir werden in Kürze den Mitgliedstaaten weitere Informationen darüber geben, wie sie durch diese Verbände an die verfügbaren Informationen gelangen und weitere hinzufügen können.

Chancenungleichheit ist die Wurzel eines Großteils der Gefahren, denen wir uns in der Welt heute gegenübersehen. Fehlender Zugang zu Aids-Therapien und Präventionsmethoden ist immer noch ein grelles Beispiel für sowohl Unsicherheit als auch Chancenungleichheit.

Wie wir im Februar in Dublin und im Juli in Bangkok sahen, ist sich die Europäische Region wohl bewusst, dass sie die am schnellsten zunehmende HIV/Aids-Epidemie in der Welt beherbergt. Obwohl 30 Länder der Region universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie erreicht haben, gibt es immer noch 22 Länder, in denen es den Zugang nur zum Teil oder fast gar nicht gibt. Ich begrüße Ihr Engagement zur schnellstmöglichen Berichtigung dieses Fehlers herzlich.

Auf der Konferenz in Bangkok gab es viele Diskussionen über die Methoden von Prävention und Therapie, aber es herrschte absolute Einigkeit über das Erfordernis von beiden. Wir wissen, dass die Prävention der Therapie dient und umgekehrt und dass beide auf umfassende Weise miteinander verzahnt werden müssen.

Weltweit sind bei Berücksichtigung aller Quellen für die kommenden fünf Jahre fast 20 Milliarden US-\$ für die integrierte Aids-Prävention und -Pflege zugesagt worden. Gleichzeitig fallen die Arzneimittelpreise weiter, wobei der niedrigste Preis für die Behandlung einer Person mit drei Präparaten jetzt bei 140 US-\$ jährlich liegt. Eine HIV-Therapie ist jetzt für mehr Länder und Menschen finanziell erreichbar denn je zuvor.

Enorme logistische und technische Schwierigkeiten bestehen noch, doch auch hier gibt es Anzeichen dafür, dass sich die unermüdlichen Anstrengungen unserer vielen Partner in den Ländern und international zur Erreichung der „3 bis 5“-Ziele auszahlen.

Zwölf Länder haben sich jetzt für 2005 das Ziel gesetzt, 50% oder mehr der bedürftigen Menschen den Zugang zur Therapie zu ermöglichen. Leitlinien für eine qualitativ hochwertige Behandlung mit standardisierten Verfahren und vereinfachten klinischen Monitoring sind jetzt verfügbar. Wir haben Ausbildungs- und Monitoringsysteme zur Qualitätssicherung der Behandlung und zur Erhöhung des Anteils von Pflegenden und Beschäftigten aus dem Umfeld in der Pflege und zur Unterstützung entwickelt. 56 Länder haben über die Regionalbüros um fachliche Unterstützung bei der Ausweitung der Behandlung gebeten, zehn darunter aus der Europäischen Region. Wir unterstützen sie tatkräftig. Wir erwarten, dass die kanadische Regierung uns diesen Monat 100 Millionen Kanadische \$ zur Verfügung stellen wird. Wir erwarten bis Ende des Jahres mindestens 20 Bedienstete für „3 bis 5“ einzustellen und dadurch unsere Wirksamkeit vor Ort stark zu erhöhen.

Der Ausbau der Humanressourcen ist eine unserer drängendsten Herausforderungen, nicht nur zur Unterstützung der HIV-Therapie, sondern des gesamten Gesundheitssektors. Das bedeutet Festhalten, Schulen und Einsetzen von Gesundheitsfachkräften und die Schaffung neuer Typen von Behandlungshelfern, einschließlich solcher, die selbst mit HIV/Aids leben.

Das „3 bis 5“-Ziel ist selbst viel diskutiert worden. Was vielen vor einem Jahr als eine zu ambitionöse Idee erschien, ist heute eine starke Verpflichtung für viele Länder, Organisationen und Personen. Darüber zu spekulieren, ob wir den Termin einhalten, ist vergeudete Mühe. Es kommt bei dem Notstand

Aids-Behandlung auf das Gleiche an wie in allen anderen Notständen: das menschlich Mögliche zu tun, um Leben zu retten, und die Gefahr so schnell wie möglich zu mindern.

Die Initiative hat uns geholfen, die Aufmerksamkeit der Welt auf die Bewältigung dieser Notlage zu richten, und sie hat das Handeln innerhalb unserer eigenen Organisation gestärkt. Wir müssen in unserem Bemühen um das Erreichen des Behandlungsziels nicht nachlassen und die HIV/Aids-Prävention bis weit über Dezember 2005 hinaus in Schwung halten. Ich bin dazu entschlossen, weiterhin alle uns zur Verfügung stehenden menschlichen und materiellen Ressourcen zu mobilisieren, um Sie hierbei zu unterstützen.

Bei anderen Kampagnen war die Europäische Region eine starke Kraft, so bei der Eradizierung der Poliomyelitis sowohl durch das Erreichen des Ziels in der eigenen Region als auch durch die Unterstützung der Arbeit in Afrika und Asien. Diese Hilfe wird auch in den kommenden Monaten unersetzlich sein.

