



EUROPA

Regionalkomitee für Europa
Zweiundfünfzigste Tagung

Kopenhagen, 16.–19. September 2002

EUR/RC52/REC/1

4. Oktober 2002

23719

ORIGINAL: ENGLISCH

BERICHT ÜBER DIE ZWEIUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG

Schlüsselwörter

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

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Eröffnung der Tagung	1
Wahl der Tagungsleitung	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms	1
Ansprache der Generaldirektorin	1
Bericht des Regionaldirektors	4
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben.....	7
Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	8
Empfehlungen zu Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat	8
Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit.....	8
Bericht über die externe Evaluation der Arbeit des Regionlabüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung.....	9
Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik	10
Partnerschaften für Gesundheit	10
Grundsatz- und Fachfragen	13
Armut und Gesundheit	13
Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria.....	15
Programmhaushaltsvoranschlag für 2004–2005	17
Europäische Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen (Vierter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa).....	20
Die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem	21
Wahlen und Nominierungen	23
Exekutivrat	23
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees	23
Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit	23
Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion.....	24
Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des Regionalkomitees	24
Antrag von Zypern auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO.....	24
Resolutionen.....	26
EUR/RC52/R1 Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2000–2001	26
EUR/RC52/R2 Zertifizierung der Europäischen Region der WHO als von endemischen Polio-Wildviren freies Gebiet	26

EUR/RC52/R3	Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz Lebensmittelsicherheit und -qualität, 25.–28. Februar 2002	27
EUR/RC52/R4	Programmhaushaltsvoranschlag für 2004–2005	28
EUR/RC52/R5	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2003 und 2004.....	29
EUR/RC52/R6	Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit	29
EUR/RC52/R7	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO	30
EUR/RC52/R8	Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO	32
EUR/RC52/R9	Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO	34
EUR/RC52/R10	Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO	36
EUR/RC52/R11	Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	38
EUR/RC52/R12	Europäische Anti-Tabak-Strategie	38
Anhang 1	Tagesordnung.....	41
Anhang 2	Liste der Dokumente.....	42
Anhang 3	Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	44
Anhang 4	Ansprache der Generaldirektorin der WHO	62
Anhang 5	Ansprache des Regionaldirektors der Europäischen Region der WHO.....	69
Anhang 6	Erklärungen der Delegierten der Türkei	77

Einleitung

Eröffnung der Tagung

Die 52. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 16. bis 19. September 2002 im Regionalbüro für Europa in Kopenhagen statt. Delegierte aus 49 Ländern der Region nahmen daran teil. Außerdem waren Beobachter aus zwei Mitgliedstaaten anderer Regionen, aus zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa und ein Beobachter aus einem Nichtmitgliedstaat sowie Vertreter der Organisationen für Ernährung und Landwirtschaft der Vereinten Nationen, des Gemeinsamen HIV/Aids Programms der Vereinten Nationen, des Regionalbüros des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen für die Länder Mittel- und Osteuropas, die Gemeinschaft unabhängiger Staaten und die baltischen Länder, der Weltbank, des Europarats, der Europäischen Kommission und nichtstaatlicher Organisationen anwesend.

Die erste Arbeitssitzung wurde am 16. September durch Professor Ayşe Akin, der scheidenden Exekutivpräsidentin, eröffnet. Nach der Begrüßung durch den WHO-Regionaldirektor für Europa sprachen die spanische Ministerin für Gesundheit und Verbraucherfragen, Dr. Ana María Pastor-Julian (für das Gastgeberland der 51. Tagung), und der dänische Minister des Inneren und der Gesundheit, Lars Løkke Rasmussen.

Wahl der Tagungsleitung

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

Lars Løkke Rasmussen (Dänemark)	Präsident
Dr. James Kiely (Irland)	Exekutivpräsident
Dr. Jarkko Eskola (Finnland)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Katalin Novák (Ungarn)	Berichterstatterin

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC52/2 Rev.1 und /Conf.Doc.11 Rev.1)

Die türkische Delegation stellte, unterstützt durch die Delegation Aserbaidschans, den offiziellen Antrag auf Streichung des Punktes 10 von der vorgeschlagenen Tagesordnung (Zyperns Antrag auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO). Das Regionalkomitee nahm dessen ungeachtet die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm in der vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees befürworteten Form an. Die türkische Delegierte bat darum, ihre Stellungnahme wörtlich im Tagungsbericht des Regionalkomitees wiederzugeben. Die Stellungnahme im Wortlaut befindet sich in Anhang 6.

Ansprache der Generaldirektorin

In ihrer Ansprache an das Regionalkomitee erinnerte die Generaldirektorin zunächst an die tragischen Geschehnisse in den Vereinigten Staaten, die sich während der vorigen Tagung des Regionalkomitees in Madrid zugetragen hätten. Die weltweite Abhängigkeit der Menschen voneinander sei seit diesen tragischen Terrorangriffen nur noch deutlicher geworden, da man sich immer bewusster werde, welches Krankheitspotenzial und andere gesundheitliche Gefährdungen Terroristen überlegt für ihre Zwecke einsetzen könnten. Die europäischen Nationen hätten gehandelt, um diesen Bedrohungen entgegenzutreten, und sähen immer mehr ein, dass man die Surveillance und den Katastrophenschutz verbessern müsse. Sie hätten auch auf neue Notsituationen reagieren müssen, wie beispielsweise die jüngsten Hochwasserkatastrophen in Mitteleuropa, bei denen die WHO schnell auf das Hilfeersuchen nationaler Behörden reagiert habe.

Mittlerweile sei die Gesundheit als Schlüsselement der Sicherung unserer gemeinsamen Zukunft akzeptiert, was bedeute, dass man effiziente, gut funktionierende Gesundheitssysteme und eine spürbare Verringerung gesundheitlicher Defizite brauche. Die WHO konzentriere sich dabei auf die wirklich wichtigen Anliegen, beispielsweise indem sie sich auf die Millennium-Entwicklungsziele beziehe, die Empfehlungen aus dem Bericht der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit weiterverfolge und der Gesundheit bei internationalen Finanzierungs- und Handelskonferenzen einen immer wichtigeren Stellenwert verschaffe. Zusätzliche Ressourcen könne man durch Bündnisse und Partnerschaften erschließen, die gemeinsame Zielsetzungen verfolgten, beispielsweise im Rahmen des Globalen Bündnisses für Impfstoffe und Immunisierung, der Gesunde-Städte-Initiative und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria.

Partnerschaft sei die wichtigste Voraussetzung zur Überwindung der Barrieren, die den Menschen den Zugang zum Gesundheitssystem und zu den von ihnen benötigten Gütern verwehren. Nur wenn es gelinge, erfolgreiche Partnerschaften einzugehen, werde es möglich sein, sinnvoll auf die umweltbedingten Gesundheitsrisiken zu reagieren. Neue internationale Vereinbarungen wie das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen könnten zwar helfen, doch in den meisten Fällen brauche man informellere und nachhaltige Partnerschaften.

Die WHO habe mit den unterschiedlichsten Akteuren in partnerschaftlicher Zusammenarbeit versucht, die Zugänglichkeit von lebensrettenden Arzneimitteln zu verbessern. Nach den intensiven Bemühungen der letzten vier Jahre sei die Preisdifferenzierung mittlerweile ein allgemein übliches Mittel, den Armen verbesserten Zugang zu Arzneimitteln zu verschaffen. Die Schutzbestimmungen seien durch eine allgemeine Vereinbarung der Mitgliedstaaten der Welthandelsorganisation gestärkt worden. Kein Handelsabkommen dürfe Klauseln enthalten, die den Bedürftigen den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten verwehren.

Geld sei zwar entscheidend wichtig, doch wirksames Handeln erfordere die unerbittliche Entschlossenheit, etwas bewirken zu wollen. Einige Länder der Europäischen Region hätten durch die Betonung der psychischen Gesundheit den Weg gewiesen. Etwas bewirken und bewegen bedeute auch, dass man zur Konsensbildung unter verschiedenen Sektoren beitragen müsse. Europäische Politiker wüssten seit Jahren, dass das Lebensumfeld der Menschen ihre Gesundheit untergraben könne, weshalb sie den Weg gebahnt hätten für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Mit Blick auf die kommende Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit im Jahr 2004 in Budapest werde man dagegen vorgehen, dass zu viele Kinder durch ihr Lebensumfeld krank gemacht würden. Das Büro des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit in Rom arbeite zusammen mit UNICEF, UNEP und wichtigen NGOs an einem globalen Bündnis zur Förderung eines gesünderen Lebensumfelds für Kinder durch kostenwirksame Maßnahmen und präzise Indikatoren.

Die europäischen Länder reformierten ihre Gesundheitssysteme, damit sie den Bedürfnissen der Menschen besser entgegenkämen. Die praktischen Kenntnisse der Gesundheitsfachkräfte und die Technik der Gesundheitsversorgung entsprächen häufig jedoch nicht dem Bedarf an Gesundheitsversorgung, und die Verhandlungen über die Vereinbarung von Standards für die Personalausstattung, die Finanzierung und Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen seien kompliziert. Das bedeute, dass man die gemeinsamen Anstrengungen auf gesundheitliche Resultate, auf Leistungsqualität und Patientensicherheit richten müsse. Wirksame Fürsprecher, die als Akteure des Wandels auftreten könnten, könnten sich bei der WHO Hilfe, Unterstützung und Rat holen.

Im *Weltgesundheitsbericht 2002* würden die wichtigsten gesundheitlichen Risiken der modernen Welt hervorgehoben. Einige bekannte Risiken hätten mit unzulänglicher Entwicklung zu tun, andere dagegen hingen ursächlich mit Lebensgewohnheiten wie einer ungesunden Ernährung, aber auch mit Fettsucht, Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel, mit dem Tabakgebrauch und einem überhöhten Alkoholkonsum zusammen und gingen auch auf Bewegungsarmut zurück. Überall in der Welt würden gesündere Ess- und Bewegungsgewohnheiten durch ungesunde Konsummuster verdrängt. Die WHO plane eine globale Strategie für Ernährung und Bewegung, in die auch die Mitgliedstaaten einbezogen würden. In dem

Bericht werde auch das Thema Gewalt angesprochen, das zu einem weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit werde. Es sei an der Zeit, das Schweigen zu brechen und den Mitgliedstaaten Instrumente an die Hand zu geben, mit denen sie gegen die Ursachen und Folgen von Gewalt vorgehen könnten.

Mit dem Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC), das globale Regeln enthalte für die Verkaufsförderung, die Herstellung und den Umsatz eines Erzeugnisses, das die Hälfte seiner regelmäßigen Konsumenten umbringe, habe die WHO ein Kapitel in der Geschichte der öffentlichen Gesundheit geschrieben. Die FCTC-Verhandlungen hätten auch deutlich gemacht, dass der Staat bei der Förderung der gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung und bei der Festsetzung von Normen und Standards eine entscheidende Rolle übernehmen müsse. Die Tabakindustrie handele und reagiere immer noch ausschließlich im eigenen Interesse, mit wissenschaftlich zweifelhaften Aussagen und Propagandamaterial, doch die europäischen Länder hätten sich ihr mit der kompromisslosen und entschlossenen Erklärung der Konferenz von Warschau entgegengestellt. Das Zieldatum für den Abschluss der Verhandlungen sei der Mai 2003, und in der kritischen Endphase der Verhandlungen über das erste internationale Abkommen der WHO sei politische Entschlossenheit gefragt.

Die Generaldirektorin wies darauf hin, dass dies die letzte Regionalkomiteetagung sei, an der sie in ihrer Eigenschaft als Generaldirektorin teilnehme, und würdigte den Einsatz der Mitarbeiter der Organisation, u. a. auch in den Länderbüros. Mit der Initiative Schwerpunkt Länderarbeit werde man die Kernqualifikation der Länderteams verbessern, Verwaltungssysteme umgestalten und den Informationsaustausch fördern, damit sichergestellt sei, dass man sich besser auf die Bedürfnisse der Länder einstelle und durch die Festlegung von Standards und durch die fachliche Zusammenarbeit wirksame Gesundheitsmaßnahmen unterstütze.

Als sie ihr Amt angetreten habe, habe sie die WHO darauf verpflichtet, etwas zu bewirken und zu bewegen. Die Analyse der globalen Krankheitslast habe zur Entwicklung einer Organisationsstrategie geführt, und man habe sich klare Prioritäten gesetzt. Gemeinsam mit ihren Partnern gehe die WHO inzwischen gegen die Risiken vor, die zu einer defizitären Gesundheit beitragen. Man intensiviere die Bekämpfung der Armut, spiele eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der HIV/Aids-Pandemie, von nichtübertragbaren Krankheiten und der vom Tabak ausgehenden Bedrohung. Und man arbeite für die Schaffung gerechter und wirksamer Gesundheitssysteme. Diese Agenda beruhe auf dem festen Entschluss, alles Menschenmögliche zu tun, um die Gesundheit in den Mittelpunkt der politischen Aufmerksamkeit zu rücken.

In seiner Stellungnahme zur Ansprache der Generaldirektorin erinnerte sich ein Delegierter, wie überrascht er und seine Kollegen gewesen seien, als sie erfahren hätten, dass Dr. Brundtland für den Zeitraum 2003–2008 nicht als Kandidatin für das Amt der Generaldirektorin der WHO zur Verfügung stehe. Man sei der Auffassung, dass die Organisation noch eine Amtszeit unter starker Führung brauche. Er dankte ihr dafür, dass sie der Gesundheit auf der internationalen Agenda einen deutlicheren Stellenwert verschafft habe, und erklärte sich überzeugt, dass die von ihr in verschiedenen Bereichen angeregten Initiativen weit über ihre Amtszeit hinaus gedeihen würden.

Ein anderer Delegierter schilderte die Hochwasserkatastrophe, die vor kurzem Teile seines Landes verwüstet, 14 Tote gefordert und Schäden von über zwei Milliarden € verursacht habe. Über 30 000 Katastrophenhelfer und andere Freiwillige sowie 50 000 Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren seien geimpft worden, weshalb man keinen Fall von Darminfektionen oder Hepatitis A verzeichnet habe. Er sprach allen Ländern und Organisationen innerhalb und außerhalb der Europäischen Region, die bei der Bewältigung dieser Situation geholfen hätten, seinen tiefen Dank aus.

Die Generaldirektorin erklärte, das Amt ihres Sondervertreters in Moskau sei ein gutes Beispiel dafür, wie alle Teile der Organisation zusammenarbeiten könnten. Die Russische Föderation sei ein Riesenland, dennoch sei es durch dieses Büro möglich, mit dem Hauptbüro und dem Regionalbüro Mittel zu beschaffen und gemeinsam an der Lösung von Problemen zu arbeiten. Die Europäische Region habe eine ganz besondere Geschichte und auch die Bedürfnisse ihrer Mitgliedstaaten seien ganz besondere, weshalb man sich den Charakter der WHO-Länderpräsenz in der Region gründlich überlegen müsse, insbesondere in Anbetracht der Situation nach 1990. Die WHO benötige die Nähe zu den nationalen Behörden, die

ihrerseits wiederum Zugang zum globalen Informationsnetz haben müssten und jemanden bräuchten, der in jedem Land das Bewusstsein für die vorhandenen Möglichkeiten schärfe. Der Prozess gehe in beide Richtungen. Die Europäische Region habe viele wohlhabende Länder und habe stark zu dem globalen Wissensfundus beigetragen, den man in allen Regionen nutzen könne.

Der Präsident und der Regionaldirektor schlossen sich den Delegationen an und dankten der Generaldirektorin dafür, dass sie so unermüdlich zu den Tagungen des Regionalkomitees gekommen sei und die Delegierten an ihren innovativen Gedanken habe teilnehmen lassen. Dies sei zwar die letzte Tagung ihrer Amtszeit, die jedoch noch zehn Monate weiter laufe, in denen noch sehr viel Arbeit abzuschließen sei. Der Regionaldirektor ergriff danach die Gelegenheit, ihr im Namen der Mitarbeiter der Region zu danken, die, davon sei er überzeugt, während ihrer Amtszeit einen stärkeren größeren Stolz auf ihre Arbeit entwickelt hätten.

Bericht des Regionaldirektors

(EUR/IRC52/4, IConf.Doc.13, IConf.Doc.11, IConf.Doc.13, IInf.Doc.13 und IInf.Doc.14)

In seiner Ansprache vor dem Regionalkomitee erläuterte der Regionaldirektor, wie die Arbeit des Regionalbüros in den Jahren 2000/2001 sowohl zu globalen Initiativen beigetragen als auch den Besonderheiten der Europäischen Region Rechnung getragen habe. Im vorangegangenen Jahr habe man sich auf die Themen Bioterrorismus, Tabak, Eradikation der Poliomyelitis, Bekämpfung von HIV/Aids, Ethik in Gesundheitssystemen sowie Umwelt und Gesundheit konzentriert. Der Regionaldirektor unterstrich die notwendige Anerkennung der Stärken der östlichen Ländern der Region bei der Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit. Das Regionalbüro werde weiterhin dafür eintreten, den durch Schuldenerlass gewonnen finanziellen Spielraum für die Reform der Gesundheitssysteme dieser Länder zu nutzen und die WHO bei den Verhandlungen über Beitragsrückstände an die Organisation mit gutem Beispiel vorangehen zu lassen.

Bei der Fortführung und Entwicklung seiner Programme und Arbeitsmethoden sei das Regionalbüro den Empfehlungen des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) gefolgt, wobei Partnerschaft das Leitmotiv gewesen sei. Im Rahmen der Länderstrategie habe eine bessere Kenntnis der Bedürfnisse der Länder das Regionalbüro dazu befähigt, seine Präsenz in 28 Ländern durch zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCAs) zu stärken. Außerdem habe das Regionalbüro sich aktiv bemüht, den besonderen Interessen von Ländergruppen entgegenzukommen: in Südosteuropa durch die Arbeit im Stabilitätspakt des Europarats, durch die Unterstützung der Länder im Umbruch (in der Mehrzahl Beitrittskandidaten der Europäischen Union – EU) und durch das Abhalten von „Zukunftsforen“ zur Eröffnung eines Dialogs mit den übrigen Ländern. Das Regionalbüro habe sich um eine konkretere Zusammenarbeit mit dem Europarat, der Europäischen Kommission und der Weltbank bemüht sowie um die Ausweitung seiner Partnerschaften mit Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs).

Fortschritte seien erzielt worden in Programmbereichen wie Gesundheitsreform, Arzneimittelpolitik, Pflege, Lebensmittel und Ernährung, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Verkehr und Gesundheit. Auf Grund fehlender Mittel habe sich die Umsetzung der Programme zu den Themen Altern, nichtübertragbare Krankheiten (man hoffe dem Regionalkomitee im Jahr 2004 eine Europäische Strategie hierzu vorzulegen) und Alkohol verzögert und die Zukunft der humanitären Hilfsprogramme sei gefährdet. Um den Ländern eine evidenzbasierte Orientierungshilfe anbieten zu können, arbeite das Regionalbüro an einer Datenbank mit nützlichen Informationen für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Als bemerkenswerte Informationsprodukte hob er die hervorragenden Veröffentlichungen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme, die neue Website und den *Europäischen Gesundheitsbericht 2002* hervor. Im Übrigen habe das Regionalbüro als Leitlinie für Reformen in diesem Bereich Daten über sein internes Management und seine Verwaltung zusammengestellt, einschließlich eines Berichts über die Situation der Zentren des WHO-Regionalbüros.

Zum Schluss seiner Ansprache zählte der Regionaldirektor Etappen der künftigen Arbeit des Regionalbüros auf. Dazu gehöre die regionale Verbreitung der globalen Berichte über Gewalt und Gesundheit und

Gesundheitsrisiken, die Unterstützung des globalen Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens und der schulischen Gesundheitsförderung, die Vorbereitung einer Konferenz zur Politik im Bereich psychische Gesundheit im Jahr 2005 und der Beginn einer neuen Phase des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“.

Der stellvertretende Vorsitzende der Europäischen Regionalen Kommission zur Zertifizierung der Eradikation der Poliomyelitis, Dr. Donato Greco, händigte dem Regionaldirektor das Zertifikat aus, das die Europäische Region als poliofrei ausweist. Er drängte auf die Fortsetzung der Arbeit, um das Erreichte zu bewahren, und dankte Rotary International, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) für ihre Unterstützung.

In der sich anschließenden Aussprache, lobten Delegierte die Länderarbeit des Regionalbüros, insbesondere die neue Strategie zur Unterstützung der Länder. Die Entwicklung integrierter BCAs stelle sicher, dass die Unterstützung gebündelter, wirksamer und zielgenauer auf die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Länder ausgerichtet werden könne. Der Regionaldirektor wurde gebeten, dem Regionalkomitee auf der nächsten Tagung eine gründliche Bewertung der Strategie vorzulegen und die Arbeit in der Praxis zu beschreiben. Einige Delegierte erkundigten sich, wie die Umsetzung der Aktivitäten in den Ländern in die Programmplanung des Regionalbüros eingebunden sei und welche finanziellen Folgen die Einstellung international rekrutierter Mitarbeiter in den Länderbüros für den Haushalt habe.