Die Bekämpfung der Tuberkulose ist weiter von höchster Dringlichkeit in der Region. Zwar machen einige Länder gute Fortschritte bei der vollen Umsetzung der DOTS-Strategie, doch sind andere gefährlich weit zurückgefallen. Eine schnelle Ausweitung von DOTS ist dringend erforderlich. Sonst werden schwache Bevölkerungsgruppen dem wachsenden Risiko einer multiarzneimittelresistenten Tb ausgesetzt und durch die ansteigende Doppелеpidemie aus Tb und HIV bedroht. In beiden Fällen wird eine Behandlung dann schwierig und teuer.

Wie wir bei HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose sehen, ist die Bereitstellung angemessener Gesundheitsdienste dort, wo sie gebraucht werden, schon an sich eine enorme Herausforderung. Aber dies ist nur ein Bruchteil dessen, was erforderlich ist, um Gesundheit für alle zu fördern. Gesundheit hängt auch in wesentlichem Maße von sozial bestimmten Faktoren wie Umwelt, Ausbildung und Beschäftigung ab. Wie wir im Juni auf der Konferenz Umwelt und Gesundheit in Budapest sahen, ist sektorübergreifendes Handeln nicht nur eine Notwendigkeit, sondern bietet auch ein enormes Potenzial für die Gesundheit.

Das Wissen um die Wirkung dieser Faktoren auf unsere Gesundheit ermöglicht es uns, unsere Aktivitäten auf maximale Wirkung abzustellen. Um die Erkenntnisse über wirksame Konzeptionen zu sammeln und konsolidieren, wird der Ausschuss zu sozialen Determinanten der Gesundheit im Dezember seine Arbeit aufnehmen. Die Europäische Region hat auf diesem Feld bereits Pionierarbeit geleistet und der Beitrag Ihrer Region und Länder wird für die Arbeit des Ausschusses sehr wichtig sein.

Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen der WHO, das auf auch die Bewältigung sozialer und wirtschaftlicher Gesundheitsdeterminanten zielt, macht auf dem Weg zum In-Kraft-Treten stetig Fortschritte. Zu den jetzt 168 Unterzeichnern gehören die Europäische Union und 40 der 52 Länder dieser Region. Weltweit beteiligen sich jetzt 30 an dem Übereinkommen. Nach der offiziellen Bestätigung des Übereinkommens durch die Europäische Union erwarten wir jetzt eine schnelle Entwicklung. Sechs der 30 Vertragsparteien kommen aus dieser Region: Island, Malta, Norwegen, San Marino, Slowakei und Ungarn. Ich bitte Sie eindringlich, diesem herausragenden Beispiel ohne Zögern zu folgen. Erst wenn das Rahmenübereinkommen von 40 Ländern ratifiziert ist, kann es sein großes lebensrettendes Potenzial verwirklichen.

Der Wert internationaler Verhandlungen und zwischenstaatlicher Prozesse ist beim Thema Tabak deutlich geworden. Bei der WHO-Strategie zu Ernährung und Bewegung steckt die Arbeit noch in den Anfängen. Im Mai wurde die Strategie von der Weltgesundheitsversammlung stark unterstützt. Auch sie hat weit reichende Folgen für die Gesundheit. Wenn die Länder ihre Empfehlungen beherzigen, werden der internationale Wissensaustausch und die gegenseitige Unterstützung entscheidend für die Verhütung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Der starke Beitrag der Europäischen Region zu diesem Bemühen ist unerlässlich und wird dies auch weiterhin sein, sowohl für diese Region als auch für die Welt. Insbesondere die Verhütung und Bekämpfung der Fettsucht erfordert innovatives und energisches sektorübergreifendes Handeln.

Die Forschung hat zur öffentlichen Anerkennung dieser Probleme und der Lösungsansätze geführt. Der Ministergipfel zu Gesundheitsforschung, der im November in Mexiko stattfindet, wird versuchen, den gleichen Prozess für andere Krankheitsverursacher zu beschleunigen, insbesondere für solche, die den Weg zu den Millenniums-Entwicklungszielen blockieren. Ich bitte Sie eindringlich, sich an dieser Tagung zu beteiligen. Außerdem findet im August 2005 die Sechste Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok statt. Sie steht unter dem Motto Politik und Partnerschaft für das Handeln. Einigkeit ist der Schlüssel zum Erreichen der Sicherheit und der Chancengleichheit, die die Welt heute so dringend benötigen. In den kommenden Monaten wird unser Schwerpunkt Gesundheit von Mutter und Kind besondere Möglichkeiten bieten, dies zu erreichen.