Viele Redner beglückwünschten das Regionalbüro zu der Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region. Dieser Erfolg sei das Ergebnis der erfolgreichen Zusammenarbeit von Regionalbüro, Mitgliedstaaten, internationalen Organisationen und NGOs. Mehrere Delegierte unterstrichen die Notwendigkeit, dass Mitgliedstaaten weiterhin wachsam blieben und überregional zusammenarbeiteten, um das Einschleppen von Polio-Wildviren zu verhindern. Außerdem gelte es weiterhin die Aufmerksamkeit auf Überwachung und Massenimpfung sowie eine sichere Laborlagerung von Poliovirus-Beständen zu richten, Letzteres um zu verhindern, dass sie bei bioterroristischen Anschlägen eingesetzt werden.

Einige Delegierte stellten sich hinter die Arbeit des Regionalbüros zur Entwicklung und Ausweitung seiner Partnerschaften, insbesondere mit dem Europarat und der Europäischen Kommission. Die Beweise für die Zusammenarbeit im Rahmen des Stabilitätspakts wurden begrüßt. Die WHO wurde eindringlich gebeten ihre Partnerschaften auszubauen und auszuweiten, aber ihre führende Rolle in der Public-Health-Entwicklung zu bewahren. Es wurde angeregt, das Regionalbüro solle mit dem Beirat für Gesundheitsfragen der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) und der Arbeitsgruppe Tuberkulose zusammenarbeiten.

Der zentrale Stellenwert von Information wurde anerkannt und mehrere Redner unterstützten den Gedanken einer zentralen Anlaufstelle zur Beschaffung von Informationen und Fakten, wobei das Regionalbüro eine Schlüsselrolle übernehmen solle. Einige Delegierte begrüßten auch den *Europäischen Gesundheitsbericht 2002*. Die WHO wurde jedoch gebeten mit ihren Partnern so zusammenzuarbeiten, dass die Mehrfacherhebung von Daten vermieden würde, auch wenn sie für mehrere Organisationen (wie die WHO, die EU und die Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD)) gedacht seien.

Der Bericht über die Zentren des WHO-Regionalbüros rief eine Reihe von Fragen hervor, die den Wert solcher Zentren und die Art ihrer Anbindung an das Kopenhagener Büro, an Kooperationszentren und an Regierungen der Gastländer betrafen. Der Regionaldirektor wurde gebeten, eine klare Übersicht über die Zentren und ihren jeweiligen Auftrag zu geben und darzustellen, wie er auf die Empfehlungen des Berichts zu reagieren gedenke.

Verschiedene Delegierte lobten die Arbeit des Regionalbüros in unterschiedlichen Programmbereichen wie die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Umwelt und Gesundheit und Anti-Tabak-Maßnahmen. Der Austausch von Informationen und die Abstellung von Mitarbeitern für andere einflussreiche Organisationen wurden als Mittel zur Durchsetzung der WHO-Ziele bei der Überwachung übertragbarer Krankheiten gebilligt. Viele Delegierte äußerten sich zufrieden mit der Erklärung von Warschau, dem Ergebnis der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz: Für ein tabakfreies Europa. Das Regionalbüro habe, indem es die Länder zur Erörterung eines sensiblen Themas zusammengebracht habe, eine Schlüsselrolle

bei den Verhandlungen über das Rahmenübereinkommen übernommen. Ein weiterer Redner hob die Rolle der WHO bei der Förderung der Bioethik in der Region hervor und schlug vor, dass das Regionalbüro die einschlägigen Erfahrungen des Europarats auf diesem Gebiet heranziehe.

Die Zukunftsforen ermöglichten einen Dialog über zukünftige Gefahren für die Gesundheit. Einige Delegierte hielten strategisches Denken und Handeln für notwendig, wobei das Regionalbüro jedoch den Wunsch der Bevölkerungen nach raschen Reaktionen auf Gefährdungen der Gesundheit berücksichtigen müsse. Es wurde angeregt, die Arbeit der Zukunftsforen im Hinblick auf eine erweiterte Teilnahme an den Erörterungen und der Sicherstellung eines größtmöglichen Ertrags zu bewerten.

Mehrere Delegierte forderten das Regionalbüro dazu auf, mehr Gewicht auf die nichtübertragbaren Krankheiten zu legen, und begrüßten die Aussicht auf eine europäische Strategie zu diesem Thema. Andere fragten, welche Fortschritte seit der Ministeriellen Konferenz Jugend und Alkohol im Jahr 2001 gemacht worden seien hinsichtlich der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol und der Schaffung eines europäischen Alkoholinformationssystems. Außerdem gäben Fettsucht und Bewegungsarmut zusehends Anlass zur Besorgnis. Es wurde angeregt diesen und anderen nichtübertragbaren Krankheiten durch Gesundheitsförderung zu begegnen.

In seiner Antwort führte der Direktor der Abteilung für Fachunterstützung 2 aus, zu den seit 2001 gemachten Fortschritten zählten das mit Unterstützung Frankreichs und Norwegens geschaffene Europäische Alkoholinformationssystem, die Aktualisierung und Ausweitung der Datenbank zur Alkoholpolitik und der Beginn einer Erhebung über die Wirksamkeit solcher Grundsatzmaßnahmen. Eine regionale Taskforce zum Thema Ernährung, Fettsucht und Bewegung sei geschaffen worden und das Programm Ernährung und Lebensmittelsicherheit nehme sich dieses Themas an. Der europäische Beitrag zum Weltgesundheitstag 2002 habe sich auf die Notwendigkeit eines körperlich aktiveren Lebens konzentriert. Hierbei gehe es um ein multisektorales Thema und nicht um individuelle Entscheidungen.

Der amtierende Direktor der Abteilung Fachunterstützung 1 führte aus, dass eine hochrangige Experten-Gruppe die Tuberkulosearbeit intensiviert habe und die Bemühungen, die Region weiterhin poliofrei zu halten, die Aufrechterhaltung der Surveillance sowie die enge Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum erforderten. Um zu verhindern, dass Bestände von Polioviren bei Bioterroranschlägen eingesetzt würden, werde der Regionaldirektor mit Expertengruppen, dem WHO-Hauptbüro und den Mitgliedstaaten auf eine sichere Laborlagerung der Polioviren hinarbeiten. Im Rahmen der Partnerschaft mit der Europäischen Kommission werde das Regionalbüro einen Experten für die Arbeit an Surveillancefragen und anderen einschlägigen Themen abstellen.

Die Amtierende Direktorin der Abteilung Länderunterstützung schilderte, wie die Länderstrategie in die Praxis umgesetzt wird. Zu den Maßnahmen zählten die Ausarbeitung und Durchführung von BCAs, die Knüpfung engerer Beziehungen zwischen Länderbüros, den Fachprogrammen der WHO und den Büros anderer Organisationen der Vereinten Nationen, aber auch die Stärkung der Rolle der in den Mitgliedsländern ansässigen Mitarbeiter, die geplante Ausweitung des Mitarbeiterstabs von fünf Länderbüros durch international rekrutierte Mitarbeiter und die Auswertung der geleisteten Arbeit. Die Länderarbeit habe drei Aspekte: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und fachliche Hilfe. Das Regionalbüro verstärke seine Unterstützung der im Umbruch befindlichen Länder und befürworte die Ausweitung des Teilnehmerkreises bei künftigen Zukunftsforen. Die Beziehungen zu allen Partnern würden ausgebaut.

Der Regionaldirektor dankte dem Regionalkomitee für die Orientierungshilfe. Die Büros außerhalb von Kopenhagen seien ein Aktivposten, wenn sie genügend Mitarbeiter hätten, ausreichend finanziert würden und klar umrissene, konkret an die Funktionen des Büros in Kopenhagen gebundene Aufgaben erfüllten. Der Bericht über die Zentren müsse vielleicht mit dem SCRC noch eingehender erörtert werden. Die Zentren befänden sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen; beim Ausbau der neueren werde man sich an die in dem Bericht abgegebenen Empfehlungen halten. Der Regionaldirektor werde sich mit der Evaluation der Zentren auseinandersetzen und die Situation auf der 53. Tagung des Regionalkomitees klärend erläutern.

Als Zentrum oder Clearingstelle für Gesundheitsinformation wolle das Regionalbüro die sich ergänzenden Fähigkeiten aller Partner nutzen. Das mache es auch erforderlich, die Produkte des Regionalbüros fachlich besser zu fundieren.

Der Regionaldirektor dankte den Delegierten für ihre Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros im Rahmen des Stabilitätspakts und erklärte, das Regionalbüro werde eine Evaluation der Länderstrategie vornehmen. Abschließend dankte er der Personalvereinigung für ihre Unterstützung der Organisation und für die konstruktive Zusammenarbeit mit dem Management des Regionalbüros.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolutionen EUR/RC52/R1, EUR/RC52/R2 und EUR/RC52/R3.

Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben (EUR/RC52/6)

Professor Vilius Grabauskas, ein europäisches Mitglied des Exekutivrats, gab einen Überblick über die wichtigsten Themen, die während der 109. und 110. Sitzung des Exekutivrats und bei der 55. Weltgesundheitsversammlung besprochen worden seien. Entsprechend der bisherigen Praxis war er als Beobachter zur Teilnahme an den Tagungen des SCRC eingeladen und gebeten worden, dem Regionalkomitee über die Arbeit im Exekutivrat zu berichten.

Professor Thomas Zeltner, Vorsitzender der offenen zwischenstaatlichen Sonderarbeitsgruppe zur Überprüfung der Arbeitsmethoden des Exekutivrats, informierte das Komitee über den Hintergrund und das Mandat der Arbeitsgruppe. Im Wesentlichen habe sie die Aufgabe, die Arbeitsmethoden des Exekutivrats zu untersuchen und ihm konkrete Vorschläge zu unterbreiten, darunter auch zu möglichen Änderungen der Geschäftsordnung. Die Arbeitsgruppe habe sich schriftlich mit der Bitte um Vorschläge an die Mitgliedstaaten gewandt. Die eingegangenen Vorschläge ließen sich in drei Kategorien unterteilen: Vorschläge, über die weitgehende Einigkeit herrsche, Vorschläge, zu denen eindeutig kein Konsens vorliege, und Vorschläge, die weitere Erörterung verdienten. Eine Zusammenstellung aller Vorschläge sei mit der Bitte um Kommentare und einer bis zum 2. Oktober 2002 verlängerten Antwortfrist an die Mitgliedstaaten zurückgeschickt worden. Die Gruppe werde die eingehenden Antworten analysieren und dem Exekutivrat auf seiner 111. Tagung im Januar 2003 einen Katalog von Vorschlägen unterbreiten.

Mehrere Redner wiesen das Regionalkomitee auf die Notwendigkeit hin, in der Europäischen Region die Qualität der Versorgung in breiterer Perspektive zu sehen (Resolution WHA55.18). Dabei handele es sich nicht nur um Arzneimittelsicherheit, ein Thema, das man bei der für November 2002 geplanten Tagung aufgreifen werde. Das Regionalbüro müsse das Thema weiter fassen und alle Qualitätsaspekte berücksichtigen. Der Vertreter des Europarats merkte an, dass der Europäische Gesundheitsausschuss im Begriff sei, eine Arbeitsgruppe zum Thema Sicherheits- und Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung einzusetzen, die sich mit den Verfahrenswegen von Patientenklagen und mit der Vermeidung von Nebenwirkungen befassen werde.

Andere Delegationen betonten, wie wichtig es sei, den Anschluss an Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats zum Thema Armut und zu anderen sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten zu wahren, die insbesondere für die im Umbruch begriffenen Länder wichtig seien. Eine Analyse der Umsetzung von Resolutionen auf Länderebene wäre auch hilfreich.

Zwei Delegationen wiesen das Regionalkomitee auf die Tatsache hin, dass die Mehrheit der Mitgliedstaaten nicht an der Debatte über die Arbeitsmethoden des Exekutivrats teilgenommen habe. Eine breite Beteiligung an diesen wichtigen Diskussionen wurde angemahnt. Sie hätten einen strategischen Charakter und könnten letztlich Folgen für alle Länder haben. Die Verfahrensweisen ließen sich zwar verbessern, es sei jedoch nicht sinnvoll, in das gegenwärtige satzungskonforme Gleichgewicht zwischen Weltgesundheitsversammlung und Exekutivrat einzugreifen.

Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

(EUR/RC52/3, 13 Add.1, EUR/RC52/Conf.Doc./2)

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, dass einzelne SCRC-Mitglieder die Ansichten des SCRC zu den im Laufe des Jahres behandelten Fachthemen darlegen würden, wenn sich das Regionalkomitee den einschlägigen Punkten der Tagesordnung zuwende.

Empfehlungen zu Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat

Der Vorsitzende des SCRC erinnerte daran, dass am 13. und 14. Juni 2002 in Genf im Anschluss an inoffizielle Sondierungsgespräche mit Mitgliedstaaten bzw. deren Ständigen Vertretungen während der 109. Tagung des Exekutivrats eine Sondersitzung des SCRC stattgefunden habe, die dem Thema der Vertretung der Europäischen Region im Exekutivrat gewidmet gewesen sei und zu der alle Mitgliedstaaten der Region eingeladen gewesen seien. Der SCRC habe sofort anschließend in einer geschlossenen Sitzung die bei dieser Gelegenheit angestellten Beobachtungen und abgegebenen Empfehlungen gebilligt.

Das Thema der Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat habe drei Aspekte, nämlich die eigentlichen Kriterien, die Frage der geographischen Ländergruppierungen und die informelle freiwillige Vereinbarung mit den ständigen Mitgliedern des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen.

Da es das Vorrecht der Länder sei, ihre Vertreter für den Exekutivrat zu wählen, sei sich der SCRC einig gewesen, dass die in Anhang 3 des Dokuments EUR/RC51/3 dargelegten Kriterien nicht als Vorschrift interpretiert werden könnten, sondern eher als Leitlinien dienen müssten, obwohl sie vom Regionalkomitee noch nicht offiziell angenommen worden seien. Teilregionale Gruppierungen seien theoretisch ein verlockender Gedanke, ließen sich in der Praxis allerdings nur schwer vornehmen, weshalb der SCRC vorschläge, die Angelegenheit erneut zu beraten.

Im Hinblick auf die „semi-permanente“ bzw. halbständige Mitgliedschaft im Exekutivrat empfehle der SCRC, die vom Regionalkomitee auf dessen 49. Tagung vereinbarte zwischenzeitliche Regelung bis zu deren Auslaufen im Jahr 2006 beizubehalten und das Regionalkomitee im Jahr 2003 erwägen zu lassen, für die betreffenden Länder (d. h. das Vereinigte Königreich ab 2007, die Russische Föderation ab 2008 und Frankreich ab 2009) eine Periodizität der Größenordnung drei von sechs Jahren einzuführen. Der SCRC empfehle außerdem, die derzeitige Regelung vor der 53. Tagung im Jahr 2003 zu evaluieren, und habe auf seiner Sitzung am 15. September 2002 den Zweck bzw. die Aufgabenbeschreibung einer solchen Evaluation gebilligt.

Das Regionalkomitee billigte die auf der Sondersitzung des SCRC im Juni erzielte Kompromisslösung unter der Bedingung, dass ihr kein offizieller Status zukomme und sie nur eine weitere Übergangsmaßnahme auf dem Weg zu einer gleichberechtigten Vertretung darstelle, wie sie in der Satzung der WHO vorgesehen sei. Deshalb wurde vereinbart, das Regionalkomitee möge mit Unterstützung des SCRC weiter an der Aufstellung objektiver Kriterien einschließlich der geographischen Verteilung arbeiten und den Gruppierungsgedanken weiter untersuchen. Außerdem stimmte das Regionalkomitee zu, den SCRC anhand der vom SCRC gebilligten Aufgabenbeschreibung mit der Evaluation der derzeitigen Regelung und einem erneuten Bericht vor dem 53. Regionalkomitee zu betrauen.

Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit

(EUR/RC52/Conf.Doc./12 und /Inf.Doc./2)

Die ungarische Delegierte berichtete, dass sich der Europäische Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (EEHC) auf die Ausarbeitung der Tagesordnung für die im Juni 2004 in Budapest geplante Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit konzentriert habe. Man habe anhand eines Fragebogens die Ansichten der Mitgliedstaaten und von NGOs zum übergeordneten Thema der Konferenz eingeholt und sie nach ihrer Auffassung nach für die Konferenz vorrangigen Teilthemen befragt. Im April 2002 habe in Lucca, Italien, eine hochrangige zwischenstaatliche Tagung stattgefunden. Diese Initiativen hätten

den EEHC im Ergebnis zu der Überlegung veranlasst, die Konferenz unter das Motto „Die Zukunft unseren Kindern“ zu stellen und diese Thematik im breiteren Zusammenhang der nachhaltigen Entwicklung zu sehen. Dies stimme auch mit der von der Generaldirektorin der WHO beim Weltgipfel in Johannesburg lancierten Initiative überein.

Außerdem habe der EEHC eine Reihe von Grundsatzaufgaben im Bereich Umwelt und Gesundheit ermittelt, die auf der Konferenz aufgegriffen werden müssten, und schlage deshalb vor, die Tagesordnung in drei Hauptbereiche aufzugliedern: die seit der ersten europäischen Konferenz (Frankfurt, Dezember 1989) erzielten Fortschritte, Stärkung der Grundlage für die Politik und akut auftretende oder zunehmende Probleme. Zudem werde von den Konferenzteilnehmern erwartet, dass sie durch die Annahme einer Erklärung und eines Aktionsplans zum Thema Gesundheit von Kindern und Umwelt den zu beschreitenden Weg absteckten.

Alle Delegationen würdigten die im Verlauf des Jahres vom EEHC geleistete Arbeit und billigten das vorgeschlagene Konferenzthema. Außerdem begrüßten sie es, dass die Länder im Juli 2002 das Paneuropäische Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt angenommen hätten, obgleich man den Eindruck habe, dass der Gesundheitssektor im Lenkungsausschuss des Programms vielleicht nicht ausreichend vertreten sei. Auch der Vorschlag, das Thema Tourismus und Gesundheit auf die Tagesordnung der Konferenz zu setzen, fand Zustimmung, wobei man allerdings in der Frage, ob man für diesen Bereich ein WHO-Kooperationszentrum etablieren oder die Arbeit von nationalen, durch die WHO koordinierten Zentren ausführen lassen sollte, geteilter Meinung war.

Die Delegierten wiesen darauf hin, dass beim Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung ein Aktionsplan verabschiedet worden sei, der auch Zielvorgaben für die Bereitstellung von gesundheitlich unbedenklichem Trinkwasser enthalte, und forderten in diesem Zusammenhang zu einer umfassenderen Ratifizierung des Protokolls über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen auf.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC52/R6.

Bericht über die externe Evaluation der Arbeit des Regionlabüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung

(EUR/RC52/Inf.Doc.11 und IBD/2)

Dr. Dana Farcasanu, ein Mitglied des externen Gutachterteams, wies noch einmal darauf hin, dass der Zweck der externen Evaluation gewesen sei festzustellen, „inwieweit das WHO-Regionalbüro Regierungen beeinflusst hat, die in der Charta von Ljubljana verankerten Prinzipien in ihre Gesundheitsreformprogramme zu übernehmen.“ Das Team habe den Gesundheitsreformprozess in vier Phasen gegliedert: a) Entwicklung eines gemeinsamen Zukunftsbildes, b) auf der Grundlage wissenschaftlich erhärteter Fakten durchgeführte Lageanalysen, c) Umsetzung von Reformmaßnahmen und d) Evaluation. Das Team habe seine Informationen aus Dokumenten der WHO und anderer Organisationen, aus den Antworten auf einen an alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region verschickten Fragebogen und aus Gesprächen mit WHO-Mitarbeitern und über 100 Experten, die man im Verlauf von acht Länderbesuchen befragt habe.

Dr. June Crown, ebenfalls Mitglied des Gutachterteams, führte an, dass alle Quellen zu übereinstimmenden Erkenntnissen geführt hätten. Der WHO werde von Seiten der Mitgliedstaaten, von Fachleuten und Geberorganisationen überall Vertrauen und Achtung entgegengebracht und sie gelte als unparteiische und autoritative Beraterin. Es sei ihr auch gelungen, die Regierungen in allen vier angeführten Phasen des Reformprozesses zu beeinflussen, doch in allen diesen Bereichen gebe es auch noch Aufgaben zu lösen. Beispielsweise lägen den meisten Reformen die Werte der Charta von Ljubljana zugrunde und die meisten Entscheidungsträger und Fachleute würden auch erkennen, dass die Primärversorgung gestärkt werden müsse, doch fehle es noch an breiter politischer Unterstützung und auch mit den Geberorganisationen müssten erst noch gemeinsame Zukunftsvorstellungen entwickelt werden. Die Fachdokumente und -veröffentlichungen der WHO würden sehr geschätzt und das Gleiche gelte für ihre Konferenzen, Seminare und Fortbildungsveranstaltungen, man müsse jedoch das Leistungsangebot der WHO besser bekannt

machen. Außerdem müsse mehr Material (vor allem ins Russische) übersetzt werden und die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Verbreitung der WHO-Dokumentation müssten verbessert werden. Die direkten oder vertikalen Programme der WHO gälten als Erfolg, sie müssten jedoch in die allgemeinen Gesundheitsdienste der Länder eingegliedert werden, um ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zu maximieren. Es gebe zwar einige Beispiele für „Prozessevaluierungen“, doch für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung brauche man stärkere fachliche Unterstützung. Das Gutachterteam habe eine Reihe von Empfehlungen abgegeben, die sicherstellen sollten, dass das Regionalbüro bei der Unterstützung von Aktivitäten auf Länderebene seine Möglichkeiten voll ausschöpfen könne.

Der Vorsitzende des SCRC erklärte, dass sich der Ständige Ausschuss auf seiner Tagung im Dezember 2001 mit dem Zweck der Evaluation befasst habe. Er selbst habe danach im Februar in Dublin mit dem Regionaldirektor über diese Frage gesprochen, und ein Mitglied des Gutachterteams habe dem SCRC auf dessen Tagung im April 2002 einen Sachstandsbericht vorgelegt. Die zahlreichen Kontakte seien notwendig gewesen, weil sich die Evaluation als konzeptionell und praktisch schwierig erwiesen habe. Angesichts der Komplexität der Thematik und der von den SCRC-Mitgliedern zum Ausdruck gebrachten unterschiedlichen Auffassungen habe der Ausschuss den Bericht zur Kenntnis genommen und empfehle dem Regionalkomitee, die Angelegenheit zur weiteren Behandlung an den SCRC zurückzuverweisen.

In der sich anschließenden Aussprache würdigten die Delegierten den Bericht und wiesen insbesondere auf zwei der vom Gutachterteam abgegebenen Empfehlungen hin, nämlich sicherzustellen, dass die Ressourcen für die zweijährlichen Kooperationsvereinbarungen (BCAs) den Bedürfnissen der Länder und der Region entsprächen, und die derzeit geltenden Vereinbarungen für die Länderpräsenz der WHO, darunter auch für die Verbindungsbüros, zu überprüfen. Es sei jedoch nicht deutlich, welcher Stellenwert dem Bericht beigemessen würde und welche Anschlussmaßnahmen getroffen werden würden.

Dr. José-Manuel Freire, ein weiteres Teammitglied, erläuterte in seiner Antwort, dass den Gutachtern schnell klar geworden sei, dass sie sich mit den Faktoren würden befassen müssen, die mitbestimmend seien für die Fähigkeit des Regionalbüros, in den Ländern Einfluss zu nehmen. Er betonte erneut, dass der SCRC diese Auslegung des Mandats durch das Team gebilligt habe.

Das Regionalkomitee einigte sich einvernehmlich darauf, den Evaluationsbericht an den SCRC zurückzuverweisen und dessen Kommentare auf der nächsten Tagung des Regionalkomitees abzuwarten.

Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik

Dr. S.M. Furgal, ein Mitglied der SCRC-Untergruppe Bioethik, teilte dem Regionalkomitee mit, dass die Gruppe im März 2002 zum zweiten Mal getagt habe. Nachdem man Bioethik als ein interdisziplinäres, mit ethischen Fragen der Biowissenschaften, von Gesundheit und Gesundheitsversorgung befasstes Gebiet definiert habe, sei die Untergruppe übereingekommen, ihre künftigen Empfehlungen auf zwei Prinzipien zu gründen: Erstens dürfe das Regionalbüro sich nicht noch einmal mit Themen befassen, die bereits gut durch andere internationale Organisationen (wie den Europarat) abgedeckt seien, und zweitens müssten alle aufgegriffenen Themen einen direkten Bezug zu der Arbeit der WHO in der Europäischen Region haben. In der Praxis könne ein wichtiger Arbeitsbereich deshalb die Entwicklung von Instrumenten sein, die es ermöglichen würden, an die Evaluierung von Gesundheitssystemreformen den Maßstab ethischer Kriterien anzulegen. Man werde im Jahr 2003 eine Expertentagung veranstalten, um diese Arbeit voranzubringen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC52/R11.

Partnerschaften für Gesundheit (EUR/RC52/7)

Eine Podiumsdiskussion zum Thema Partnerschaft und Gesundheit wurde von Dr. Antonio Duran, dem Berater der Abteilung für Länderunterstützung, moderiert. Er richtete Fragen an Vertreter der

Europäischen Kommission, des Europarats, der Weltbank, des Regionalbüros für Europa der WHO und des Regionalbüros des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) für Mittel- und Osteuropa, der Gemeinschaft unabhängiger Staaten und der baltischen Länder.

Der Vertreter der Europäischen Kommission sagte, dass die Partnerschaft mit der WHO sowie mit den Mitgliedsländern der EU und den NGOs erforderlich sei, um das neue Public-Health-Mandat der Europäischen Kommission zu erfüllen. Die Zusammenarbeit mit der WHO greife Themen des geplanten Public-Health-Programms (wie Gesundheitsinformation, übertragbare Krankheiten, Tabak, Ernährung und Fettsucht) sowie Gesundheitselemente in den Maßnahmen anderer Sektoren auf. Im Bereich gesundheitsfördernde Schulen und Sicherheit von Blutprodukten gebe es eine hervorragende Zusammenarbeit der drei Partner Europäische Kommission, Europarat und WHO. Konkrete Ergebnisse der Partnerschaft zwischen der WHO und der Europäischen Kommission habe man bereits durch den Austausch von Briefen und durch Treffen auf höchster Ebene demonstriert. Außerdem sichere man den weiteren Erfolg durch den ständigen Kontakt mit dem WHO-Büro bei der Europäischen Union. Zudem halte man jährliche Expertentagungen ab und tausche Mitarbeiter aus, um ihre Fachkompetenz zu verbessern. Außerdem hätten die Mitgliedsländer um die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro im Bereich des Public-Health-Programms gebeten und würden die Ergebnisse auswerten. Die Aufnahme weiterer Länder in die EU, die voraussichtlich im Jahr 2004 beginne, würde das Feld für Partnerschaften erweitern. Weitere Gebiete der Zusammenarbeit lägen u. a. in der Ausweitung der Zuständigkeiten der Europäischen Kommission im Bereich der Gesundheitsversorgung und möglicherweise in der Errichtung eines europäischen Zentrums für übertragbare Krankheiten. Es sei wichtig, dass die Verpflichtung zur Partnerschaft die Europäische Kommission durchdringe. Eine solche Partnerschaft sei unabdingbar, um die Europäische Kommission in die Lage zu versetzen, den von Seiten der Öffentlichkeit in das Public-Health-Programm gesetzten Erwartungen gerecht zu werden.

Der Vertreter des Europarats erklärte, der Europarat und die WHO brächten der Partnerschaft unterschiedliche Vorteile. Während der Europarat finanziell schwach gestellt sei, fehle es ihm nicht an Werten. Ein gutes Beispiel der komplementären Zusammenarbeit mit der WHO sei die Initiative zum sozialen Zusammenhalt in Ländern des Stabilitätspakts, die dazu geführt habe, dass südosteuropäische Mitgliedstaaten zusammen mit Geberländern die Verpflichtung von Dubrovnik eingegangen seien, den Bedürfnissen schwacher Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden. Partnerschaft befähige Europarat und WHO dazu, ihre Prinzipien bezüglich Armut und Gesundheit in den Ländern in konkretes Handeln umzusetzen. Das Ziel sei es, ethische Fragen in die Menschenrechtsdebatte vor Ort einzubringen und den Werten praktische Wirkung zu verleihen. Werte könnten in Texten wie der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Konvention über Menschenrechte und Biomedizin verankert werden, Partnerschaften seien jedoch entscheidend für die Schaffung von Mechanismen zur Umsetzung dieser Werte, insbesondere wenn es um den Zugang zu Gesundheitsversorgung gehe. Die Partnerschaft habe mittlerweile eine höhere Ebene erreicht. Der diplomatische Schriftwechsel zwischen den drei Partnern Europarat, Europäische Kommission und WHO im Jahr 2001 und die Resolution EUR/RC51/R9 ließen für die Zukunft hoffen.

Der Vertreter der Weltbank schilderte die positiven Folgen und die Produktivität der Partnerschaften mit der WHO und führt als Beispiel die Public-Health-Seminare in der Russischen Föderation oder die Armutsbekämpfung in Albanien an. Die Tatsache, dass beide Organisationen es mit unterschiedlichen Ansprechpartnern zu tun hätten, nämlich die WHO mit Gesundheitsministern und die Weltbank mit Finanzministern, könne die Zusammenarbeit behindern, ebenso wie die Unabhängigkeit der Programme der Weltbank in den Ländern breite Strategien erschwere. Die beiden Organisationen könnten sich auch in ihrer Sichtweise unterscheiden wie bei der Weltbankinitiative zur Minderung der Armut und dem WHO-Bericht über Makroökonomie und Gesundheit, doch diese Unterschiede könnten auch zu fruchtbaren komplementären Ansätzen führen. Die Regierungen könnten die Zusammenarbeit erleichtern und Doppelgleisigkeiten verhindern, indem sie sich ihrer Verantwortung stellten, die Zusammenarbeit der Ministerien sicherten und die Tätigkeiten der Geber koordinierten. Die WHO müsse die Weltbank für Entscheidungen in der Programmplanung und -umsetzung mit genaueren Daten versorgen, die klar anzeigten, welche Probleme die Weltbank sinnvollerweise angehen könne. Sehr hinderlich für wirksame

Maßnahmen sei die Tatsache, dass die öffentliche Hand für Public-Health-Maßnahmen immer weniger Mittel zur Verfügung habe. Hier müsse eine Trendwende bewirkt werden.

Der Regionaldirektor der Europäischen Region der WHO erklärte, er betrachte Partnerschaften als strategische und ethische Notwendigkeit. Alle Organisation seien dazu verpflichtet, ihre Ressourcen möglichst sinnvoll einzusetzen. Die Verschwendung von Ressourcen durch unkoordinierte Maßnahmen in den Ländern sei nachteilig für alle Beteiligten. Partnerschaft sei der einzig realistische Ansatz. In seinen Bemühungen der letzten Jahre, die Partnerschaften auszudehnen und zu entwickeln, habe das Regionalbüro erfahren, dass die Partner aufgrund ihrer unterschiedlichen Mandate auch unterschiedliche Sichtweisen entwickelten, zum Beispiel die Mitgliedstaaten ganz unterschiedlich sähen. Dennoch habe zum Beispiel die erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Europarat, durch die die Gesundheit in den Stabilitätspakt eingeführt worden sei, den Wert starker Partnerschaften bewiesen. Die Umsetzung der neuen Länderstrategie des Regionalbüros solle durch Zusammenarbeit unterstützt werden, doch die Mitgliedstaaten könnten den Erfolg am besten beurteilen. Die Partnerschaften hätten unmittelbare Vorteile für die Länderarbeit des Regionalbüros mit sich gebracht, sie hätten jedoch auch die Mitarbeiter dazu angespornt, den Ansprüchen der Länder und Partner, die hervorragende Arbeit verlangten, gerecht zu werden. Im Austausch von Mitarbeitern mit der Europäischen Kommission sehe er ein beträchtliches Potenzial, und er hoffe, dass sich die Arbeit mit allen Partnern immer fruchtbarer gestalte.

Der Vertreter des UNICEF erklärte, die Zusammenarbeit mit der WHO bestehe schon seit Jahrzehnten, die Beziehung zur Europäischen Region der WHO sei dagegen erst in den neunziger Jahren aufgebaut worden. Das Regionalbüro von UNICEF sei für 27 Ländern im Osten der Europäischen Region der WHO zuständig. Zu den Erfolgen der Zusammenarbeit mit der WHO zählten die historische Leistung der Eradikation der Poliomyelitis in der Region, die Ausweitung der Immunisierung durch das multisektorale Globale Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung. Wichtig seien die Arbeit mit gefährdeten Jugendlichen im Rahmen einer organisationsübergreifenden Arbeitsgruppe und der Beitrag des UNICEF zum Aktionsplan Nahrung und Ernährung in der Europäischen Region der WHO. Weitere Zusammenarbeit sei erforderlich. In dem Enddokument der Sondersitzung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder, *A world fit for children*, würden die Mitgliedstaaten zum Beispiel gebeten, Jodmangelstörungen bis zum Jahr 2005 und Vitamin-A-Mangel bis zum Jahr 2010 zu beseitigen. Wenn diese Ziele verwirklicht werden sollten, müssten Partner wie die WHO und die Weltbank, die Länder und die Gesundheitsministerien ihre Maßnahmen besser aufeinander abstimmen. UNICEF und seine Partner müssten den Ländern dabei helfen, Ernährungs-Aktionspläne zu erstellen, und die Länderpräsenz der WHO eröffne die Möglichkeit zur gemeinsamen Vorausplanung von Programmen mit den Länderbüros des UNICEF, um eine wirksame Verwendung der Ressourcen sicherzustellen.

In der sich anschließenden Aussprache äußerten sich einige Redner anerkennend über die vom Regionalbüro zur Verbesserung der Partnerschaften geleistete Arbeit und über die Qualität des Sachstandsberichts. Sie schilderten die Vorteile der Partnerschaften für ihre Länder und führten weitere Erfolge an, zum Beispiel, in südosteuropäischen Ländern, in Armenien und in der Russischen Föderation. Zwei Delegierte unterstützten die Ansicht, dass die Regierungen die Tätigkeiten der Geber koordinieren müssten.

Alle Redner machten Vorschläge, wie man die Partnerschaften des Regionalbüros und ihre Wirksamkeit verbessern könne, zum Beispiel: stärkere Beteiligung von westeuropäischen Ländern, Organisation eines Zukunftsforums zum Thema Partnerschaften, weitere Schritte zur Verhinderung von Doppelgleisigkeiten (zum Beispiel durch klare Aufgabenteilung und durch konkrete Arbeitspläne mit Partnern) und die Erwägung einer Anwendung des Modells der multilateralen Kooperation, das die hochrangige WHO-Arbeitsgruppe Tuberkulose in der Russischen Föderation geliefert habe.

In seiner Erwiderung auf Fragen aus dem Plenum erklärte der Vertreter der Europäischen Kommission, die durch Partnerschaft bewirkten Synergieeffekte seien insbesondere bei Anti-Tabak-Maßnahmen und der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten wichtig. Das Organisationsmodell der Partnerschaften der Europäischen Kommission stelle sicher, dass die Leitung der teilnehmenden Organisationen in die Verpflichtung genommen werde, dass häufiger Treffen zwischen offiziellen Vertretern stattfänden und dass Partner an internen Besprechungen der Europäischen Kommission teilnähmen. Der Vertreter des

UNICEF bezeichnete das Partnerschaftsmodell seiner Organisation als multilateral. Es beziehe Regierungen, bürgernahe Organisationen sowie Kinder und Jugendliche ein.

Der Vertreter der Weltbank bescheinigte der Russischen Föderation ein hervorragendes Führungsmodell bei der Koordination von Maßnahmen, Regierungen anderer Länder fänden Koordinierungstreffen ebenfalls sinnvoll.

Der Direktor, Initiative Zivilgesellschaft (CSI), Externe Beziehungen und Leitende Organe im WHO-Hauptbüro, schilderte die Suche der WHO nach geeigneten Wegen der Zusammenarbeit mit Organisationen der Zivilgesellschaft (CSOs). Dies sei Teil der Bemühungen, das gesamte System der Vereinten Nationen für eine partizipatorische Mitsprache in der konzeptionellen und praktischen Arbeit offener zu machen. Die CSI-Abteilung habe sich mit den CSOs beraten und werde dem Exekutivrat der WHO ein Thesenpapier hierzu unterbreiten. Die neue Politik bestehe aus drei Elementen: einem Akkreditierungssystem, das es den CSOs ermögliche an den Sitzungen der leitenden Organe teilzunehmen, Leitlinien für die WHO-Arbeit mit CSOs auf allen Ebenen und verbesserte Kommunikation.

Zum Abschluss der Aussprache gaben die Vertreter der folgenden Organisationen mündliche und schriftliche Stellungnahmen ab: Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliches Gesundheitswesen in Europa, Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO, Europäisches Forum der Apothekerverbände und der WHO, Internationaler Hebammenverband, Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie, Internationale Pharmazeutische Föderation, Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik und World Health Professions Alliance.

Grundsatz- und Fachfragen

Armut und Gesundheit

(EUR/RC52/8, IConf.Doc./4 Rev.1 und IBD/1)

Der Direktor der Abteilung für Fachunterstützung 2 führte in die Thematik ein und beschrieb die Entwicklung der Arbeit des Regionalbüros im Bereich der sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit. Es gebe ein zunehmendes Interesse an den Zusammenhängen zwischen Armut, Gesundheit und Entwicklung, den aktuellen Schlüsselthemen auf der globalen Agenda für nachhaltige Entwicklung.

Ein Etappenziel sei der durch die WHO-Generaldirektorin in Auftrag gegebene Bericht über Makroökonomie und Gesundheit gewesen. Er habe klar die Rolle der Armut als Hemmschuh für Entwicklung und die potenziellen wirtschaftlichen Vorteile von Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung erkannt. Armut sei jedoch nicht nur in armen Ländern anzutreffen, sondern auch unter der Bevölkerung wohlhabender Länder. Armut wirke sich zudem negativ auf die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung aus.

Der Leiter des Europäischen Büros Investitionen für Gesundheit und Entwicklung, ging im Einzelnen auf den Prozess, die Methoden und die Ergebnisse konkreter Maßnahmen ein, die im Anschluss an Resolution EUR/RC51/R6 ergriffen worden waren, indem er zwölf Fallstudien über in einigen Mitgliedstaaten gesammelte Erfahrungen vorstellte. Die Studien seien in einem intensiven Prozess binnen sechs Monaten zusammengestellt worden. Sie zeigten Beispiele aus Mitgliedstaaten, in denen der Gesundheitssektor etwas zur Überwindung der Armut und ihrer Folgen für die Gesundheit unternommen habe. Er dankte allen Ländern und den Mitarbeitern, die zu dem Bericht beigetragen hätten.

Die Ergebnisse ließen sich in drei Gruppen unterteilen:

- der Gesundheitssektor könne viel zur Linderung der gesundheitlichen Auswirkungen von Armut beitragen,
- es gebe Beispiele, in denen der Gesundheitssektor die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut verschlimmert habe, und

- es gebe einen dringenden Bedarf, Know-how und Fähigkeiten zu entwickeln und Mittel aufzubringen, die den Gesundheitssektor besser dazu befähigen würden, die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut zu überwinden.

Jede Gruppe wurde durch Beispiele veranschaulicht; u. a. wurde ein Impfmodell für eine Gruppe von Roma genannt, bei der durch konkrete Maßnahmen die Impfrate so verbessert wurde, dass sie die der ansässigen Bevölkerung überstieg. Weitere Beispiele waren mobile Gesundheitsdienste, die die Bedürftigen vor Ort erreichten, und die Verbindung der Gesundheitsversorgung mit anderen Diensten wie Wohnungsbeschaffung und Arbeitsvermittlung. Charakteristisch für diese Maßnahmen sei ihre ethische Dimension und ihre Kostenwirksamkeit. In einem Beispiel habe allerdings die besondere Struktur der Gesundheitsdienste die gesundheitlichen Auswirkungen der Armut noch verstärkt. Stigmatisierung und Hospitalisierung hätten in Verbindung mit sexuell übertragenen Infektionen zu Einkommensverlusten und zerrütteten Familien geführt. Die Dienste seien seitdem jedoch mit Erfolg umgestellt worden.

Die Fallstudien zeigten, dass einige Mitgliedstaaten angesichts der Studienergebnisse eine Neubewertung der Finanzierung und Struktur der Gesundheitsversorgung vornähmen, um Zahlungen „unter der Hand“, Stigmatisierung und starre Verwaltungspraxis zu beseitigen und dem möglichen Einfluss von Armut auf die Verfügbarkeit und die Zugänglichkeit der Dienste Rechnung zu tragen.

Die Fallstudien bestätigten auch, dass Armut eine gesamteuropäische Herausforderung darstelle. Ein Bericht der Europäischen Kommission habe neulich gezeigt, dass 60 Millionen Bürger in der EU armutsgefährdet seien oder in Armut lebten.

Die aus diesem Prozess gewonnenen Erkenntnisse ließen fünf Herausforderungen sichtbar werden:

- eine bezahlbare Grundversorgung durch Gesundheitsdienste müsse sichergestellt werden,
- kulturelle und geographische Hindernisse beim Zugang zu Gesundheitsdiensten müssten überwunden werden,
- „Armutskrankheiten“ müssten bekämpft werden,
- Armut und ihre Gesundheitsfolgen müssten als ein nicht auf Randgruppen beschränktes Problem erkannt werden, und
- die Rolle des Gesundheitssektors müsse gefördert werden, um in der Zusammenarbeit mit Partnern die Ursachen der Armut zu bekämpfen.

Daraus folgten als nächste Schritte, dass der Umfang der Studie erweitert werden müsse mit dem Ziel, im WHO-Regionalbüro für Europa eine Datenbank über wirksame Maßnahmen einzurichten, dass die Wissensgrundlage systematisiert und die wichtigsten Elemente herausgearbeitet werden müssten, um vorbildliche Praxismodelle zu ermitteln, und dass die Fachkompetenz durch gezielte Entwicklung der menschlichen Ressourcen gestärkt werden müsse.