Eine große Zahl maßgeblicher Organisationen haben ihre Kräfte vereint, um die Probleme auf diesem Gebiet in den Griff zu bekommen, insbesondere die hohen Sterblichkeitsraten. Der erste Schritt erfolgte dieses Jahr mit dem Entwurf eines Plans zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele für die Gesundheit von Mutter und Kind. Der Weltgesundheitsbericht und der Weltgesundheitstag 2005 werden diesen Impuls nutzen. Wir arbeiten eng mit unseren Kollegen von UNICEF, UNFPA und der Partnership for Safe Motherhood sowie anderen Organisationen zusammen.

Der Schwerpunkt auf Gesundheit von Mutter und Kind wird durch unsere länderspezifischen Kooperationsstrategien verstärkt, die in erster Linie auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme abzielen. Hier ist jedes Programm und jedes Aktivitätsniveau danach bestimmt, wie es durch einen WHO-Länderhaushalt und -plan zu den nationalen Gesundheitsentwicklungszielen beitragen kann. Die Europäische Region ist hierbei gut vom Start weg gekommen. Während wir die Dezentralisierung beschleunigen, gibt sie eine klare Orientierung für unsere Arbeit.

Dieses Regionalkomitee hat selbst einen entscheidenden Beitrag zur Einheit der Region im Laufe der Jahre beigetragen. Ihre weisen Beschlüsse, Empfehlungen und Anregungen während dieser Tagung, werden es ermöglichen, dies auch noch in der Zukunft für viele Jahre zu tun.

Ich wünsche Ihnen allen erdenklichen Erfolg. Danke.

*Anhang 5***Bericht des WHO-Regionaldirektors für Europa**

Bevor ich mit meinem Vortrag beginne, lassen Sie uns gemeinsam an diejenigen denken, die aufgrund von Gewalt und Verbrechen leiden – sei es als Opfer oder als Angehörige. Wir haben alle die unerträglichen Bilder der letzten Tage vor Augen, die aus der Russischen Föderation zu uns drängen. Das Leiden der Verletzten und die Trauer der Angehörigen werden uns während der gesamten Tagung gegenwärtig bleiben, denn tatsächlich arbeiten wir für diese Menschen. Unsere humanitären Hilfsprogramme müssen gestärkt werden, damit wir solch fürchterlichen Gefahren begegnen können.

Seit unserer letzten Regionalkomiteetagung in Wien hat das Regionalbüro ein kontrastreiches Jahr erlebt, voller Aktivitäten, Aufgaben und neuer Zukunftsmöglichkeiten. Ein Jahr, in dem wir unser Bestes getan haben, um unserer europäischen Rolle im weltweiten Zusammenhang gerecht zu werden und unserer Stimme auch außerhalb der Region Gehör zu verschaffen.

Ich lege Ihnen heute Morgen den Bericht über dieses letzte Jahr vor. Er ist als Ergänzung zu den Unterlagen über den Berichtszeitraum 2002–2003 gedacht, die Ihnen bereits zugegangen sind oder hier vorliegen.

**1. Marksteine der Entwicklung seit Wien****a) Aids: eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitswesen**

Die Welt ist sich des Ausmaßes der Gefahr und der Ausbreitung von Aids in der Europäischen Region bewusst geworden. Die Bereitschaft zum Handeln ist ganz offensichtlich und äußerte sich diesem Jahr in der erheblichen Aufstockung der Mittel, die vor allem vom Globalen Fonds an 18 Länder der Region vergeben wurden.

Wir stehen heute vor der gemeinsamen Aufgabe, eine bedarfsgerechte und wirksame Nutzung der Mittel sicherzustellen, die sich schon bald positiv und deutlich auf die Gesundheit auswirkt. Ein Mislingen wäre eine Katastrophe, vor allem für die Kranken, aber auch für die Glaubwürdigkeit des Public-Health-Sektors. Umgekehrt wäre ein positives Ergebnis, d. h. ein an den Gesundheitsindikatoren ablesbarer Erfolg zusammen mit der Stärkung der Gesundheitssysteme ein phantastischer Anreiz für Investoren und würde Public-Health-Maßnahmen neue Glaubwürdigkeit verleihen.

Jeder von Ihnen, dessen bin ich mir sicher, versucht so wie wir in der WHO jederzeit alles in seiner Macht Stehende zu tun, um dazu beizutragen, dass diese Herausforderung erfolgreich bewältigt werden kann und die europäischen Ziele des Programms „3 bis 5“ erreicht werden, d. h. dass sich bis Ende 2005 100 000 Patienten in Behandlung befinden sollen. Die Kranken behandeln, das ist allerdings nur das Wenigste, was wir tun können; denn angesichts der steigenden Fallzahlen, die seit Ende 2002 von 584 000 auf heute 785 000 hochgeschnellt sind, müssen wir auch dringend ständig etwas für die Prävention tun.

**b) Der Kampf gegen die nichtübertragbaren Krankheiten: eine weltweite und auch in der Europäischen Region vorrangige Aufgabe**

Unser Regionalkomitee erörtert heute Nachmittag die erste Phase der europäischen Strategie zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten, so wie dies in diesem Jahr auch bei der Weltgesundheitsversammlung und im Exekutivrat der Fall war. Diese Gleichzeitigkeit beweist nicht nur, dass die verschiedenen Ebenen der Organisation gut koordiniert sind, sondern zeigt darüber hinaus auch, wenn das überhaupt noch nötig wäre, wie außerordentlich wichtig es ist, dass wir wirksame Ansätze für die Begrenzung der durch diese Krankheiten verursachten Schäden vorschlagen. Fortschritte auf diesem Gebiet lassen sich, wie bei allen Risikofaktoren, nur durch einander ergänzende individuelle und kollektive Maßnahmen

erzielen. Unsere ausdrückliche Unterstützung für die von der WHO bei der Weltgesundheitsversammlung vorgeschlagene Strategie beweist unser großes Interesse an dieser Thematik und unsere Bereitschaft zum Handeln.

Als eine vorrangige und öffentlichkeitswirksame Aufgabe betrachtet die Region den Kampf gegen die Fettsucht, die heute den größten Risikofaktor darstellt und sehr gut veranschaulicht, dass dabei so unterschiedliche Sektoren wie Landwirtschaft, Industrie und Lebensmittelversorgung zusammenarbeiten müssen, wobei ergänzend selbstverständlich auch Gesundheitserziehung und Maßnahmen, die auf eine Veränderung der Lebensweise abzielen, greifen müssen.

Im Zusammenhang mit den nichtübertragbaren Krankheiten möchte ich auch an die psychische Gesundheit erinnern. Wir haben in diesem Jahr die seit dem Weltgesundheitsbericht von 2001 lancierten Maßnahmen weiterverfolgt. In den noch verbleibenden Monaten des Jahres geht es um die Vorbereitung der einschlägigen ministeriellen Konferenz, die im Januar 2005 in Helsinki abgehalten wird.

### **c) Eine Aufgabe, die uns fordert: die internationalen Gesundheitsvorschriften**

Wie schon bei der Arbeit am Anti-Tabak-Übereinkommen hat die Europäische Region ihren Ansichten auch bei den Verhandlungen über die Aktualisierung der internationalen Gesundheitsvorschriften Gehör verschafft. Es handelt sich hier zwar um ein globales Programm, dessen Arbeit aber schon durch regionale Treffen vorbereitet wurde. Die Tagung der Europäischen Region, die im Juni stattfand, war besonders interessant und fruchtbar. Die Haltung der Region ist jetzt in allen Punkten klar und deutlich im Hinblick auf die globale Verabschiedung der Vorschriften, die nach der globalen Konsultation im kommenden November dann im Mai des nächsten Jahres erfolgen soll. Am Mittwoch findet in der Mittagspause eine Informationssitzung zu diesem Thema statt, und ich möchte Sie bitten, zahlreich daran teilzunehmen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch noch etwas zum Stand des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens sagen. Bis heute haben 168 Länder das Übereinkommen unterzeichnet, davon 40 unserer 52 Mitgliedstaaten der Region. Die Ratifizierung zieht sich dagegen leider in die Länge. Weltweit haben bisher 26 Länder das Übereinkommen ratifiziert, davon 6 in der Europäischen Region. Die endgültige Annahme im Dezember 2004 setzt voraus, dass dieser Prozess beschleunigt wird und die entsprechenden Bemühungen verstärkt werden.

### **d) Die Umweltkonferenz von Budapest: ein Erfolg, der uns noch mehr abverlangt**

Eine Sitzung während der Tagung des Regionalkomitees ist der Erörterung und der Bekräftigung der auf der Budapester Konferenz erzielten Ergebnisse gewidmet. Auf dieser Konferenz, der vierten einer Reihe, die 1989 in Frankfurt begann, wurden ein Aktionsplan für die Verbesserung der Umwelt unserer Kinder sowie eine Erklärung zu dem allgemeineren Thema Gesundheit und Umwelt vorgelegt, die sich an frühere Erklärungen anschließt.

Der durch die erfolgreiche Arbeit für diese Konferenz ausgelöste Enthusiasmus zeigte sich unbestreitbar an der Zahl und der Qualität der Teilnehmer ebenso wie an der unvergleichlichen Aufmerksamkeit, die der Konferenz in den Medien zuteil wurde. Aber für uns entspricht dieser Erfolg in erster Linie einem Engagement, das in der Region viel Hoffnung bewirkt. Mit Ihrer Hilfe und in jedem Land stellen wir uns gemeinsam dieser Herausforderung. Eine Zwischenbilanz wird 2007 gezogen, die Endbewertung wird danach auf der Konferenz im Jahr 2009 vorgelegt. Ich möchte hier den zahlreichen Partnern, die so effektiv zur Vorbereitung und Durchführung der Konferenz beigetragen haben, für ihre Unterstützung danken. Sie sind zweifellos auch für die Umsetzung des Aktionsplans unentbehrlich. Ihren Erfolg verdankt die Konferenz vor allem auch der ungarischen Regierung und dem Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit, der unter der Leitung von Frau Jakab bei diesen langwierigen Bemühungen ein geschätzter und wirksamer Partner gewesen ist. Wir kommen darauf am Dienstag morgen in der diesem Thema gewidmeten Sitzung des Regionalkomitees zurück.