Dr. Božidar Voljč, Mitglied des SCRC und der Studiengruppe, machte weitere Anmerkungen zum Bericht. Der Bericht zeige deutlich, dass dies ein multisektorales und multidisziplinäres Thema sei, wenn man z. B. an die Bekämpfung der Tuberkulose, an die Bioethik und an die Gesundheitsreform denke. Es reiche über die gesundheitliche Entwicklung der europäischen Bevölkerungen hinaus und berühre Fragen der Solidarität, kulturelle Unterschiede und das Verständnis von Gesundheit. Der Ständige Ausschuss hoffe, dass die Arbeit fortgesetzt werde, und schlage vor, dass das Regionalbüro eine Konferenz zu Armut und Gesundheit organisiere, in die Akteure von außerhalb des Gesundheitssektors einzubeziehen seien.

Viele Delegationen stellten sich hinter die Ergebnisse des Berichts und stimmten darin überein, dass das Thema von erheblicher Bedeutung sei nicht nur für die Länder im Umbruch, sondern auch für wohlhabendere Länder. Armut und gesundheitliche Verteilungsgerechtigkeiten äußerten sich in dem sich verschlechternden Gesundheitszustand der Bevölkerungen, als Bedrohung der Solidarität und Sicherheit in

der Region, als Ursache von Stigmatisierung und als Teufelskreis der Verarmung, der nur schwer zu durchbrechen sei.

Viele Delegierte bezogen sich auf den intersektoralen Charakter von Armut und Gesundheit und sahen im Gesundheitssektor nur einen Akteur neben den Partnern aus den Bereichen Wohnen, Sozialfürsorge, Umwelt, Bildung und Finanzen. Die Wurzeln des Ausbruchs und erneuten Auftretens von Infektionskrankheiten und der Last der nichtübertragbaren Krankheiten wurden von vielen in der Armut gesehen. Eine Reihe von gefährdeten Gruppen wie z. B. Arbeitslose wurde genannt, und es bestand Konsens, dass Armut keine Grenzen kenne. Eine Delegierte verwies darauf, dass Armut auch die Mittelschicht betreffe. Die WHO sollte die Mitgliedstaaten mit Daten und Fakten zu guten Praxisbeispielen liefern und den Ländern helfen, da diese nicht allein handeln könnten.

Es wurde darauf hingewiesen, dass sich andere Organisationen in der Region für die Armutsbekämpfung engagierten. Es wurde ferner dafür argumentiert, bei der Aufstellung von Zielen Vorsicht walten zu lassen, insbesondere wenn noch nicht gesichert sei, wie man das Problem methodisch am besten angehen könnte. Die Fallstudien wurden als ein guter Anfang gesehen und viele Redner beschrieben die Strategien ihrer Länder bei der Armutsbekämpfung, u. a. eine Sozialverträglichkeitsprüfung aller neuen politischen Maßnahmen.

Abschließend erklärte der Regionaldirektor, dass die Aussprache dem Regionalbüro klare Anweisungen für die weiteren Schritte gebracht habe. Dazu gehörten die Ausweitung der Fallstudienenerhebung und -analyse, die Zusammenstellung guter und schlechter Praxisbeispiele und die Entwicklung einer Strategie zu Armut und Gesundheit. Dank der bereits geleisteten Arbeit und der Aussprache gebe es jetzt eine Vision und eine Richtung für das Europäische Büro Investitionen für Gesundheit und Entwicklung.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC52/R7.

Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria

(EUR/RC52/9, 19 Add.1, IConf.Doc.15 Rev.1, IConf.Doc.16 Rev.1 und IConf.Doc.17 Rev.1)

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung 2 erklärte einleitend zu dem Tagesordnungspunkt, dass man sich in den letzten Jahren von internationaler Seite zunehmend darüber klar geworden sei, welche umfassende gesundheitliche Auswirkungen Krankheiten wie Tuberkulose (Tb), Malaria und HIV/Aids haben. Die WHO habe eine wichtige Rolle dabei gespielt, auf allen Ebenen das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass diesen Bedrohungen verstärkt begegnet werden müsse. Die Mitgliedstaaten hätten sich durch mehrere Kanäle in wesentlichem Umfang dazu verpflichtet, diese Krankheiten zu bekämpfen, und erst kürzlich hätten die Geber vereinbart, ihre Unterstützung durch die Schaffung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zu stärken. Es sei deshalb für das Regionalkomitee ein geeigneter Zeitpunkt, sich eingehender mit der Problematik zu befassen.

Der Leiter des Programms Übertragbare Krankheiten erläuterte die derzeitige Lage in der Region im Hinblick auf diese drei Krankheiten. In den letzten zehn Jahren habe die Region einen mehr als 30%igen Anstieg der Tb-Fallmeldezahlen erlebt, hauptsächlich in den Nachfolgestaaten der UdSSR und in Rumänien. In anderen Ländern sei die Lage zwar weitgehend stabil, man habe jedoch keinen Anlass, sich auf seinen Lorbeeren auszuruhen. Hinzu komme, dass sich die multiazneimittelresistente Tb in der Region ausbreite. Das Regionalbüro gehe gegen die wiederaufflackernde Krankheit vor und arbeite deshalb mit internationalen Partnern daran, die erfolgreiche DOTS-Strategie (direkt beobachtete ambulante Kurzzeittherapie) auszuweiten, was ein flexibles Vorgehen erforderlich mache, das die Prioritäten aller beteiligten Länder berücksichtige. DOTS sei der beste Weg zur Verwirklichung der globalen WHO-Ziele der Tb-Bekämpfung, man habe jedoch noch schwere Aufgaben zu bewältigen, nämlich die Multiazneimittelresistenz, die Tb-Bekämpfung in Einrichtungen des Strafvollzugs, die Reform des Gesundheitssektors, die von der Tb/HIV-Ko-Infektion ausgehende Gefährdung und die bisher begrenzte Reichweite der DOTS-Umsetzung. Deshalb werde dem Regionalkomitee der DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO zur Billigung vorgelegt.

Als Folge politischer und wirtschaftlicher Instabilität, massiver Bevölkerungsbewegungen und umfassender Bewässerungsprojekte habe sich die Malariasituation in der Region Anfang der 1990er Jahre verschlechtert. 1998 sei das globale Programm Roll Back Malaria ins Leben gerufen worden, und zwischen 1996 und 2001 sei die gemeldete Zahl der autochthonen Fälle in der Region von über 90 000 auf etwas über 21 000 zurückgegangen. Dennoch seien immer noch zehn Länder von der Krankheit betroffen, und man gehe davon aus, dass das Problem sehr viel umfassender sei, als die offiziellen Statistiken vermuten ließen. Um die Situation in den Griff zu bekommen, habe man eine regionale Roll-Back-Malaria-Strategie aufgestellt, deren Endziel es sei, die Malariaübertragung bis zum Jahr 2010 unterbrochen zu haben. Entscheidend sei, dass die strategische Rolle der WHO bei der Koordinierung von Aktivitäten und in der Zusammenarbeit mit Partnern gestärkt werde.

Die epidemiologische HIV/Aids-Situation in der Region sei eine direkte Folge sozialer, wirtschaftlicher und politischer Chancenungleichheiten und der in den Ländern herrschenden, aber auch im Ländervergleich deutlich werdenden Armut. Von den 1,6 Millionen Menschen mit HIV/Aids lebten Ende 2001 fast zwei Drittel in der Russischen Föderation, der Ukraine und in Weißrussland. Osteuropa und Zentralasien seien die Gebiete mit der am schnellsten steigenden Inzidenz der HIV-Infektion, und in einigen Ländern seien die Behandlungsangebote nur äußerst begrenzt zugänglich. Überall in der Region habe die zunehmende Prävalenz des intravenösen Drogengebrauchs die derzeitige Epidemie angeheizt, was dazu geführt habe, dass über 75% der neuen HIV-Fälle in Osteuropa in der Gruppe der intravenös spritzenden Drogenabhängigen zu finden seien. Unsichere Sexpraktiken seien das größte Hindernis für eine wirksame Bekämpfung der Infektion, deren heterosexuelle Übertragung zunehme, insbesondere unter anfälligen Gruppen wie Partnern intravenös spritzender Drogenkonsumenten und Frauen, die durch Armut oder Menschenhandel zur Sexarbeit gezwungen seien. Die Übertragung durch Blut und Blutprodukte, Organtransplantation oder berufsbedingte Exposition sei in letzter Zeit sehr selten gewesen. Es gebe im Gesundheitssektor durchaus evidenzbasierte Strategien für die Verringerung des Infektionsrisikos und die Verlängerung des Lebens oder die Verbesserung der Lebensqualität der Infizierten, das wesentlichste Hindernis sei jedoch die fehlende politische und fachliche Einigkeit darüber, wie der HIV-Infektion angemessen zu begegnen sei.

Die Intensivierung und Ausweitung der Prävention, Behandlung und Betreuung in Bezug auf alle drei Krankheiten stellten eine Investition in die Verhütung der katastrophalen Auswirkungen von Epidemien dar. Einige der empfohlenen Maßnahmen seien billig und einfach, andere nicht ganz so unkompliziert, alle stützten sich jedoch auf wissenschaftlich erhärtete Fakten und seien das Ergebnis unermüdlicher Forschung und umfassender praktischer Erfahrungen. Die Mitgliedstaaten müssten diese Interventionen aktiv fördern und alle Anstrengungen unternehmen, um die notwendigen Ressourcen zu beschaffen.

Der Exekutivdirektor des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) erklärte, dass allein die Tatsache, dass man diesen Punkt erörtere, ein deutliches Zeichen dafür sei, dass die Mitgliedstaaten die HIV/Aids-Epidemie ernst nehmen würden und das Engagement des Regionalbüros dem Ausmaß des Problems entspreche. Die Länder bewiesen allerdings nicht immer die gleiche starke Handlungsbereitschaft, doch es gebe mehrere ausgezeichnete Beispiele nationaler Programme, die sich mit der Problematik der HIV-Übertragung in Gefängnissen und durch Drogenkonsumenten, mit der sexuellen Übertragung und der antiretroviralen Therapie befassten und die verpflichtende politische Handlungsbereitschaft zu verbessern suchten. Zu überwindende Probleme seien u. a. fehlende politische Führungskompetenz, die mangelhafte Reichweite der Maßnahmen, die begrenzte Zugänglichkeit von Therapieangeboten und die Diskriminierung. Damit einher gehe der Ressourcenbedarf. UNAIDS müsse selbst effizienter werden, sich auf die Stärken der jeweiligen Partner konzentrieren und alle Kräfte aufbieten, um den gemeinsamen Feind zu besiegen.

Dr. Danielle Hansen-Koenig erklärte im Namen des SCRC, dass man die Etablierung des Globalen Fonds als gute Gelegenheit betrachtet habe, das Regionalkomitee ein so wichtiges Thema debattieren zu lassen. Der SCRC habe unterstrichen, dass die DOTS-Strategie ausgeweitet werden müsse und die Länder dabei unterstützt werden müssten, die HIV-Infektion zu verhüten und den Infizierten bessere Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Im Hinblick auf die Malariabekämpfung habe man es ebenfalls für wichtig

gehalten, dass die unterschiedlichen WHO-Regionen angehörenden Länder mit gemeinsamen Grenzen zusammenarbeiten.

Mehrere Delegationen schilderten die in ihren Ländern bei diesen drei Krankheiten herrschende Lage. Einige klangen optimistisch, während andere ein entmutigenderes Bild zeichneten. Alle waren sich jedoch der Notwendigkeit ständiger Wachsamkeit bewusst. Verschiedene Delegationen dankten dem Regionaldirektor für die bereitgestellten Unterlagen und würdigten die Tatsache, dass das Regionalbüro so entschlossen zum Kampf gegen diese Krankheiten angetreten sei. Einige zeigten sich dankbar für die Hilfe, die ihren Ländern durch den Globalen Fonds zugeflossen sei, während andere die Hoffnung äußerten, ebenfalls finanzielle Unterstützung vom Globalen Fonds erhalten zu können. Man war sich allgemein darüber einig, dass es höchst wünschenswert sei, durch die WHO verwaltete Systeme für den Informations- und Wissensaustausch aufzubauen.

Mehrere Delegationen berichteten über die bei der DOTS-Umsetzung in ihren Ländern gewonnenen positiven Erfahrungen und erklärten sich ausdrücklich bereit, diese Erfahrungen durch die WHO und den Organisationsübergreifenden Koordinationsausschuss an andere weiterzugeben. Andere hielten dagegen, dass man erprobte nationale Strategien nicht einfach über Bord werfen dürfe, DOTS dürfe nur nach Bedarf und nicht in allen Fällen eingesetzt werden. Mehrere Delegationen betonten den starken Zusammenhang zwischen der Tuberkulose und der Existenz armer und marginalisierter gesellschaftlicher Gruppen.

Die Delegationen würdigten die Bemühungen des UNAIDS-Sekretariats und der Ko-Sponsoren im Kampf gegen HIV/Aids. Verschiedene Delegierte führten an, dass es im Gegensatz zur Tuberkulose für HIV/Aids keine Heilung gebe, weshalb die Prävention überaus wichtig sei. Man müsse sich zu dieser Krankheit offen und tolerant verhalten und die Stigmatisierung der Betroffenen bekämpfen sowie die Surveillance verbessern und den Kondomgebrauch fördern. Es wurde angeführt, dass Präventions- und Therapieangebote für Drogenabhängige ein wirksames Mittel zur Eindämmung der Krankheit darstellten. Zum Thema Malaria betonten die Delegationen die Notwendigkeit eines interregionalen Vorgehens und der verstärkten länderübergreifenden Zusammenarbeit.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolutionen EUR/RC52/R8 zu Tuberkulose, EUR/RC52/R9 zu HIV/Aids und EUR/RC52/R10 zu Malaria.

Programmhaushaltsvoranschlag für 2004–2005

(EUR/RC52/12, 112 Add.1 und IConf.Doc.19)

Die Leitende Beraterin der Abteilung Programmplanung und -umsetzung erläuterte einleitend den konsolidierten Haushalt der gesamten Organisation für den Zeitraum 2004–2005. Im Zusammenhang mit dem ersten konsolidierten globalen Haushalt für den Zeitraum 2002–2003 habe man unter anderem das Problem gehabt, dass die Länder und die Regionalbüros nicht ausreichend konsultiert worden seien. Deshalb habe man die Mitgliedstaaten der Europäischen Region kurz nach der 51. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2001 nach ihren Prioritäten befragt, um sich ein erstes Bild davon machen zu können. Danach habe man im März 2002 bei einem Treffen im WHO-Hauptbüro mit Beteiligung der Regionalbüros alle Arbeitsbereiche inhaltlich diskutiert. Die frühe Befragung der Mitgliedstaaten, die noch vor den globalen Erörterungen stattgefunden habe, habe eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den globalen Prioritäten und der von den Mitgliedstaaten der Europäischen Region bei dieser frühen Konsultationsrunde gewünschten Prioritätensetzung bewirkt.

Das Dokument sei sehr ähnlich aufgebaut wie der Programmhaushalt 2002–2003, doch sei jedem Arbeitsbereich ein Abschnitt mit dem Titel „Strategisches Vorgehen“ hinzugefügt worden. Die Zahl der Arbeitsbereiche habe man bei 35 belassen und nur kleinere Anpassungen vorgenommen, was einen sehr viel besseren Vergleich mit früheren Haushaltszeiträumen ermögliche. Die wichtigste Änderung sei die Einführung des neuen Arbeitsbereichs Länderpräsenz der WHO. Damit bezwecke man, durch ein kohärentes, die gesamte Organisation umfassendes Herangehen an die Arbeit in und mit den Ländern und durch stärkere Bündnisse und Partnerschaften mit Entwicklungsorganisationen im jeweiligen Land die Leistungsfähigkeit der WHO auf Länderebene zu verbessern. Dieses Ziel stimme völlig mit der vom Regionalbüro

verfolgten Länderstrategie der „Bedarfsgerechten Dienste“ überein, die vom Regionalkomitee im Jahr 2000 angenommen worden sei. Zwei globale Schwerpunktbereiche (zur Thematik Gesundheit von Müttern und Gesundheitssysteme) seien erweitert worden und ein interner Managementschwerpunkt der WHO (Investition in den Wandel) sei durch den neuen Schwerpunktbereich Gesundheit und Umwelt ersetzt worden.

Die Organisation gehe bei ihrem globalen Haushalt von einem Nullwachstum aus und lege somit einen Ordentlichen Gesamthaushalt von 855 Millionen US-\$ vor. Der schätzungsweise 23%ige Anstieg des Gesamthaushalts sei auf die aus sonstigen Quellen zu erwartenden Mittel zurückzuführen. Im Rahmen des Ordentlichen Haushalts habe man Mittel hauptsächlich von der globalen Ebene auf die Länderebene umverteilt, wobei zu erwarten sei, dass die Europäische Region zum Erhalt eines großen Teils dieser Mittel berechtigt sei. Der Europäischen Region stünden 9,6% der für die regionale und die Länderebene allokierten globalen Mittel oder 6,4% des globalen Gesamthaushalts zu. Der Haushalt der Europäischen Region weise einen nominalen Zuwachs von 1 561 000 US-\$ aus, was ein Ergebnis der Bestimmungen von Resolution WHA51.31 sei, und diese Mittel seien bereits dem Länderprogramm zugewiesen worden.

Die Aufschlüsselung des regionalen Gesamthaushalts nach Hauptelementen bleibe im Großen und Ganzen unverändert, wobei allerdings die Gesamtzuweisung für das Mehrländerprogramm auf Kosten des Entwicklungsfonds des Regionaldirektors um 400 000 US-\$ aufgestockt worden sei. Die Ländermittel von insgesamt mehr als 13 Millionen US-\$ umfassten a) die Mittel für durch den BCA-Prozess ausgehandelte Aktivitäten in den Ländern und b) die Unterstützung der Länderpräsenz der WHO. Während im globalen Haushaltsdokument für die einzelnen Arbeitsbereiche nur nach Länderebene und Regionen aufgeteilte Gesamtsummen angeführt seien, enthalte das regionale Dokument eine weitere Aufschlüsselung, die zeigen solle, wie hoch der Anteil der für Gehälter und Mehrländerarbeit vorgesehenen Mittel sei. Außerdem biete das regionale Dokument einen Vergleich mit dem Programmhaushalt von 2002–2003 und eine detailliertere Aufschlüsselung der aus anderen Quellen erwarteten Einnahmen.

Zum Grad der Übereinstimmung der beiden Dokumente sei zu sagen, dass die konkreten Zahlen zwar nicht immer die gleichen seien, dass dies jedoch keinerlei Diskrepanz beinhalte. Diese Unterschiede hätten in erster Linie mit der unterschiedlichen Darstellungsweise zu tun, aber auch mit dem Anfang des Jahres von der Generaldirektorin getroffenen Beschluss, 10% der globalen Mittel für Länderaktivitäten in den neu errichteten Arbeitsbereich zur Länderpräsenz der WHO zu überführen. Diese Mittelverlagerung habe für die Europäische Region eine Reduzierung der für BCAs zur Verfügung stehenden Mittel von 7,5 Millionen US-\$ auf 6,8 Millionen US-\$ zur Folge. Das Gegengewicht bildeten die aufgestockten Mittel für die verstärkte Länderpräsenz, die ja eines der Ziele des Regionalbüros sei.

Ein neuer Aspekt des globalen Haushaltsdokuments sei die Ausweisung sonstiger Mittel in der Höhe der geschätzten Ausgabenquote, aufgeschlüsselt nach Länder- und Regionalbüroebene und globaler Ebene (Hauptbüro). Die Tatsache, dass die meisten dieser Mittel in den Ländern ausgegeben werden würden, setze voraus, dass die WHO auf Länderebene eine angemessene Infrastruktur habe. Das Regionalbüro habe seinen Bedarf an sonstigen Mitteln auf knapp 115 Millionen US-\$ geschätzt, von denen 62,6% für die Länderarbeit vorgesehen seien. Bisher sei Katastrophenschutz und Soforthilfe bei der Verwendung der außerordentlichen Mittel der größte Einzelposten gewesen, was künftig jedoch voraussichtlich nicht mehr der Fall sein werde.

Professor Jerzy Szczerbań erklärte im Namen des SCRC, die Aussprachen des SCRC zum Programmhaushalt hätten ihren Niederschlag in Dokument EUR/RC52/3 gefunden. Das Regionalbüro sei ständig um die Erschließung von Ressourcen bemüht, was sich allerdings leider nicht auf globaler Ebene widerspiegele. Er lobte das Regionalbüro, weil es die nützliche Befragung der Mitgliedstaaten durchgeführt und die Haushaltsunterlagen so klar und informativ dargelegt habe. Der SCRC begrüße die Verlagerung von 10% der Mittel aus den Länderaktivitäten auf die Länderpräsenz der WHO.