Auch Straßenverkehrsunfälle haben eine Umweltdimension, weshalb ich hier den einschlägigen Weltbericht und den diesem Thema gewidmeten Weltgesundheitstag 2004 erwähnen möchte. Die Region hat wie jedes Jahr so auch diesmal dazu beigetragen, diesen Tag zu einem Erfolg zu machen und in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. Wir haben eine europäische Fassung des Berichts veröffentlicht, der Ihnen hier zur Verfügung steht. Der Gedanke, dass ein Unfall kein unvermeidbarer Folgeschaden des Fortschritts ist, sondern eine inakzeptable und durch eine zielstrebige Politik vermeidbare Gefahr, hat sich in der Region allmählich durchgesetzt mit dem Versprechen konsequenter, in die neue nationale und internationale Politik zur Unfallverhütung integrierter Maßnahmen.

#### **e) Die erweiterte Europäische Kommission: ein größerer Partner, eine erweiterte Partnerschaft für das Regionalbüro**

Die geografische und politische Landkarte unserer Region hat sich im Laufe dieses Jahres mit dem Beitritt der zehn neuen Länder zur Europäischen Union verändert.

Seit Anfang 2000 ist die Partnerschaft mit der Europäischen Kommission in Verfolgung der vom Regionalkomitee beschlossenen Strategie ein vorrangiges Anliegen des Regionalbüros. Seither hat sich die Zusammenarbeit systematisch und strukturiert immer konkreter und greifbarer entwickelt in so unterschiedlichen Bereichen wie Information, übertragbare Krankheiten, Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. Die bereits erwähnte Konferenz von Helsinki wird gemeinsam mit der Europäischen Kommission ausgerichtet, die auch bei der Budapester Konferenz mit uns zusammengearbeitet hat.

Die Kommission trägt finanziell zu zahlreichen Programmen des Regionalbüros bei. Ich möchte auch daran erinnern, dass das Regionalbüro auf dem Gebiet der Überwachung von Infektionskrankheiten einen Mitarbeiter zur Kommission abgestellt hat. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Europäischen Union der 15 wie der 25 und künftig mit weiteren Mitgliedern hat für das Regionalbüro wie für die WHO insgesamt grundlegende Priorität. Auch Dr. Jong-Wook Lee hat dies anlässlich unseres jährlichen Treffens mit verschiedenen Kommissaren im Juli in Brüssel unterstrichen. Ich habe Fernand Sauer, der uns zu unserer Freude heute Morgen hier mit seiner Anwesenheit beehrt, eine erweiterte Zusammenarbeit mit dem neuen europäischen Zentrum für übertragbare Krankheiten (CDC) vorgeschlagen, das 2005 in Stockholm eingeweiht wird. Wir sind beide darauf eingestellt, diese Zusammenarbeit konkret und wirksam zu gestalten. Überdies nehme ich nächsten Monat an der Eröffnungssitzung des Verwaltungsrates des Stockholmer Zentrums teil. Der Grundsatz der Komplementarität dient uns bei dieser Zusammenarbeit als Richtschnur, wobei diese Zusammenarbeit durchaus über das CDC hinausreicht. Für uns gibt es keine Bedenken oder Territorialkämpfe, die in einem Bereich, in dem alle Energien gebraucht werden und alle Mittel bei weitem nicht ausreichen, nur unwürdig und ineffektiv wären. Dass wir uns ergänzen, zeigt sich in der Praxis der Fachprogramme des Regionalbüros, die in der Kommission ihre Entsprechung im Bereich der öffentlichen Gesundheit haben. Es zeigt sich auch in den Aufgabenbereichen des Regionalbüros, die noch nicht in den Zuständigkeitsbereich der Kommission fallen. Seit Ende dieses Monats weilt einer meiner engsten Mitarbeiter in Brüssel, um die Verbindung zwischen dem Regionalbüro und der Union zu pflegen.

Ich möchte jedoch ganz entschieden betonen, dass die Europäische Region der WHO aus 52 Mitgliedstaaten besteht und wir nie die Mitgliedstaaten vergessen werden, die nicht Teil der Europäischen Union sind, gleichgültig, um wie viele es sich handelt. Wir möchten ganz im Gegenteil Brückenkopf und Plattform des Austauschs zwischen der Union und den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sein, die jetzt ihre Nachbarn sind, insbesondere die Länder der Gemeinschaft unabhängiger Staaten. Diese Rolle als Bindeglied und Brücke ist wie maßgeschneidert für uns, denn wir arbeiten seit langem mit jedem dieser Länder zusammen und kennen sie deshalb gut. Sie haben allgemeines Vertrauen zu uns.

Ich habe bei diesem Thema länger verweilt, weil mich das Regionalkomitee gebeten hat, die Strategie des Regionalbüros für Europa für die Beziehungen zu der jetzt erweiterten Europäischen Union darzulegen.

Noch einige weitere Bemerkungen zum Thema Partnerschaften, denen wir uns seit 2000 widmen. Wir haben schrittweise engere Beziehungen zu bestimmten Partnern angeknüpft, deren Wert- und Zielvorstellungen den

unseren entsprechen. In jedem Einzelfall wurde diese partnerschaftliche Zusammenarbeit auf institutioneller Ebene in einem konkreten, regelmäßig überprüften Programm verankert, dessen wesentliches Ziel darin besteht, ganz konkrete, vorzugsweise vor Ort durchzuführende Maßnahmen aufzustellen.

In den Jahren 2001 und 2002 hat sich diese Art von Beziehungen mit der Europäischen Union, der Weltbank, den Organisationen der Vereinten Nationen wie UNICEF, UNFPA und UNAIDS vertieft. Ganz besonders möchte ich hier die Qualität und Effizienz unserer Zusammenarbeit mit dem Europarat unterstreichen. Ich freue mich, hier heute Morgen Herrn Alexander Vladychenko, den neuen Direktor für Sozialen Zusammenhalt, bei uns begrüßen zu dürfen.

In letzter Zeit hat das Regionalbüro auf der gleichen Grundlage seine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Entwicklungsorganisationen und nichtstaatlichen Organisationen wie der deutschen GTZ, der niederländischen Entwicklungsstelle und der Soros-Stiftung, verstärkt. Diese Partnerschaften ergänzen unsere Absprachen mit den Entwicklungsorganisationen des Vereinigten Königreichs und der nordischen Länder, insbesondere der schwedischen Aids-Organisation, sowie mit dem Internationalen Roten Kreuz und mit Rotary, um nur einige zu nennen.

Obwohl man in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro nicht von einer eigentlichen externen Partnerschaft sprechen kann, da wir eifrige Befürworter der einen und fest verbundenen WHO sind, möchte ich hier aber dennoch etwas zu unserer Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro und den anderen WHO-Regionalbüros sagen. Wir haben im Laufe dieses Jahres unsere Beziehungen zu dem neuen Genfer Team vertieft. Ich arbeite häufig persönlich herzlich und konkret mit Dr. Jong-Wook Lee zusammen. Ich betrachte mich als Mitglied seines Teams und möchte ihn hier wiederum nicht nur meiner eigenen, sondern auch der Unterstützung des gesamten Regionalbüros versichern. Wir wussten es zu schätzen, dass in diesem Jahr alle neuen beigeordneten Generaldirektoren bei uns zu Gast sein konnten, so wie es mich auch freut, dass ein Gutteil von ihnen an dieser Tagung des Regionalkomitees teilnimmt.

Im Laufe dieses Jahres haben wir wie gesagt auch unsere Kontakte zu den anderen Regionalbüros ausgebaut, insbesondere zum Regionalbüro für Gesamtamerika, das unser Führungsteam besucht hat und dessen leitende Mitarbeiter uns im Oktober einen Gegenbesuch abstatten werden, damit wir unsere ganz konkrete Zusammenarbeit in zahlreichen Fach- und Verwaltungsbereichen, in denen gemeinsame Interessen bestehen, fortsetzen können.

Verstärkt haben wir auch unsere Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum, das ich in diesem Jahr besucht habe, um einige Themen anzusprechen, die für einige Mitgliedstaaten beider Regionen von Interesse sind.

## **2. Weiterentwicklung der Dienste des Regionalbüros**

Wir haben im Laufe des Jahres die Dienste des Regionalbüros für die Länder der Region weiter ausgebaut, so wie das in der vom Regionalkomitee im Jahr 2000 angenommenen Strategie festgelegt wurde. In diesem Zusammenhang möchte ich insbesondere auf die Verbesserung der Maßnahmenplanung hinweisen. In den Verhandlungen über die Prioritäten der 28 Länder, mit denen das Regionalbüro eine zweijährige Kooperationsabsprache abgeschlossen hat, wirkt es sich heute positiv aus, dass sich unsere Beziehungen zu jedem dieser Länder immer offener und vertrauensvoller gestalten. Die regelmäßige Auswertung der Ergebnisse unserer Zusammenarbeit ermöglicht es uns, aus den gewonnenen Erfahrungen zu lernen, sei es für Krisensituationen oder die normale Programmarbeit. Während der Sitzung am Dienstag Nachmittag erhalten Sie einen ergänzenden Bericht über die Weiterführung von Maßnahmen.

Das Programm „Zukunftsforen“ hat in diesem Jahr nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten seinen Rhythmus gefunden. Die grundlegend wichtige Thematik der „Instrumente für eine schnelle Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen“ hat engagierte Debatten über Themen wie Nutzung von gesicherten Erkenntnissen im Gesundheitswesen, Krisenkommunikation und Krisenbereitschaft im Gesundheitsbereich ausgelöst. Der Ihnen vorliegende Bericht über diese Tagung dient uns als Ansporn, unsere Arbeit

weiterzuverfolgen, damit wir Krisen besser begegnen und uns besser auf unvorhergesehene Situationen einstellen können. Wir arbeiten mit Ihnen und mit den einschlägigen Partnern weiterhin daran, unsere eigene und die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, auf diese heute leider häufigen Gegebenheiten angemessen reagieren zu können, zu verbessern.