In der sich anschließenden Debatte wurde die vom Sekretariat im Hinblick auf die Vorbereitung und so klare Präsentation der Haushaltsdokumentation geleistete Arbeit von allen Seiten gewürdigt. Man war der Auffassung, dass das globale Haushaltsdokument und die dazugehörige Unterlage über die regionale

Perspektive die vorige Programmbudgetdarstellung in nützlicher und verbesserter Form positiv weiterführten. Vor allem die Vorgaben und die Indikatoren in den einzelnen Arbeitsbereichen betrachtete man als sehr brauchbare Instrumente und die strategische Ausrichtung sei mit den angestrebten Ergebnissen und Indikatoren erheblich verbessert worden. Ein Desiderat seien detailliertere Haushaltsangaben zu Posten wie Verwaltung und Allgemeine Betriebsaufwendungen. Die Erhöhung des Ordentlichen Haushalts wurde begrüßt, wobei man jedoch bedauerte, dass der in Übereinstimmung mit Resolution WHA51.31 vorgenommene interregionale Mitteltransfer langsamer vonstatten gehe als erwartet. Der Beschluss, die Wirkungen dieser Resolution im Mai 2004 zu überprüfen, wurde begrüßt und man äußerte die Hoffnung, dass dies die Grundlage für die Überführung weiterer Mittel an die Europäische Region bilden werde. Sehr zu schätzen wisse man auch, dass die Generaldirektorin ihre Einleitung zum globalen Programmbudget erst nach Erhalt der Stellungnahmen durch die Regionalkomitees fertig stellen wolle.

Die Reaktion auf die im Haushalt ausgewiesenen Schwerpunktbereiche war allgemein positiv, vor allem fand der neue Schwerpunktbereich Gesundheit und Umwelt Zustimmung. Zufrieden zeigte man sich auch mit der Tatsache, dass die vier neueren regionalen Schwerpunktbereiche durch die globalen Schwerpunktbereiche gut abgedeckt würden. Eine Debatte entspann sich jedoch über die vorgesehene Ressourcenverteilung, da die Mittel für einige Schwerpunktbereiche (wie psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch, Gesundheit von Frauen, Prävention von Verletzungen und Blutsicherheit) im Ordentlichen Haushalt anscheinend gekürzt worden seien, und einige Delegierte zeigten sich besorgt über die fehlende Ausgewogenheit in der Höhe der vorgesehenen Haushaltsmittel. Bei der Erörterung der Schwerpunktbereiche wurde die Bitte laut, die Thematik Altern zum Schwerpunktbereich zu machen und dafür ein vollgültiges Programm einzurichten.

Besorgt zeigte man sich über die fortgesetzte Anwendung des Prinzips des nominalen Nullwachstums. Es wurde der Vorschlag gestellt, man möge stattdessen zu einer Politik des realen Nullwachstums übergehen, da man mit der jetzigen Politik nicht effektiv und effizient weiterarbeiten könne. Die im Haushalt vorgesehene Aufstockung der Ländermittel und die Ausweitung der Aktivitäten auf Länderebene wurden als anhaltend positiver Trend empfunden, und auch die Aufstockung der Mittel für die Länderpräsenz der WHO wurde begrüßt. Die Delegationen zeigten sich allgemein erfreut über die Zunahme der Mittel sonstiger Herkunft, wobei eine Delegation jedoch eindringlich darum bat, das Hauptbüro möge ausgehend von einem integrierten Ansatz die Mittel chancengerecht auf die Regionen verteilen. Besorgt zeigte man sich darüber, dass der im Vergleich zum Ordentlichen Haushalt gestiegene Anteil der aus sonstigen Quellen stammenden Mittel die WHO zu einer den Launen der Geber ausgelieferten, rein ausführenden Organisation machen könnte. Zudem fragte man sich besorgt, ob es denn realistisch sei, im Haushalt einen so hohen Anstieg der sonstigen Mittel vorauszusetzen, und wie man zu verfahren gedenke, wenn diese Mittel doch nicht eingehen sollten.

Der Exekutivdirektor für Allgemeines Management im WHO-Hauptbüro, erklärte in seiner Erwiderung auf die Diskussionsbeiträge der Delegationen, es sei in der Tat wichtig, die Haushaltsangaben in allgemeinverständlicher Form zu präsentieren, und die Aufschlüsselung nach globaler, regionaler und Länderebene vermittele einen besseren Überblick. Er sei ebenfalls der Ansicht, dass das nominale Nullwachstum ein schwerwiegendes Problem darstelle: Drei Haushalte ohne reales Wachstum seien eine echte Gefährdung für die Funktionsfähigkeit des Haushalts. Er unterstrich, dass die Gesamtmittel für die Bereiche psychische Gesundheit und Verhütung von Gewalt nicht gekürzt worden seien, da man das Ordentliche Haushaltsdefizit durch Zuweisungen von außerordentlichen Mitteln ausgeglichen habe. Die geschätzten Angaben zu Mitteln aus anderen Quellen gälten als ziemlich zuverlässig, wobei gut 50% der zusätzlichen Spendenmittel für die Immunisierung gedacht seien.

Zu der hinsichtlich der Neutralität der Geber geäußerten Sorge meinte er, der derzeitige Prozess ermögliche es, flexibel zu sein, während größere Genauigkeit zu Problemen führen könne. Zum Glück seien nicht alle Ressourcen im Voraus festgelegt worden. Der Fonds für Informationstechnik werde 50 Millionen US-\$ kosten und zu gleichen Teilen aus dem Ordentlichen Haushalt und durch sonstige Mittel finanziert werden. Die Beiträge der Pharmaindustrie umfassten auch Sachspenden. Die spürbare Ausweitung der WHO-Länderpräsenz werde teuer, doch die notwendige Infrastruktur lasse sich nicht anders überwachen und steuern. Das zeige sich an der Art und Weise, wie andere Organisationen der Vereinten Nationen in

den Ländern arbeiteten. Damit werde man nicht notwendigerweise eine von Organisationen der Vereinten Nationen in den Ländern bereits geschaffene Infrastruktur noch einmal aufbauen, aber wenn man die bereits vorhandene Infrastruktur nutzen wolle, müsse man dafür ebenfalls bezahlen.

Der Regionaldirektor erklärte, das Fehlen eines Programms zum Thema Altern sei ausschließlich darauf zurückzuführen, dass man keine Ordentlichen Haushaltsmittel zur Verfügung habe. Wenn eine Finanzierung aus außerordentlichen Mitteln in Frage käme, könne man die Möglichkeit sondieren. Die für die Zentren geltende Politik werde man überprüfen, es sei jedoch klar, dass das Büro ohne Zentren nicht imstande wäre, seine Arbeit auf dem derzeitigen Niveau weiterzuführen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC52/R4.

Europäische Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen (Vierter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa)

(EUR/RC52/11, IConf.Doc.18 und Die Erklärung von Warschau: Für ein tabakfreies Europa)

Der Direktor der Abteilung für Fachunterstützung 2 fasste die vom Rauchen ausgehenden gesundheitlichen Herausforderungen zusammen. Beinahe 30% der Erwachsenenbevölkerung in der Region rauchten regelmäßig, in Osteuropa rauchten 47% der Männer. Es gebe jährlich ungefähr 1,2 Millionen durch tabakbedingte Krankheiten verursachte Sterbefälle, das seien 14% aller Sterbefälle. Ein beunruhigender aktueller Trend sei die steigende Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen. Die Anti-Tabak-Maßnahmen der Länder variierten beträchtlich und viele Programme seien finanziell unzureichend abgesichert und würden nicht sachgerecht begleitet. Die Tabakindustrie verfolge ihre Taktik, Public-Health-Maßnahmen zu unterminieren, weiter und verstärke sie noch. Die WHO habe mit einem energischen Maßnahmenprogramm reagiert, das zur Erklärung von Warschau: Für ein tabakfreies Europa geführt habe, in der die Mitgliedstaaten sich dazu verpflichtet hätten eine Europäische Anti-Tabak-Strategie zu entwickeln und bei den Verhandlungen zum Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) eine aktive Rolle zu spielen.

Der Regionalberater für Anti-Tabak-Maßnahmen berichtete, dass 46 Mitgliedstaaten, die Europäische Kommission, die Weltbank und zwölf weitere internationale Organisationen im Februar 2002 in Warschau an der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz: Für ein tabakfreies Europa teilgenommen hätten. Der politische Wille der Mitgliedstaaten, das Tabakproblem anzugehen, sei in der Erklärung von Warschau zum Ausdruck gekommen, die bestätige, dass der Tabak eine der größten Gefahren für die Gesundheit in der Region darstelle. Die Erklärung unterstreiche auch die politische Bereitschaft der Mitgliedstaaten, die Bemühungen um wirksames Handeln auf nationaler Ebene und in der Region insgesamt zu koordinieren. Im Zeitraum 1987 bis 2001 habe es drei Europäische Aktionspläne gegeben. Bei der Entwicklung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie habe man die Lehren berücksichtigt, die man aus der Umsetzung dieser Pläne gezogen habe. Der SCRC habe das Grundkonzept und die Struktur der Strategie unterstützt, die von den nationalen Ansprechpartnern Ende Mai 2002 noch einmal überprüft worden sei. Die neue Strategie orientiere sich an den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten, die an der Ausarbeitung der Strategie umfassend beteiligt gewesen seien.

Die Strategie beruhe auf international anerkannten Fakten, die weltweit oder in der Region gesammelt worden seien. Sie gebe den strategischen Handlungsrahmen ab, wobei anzuerkennen sei, dass die Umsetzung in den Ländern der Region durch nationale Gesetze, Maßnahmen und Aktionspläne erfolgen müsse. Statt allgemeingültiger Ziele und eines für alle Länder gültigen Zeitrahmens biete sie evidenzbasierte Mechanismen, die die Länder dazu befähigten, ihre eigenen Lösungen zu finden. Ein weiterer Eckstein des Dokuments sei die internationale Zusammenarbeit für wirksame Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region. Außerdem sehe die Strategie einen Zeitplan für die internationale Zusammenarbeit bis zum Jahr 2006 vor. In diesem Jahr werde dem Regionalkomitee der nächste Bericht vorgelegt.

Man sei der Überzeugung, dass die Europäische Region während der letzten zwischenstaatlichen Verhandlungsrunde im Oktober 2002 in Genf und bei der Annahme des FCTC durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 mit starker Stimme sprechen werde. Die Welt stehe kurz vor dem Abschluss

der Verhandlungen zum ersten weltweiten Public-Health-Vertrag. Dies bedeute eine historische Stunde für die Gesundheit der Welt und könne als Modell für andere Public-Health-Bereiche dienen.

Viele Delegierte drückten ihre Zufriedenheit mit den Dokumenten und dem Resolutionsentwurf aus. Die Entwicklung der Strategie und die Einigung auf ihre Inhalte, ein Prozess, der auch teilregionale und regionale Koordinationstreffen beinhaltet habe, wurde allgemein als äußerst erfolgreicher Mechanismus anerkannt. Auf diese Weise seien Transparenz, Konsens und einhellige Zustimmung erzielt worden. Dabei sei es auch zum Erfahrungsaustausch gekommen und man habe besser verstehen gelernt, wie unterschiedlich man in der Region an Anti-Tabak-Maßnahmen herangehe. Dazu gehöre, dass man bei den das kritische Thema betreffenden Beschlüssen und Maßnahmen die herrschenden kulturellen Normen und Werte berücksichtige.

Die enge Verknüpfung des Vierten Aktionsplans mit der FCTC wurde anerkannt. Die Annahme der letzteren werde zusammen mit dem Aktionsplan politische Entscheidungen und die Strategieumsetzung erleichtern. Einige Mitgliedstaaten drängten darauf, die Resolution des Regionalkomitees, den Aktionsplan und die FCTC gleichermaßen so scharf wie möglich zu formulieren. Dann könne man Politik und Maßnahmenplanung gleich stark gestalten und sie durch die unzweideutige Haltung der WHO zum Tabakkonsum und dessen schädlichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden abstützen.

Anti-Tabak-Maßnahmen wurden sowohl als nationales als auch länderübergreifendes Anliegen gesehen. Die Solidarität unter den Ländern sei grundlegend wichtig für den Erfolg. Besonders besorgniserregend seien Tabakschmuggel, zollfreier Verkauf, grenzüberschreitende Werbung, Internethandel und Sponsortätigkeit.

Viele Länder schilderten die Maßnahmen, die sie zur Bekämpfung der Tabak-Epidemie bereits ergriffen hätten. Länder, die Werbeverbote eingeführt hätten, verzeichneten keine ernsten Schwierigkeiten, hätten dafür in bestimmten Gruppen sogar einen Rückgang der Prävalenz des Rauchens gemessen. Einige Länder planten umfassende Anti-Tabak-Programme oder seien bereits im Begriff diese einzuführen. Bei vielen handele es sich um kühne politische Entscheidungen, da sie darauf abzielten, traditionelle Verhaltensmuster zu ändern. Die Länder würden die WHO um Rat und Unterstützung angehen.

Bedenken wurden zum Zeitplan einiger anstehender Tagungen geäußert, darunter zur regionalen Konsultationstagung im September 2002 in Kopenhagen, zu den zwischenstaatlichen Verhandlungen im Oktober 2002 in Genf und zu der vorgesehenen Annahme der FCTC durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003. Norwegen bot sich gegebenenfalls als Gastgeber einer zusätzlichen regionalen Konsultationstagung im Januar 2003 an. Der Regionalbeauftragte erklärte, der Zeitplan könne flexibel gehandhabt werden, das Ergebnis bleibe davon jedoch unberührt.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC52/R12.

Die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem (EUR/RC52/10)

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation erläuterte einleitend, dass man angesichts des wachsenden Interesses der Mitgliedstaaten an der Rolle des Privatsektors in der Gesundheitssystemreform und mit Orientierungshilfe des SCRC ein Papier ausgearbeitet habe, in dem anhand von wissenschaftlich erhärteten Fakten dargelegt werde, was die Länder überall in der Europäischen Region bei diesen Reformprozessen gelernt hätten.

Der Regionalbeauftragte des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme stellte die derzeitigen Trends im Hinblick auf die Einbeziehung des Privatsektors und den Stellenwert der Privatisierung bei der Reform europäischer Gesundheitssysteme dar, definierte strittige Begriffe der Debatte, gab einen kurzen Überblick über die Faktenlage, zog Schlussfolgerungen daraus und schlug drei Möglichkeiten der Hilfe für die Mitgliedstaaten vor.

Die Länder verfolgten bei der Ausweitung der Rolle des Privatsektors und der Privatisierung das Ziel, die Kosten zu dämpfen und zugleich die Qualität, Effizienz und Verbraucherorientierung des Gesundheitswesens zu verbessern. Man bediene sich dabei der unterschiedlichsten Modelle, deren Wirksamkeit allerdings nur unzusammenhängend nachgewiesen sei. Da diese Fakten fehlten, tendiere man zu einer ideologischen Überfrachtung der Debatte. Außerdem sei die Bedeutung der benutzten Begriffe unklar. Er schlug als Definition des privaten Sektors in der Gesundheitsversorgung die Formulierung „privates Eigentum an Gütern der Gesundheitsversorgung“ vor und unterschied zwischen Unternehmertum, Marktwettbewerb und Dezentralisierung von Managementfunktionen.

Die Gesundheitssysteme in den verschiedenen Teilen der Region seien zwar ganz unterschiedlich, doch alle Länder arbeiteten mit einer Mischung aus öffentlicher und privater Finanzierung, wobei die Erstere mit wenigen Ausnahmen in allen neuen unabhängigen Staaten (NUS) vorherrsche. Die private Finanzierung gestalte sich als private Krankenversicherung und Selbstzahlungen. Die private Leistungserbringung sei am stärksten im Arzneimittelbereich und in der zahnärztlichen Versorgung, doch auch in der Krankenhaus- und Primärversorgung und in den sozialen Diensten spiele sie seit den 90er Jahren eine zunehmend größere Rolle. Es sei wichtig, zwischen gewinnorientierten und gemeinnützigen Akteuren und Einrichtungen zu unterscheiden.

Es gebe kein Modell, das den Bedürfnissen aller Länder gerecht werde. Die wichtigste Lehre, die man aus dem vorliegenden Faktenmaterial ziehen könne, sei die Tatsache, dass die Regierungen eine starke Aufsichts- und Schutzfunktion wahrnehmen müssten: Sie müssten vorangehen und ausdrücklich die gesellschaftlichen Ziele des Gesundheitssystems festlegen, entscheiden, welche Rolle bei der Verfolgung dieser Ziele dem öffentlichen und dem privaten Sektor zukomme, die Systeme regulieren und steuern und die Leistungsfähigkeit beurteilen, um einen Anhaltspunkt für die künftige Entscheidungsfindung zu haben. Wenn die staatliche „Stewardship“-Funktion schwach sei, verfehle die Privatisierung ihre gesellschaftlichen Ziele.

Die WHO könne den Mitgliedstaaten beistehen, indem sie als starke Befürworterin von Solidarität, Chancengleichheit und Effizienz in Gesundheitssystemen auftrete und Fakten liefere, auf die man Entscheidungen über den sachgerechten öffentlichen und privaten Leistungsmix und die Mischung aus privater und öffentlicher Finanzierung gründen könne. Sie könne ihre Fähigkeit zur Beurteilung von Gesundheitssystemen verbessern und lernen, die Resultate so weiterzuvermitteln, dass sie wirklich als Grundlage politischer Entscheidungen dienen könnten (dazu gehöre auch die gründliche Untersuchung der Rolle des Privatsektors). Außerdem könne sie die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung einer wirksamen Aufsichts- und Schutzfunktion im Gesundheitssystem zu verbessern.

Dr. Jarkko Eskola, ein Mitglied des SCRC erklärte, der Ständige Ausschuss habe das Sekretariat gebeten, die von den Mitgliedstaaten benötigten objektiven Fakten zu Privatisierungsmechanismen zu liefern. Die Bitte sei ursprünglich von Ländern im Osten der Region ausgegangen, doch auch die Gesundheitssysteme westlicher Länder seien Sachzwängen ausgesetzt, weshalb die Regierungen entscheiden müssten, welche Privatisierungsmechanismen man sich zunutze machen wolle. Es sei zu hoffen, dass das Papier die Debatte anregen und eine Weiterentwicklung bewirken könne.

Fast alle Delegationen äußerten sich in der Debatte anerkennend zur Qualität und Brauchbarkeit des vorliegenden Papiers und die meisten stellten sich hinter einen oder mehrere Vorschläge des vom Regionalbüro aufgestellten Maßnahmenkatalogs. Mehrere Delegierte äußerten sich zu Gegebenheiten oder konkreten Problemen in ihren Ländern, die die Initiative besonders aktuell und nützlich machten. Man betonte, wie wichtig es sei, die Politik auf Wertvorstellungen (wie Solidarität, Chancengleichheit und Leistungsqualität) zu gründen, und dass der Staat unbedingt seine Aufsichts- und Schutzfunktion wahrnehmen müsse. Wichtig sei es auch, die in der Gesundheitsreformdebatte gebräuchlichen Begriffe zu klären und bei dem Gebrauch von Begriffen, deren Bedeutung noch nicht festgelegt sei, Vorsicht walten zu lassen. Die WHO könne den Regierungen helfen, ihre „Stewardship“-Kompetenz zu verbessern, indem sie Evaluationsmethoden entwickle, die keine ideologische Schlagseite hätten, und ein Rahmenkonzept anbiete, das zur Sicherung von Qualität und Relevanz der privaten Leistungserbringung beitragen könne.

Das vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme produzierte Faktenmaterial stieß auf Anerkennung. Mehrere Delegationen schlugen der WHO vor, Untersuchungen zu Themen wie an der privaten Leistungserbringung beteiligten gemeinnützigen Organisationen, den von den NUS mit der Einbeziehung des Privatsektors in das Gesundheitssystem gemachten Erfahrungen und der Rolle des Privatsektors bei der Sicherung der Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung, von Langzeitpflege und häuslicher Pflege, zahnärztlicher und stomatologischer Versorgung und psychischer Gesundheitsversorgung durchzuführen. Eine Reihe von Delegationen bat das Regionalbüro eindringlich, mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltbank zusammenzuarbeiten, um sich die von ihnen im Hinblick auf die Rolle des Privatsektors geleistete nützliche Arbeit zunutze zu machen und festzustellen, welche zusätzlichen Aspekte die WHO in diese Arbeit einbringen könne.

Der Vertreter der Weltbank bot der WHO an, die Zusammenarbeit im Hinblick auf diese wichtige Thematik fortzusetzen, und meinte ebenfalls, dass das Regionalbüro untersuchen sollte, was die OECD in Europa an einschlägiger Arbeit geleistet habe, vor allem zum Thema Zusatzversicherung. Einiges wurde laut über die De-facto-Privatisierung der Gesundheitssysteme einiger NUS. Man verwies auf die Gefahren einer zu weitgehenden Privatisierung und machte deutlich, dass es schädlich sei, die Privatisierung zur Verschlankung einer aufgeblähten gesundheitlichen Infrastruktur einzusetzen. Wertkompromisse seien ein wesentliches Element der Politik, man dürfe jedoch der Effizienz nicht den gleichen Wert beimessen wie der Solidarität und der Chancengleichheit.