Von den Aktivitäten des Regionalbüros im Dienste der Mitgliedstaaten möchte ich die baldige Veröffentlichung eines Berichts über die Situation in der Europäischen Region in Bezug auf die Erfüllung der Millenniums-Entwicklungsziele und den Weltbericht über Makroökonomie und Gesundheit anführen. Durch diese Arbeit wird vor allem deutlich, dass die internationale finanzielle Hilfe für die Verbesserung der Gesundheit in den ärmsten Ländern unserer Region nur zögerlich angelaufen ist. Der Bericht wird Ihnen nach Erscheinen zugestellt. So bringen wir unsere Maßnahmen immer mehr in die weltweiten Programme ein und passen sie den regionalen Gegebenheiten an.

In der dem „Follow-up“ gewidmeten Sitzung am Dienstag kommen wir auf die Zusammenarbeit mit den Ländern zurück. Ich kann diesen Punkt jedoch nicht abschließen, ohne Ihnen ein besonders ermutigendes Beispiel für diese Zusammenarbeit zu nennen: Es betrifft die Reform des portugiesischen Gesundheitswesens, zu der das Regionalbüro einen offensichtlich vom Land geschätzten und von der Presse ausführlich kommentierten Beitrag geleistet hat. Diese Form der Arbeit und der Begleitung bietet ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, wie wir uns die Zusammenarbeit mit den Ländern in den unterschiedlichen Teilen der Region wünschen.

Einer der nützlichsten Dienste, die die WHO ihren Mitgliedstaaten anbieten kann, ist Information. Seit meiner Ernennung zum Regionaldirektor setze ich mich stark dafür ein, diesem Bereich absoluten Vorrang zu verschaffen. Die Entwicklung verschiedener Informationswerkzeuge, insbesondere der Aufbau des „Health Evidence Networks“ und die in weiten Kreisen anerkannte Qualität der Veröffentlichungen und Studien des Brüsseler Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, das auf diesem Bereich als autoritative Quelle gilt, veranschaulichen vielleicht am besten, welchen Stellenwert das Regionalbüro im Dienste der Länder der Information beimisst. Künftig wird es eine bessere Integration dieser unterschiedlichen Bausteine, vielleicht im Rahmen eines Informationszentrums für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, ermöglichen, das Ziel zu verwirklichen, diesen Entscheidungsträgern validierte, zugängliche und analysierte Informationen bereitzustellen. In der Ausstellung finden Sie einige Beispiele für koordinierte Informationssysteme.

Die Unterstützung für die Durchführung ministerieller Konferenzen zählt ebenfalls zu den Diensten, die das Regionalbüro den Ländern anbieten muss. Seit der letzten Tagung des Regionalkomitees haben vor allem nichtstaatliche Organisationen angefragt, wie es mit Anschlussmaßnahmen zur Münchner Pflege- und Hebammenkonferenz stehe. Seit der Konferenz zeichnet sich in der Region im Sinne der Konferenzempfehlungen eine positive Tendenz zur Handlungsbereitschaft ab. Leider können wir dazu nur schwer einen ausführlichen Bericht abgeben, da die von uns durchgeführte einschlägige Befragung nur eine schwache Rücklaufquote gehabt hat. Zur Zeit arbeiten wir an einer Analyse, deren Ergebnisse 2005 bekannt gegeben werden. Anzumerken ist, dass das Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO im Juni 2004 eine gemeinsame Erklärung zum Thema psychische Gesundheit erarbeitet hat, die in ganz Europa ein starkes Engagement ausgelöst hat.

### **3. Das Regionalbüro**

Für die von mir hier vorgestellte, seit der letzten Tagung des Regionalkomitees geleistete Arbeit des Regionalbüros möchte ich, und hier spreche ich sicher auch in Ihrem Namen, den Mitarbeitern des Regionalbüros danken, die in Kopenhagen, in den Fachzentren und in den Ländern der Region unermüdlich gearbeitet haben. Unter Anleitung des Führungsteams des Regionalbüros entwickelt sich die Organisationskultur, was die Beziehungen zu den leitenden Organen und zu den Ländern angeht, in Richtung auf eine immer stärkere Transparenz. Die für alle Ebenen des Regionalbüros geltende evidenzbasierte Arbeitsweise wurde in diesem Jahr weiter verfolgt. Dazu gehört auch die Entstehung von Qualitätszirkeln, die Ihnen beim nächsten Regionalkomitee hoffentlich ermutigende Resultate vorlegen können.