Der Regionalbeauftragte des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme erklärte sich einig in der Auffassung, dass man zu allgemein akzeptierten Definitionen für schwierige Konzepte kommen und partnerschaftlich zusammenarbeiten müsse. Er begrüßte die von den Delegationen zum Ausdruck gebrachte allgemeine Unterstützung der drei vorgeschlagenen Bereiche, in denen die WHO den Mitgliedstaaten Hilfe anbieten könne.

Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC52/15, 15 Corr.1, 15 Add.1, 15 Add.2 und 15 Add.3)

Das Regionalkomitee behandelte in einer geschlossenen Sitzung die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat und wählte Mitglieder für den SCRC, den EEHC und den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion.

Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss in einer geheimen Abstimmung, dass bei der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 Frankreich, Island und die Tschechische Republik ihre Kandidatur für den Exekutivrat anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten.

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte in geheimer Abstimmung Armenien, Belgien und Kroatien für eine dreijährige, vom September 2002 bis zum September 2005 reichende Amtszeit in den SCRC.

Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich die Türkei, Ungarn, Usbekistan und das Vereinigte Königreich für eine vom September 2002 bis zum September 2004 reichende Amtszeit in den EEHC.

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

Das Regionalkomitee wählte in geheimer Abstimmung Slowenien für eine am 1. Januar 2003 beginnende dreijährige Amtszeit in den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen.

Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des Regionalkomitees

(EUR/RC52/Conf.Doc.110)

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC52/R5, mit der bestätigt wird, dass die 53. Tagung vom 8. bis 11. September 2003 in Wien, Österreich, stattfindet, und beschlossen wird, die 54. Tagung vom 6. bis 9. September 2004 im Regionalbüro für Europa in Kopenhagen abzuhalten.

Der österreichische Delegierte erklärte, er freue sich darauf, die Delegierten im Kongresszentrum der Wiener Hofburg begrüßen zu dürfen, und teilte dem Regionalkomitee mit, dass die in Zusammenarbeit mit dem Sekretariat durchgeführten Vorbereitungen für die 53. Tagung bereits weit fortgeschritten seien.

Antrag von Zypern auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO

(EUR/RC52/Inf.Doc.15)

Der Exekutivpräsident erläuterte, dass Resolution WHA49.6 der Weltgesundheitsorganisation voraussetze, dass die betreffenden Regionalkomitees ihre Ansicht zu dem Antrag eines Mitgliedstaates auf Überführung in eine andere Region vorlegten. Entsprechend werde die Auffassung des Regionalkomitees für Europa durch die Generaldirektorin an die Weltgesundheitsversammlung weitergeleitet, die dann den Antrag behandle. Falls keine einhellige Auffassung zustande komme, werde der Teil des Tagungsberichts übermittelt, in dem die unterschiedlichen Ansichten festgehalten seien.

Der im Namen der 15 EU-Länder sprechende Delegierte Dänemarks unterstützte die Bitte von Zypern aus mehreren Gründen. Die Bitte beziehe sich auf die Überführung (nicht die Zulassung) eines Mitgliedstaates, Zypern sei mit Europa verbunden und in der EU zeichneten sich erhebliche Veränderungen ab. Die Unterstützung gründe sich auf die Annahme, dass der Region aus einer solchen Überführung keine finanziellen Nachteile erwachsen würden und das Regionalkomitee der Region Östlicher Mittelmeerraum positiv auf das Ersuchen reagieren werde (obwohl die Region ihre Ansicht noch nicht offiziell zum Ausdruck gebracht habe). Die Delegationen von Estland, Litauen und Malta unterstützten die Bitte ebenfalls.

Die türkische Delegation widersetzte sich dem Antrag aus verschiedenen Gründen: Man könne im Regionalkomitee keine Einstimmigkeit erzielen, es gebe keine politische Instanz, die die Kompetenz habe, für die gesamte zypriotische Bevölkerung zu sprechen, und wenn man der Bitte nachkomme, bedeute dies, dass man sich in die laufenden Verhandlungen der beiden zypriotischen Volksgruppen einmische, was die Umsetzung der Fachaktivitäten der WHO in der Europäischen Region erschweren könne. Sie bat darum, die Erörterung dieser Frage zu vertagen, bis die Verhandlungen abgeschlossen seien, und der Weltgesundheitsversammlung in dem Bericht über die Tagung des Regionalkomitees eine wörtliche Niederschrift ihrer Erklärung zu übermitteln. Die Erklärung im Wortlaut ist in Anhang 6 wiedergegeben.

Die Delegationen von Kirgisistan und Tadschikistan stellten sich hinter das Ersuchen der türkischen Delegation, die Behandlung dieses Punkts zu vertagen, und die tadschikische Delegation bat das Regionalbüro, ein Papier zur Behandlung durch das Regionalkomitee auszuarbeiten, in dem die finanziellen, ethischen und rechtlichen Aspekte einer Aufnahme von Zypern in die Region darzulegen seien. Die Delegierte der Türkei befürwortete dieses Ersuchen und bat darum, die Ansichten des Regionalkomitees erst zu übermitteln, wenn das Regionalkomitee das Papier erörtert habe.

Die Delegation der Schweiz schlug vor, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region könnten ein solches Papier bei ihrer Zusammenkunft vor der nächsten Weltgesundheitsversammlung behandeln. Die Delegierte der Türkei stellte sich hinter den Gedanken einer Erörterung des Themas vor der Weltgesundheitsversammlung. Der Regionaldirektor erklärte sich bereit, den Anweisungen des Regionalkomitees Folge zu leisten.

Im Namen der EU-Mitgliedsländer bat der dänische Delegierte darum, die weitere Behandlung des Punktes auszusetzen, damit er die Möglichkeit habe, mit diesen Ländern Rücksprache zu nehmen. Das Regionalkomitee vereinbarte, die Aussprache zu diesem Tagesordnungspunkt am folgenden Tag wieder aufzunehmen.

Als die Aussprache weitergeführt wurde, schlug der Delegierte von Dänemark, der im Namen der 15 EU-Mitgliedstaaten und der Beitrittskandidaten Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn sprach, vor, die von den Delegierten während dieser Tagung des Regionalkomitees zur Überführung von Zypern in die Europäische Region geäußerten Ansichten, wie in Resolution WHA49.6 der Weltgesundheitsversammlung vorgesehen, umgehend an die Generaldirektorin der WHO weiterzuleiten, die sie bei der kommenden Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 zur Behandlung vorlegen werde, und die Ansicht des Regionalkomitees zur Information an das WHO-Regionalkomitee für den Östlichen Mittelmeerraum zu übermitteln. Man halte es nicht für notwendig, zu diesem Thema vor der 56. Weltgesundheitsversammlung eine Sondersitzung des Regionalkomitees einzuberufen. Die Frage werde bei der Weltgesundheitsversammlung von allen Mitgliedstaaten erörtert und entschieden, unter anderem auch von allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region. Als Geste des guten Willens könne man jedoch akzeptieren, dass das Regionalkomitee den Regionaldirektor bitte, vor der 56. Weltgesundheitsversammlung für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region einen Bericht über die finanziellen Aspekte der Überführung von Zypern auszuarbeiten. Die Delegierten der Mitgliedstaaten der Europäischen Region könnten einen solchen Bericht dann bei ihren Vorbereitungen auf die Aussprache und den Beschluss der 56. Weltgesundheitsversammlung berücksichtigen. Die Delegationen von Island, San Marino und der Schweiz stellten sich hinter den Vorschlag.

Die Delegierte der Türkei bat den Regionaldirektor seine Erklärung zu bestätigen, dass die für Zypern vorgesehenen Mittel, wobei es, soweit sie sich erinnere, um 375 000 US-\$ handele, in den Haushalt des Regionalbüros für Europa überführt worden seien oder überführt würden. Ihre diesbezüglichen Anfragen beim WHO-Hauptbüro und beim WHO-Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum hätten ergeben, dass ein solcher Transfer nicht vorgenommen worden sei und ein entsprechender Beschluss schwierig sei. Sie bat darum, Ihre Frage und die Antwort des Regionaldirektors wörtlich aufzuzeichnen (siehe Anhang 6). Der Regionaldirektor erwiderte, er habe zu diesem Punkt keine öffentliche Erklärung abgegeben, der Punkt werde in dem auszuarbeitenden Papier dargelegt.

Das Regionalkomitee kam überein, die Ansichten seiner Mitglieder zur Überführung von Zypern in die Europäische Region an die Generaldirektorin und das Regionalkomitee für den östlichen Mittelmeerraum zu übermitteln und vor der 56. Weltgesundheitsversammlung für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein Papier über die finanziellen Aspekte einer solchen Überführung auszuarbeiten zu lassen.

Resolutionen

EUR/RC52/R1

Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2000–2001

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2000–2001 (Dokument EUR/RC52/4) und des dazu gehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2000–2001 (Dokument EUR/RC52/Inf.Doc./3) –

1. DANKT dem Regionaldirektor für den Bericht,
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2000–2001 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 52. Tagung vorgebrachten Vorschläge zu berücksichtigen und diese in die Arbeit einzubeziehen..

EUR/RC52/R2

Zertifizierung der Europäischen Region der WHO als von endemischen Polio-Wildviren freies Gebiet

Das Regionalkomitee –

mit großer Zufriedenheit den Bericht der Regionalen Europäischen Kommission für die Zertifizierung der Poliomyelitiseradikation, mit dem die Region am 21. Juni 2002 für poliofrei erklärt wurde, sowie den regionalen Aktionsplan für die Aufrechterhaltung des „poliofreien“ Status bis zur globalen Zertifizierung begrüßend –

1. ERKENNT die seit der Verabschiedung von Resolution WHA41.28 der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1988 zur Eradizierung der Poliomyelitis unternommenen Anstrengungen AN,
2. STELLT FEST, dass das in den Resolutionen EUR/RC39/R5, EUR/RC47/R4 und EUR/RC50/R1 verkündete Ziel der Eliminierung der Poliomyelitis aus allen Ländern der Region erreicht worden ist,
3. SPRICHT allen Mitgliedstaaten, allen beteiligten Partnerorganisationen, dem WHO-Sekretariat und allen anderen Organisationen und Einzelpersonen, die zu dieser historischen Leistung beigetragen haben, SEINE ANERKENNUNG AUS,
4. ERKENNT, dass eine gründliche virologische Überwachung der Schlüssel ist um sicherzustellen, dass keine unerkannten Reservoirs von Polio-Wildviren vorhanden sind, die ein erneutes Auftauchen der Krankheit ermöglichen würden,
5. ERSUCHT die Mitgliedstaaten, ihre Anstrengungen um die Aufrechterhaltung des Status als „poliofrei“ bis zur globalen Zertifizierung fortzusetzen, insbesondere in Bezug auf die Beibehaltung eines hohen routinemäßigen Impferfassungsgrads, soweit notwendig die Durchführung ergänzender

Immunisierungsmaßnahmen, die fortgesetzte Überwachung der akuten schlaffen Lähmung und der Polioviren und in Bezug auf Fortschritte im Prozess der Laborsicherheitslagerung von Polio-Wildviren,

6. ERSUCHT den Regionaldirektor, die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, weiterhin die oben erwähnten Aktivitäten auf Länderebene zu unterstützen, damit die Europäische Region ihren Status als „poliofrei“ aufrecht erhalten kann, und

- a) die Schaffung von interregionalen Projekten zur Bekämpfung von Poliomyelitis, Malaria und anderen besonders gefährlichen Infektionskrankheiten zu fördern,
- b) neue Strategien der Mittelbeschaffung zu initiieren,
- c) die Aktivitäten des Regionalbüros auf dem Gebiet der Information und der Zusammenarbeit mit den Massenmedien auszubauen,

7. LEGT den Partnern der Initiative zur Poliomyelitiseradikation NAHE, weiterhin mit dem Regionalbüro für Europa zusammenzuarbeiten und es dabei zu unterstützen, die Europäische Region „poliofrei“ zu halten, sowie dabei behilflich zu sein, bis zur globalen Zertifizierung der Poliomyelitiseradikation die notwendigen Ressourcen für globale Aktivitäten zu beschaffen.

EUR/RC52/R3

Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz Lebensmittelsicherheit und -qualität, 25.–28. Februar 2002

Das Regionalkomitee –

besorgt darüber, dass lebensmittelbedingte Erkrankungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region eine ernsthafte Gefährdung darstellen,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC50/R8, mit der es sich hinter die Nahrungs- und Ernährungspolitik und den Aktionsplan für die Europäische Region gestellt und den Regionaldirektor ersucht hat, mit den Mitgliedstaaten zusammenzuarbeiten und sie sowie andere Organisationen bei den umfassenden Bemühungen, die öffentliche Gesundheit durch eine bedarfsgerechte Nahrungs- und Ernährungspolitik zu fördern, zu unterstützen,

ferner unter Hinweis auf die Resolution WHA53.15 der Weltgesundheitsversammlung, mit der die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten wurden, die Lebensmittelsicherheit als eine ihrer grundlegenden Public-Health-Funktionen in die Gesundheitspolitik aufzunehmen, und die Generaldirektorin ersucht wurde, in Zusammenarbeit und Koordination mit anderen internationalen Organisationen, vor allem der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), der Lebensmittelsicherheit mehr Gewicht zu verleihen,

nach Behandlung des Berichts über die paneuropäische FAO/WHO-Konferenz Lebensmittelsicherheit und -qualität, die vom 25. bis 28. Februar 2002 in Budapest stattgefunden hat,

im Bewusstsein der Tatsache, dass sich die Teilnehmer der 23. Regionalen FAO-Konferenz für Europa, die vom 29. bis 31. Mai 2002 in Nicosia stattgefunden hat, hinter die Schlussfolgerungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz gestellt und darum gebeten haben, die Empfehlungen der Konferenz mit der Bitte um Follow-up an die Mitgliedstaaten, die Europäische Union und andere internationale Organisationen weiterzuleiten,

in der Erkenntnis, dass die Arbeit an einer Strategie für die Lebensmittelsicherheit im Rahmen der Nahrungs- und Ernährungspolitik und des Aktionsplans für die Europäische Region mit vielen

Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz übereinstimmt und diese Empfehlungen die laufenden Bemühungen um die Einbindung der Strategie für die Lebensmittelsicherheit in die Nahrungs- und Ernährungspolitik und in den Aktionsplan stärken und ergänzen werden –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:
 - a) sich im Kontext der Arbeit an der Nahrungs- und Ernährungspolitik und dem Aktionsplan in Europa hinter die sich auf die öffentliche Gesundheit beziehenden Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz Lebensmittelsicherheit und -qualität zu stellen,
 - b) im Rahmen der Arbeit an einer Strategie für die Lebensmittelsicherheit zur Umsetzung der Nahrungs- und Ernährungspolitik und des Aktionsplans in Europa die angemessene Unterstützung von nachfassenden Maßnahmen zu den sich auf die öffentliche Gesundheit beziehenden Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz sicherzustellen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, der WHO, der FAO, der Europäischen Kommission und anderen Organisationen zu erleichtern, um durch die mit der Entwicklung einer verbesserten Politik für Lebensmittelsicherheit und Ernährung und der Ausarbeitung von Aktionsplänen einhergehende Verbesserung der Lebensmittelsicherheit und Ernährungsqualität in Europa die öffentliche Gesundheit zu fördern.

EUR/RC52/R4

Programmhaushaltsvoranschlag für 2004–2005

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsvoranschlags für den Rechnungszeitraum 2004–2005 (Dokument EUR/RC52/12 und EUR/RC52/12 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 einen einheitlichen globalen strategischen Rahmen vorzulegen, und unter Kenntnisnahme der verbesserten Vergleichbarkeit der aufeinander folgenden zweijährlichen Programmhaushalte,

weiterhin unter Begrüßung der verbesserten Transparenz hinsichtlich der Verteilung der aus anderen Quellen stammenden Mittel auf die drei Ebenen der Organisation,

in Kenntnisnahme der Tatsache, dass die Haushaltsvoranschläge im Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 stehen, mit der der Regionaldirektor ersucht wurde, das regionale Element des Programmhaushalts in Übereinstimmung mit den für die Präsentation des globalen Programmhaushalts zu Grunde gelegten Prinzipien darzustellen und zugleich die ausschließlich regionalen Prioritäten herauszuarbeiten,

weiterhin in Kenntnisnahme der Tatsache, dass die vorliegenden Haushaltsvoranschläge noch als Entwurf anzusehen sind, angesichts der Tatsache, dass Artikel 34 der Satzung der WHO bestimmt, dass die Generaldirektorin den endgültigen Haushaltsplan der Organisation dem Exekutivrat zu unterbreiten hat –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, der Generaldirektorin die vom Regionalkomitee zu dem Programmhaushaltsvoranschlag geäußerten Ansichten, Kommentare und Vorschläge zu übermitteln, die bei der Fertigstellung und Umsetzung des Programmhaushalts zu berücksichtigen sind,

2. ERSUCHT den Regionaldirektor FERNER, alle zusätzlichen Haushaltsmittel für den Rechnungszeitraum 2004–2005 auf der Grundlage des auf der 49. Tagung des Regionalkomitees als Modell befürworteten Index der menschlichen Entwicklung (Resolution EUR/RC49/R5) zu verteilen und dabei insbesondere die Lage der von Naturkatastrophen betroffenen Länder zu berücksichtigen,

3. BEFÜRWORTET die in dem Dokument „Die Perspektive der Europäischen Region“ (EUR/RC52/12 Add.1) beschriebene strategische Ausrichtung und BEGRÜSST den in Dokument EUR/RC52/12 enthaltenen Haushaltsvoranschlag für 2004–2005, der aus ordentlichen Mitteln und soweit verfügbar aus außerordentlichen Mitteln zu finanzieren ist und eine ausgezeichnete Grundlage für weitere Aussprachen im Exekutivrat und in der Weltgesundheitsversammlung bietet.

EUR/RC52/R5

Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2003 und 2004

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des auf der 51. Tagung getroffenen, in Resolution EUR/RC51/R2 enthaltenen Beschlusses –

1. BESTÄTIGT, dass die 53. Tagung vom 8. bis 11. September 2003 in Wien, Österreich, stattfindet,
2. BESCHLIESST WEITERHIN, dass die 54. Tagung vom 6. bis 9. September 2004 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abgehalten wird.

EUR/RC52/R6

Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC51/R7, in der die Mitgliedstaaten aufgerufen werden, sich aktiv für die Stärkung der gesundheitlichen Dimension der nachhaltigen Entwicklung einzusetzen, und in der darum gebeten wird, dass bei der Ausarbeitung der Tagesordnung für die Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) die Empfehlungen und Schlussfolgerungen des Weltgipfels für nachhaltige Entwicklung gebührend berücksichtigt werden,

unter Hinweis auf die von der Vollversammlung der Vereinten Nationen auf ihrer 55. Tagung im Jahr 2000 verabschiedeten Millennium-Erklärung, in der es heißt: „Wir dürfen keine Anstrengungen scheuen, die gesamte Menschheit und vor allem unsere Kinder und Enkel vor der Bedrohung zu retten, auf einem Planeten leben zu müssen, der durch menschliche Aktivitäten unwiederbringlich zerstört ist ...“ (Abs. 21),

in Kenntnis der von der Zweiten Hocharangigen Tagung Verkehr, Umwelt und Gesundheit am 5. Juli 2002 in Genf verabschiedeten Erklärung, mit der ein paneuropäisches Programm etabliert wird, das im Zuge der Umsetzung der Londoner Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit die bestehenden regionalen Initiativen im Bereich Verkehr, Umwelt und Gesundheit miteinander verknüpft, und als Follow-up zu Resolution EUR/RC49/R4, in der zu solchen internationalen Initiativen aufgerufen wird,

nach Behandlung des (gemäß Dokument EUR/RC52/Inf.Doc./2) vom Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit für die Budapester Konferenz vorgeschlagenen Themas und der vorgeschlagenen

vorrangigen Teilthemen sowie nach Erwägung des angestrebten politischen Resultats eines Aktionsplans Gesundheit von Kindern und Umwelt für die Europäische Region –

1. DANKT dem Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit für seine Bemühungen um die Förderung, Erleichterung und Verfolgung der in der Erklärung der Dritten ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Erklärung von London) vorgezeichneten Maßnahmen, u. a. für die Ausarbeitung der Tagesordnung für die Konferenz von Budapest,
2. SCHLIESST SICH dem Vorschlag AN, die Budapester Konferenz unter das Thema „Die Zukunft unserer Kinder“ zu stellen und die vorgeschlagenen vorrangigen Teilthemen sowie einen Aktionsplan Gesundheit von Kindern und Umwelt für die Europäische Region weiterzuentwickeln,
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) ihre politischen, fachlichen und finanziellen Ressourcen für die weitere Arbeit an der Tagesordnung der Budapester Konferenz und zur Unterstützung der auf dieser Konferenz zu beschließenden Maßnahmen einzusetzen,
 - b) weiterhin ihre politischen, fachlichen und finanziellen Ressourcen einzusetzen für die Sicherung einer verstärkten Umsetzung der auf der Londoner Konferenz beschlossenen Maßnahmen, einschließlich des neuen Instruments „THE PEP“, über die auf der Konferenz von Budapest berichtet wird,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) den Prozess Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region weiterhin führend mitzugestalten und für die Budapester Konferenz, das nächste Etappenziel dieses Prozesses, die notwendige Unterstützung durch das Regionalbüro sicherzustellen,
 - b) die Mitgliedstaaten verstärkt bei der Ratifizierung des Protokolls über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen zu unterstützen,
 - c) die Unterstützung für die erfolgreiche Umsetzung nationaler Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit in den im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Ländern und den Ländern mit niedrigem Volkseinkommen zu intensivieren.