#### **4. Die Ressourcen den Anforderungen und dem Bedarf anpassen – eine Notwendigkeit**

Was brauchen wir heute, um besser zu werden oder zumindest mehr leisten zu können? Sie werden sicherlich nicht erstaunt sein, wenn ich darauf ganz einfach antworte: mehr Ressourcen. Der ordentliche Haushalt des Regionalbüros für Europa wie im Übrigen der Haushalt der gesamten WHO lässt es nicht zu, dass wir vollständig auf die Anforderungen und den Bedarf der Mitgliedstaaten reagieren können. Deshalb wird es immer unerlässlicher, und ich rechne damit, mich persönlich dafür einzusetzen, unsere Mittelbeschaffung zu verbessern. Wir tun das bereits und werden es auch weiterhin tun ausgehend von der Richtung, die Sie uns mit der Annahme des Arbeitsprogramms und des künftig, so hoffe ich, aufgestockten Haushalts der Organisation weisen. Das heißt, dass wir zusätzliche Ressourcen brauchen, nicht etwa um neue Aktivitäten aufzulegen, sondern um die in unserem Programm vorgesehenen durchführen zu können, insbesondere die Aktionspläne und die ministeriellen Konferenzen. Ich bin sicher, dass die von uns bei der Mittelbeschaffung bewiesene Disziplin die Transparenz des Regionalbüros verbessert und Ihnen ein Anreiz ist, uns noch mehr zu helfen.

Ich habe beim Regionalkomitee schon häufig gesagt, wie sehr ich es bedaure, dass das Regionalbüro aufgrund unzulänglicher Ressourcen in mehreren Bereichen nicht imstande ist, seinem Satzungsauftrag gerecht zu werden. Hier denke ich insbesondere an die Thematik Alter, aber auch an Alkohol und an die bei der Stockholmer Konferenz eingegangenen Verpflichtungen. In einigen Wochen werden wir für letzteres Aufgabengebiet einen neuen Programmmanager haben. Das ist eine gute Nachricht, aber uns fehlen die Mittel, damit er seine Arbeit zufriedenstellend ausführen kann. Wir haben in diesem Jahr große Anstrengungen unternommen, um unsere Ressourcen für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten aufzustocken. Mit Ihrer Hilfe werden wir diese Bemühungen fortsetzen. Ich will hier nicht weiter aufzählen, welche Ressourcen uns noch fehlen, um Sie nicht zu ermüden, aber ich könnte die Liste durchaus verlängern.

#### **5. Die 54. Tagung des Regionalkomitees für Europa**

Ich komme jetzt zu der heute beginnenden Tagung des Regionalkomitees. Sie finden auf der Tagesordnung die üblichen, das Grundgerüst bildenden Themen. Die wichtigsten Fachthemen werden die nichtübertragbaren Krankheiten und Umweltaktivitäten nach der Budapester Konferenz sein. Eine Sitzung ist dem Programmhaushalt 2006–2007 gewidmet, eine sich an die Aussprache im letzten Jahr anschließende zudem den außerhalb des Kopenhagener Regionalbüros angesiedelten Fachzentren.

In diesem Jahr haben wir auf Bitten des Ständigen Ausschusses eine Sitzung hinzugefügt, die man einfach als „Follow-up“ bezeichnen kann. Im Rahmen dieser Sitzung stellen wir die laufenden Aktivitäten des Regionalbüros vor und erörtern u. a. die besonders wichtigen einschlägigen Resolutionen früherer Regionalkomiteetagungen. Für diesen ersten Versuch haben wir folgende Themen angesetzt: die Aktualisierung von Gesundheit für alle, die nächste Ausgabe des europäischen Gesundheitsberichts und Follow-up zur Aktualisierung der Länderstrategie des Regionalbüros. Auch die Weiterführung unserer Tätigkeit im Bereich psychische Gesundheit figuriert in dem für diese Sitzung vorgesehenen Dokument. Außerdem finden Sie in dem Papier auch eine Zusammenfassung unserer Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen.

Morgen dürfen wir uns über die Anwesenheit unseres Generaldirektors Dr. Jong-Wook Lee freuen. Gestatten Sie mir, dass ich Sie bei dieser Gelegenheit auch eindringlich daran erinnere, dass die Änderungen von Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO ratifiziert werden müssen, was vor allem für die Europäische Region von wesentlichem Interesse ist. Bis heute haben nur 31 Länder der Region die Änderungen ratifiziert. Weltweit gesehen fehlen noch 18 Ratifizierungen, damit die Satzungsänderungen in Kraft treten können.

## **6. Schlussbemerkung**

Ich möchte den Wunsch zum Ausdruck bringen, dass dieses Regionalkomitee seinem Satzungsauftrag vollkommen gerecht wird. Ich möchte dem Ständigen Ausschuss und dessen Vorsitzenden Dr. Božidar Voljč herzlich dafür danken, dass er uns die Vorbereitung des Programms für diese Regionalkomiteetaagung ermöglicht und uns die Gelegenheit gegeben hat, es das ganze Jahr hindurch offen und gründlich zu erörtern. Der Bericht des Ständigen Ausschusses wird Ihnen heute Nachmittag vorliegen.

Ich hoffe, dass diese 54. Tagung für uns alle besonders interessant und fruchtbar wird. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und beantworte gern Ihre Fragen zu diesem Bericht.