EUR/RC52/R7

Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

nach der inhaltlichen Behandlung von Dokument EUR/RC52/8 (*Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO*) und der darin enthaltenen Empfehlungen,

in der Erkenntnis der erdrückenden Beweise für die engen Zusammenhänge zwischen absoluter wie relativer Armut und defizitärer Gesundheit,

im Bewusstsein der dem Gesundheitssystem obliegenden Verantwortung, im Rahmen multisektoraler Bemühungen die Gesundheit der Armen zu verbessern und zur Verringerung von Armut beizutragen,

in der Erkenntnis, dass Gesundheit Bestandteil der sozialen Entwicklung ist –

1. DANKT dem Regionaldirektor für die zur Umsetzung der Bestimmungen seiner Resolution EUR/RC51/R6 ergriffenen Maßnahmen und dafür, dass die Thematik Armut und Gesundheit auf die Tagesordnung der diesjährigen Tagung gesetzt wurde,
2. BETONT, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich des bestmöglichen Gesundheitszustands erfreuen zu können,
3. ERKENNT AN, dass es sich bei der Problematik Armut und Gesundheit für die WHO wie für ihre Mitgliedstaaten, die alle, wenngleich in unterschiedlichem Grad, davon betroffen sind, um ein zentrales Anliegen handelt,
4. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) die Ausarbeitung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Bekämpfung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Armut zu beschleunigen,
 - b) für die Armen einen Katalog garantierter kostenloser ärztlicher Mindestleistungen aufzustellen und die Geberländer zu bitten, eine Unterstützung dieser Bemühungen in Erwägung zu ziehen,
5. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) die internationale Gemeinschaft nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer entschlossenen politischen Bereitschaft hinzuweisen, die Gesundheit in den Mittelpunkt der nachhaltigen Entwicklung zu rücken und ihr zu bedenken zu geben, welche sozioökonomischen und politischen Konsequenzen es haben würde, wenn es nicht gelänge, das Problem von Armut und defizitärer Gesundheit anzugehen,
 - b) die Kriterien für die Definition von absoluter und relativer Armut zu überprüfen und dabei die Besonderheiten des jeweiligen Landes zu berücksichtigen,
 - c) den Prozess zur Schaffung, Analyse und Verbreitung von Wissen über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit weiterzuführen, insbesondere die systematische Zusammenstellung, Validierung und Verbreitung von Fallstudien über die praktische Funktion des Gesundheitssystems bei der Bewältigung der Probleme von Armut und Gesundheit,
 - d) im WHO-Regionalbüro für Europa eine Datenbank über die wirksamen Maßnahmen einzurichten, die im Rahmen der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten der Europäischen Region ergriffen wurden, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Armen und der schwächsten Gruppen zu fördern,
 - e) den Mitgliedstaaten behilflich zu sein durch die Bereitstellung von wissenschaftlich abgestütztem Faktenmaterial für die Verbesserung von Konzepten zur Bewältigung der Problematik Armut und Gesundheit,
 - f) die im Regionalbüro vorhandenen Ressourcen, u. a. das in Venedig angesiedelte, neu gegründete europäische Büro Investition für Gesundheit und Entwicklung, für die Entwicklung von Aktivitäten zur Thematik Armut und Gesundheit und die Bereitstellung von fachlichem Beistand für die Mitgliedstaaten zu nutzen,
 - g) eng mit anderen einschlägigen, in diesem Bereich tätigen Organisationen zusammenzuarbeiten mit dem Ziel, regelmäßige umfassende Berichte über die Armuts- und Gesundheitssituation in der Europäischen Region zu erstellen und die Fortschritte zu verfolgen.

EUR/RC52/R8**Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution WHA53.1 der Weltgesundheitsversammlung, in der anerkannt wurde, dass die weltweite Tuberkulosebelastung die sozioökonomische Entwicklung stark behindert und eine wesentliche Ursache für Frühsterbefälle und menschliches Leid darstellt, und mit der dazu aufgefordert wurde, die Tuberkulosebekämpfung durch die Umsetzung und Ausweitung der direkt überwachten Kurzzeittherapie (DOTS-Strategie) zu beschleunigen,

unter Hinweis auf die Erklärung von Amsterdam vom Jahr 2000 und die Washingtoner Verpflichtung „Stopp der Tb“ im Jahr 2001, in denen die rasche Beschleunigung der Ausweitung der DOTS-Strategie für die Erreichung der von der Weltgesundheitsversammlung bis zum Jahr 2005 aufgestellten Zielvorgaben (70-prozentige Erfassung von Infektionsfällen und 85-prozentiger Behandlungserfolg) und der im Globalen Plan „Stopp der Tb“ mit dem Zieldatum 2010 festgelegten Vorgaben (50-prozentige Verringerung der Sterblichkeit und Prävalenz) als notwendig bezeichnet wurde,

in der Erkenntnis, dass die Tuberkulose in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und neuen unabhängigen Staaten (NUS) außer Kontrolle geraten ist und die dort zu beobachtende Rate der multiazneimittelresistenten Tuberkulose entweder zur höchsten der weltweit überwachten Länder zählt oder in der Mehrheit der NUS unbekannt ist,

in der Erkenntnis, dass die Europäische Region der WHO mit ihrer übergeordneten Strategie der Tuberkulosebekämpfung das Ziel verfolgt, durch die Ausweitung der DOTS-Strategie die Erfassung von Infektionsfällen und den Behandlungserfolg zu verbessern und damit die Ausbreitung der Tuberkuloseepidemie einzudämmen –

1. STELLT SICH HINTER den in Dokument EUR/RC52/9 Add.1 enthaltenen DOTS-Erweiterungsplan für „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006 in der auf der zwölften, dem Thema Tuberkulose gewidmeten Tagung des Organisationsübergreifenden Ausschusses im Januar 2002 gebilligten Form, womit bewirkt werden soll, dass sich alle Mitgliedstaaten und Partner noch stärker auf die Ausweitung der DOTS-Strategie in der Region verpflichten,
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) sicherzustellen, dass die Tuberkulosebekämpfung auf der Gesundheits- und Entwicklungsagenda der Europäischen Region der WHO und insbesondere in den MOE-Ländern sowie in den NUS zu den höchsten Prioritäten zählt,
 - b) ihr politisches Engagement für die Umsetzung und Ausweitung der DOTS-Strategie zu stärken und dabei die konkreten Charakteristika der Tuberkulosesituation und der Tuberkulosedienste in den Ländern und unter Umständen, in denen sich die Wirksamkeit der Strategie erwiesen hat, gebührend zu berücksichtigen, um die von der Weltgesundheitsversammlung für die Tuberkulosebekämpfung bis zum Jahr 2005 aufgestellten Zielvorgaben zu erfüllen und das Auftreten neuer multiazneimittelresistenter Tuberkulosefälle zu verhüten,
 - c) in Ländern mit hoher multiazneimittelresistenter Tuberkuloserate für das Management der multiazneimittelresistenten Tuberkulose die Umsetzung der DOTS-Plus-Strategie zu fördern,
 - d) die Umsetzung der DOTS-Strategie in Strafvollzugseinrichtungen in Osteuropa und in den NUS rasch zu intensivieren sowie die Tuberkulosebekämpfung in diesen Einrichtungen in die gesamtgesellschaftliche Tuberkulosebekämpfung zu integrieren, um der zur Zeit in Einrichtungen des

Strafvollzugs herrschenden Tuberkuloseepidemie und multiarzneimittelresistenten Tuberkuloseepidemie Einhalt zu gebieten,

e) in allen Mitgliedstaaten, insbesondere im Rahmen der DOTS- und DOTS-Plus-Strategie, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit hochwertiger Arzneimittel für alle Formen der Tuberkulose sicherzustellen und dabei die Tatsache zu berücksichtigen, dass sich durch die Behandlung aller erfassten Tuberkulosefälle die Verbreitung der Tuberkulose am besten verhüten lässt,

f) die Anstrengungen zu verstärken, um eine umfassende Zusammenarbeit zwischen den Programmen für die Tuberkulose- und die HIV-Prävention und -bekämpfung sicherzustellen, da die HIV-Epidemie in den NUS rasch zunimmt und die Doppelpandemie von Tuberkulose und HIV ansteigt,

g) sicherzustellen, dass die Tuberkuloseprävention und -bekämpfung im Rahmen der Gesundheitssystementwicklung zum festen Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung wird und hohe Priorität erhält, wobei auch nach der Dezentralisierung und Integration von Diensten die Grundsätze der Tuberkulosebekämpfung beizubehalten sind,

h) die regionalen und gesamtstaatlichen Partnerschaften für die Tuberkulosebekämpfung auf einzelstaatlicher und regionaler Ebene zu erhalten und auszubauen und dabei die Aufmerksamkeit der internationalen Gemeinschaft und Geber auf die in der Region herrschende Tuberkuloseepidemie und multiarzneimittelresistente Tuberkuloseepidemie zu lenken,

i) die Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“ zu unterstützen,

j) gegebenenfalls Strategien für die verstärkte Einbeziehung und Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Privatsektors zu entwickeln,

k) den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria aufzufordern, bei der Zuweisung von Ressourcen für die Tuberkulosebekämpfung die Länder der Europäischen Region mit niedrigem Volkseinkommen zu berücksichtigen,

3. FORDERT die internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und Geber AUF, gemeinsam mit den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro Maßnahmen zu ergreifen, um die in der gesamten Region unternommenen Anstrengungen zur Bekämpfung der Tuberkuloseepidemie und der multiarzneimittelresistenten Tuberkuloseepidemie in der Region zu maximieren, und auch den Ländern mit niedrigem Volkseinkommen zu helfen, Geberressourcen zu erschließen und an den Fonds gerichtete Finanzierungsanträge auszuarbeiten,

4. ERSUCHT den Regionaldirektor,

a) die Tuberkulosebekämpfung zu den höchsten Prioritäten der Gesundheitsagenda für Europa zu zählen,

b) Unterstützung für die Mitgliedstaaten sicherzustellen, damit diese Maßnahmen für die Bekämpfung der Tuberkulose beurteilen, umsetzen, verfolgen und auswerten können, die auf die Erfüllung der von der Weltgesundheitsversammlung aufgestellten Vorgaben abzielen,

c) als Teil der Stärkung der Länderarbeit im Rahmen der Initiative Schwerpunktländer (Country Focus Initiative) die bedürftigen Mitgliedstaaten fachlich dabei zu unterstützen, Pläne für die Finanzierung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria auszuarbeiten,

d) die länderübergreifende Zusammenarbeit bei der Tuberkulosebekämpfung in der Region zu verstärken und zu erleichtern,

- e) die Länder in ihrem Bemühen um die Beschaffung freiwilliger Beiträge zur Tuberkulosebekämpfung zu unterstützen und die Mittelbeschaffung zu fördern, um für die Unterstützung der vom Regionalbüro durchgeführten Aktivitäten zur Tuberkulosebekämpfung zusätzliche außerordentliche Haushaltsmittel sicherzustellen,
- f) das partnerschaftliche Zusammengehen der Gebergemeinschaft auf regionaler und einzelstaatlicher Ebene zu fördern mit dem Ziel, die Bekämpfung der Tuberkulose in der Europäischen Region zu intensivieren und auszuweiten,
- g) im Rahmen seines Berichts dem Regionalkomitee regelmäßig über die bei der Umsetzung des DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006 gemachten Fortschritte zu berichten.

EUR/RC52/R9

Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Verpflichtungserklärung zum Thema HIV/Aids, die im Juni 2001 auf der Sondersitzung der Vollversammlung der Vereinten Nationen angenommen wurde,

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA54.10 und WHA55.12 der Weltgesundheitsversammlung, in denen eine Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung gefordert wurde,

erfreut über den in Dokument EUR/RC52/9 enthaltenen Bericht zur Thematik Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria sowie die vom Regionaldirektor und vom Regionalbüro unternommenen Bemühungen um eine Intensivierung der Aktivitäten zur Bekämpfung von sexuell übertragenen Infektionen und HIV/Aids in der Europäischen Region zur Kenntnis nehmend,

unter Berücksichtigung der Empfehlungen, die auf der am 25. und 26. April 2002 in Moskau abgehaltenen Tagung der europäischen Regionaldirektoren der Ko-Sponsororganisationen des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) abgegeben wurden,

in der Erkenntnis, dass es sich bei der HIV/Aids-Epidemie in der Europäischen Region um eine ernste Gesundheitskrise von beispiellosem Ausmaß handelt, die die Entwicklung, den sozialen Zusammenhalt und die politische Stabilität gefährdet und viele Länder erheblich und auf nicht annehmbare Weise belastet,

in der Erkenntnis, dass die Europäische Region die übergeordnete Strategie verfolgt, die Epidemie einzudämmen und die Anfälligkeit gegenüber der HIV-Infektion zu verringern, und zwar durch Konzentration auf die Ausweitung gezielter Interventionen für anfällige Gruppen, insbesondere intravenös injizierende Drogenkonsumenten, auf die verbesserte Prävention und Behandlung sexuell übertragener Infektionen und auf die Entwicklung umfassender Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit junger Menschen, wobei jedoch zugleich auch daran gearbeitet wird, die Fähigkeit, auf eine allgemeinere Epidemie reagieren zu können, zu verbessern –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,

- a) sicherzustellen, dass das Thema HIV/Aids zu den absoluten Prioritäten der Gesundheits- und Entwicklungsagenda zählt, und multisektorale Strategien und Mechanismen für die Einbeziehung aller Teile der Gesellschaft in den Kampf gegen HIV/Aids zu entwickeln,

- b) in allen Ländern die Umsetzung von Präventions- und Bekämpfungsprogrammen rasch und erheblich zu intensivieren und auszuweiten, und zwar durch die Ausarbeitung umfassender, multi-sektoraler strategischer Pläne und Programme im jeweiligen Land und durch die Zuweisung ausreichender Ressourcen für die HIV/Aids-Bekämpfung, was in den bedürftigen Ländern auch die Ausarbeitung von Plänen und Projekten für die Finanzierung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria beinhaltet,
 - c) ethische rechtliche und normative Maßnahmen zu fördern, die im Einklang mit den höchsten Standards der Bürger- und Menschenrechte stehen und die Privatsphäre und Würde des einzelnen Menschen schützen,
 - d) umfassende Programme für den Schutz der Gesundheit von Jugendlichen und Heranwachsenden aufzustellen, die den Kondomgebrauch und das für die Aneignung gesunder und sicherer Lebensweisen erforderliche Wissen und Können fördern,
 - e) in Übereinstimmung mit der nationalen Politik die umfassende Einführung und Ausweitung evidenzbasierter, zielgerichteter Interventionen für anfällige bzw. besonders gefährdete Gruppen zu fördern, zu ermöglichen und zu stärken, wie Präventions- und Behandlungsprogramme und Programme zur Schadensbegrenzung (z. B. erweiterte Nadel- und Spritzentauschprogramme, Bereitstellung von Desinfektionsmitteln und Kondomen, freiwillige HIV-Beratung und Tests, Substitutionstherapie, Diagnose und Behandlung von sexuell übertragenen Infektionen) in allen betroffenen Gemeinschaften, u. a. auch in Strafvollzugseinrichtungen,
 - f) für Risikogruppen, insbesondere für Sexarbeiter und für Personen mit HIV/Aids, ein stützendes soziales und rechtliches Umfeld zu schaffen und die soziale und rechtliche Ausgrenzung, u. a. Reisebeschränkungen, zu bekämpfen,
 - g) alle Anstrengungen zu unternehmen um sicherzustellen, dass die HIV/Aids-Übertragung von der Mutter auf das Kind wirksam verhindert wird,
 - h) alle Anstrengungen zu unternehmen, um durch die verbesserte Sicherheit von Blut, Blutprodukten, Gewebe und Organen die Übertragung von HIV/Aids durch Bluttransfusionen, Organ- und Gewebetransplantationen weiterhin zu verhüten und um die Qualität, Angemessenheit und Sicherheit der Transfusionspraxis zu fördern und zu stärken,
 - i) die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von sexuell übertragenen Infektionen zu stärken; dabei müssen bedarfsgerechte und humane Präventions- und Betreuungsdienste besser zugänglich und bezahlbar sein, sich insbesondere aktiv um marginalisierte Gruppen kümmern und sicherstellen, dass sie Zugang zu solchen Diensten haben,
 - j) HIV-populationsbasierte Systeme, u. a. die Sentinellüberwachung und die Surveillance des Verhaltens der von diesen Krankheiten betroffenen Personen, zu stärken und auszubauen,
 - k) dafür zu sorgen, dass alle Risikopersonen jederzeit Zugang zu Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsdiensten haben und u. a. allen Personen mit HIV/Aids antiretrovirale Therapien offen stehen, wobei zu betonen ist, dass diese Therapien sicher und wirksam eingesetzt werden müssen,
 - l) den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria aufzufordern, bei der Zuweisung von Ressourcen für die HIV/Aids-Bekämpfung die Länder der Europäischen Region mit niedrigem Volkseinkommen zu berücksichtigen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,

- a) unter gebührender Berücksichtigung der Rolle von UNAIDS die Prävention und Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten und HIV/Aids als eine der vorrangigsten Aufgaben auf der gesundheitspolitischen Agenda des Regionalbüros zu betrachten und sicherzustellen, dass das Regionalbüro die nötigen Ressourcen hat, um den Mitgliedstaaten mit der erforderlichen Sachkenntnis und Hilfe beistehen zu können,
- b) weiterhin aktiv mit dem Sekretariat von UNAIDS, Ko-Sponsoren und anderen Interessenten zusammenzuarbeiten, um den Mitgliedstaaten sachgerechte fachliche Unterstützung für die verbesserte Prävention der HIV-Übertragung leisten und ihnen einen Public-Health-Ansatz für den sicheren und wirksamen Einsatz von Arzneimitteln für Prophylaxe und Therapie bieten zu können,
- c) weiterhin gemeinsam mit den Mitgliedstaaten darauf hin zu arbeiten, dass umfassende Konzepte für die Prävention und Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten und HIV/Aids Eingang in ihre Gesundheitssysteme finden,
- d) den Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Projekte für die Verbesserung der Blutsicherheit beizustehen mit dem Ziel, Geberressourcen zu erschließen,
- e) als Teil der Stärkung der Länderarbeit im Rahmen der Initiative Schwerpunktländer (Country Focus Initiative) die bedürftigen Mitgliedstaaten fachlich dabei zu unterstützen, Pläne für die Finanzierung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria auszuarbeiten,
- f) dem Regionalkomitee jährlich über die bei der Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie in der Europäischen Region erzielten Fortschritte zu berichten.

EUR/RC52/R10

Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution WHA52.11 der Weltgesundheitsversammlung, in der Roll Back Malaria als vorrangiges Projekt der WHO ausgewiesen wurde,

in Bekräftigung der Tatsache, dass die Auswirkungen der Malaria die menschliche Entwicklung hemmen, und in Würdigung der im Roll Back Malaria-Bericht der Generaldirektorin vom Januar 1999 enthaltenen innovativen Konzepte und operativen Mechanismen,

in der Erkenntnis, dass es in einigen europäischen Ländern zu großen Malariaepidemien kommt und in einigen Ländern der Europäischen Region der WHO in letzter Zeit erneut eine durch Plasmodium falciparum verursachte Malariaübertragung stattgefunden und die Krankheit sich möglicherweise auch ausgebreitet hat,

unter Begrüßung der vom WHO-Regionalbüro für Europa zur Verringerung der Malarialast in der Region entwickelten und geförderten Strategie Roll Back Malaria –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) sicherzustellen, dass das Interesse an einer Bekämpfung der Malaria und die entsprechenden Maßnahmen in allen betroffenen Ländern der Europäischen Region der WHO auf der Gesundheits- und Entwicklungsagenda einen hohen Stellenwert haben,

- b) ihr politisches Engagement dem tatsächlichen Ausmaß des Malariaproblems in dem jeweiligen Land anzupassen,
 - c) sicherzustellen, dass nationale Malariaprogramme in Übereinstimmung mit der regionalen Strategie Roll Back Malaria und mit internationalen Standards für den Umweltschutz umgesetzt werden, und dabei das Schwergewicht auf die Bedürfnisse der gefährdeten Bevölkerungsgruppen, auf evidenzbasierte Maßnahmen und auf die wirksamere Ausnutzung der vorhandenen Instrumente sowie auf die entschlossene Hinwendung zur integrierten Malariaprävention und -bekämpfung im Rahmen der Entwicklung des Gesundheitssektors zu legen,
 - d) auf Länderebene durch die Beschaffung externer Ressourcen partnerschaftliche Maßnahmen zu ergreifen, weiterzuführen und zu intensivieren, was in den bedürftigen Ländern auch die Ausarbeitung von Plänen und Projekten für die Finanzierung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria beinhaltet,
 - e) die Fortschritte laufend zu verfolgen und die Ergebnisse der Interventionen im Rahmen von Roll Back Malaria anhand der von der WHO empfohlenen Kriterien auszuwerten,
 - f) die Kapazitäten für die Frühdiagnose und umgehende Behandlung zu verbessern,
 - g) Strategien für die verstärkte Einbeziehung und Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Privatsektors zu entwickeln,
 - h) den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria aufzufordern, bei der Zuweisung von Ressourcen für die Malariabekämpfung die Länder der Europäischen Region mit niedrigem Volkseinkommen zu berücksichtigen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) sicherzustellen, dass die Bekämpfung und Verhütung der Malaria auf der europäischen Gesundheitsagenda ihren hohen Stellenwert behält, sowie geeignete Strategien zu fördern und für die Bemühungen im Rahmen von Roll Back Malaria fachliche Beratung bereitzustellen,
 - b) die Erschließung zusätzlicher Ressourcen für das WHO-Regionalbüro für Europa zu unterstützen, damit die Mitgliedstaaten dabei unterstützt werden können, die regionalen Zielvorgaben von Roll Back Malaria zu erfüllen,
 - c) das partnerschaftliche Zusammengehen mit der Gebergemeinschaft auf regionaler Ebene und in den einzelnen Ländern zu fördern, um damit die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zu erleichtern,
 - d) als Teil der Stärkung der Länderarbeit im Rahmen der Initiative Schwerpunktländer (Country Focus Initiative) die bedürftigen Mitgliedstaaten fachlich dabei zu unterstützen, Pläne für die Finanzierung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria auszuarbeiten,
 - e) die Surveillance und Vektorbekämpfung zu stärken,
 - f) die länderübergreifende Zusammenarbeit bei der Malariabekämpfung in der Region zu verstärken und zu erleichtern,
 - g) dem Regionalkomitee regelmäßig über die erzielten Fortschritte zu berichten und dabei insbesondere zu verdeutlichen, inwieweit die partnerschaftliche Zusammenarbeit dazu beiträgt, die Malarialast zu verringern und zu verhindern, dass die Krankheit wieder aufflammt oder in den Ländern erneut Fuß fasst.

EUR/RC52/R11**Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung des Berichts des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokument EUR/RC52/3 und EUR/RC52/3 Add.1) sowie der darin enthaltenen Maßnahmenvorschläge und Empfehlungen –

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 während der 52. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu treffen, unter voller Berücksichtigung der vom Regionalkomitee auf der 52. Tagung vereinbarten und im Tagungsbericht festgehaltenen Änderungen.

EUR/RC52/R12**Europäische Anti-Tabak-Strategie**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution WHA52.18 und WHA53.16 der Weltgesundheitsversammlung, mit denen ein allen Mitgliedstaaten offen stehendes zwischenstaatliches Gremium eingesetzt wurde, das den Vorschlag für ein Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen und mögliche damit zusammenhängende Protokolle entwerfen und aushandeln soll, und mit denen das Zwischenstaatliche Verhandlungsgremium aufgefordert wurde, seine Verhandlungen einzuleiten, sowie unter Hinweis auf Resolution WHA54.18, in der dazu aufgefordert wurde, die Anti-Tabak-Maßnahmen transparent zu gestalten,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC47/R8, mit der es den Dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa als Katalog von Leitlinien für die europäischen Mitgliedstaaten anerkannt hat,

in der Erkenntnis, dass es sich bei der Tabakepidemie um eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen handelt, denen sich die Europäische Region der WHO gegenüber sieht und die deshalb eine gemeinsame Reaktion erfordert,

nach Behandlung der Warschauer Erklärung für ein tabakfreies Europa und von Dokument EUR/RC52/11, in dem auf der Grundlage einer Bewertung der Umsetzung des Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa und ausgehend von den Empfehlungen der europäischen ministeriellen WHO-Konferenz: Für ein tabakfreies Europa (Warschau, 18. – 19. Februar 2002) eine europäische Anti-Tabak-Strategie vorgeschlagen wird,

in Kenntnis der Tatsache, dass die Warschauer Erklärung für ein tabakfreies Europa das hochrangige politische Engagement der Mitgliedstaaten für die Koordination und Stärkung ihrer sich gegen die Tabakepidemie richtenden Maßnahmen unterstreicht,

unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Möglichkeiten der Mitgliedstaaten –

1. **SPRICHT** dem Regionalbüro für Europa **SEINE ANERKENNUNG AUS** für die in den letzten Jahren für die Förderung des Aktionsplans geleistete Arbeit und für die Organisation der europäischen ministeriellen WHO-Konferenz,
2. **DANKT** der Regierung von Polen, dass sie sich als Gastgeberin für die Europäische ministerielle WHO-Konferenz zur Verfügung gestellt hat, und den Regierungen von Malta, Slowenien und den Niederlanden für ihre Gastfreundschaft bei der Vorkonferenz und den Follow-up-Tagungen der nationalen Ansprechpartner sowie der Regierung der Schweiz für die bereitgestellten finanziellen Ressourcen und dafür, dass sie als Gastgeberin des Redaktionsausschusses für die Erklärung von Warschau fungiert und die Koordination dieser Arbeit übernommen hat,
3. **MACHT SICH** die Warschauer Erklärung für ein tabakfreies Europa als politisches Leitliniendokument für koordinierte Anti-Tabak-Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO **ZU EIGEN**,
4. **NIMMT** die europäische Anti-Tabak-Strategie als strategischen Handlungsrahmen an, an dem sich die Mitgliedstaaten in ihrer nationalen Politik und in der internationalen Zusammenarbeit orientieren können,
5. **DANKT** dem Ausschuss für ein tabakfreies Europa für die während seiner Amtszeit geleistete Arbeit und **BITTET** den Regionaldirektor, die Funktionen des Ausschusses dem bestehenden Netz der die Mitgliedstaaten vertretenden nationalen Ansprechpartner zu übertragen, das in angemessener Weise einschlägige internationale Schlüsselpartner in die weitere Arbeit einbeziehen wird,
6. **BITTET** die Mitgliedstaaten **EINDRINGLICH**,
 - a) ihre Anti-Tabakmaßnahmen und ihre Handlungsmöglichkeiten in Übereinstimmung mit der europäischen Anti-Tabak-Strategie zu stärken,
 - b) zur Etablierung eines europäischen WHO-Monitoringsystems für Anti-Tabakmaßnahmen beizutragen, das ein wichtiges internationales Element der europäischen Anti-Tabak-Strategie darstellt,
 - c) die zwischenstaatlichen Konsultationen für ein koordiniertes europäisches Vorgehen im Prozess der Verhandlungen um das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen zu intensivieren und im Mai 2003 aktiv zur Annahme eines starken, der öffentlichen Gesundheit verpflichteten Rahmenübereinkommens durch die Weltgesundheitsversammlung beizutragen,
 - d) den Prozess der Annahme und Ratifizierung des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens zu beschleunigen,
7. **ERSUCHT** den Regionaldirektor,
 - a) der Orientierungshilfe für die Mitgliedstaaten und der Unterstützung ihrer Aktivitäten zur Stärkung ihrer Politik und Kompetenzbildung im Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen hohe Priorität einzuräumen,
 - b) Ressourcen zu beschaffen und die Umsetzung des internationalen Elements der europäischen Anti-Tabakstrategie, insbesondere eines europäischen WHO-Monitoringsystems für Anti-Tabak-Maßnahmen, zu erleichtern,
 - c) in Rücksprache mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees die Arbeitsaufgaben für das Netz der nationalen Ansprechpartner anzunehmen, das als internationales Beratungsgremium für die europäische Anti-Tabak-Strategie fungieren soll,
 - d) die Möglichkeiten für die Schaffung eines europäischen Anti-Tabak-Bündnisses zu erkunden und die Schaffung eines solchen Bündnisses zu erleichtern, dem die Mitgliedstaaten sowie

internationale und nichtstaatliche Organisation angehören werden, die daran interessiert sind, ihre Sachkenntnis und ihre Ressourcen in die Arbeit einzubringen, damit die koordinierten Anti-Tabakmaßnahmen in der Europäischen Region beschleunigt werden können,

- e) dem Regionalkomitee auf dessen 56. Tagung einen Bericht über den Stand der Umsetzung der europäischen Anti-Tabak-Strategie vorzulegen.

*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 der Generaldirektorin**
- 3. Bericht des Regionaldirektors**
- 4. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**
- 5. Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees, u. a.:**
 - a) Empfehlungen zu Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat
 - b) Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit
 - c) Bericht über die externe Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung
 - d) Bericht der SCRC-Untergruppe Bioethik
- 6. Partnerschaften für Gesundheit**
- 7. Grundsatz- und Fachfragen**
 - a) Armut und Gesundheit
 - b) Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria
 - c) Programmaushaltsvoranschlag für 2004–2005
 - d) Europäische Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen (Vierter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa)
 - e) Die Rolle des Privatsektors im Gesundheitssystem
- 8. Wahlen und Nominierungen**
 - a) Nominierung von drei Mitgliedern für den Exekutivrat
 - b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
 - c) Wahl von vier Mitgliedern für den Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit
 - d) Wahl von einem Mitglied für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- 9. Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des Regionalkomitees**
- 10. Antrag von Zypern auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO**
- 11. Sonstige Angelegenheiten**
- 12. Annahme des Berichts und Abschluss der 52. Tagung**

Fachinformation zum Thema
Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
(vom Sekretariat während der Tagung organisiert)

*Anhang 2***LISTE DER DOKUMENTE****Arbeitsdokumente**

EUR/RC52/1 Rev.2	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC52/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC52/3	Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC52/3 Add.1	Bericht der sechsten Tagung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC52/4	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2000–2001
EUR/RC52/5	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC52/5 Corr.1	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC52/5 Add.1	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC52/5 Add.2	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC52/5 Add.3	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC52/6	Angelegenheiten, die sich aus Beschlüssen und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC52/7	Partnerschaften für Gesundheit
EUR/RC52/8	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC52/9	Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria
EUR/RC52/9 Add.1	DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006
EUR/RC52/10	Die Rolle des Privatsektors und der Privatisierung in Gesundheitssystemen der Europäischen Region
EUR/RC52/11	Europäische Anti-Tabak-Strategie
EUR/RC52/12	Programmhaushaltsvoranschlag der WHO für 2004–2005
EUR/RC52/12 Add.1	Programmhaushaltsvoranschlag 2004–2005: Die Perspektive der Europäischen Region der WHO

Konferenzdokumente

EUR/RC52/Conf.Doc./1 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC52/Conf.Doc./2	Bericht des neunten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC52/Conf.Doc./3	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit WHO in der Europäischen Region 2000–2001
EUR/RC52/Conf.Doc./4 Rev.1	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO

EUR/RC52/Conf.Doc./5 Rev.1	Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC52/Conf.Doc./6 Rev.1	Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC52/Conf.Doc./7 Rev.1	Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC52/Conf.Doc./8	Europäische Anti-Tabak-Strategie
EUR/RC52/Conf.Doc./9	Programmhaushaltsvoranschlag für 2004–2005
EUR/RC52/Conf.Doc./10	Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2003 und 2004
EUR/RC52/Conf.Doc./11	Zertifizierung der Europäischen Region der WHO als von endemischen Polio-Wildviren freies Gebiet
EUR/RC52/Conf.Doc./12	Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit
EUR/RC52/Conf.Doc./13	Empfehlungen der paneuropäischen FAO/WHO-Konferenz Lebensmittelsicherheit und -qualität, 25.–28. Februar 2002

Informationsdokumente

EUR/RC52/Inf.Doc./1	Zusammenfassender Bericht über die unabhängige Evaluation des Regionalbüro-Programms Gesundheitsreform
EUR/RC52/Inf.Doc./2	Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)
EUR/RC52/Inf.Doc./3	Bericht des Regionaldirektors – Umsetzung des Programmhaushalts 2000–2001
EUR/RC52/Inf.Doc./4	Bericht über die Situation der Zentren des WHO-Regionalbüros („geographisch verteilte Büros“)
EUR/RC52/Inf.Doc./5	Überführung von Zypern aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO

Hintergrunddokumente

EUR/RC52/BD/1	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC52/BD/2	Full report on the external evaluation of the WHO Regional Office's Health Care Reform programmes (nur auf Englisch)
EUR/RC52/BD/3	Technical briefing – Health impact assessment (nur auf Englisch)
EUR/01/5020906/6	Die Erklärung von Warschau: Für ein tabakfreies Europa

*Anhang 3***LISTE DER REPRÄSENTANTEN UND ANDEREN TEILNEHMER****I. MITGLIEDSTAATEN****Albanien**

Repräsentant Dr. Mustafa Xhani
Gesundheitsminister

Andorra

Repräsentantin Florencia Aleix
Botschaft des Fürstentums Andorra in Dänemark

Armenien

Repräsentant Dr. Tatul Hakobyan
Stellvertretender Gesundheitsminister

Aserbaidshan

Repräsentanten Professor Ali Binat-ogly Insanov
Gesundheitsminister

Dr. Alexander Umnyashkin
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Belgien

Repräsentanten Dr. Godfried Thiers
Direktor, Louis-Pasteur-Forschungsinstitut für öffentliche Gesundheit

Alfred Berwaerts
Generaldirektor, Internationale Beziehungen, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt

Michel Lastchenko
Botschafter des Königreichs Belgien in Dänemark

Stellvertreter Jan Dams
Stellvertretender Direktor, Direktion Gesundheitsversorgung, Ministerium der flämischen Gemeinschaft

Berater Leen Meulenbergs
Expertin/Sachverständige, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt

Dr. Daniel Reynders
Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt

Bosnien-Herzegowina

Repräsentanten Dr. Zeljko Mišanović
Gesundheitsminister, Föderation Bosnien-Herzegowina

Dr. Milorad Balaban
Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Stellvertreter Dr. Milan Latinović
Stellvertretender Gesundheitsminister, Republik Srpska

Nudžeim Rečica
Botschafter der Republik Bosnien-Herzegowina in Dänemark

Berater Professor Žarko Pavić
Berater des Premierministers in Gesundheitsfragen, Republik Srpska

Olivera Tadić
Leiterin, Büro des Gesundheitsministers, Föderation Bosnien und Herzegowina

Bulgarien

Repräsentanten Dr. Lubomir Koumanov
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Stayko Koulaksazov
Direktor, Internationale Zusammenarbeit und europäische Integration, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Valentin Dontchev
Leiter, Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Berater Professor Peter Nikolakov
Vorsitzender, Akkreditierungsrat, Gesundheitsministerium

Dänemark

Repräsentanten Lars Løkke Rasmussen
Minister für Inneres und Gesundheit

Ib Valsborg
Staatssekretär, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Stellvertreter

Dr. Jens Kristian Gøtrik
Leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde

Mogens Jørgensen
Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Berater

Karen Worm
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Dr. Sigrid Poulsen
Nationale Gesundheitsbehörde

Hanne Findsen
Sonderberaterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Marianne Kristensen
Chefberaterin, Nationale Gesundheitsbehörde

Kåre Geil
Persönlicher Referent des Ministers für Inneres und Gesundheit

Søren Thomsen
Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Deutschland*Repräsentant*

Helmut Voigtländer
Leiter der Unterabteilung „Angelegenheiten der EU, Internationale Zusammenarbeit“, Bundesministerium für Gesundheit

Stellvertreter

Michael Debrus
Leiter des Referats Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Klaus Botzet
Referent, Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien*Repräsentanten*

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

Dr. Borislav Josifovski
Leiter, Abteilung für Präventive und Primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Estland

Repräsentanten Ain Aaviksoo
Leiter, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Mati Murd
Dritter Staatssekretär, Botschaft der Republik Estland in Dänemark

Finnland

Repräsentanten Dr. Jarkko Eskola
Generaldirektor, Abteilung Familie und Gemeinwohl, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjatta Blanco-Sequeiros
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Stellvertreter Liisa Ollila
Beraterin des Ministers, Abteilungsleiterin Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Sakari Lankinen
Berater des Ministers, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Berater Dr. Simo Kokko
Leiter der Entwicklungsabteilung, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit (STAKES)

Timo Heino
Berater, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Frankreich

Repräsentanten Régis de Bélenet
Botschafter der Französischen Republik in Dänemark

Professor Lucien Abenheim
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte

Stellvertreter Dr. Jean-Baptiste Brunet
Leiter, Europäische und Internationale Angelegenheiten, Generaldirektion für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte

Catherine Feuillet
Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Berater

Dr. Anne Pinteaux
Delegierte für Europäische und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte

Alain Lefebvre
Berater für soziale und gesundheitliche Angelegenheiten, Botschaft der Französischen Republik in Dänemark

Marion Dehais
Erste Staatssekretärin, Botschaft der Französischen Republik in Dänemark

Griechenland

Repräsentanten

Ektor Nasiokas
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Meropi Violaki-Paraskeya
Generaldirektorin h.c. für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Andonios Nicolaidis
Botschafter der Griechischen Republik in Dänemark

Berater

Dr. Themistokles Sapounas
Direktor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Andreas Milios
Nationaler Sachverständiger, Ständige Vertretung Griechenlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Professor Jenny Kourea-Kremastinou
Beraterin am Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl, Nationale Akademie für Öffentliche Gesundheit

Irland

Repräsentant

Dr. James Kiely
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Stellvertreterinnen

Dr. Eibhlin Connolly
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Mary Aylward
Regierungsrätin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Berater Donal McCarthy
Referent, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Island

Repräsentanten Jón Kristjánsson
Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit

David Á. Gunnarsson
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Stellvertreter Ragnheiður Haraldsdóttir
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Ingimar Einarsson
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Berater Stefan Johannesson
Botschafter, Ständige Vertretung Islands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Sigurður Gudmundsson
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Dr. Sveinn Magnússon
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Einar Magnússon
Leiter der Abteilung Arzneimittelwesen, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Israel

Repräsentanten Yair Amikam
Stellvertretender Generaldirektor, Information und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Yitzhak Sever
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Italien

Repräsentantin Dr. Marta Di Gennaro
Generaldirektorin, Informatik, Statistik und Strukturelle und Technische Investitionen, Gesundheitsministerium

<i>Stellvertreter</i>	Dr. Francesco Cicogna Leitender Medizinaldirektor, Büro für internationale Beziehungen und Gemeindepolitik, Gesundheitsministerium
	Professor Giancarlo Majori Direktor, Abteilung Parasitologie, Nationalinstitut für Gesundheit
<i>Beraterin</i>	Natalia Quintavalle Ständige Vertretung der Italienischen Republik bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Jugoslawien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Tomica Milosavljevic Gesundheitsminister der Republik Serbien
	Dr. Zarko Micovic Gesundheitsminister der Republik Montenegro
<i>Stellvertreter</i>	Branislav Srdanovic Botschafter der Bundesrepublik Jugoslawien in Dänemark
	Milos Knezevic Beigeordneter Bundessekretär für Arbeit, Gesundheit und Soziales
	Dr. Dragomir Marisavljevic Stellvertretender Gesundheitsminister der Republik Serbien
	Dr. Dragan Lausevic Stellvertretender Gesundheitsminister der Republik Montenegro
	Milos Todorovic Attaché, Botschaft der Bundesrepublik Jugoslawien in Dänemark

Kirgisistan

<i>Repräsentant</i>	Professor Mitalip Mamytovich Mamytov Gesundheitsminister
<i>Berater</i>	Dr. Boris Ivanovich Dimitrov Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Kroatien

<i>Repräsentantin</i>	Karmen Klemente Leiterin, Büro des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium
-----------------------	--

Lettland

Repräsentant Viktors Jaksons
Minister für Gemeinwohl

Litauen

Repräsentanten Romualda Baranauskienė
Unterstaatssekretärin, Gesundheitsministerium

Professor Vilius Grabauskas
Kanzler, Medizinische Universität Kaunas

Stellvertreter Viktoras Meižis
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration,
Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentantinnen Dr. Danielle Hansen-Koenig
Generaldirektorin für Gesundheit, Direktion Gesundheit

Aline Schleder-Leuck
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

Malta

Repräsentant Carmel J. Aquilina
Botschafter der Republik Malta in Dänemark

Stellvertreter Dr. Andrew J. Amato-Gauci
Leiter, Abteilung Gesundheitspolitik und Planung, Gesundheitsministerium

Dr. Karen Vincenti
Leitende Medizinaldirektorin, Gesundheitsministerium

Stephen Borg
Berater, Botschaft der Republik Malta in Dänemark

Monaco

Repräsentantin Dr. Anne Nègre
Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen, Abteilung für Inneres, Staatsministerium

Niederlande

<i>Repräsentanten</i>	Hans de Goeij Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit, 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, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
	Monique Middelhoff Erste Staatssekretärin, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Norwegen

<i>Repräsentantin</i>	Hilde C. Sundrehagen Generaldirektorin, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Lars Hanssen Generaldirektor, Norwegische Gesundheitsbehörde
	Dr. Per Wium Chefberater, Direktion Gesundheit und Gemeinwohl
	Dr. Ottar Christiansen Berater, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
	Tharald Hetland Chefberater, Gesundheitsministerium
	Turid Kongsvik Chefberaterin, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten
	Eldrid Røine Beraterin, Gesundheitsministerium

Österreich

<i>Repräsentanten</i>	Professor Dr. Reinhart Waneck Staatssekretär für Gesundheit, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
-----------------------	---

Dr. Hubert Hrabcik
Leiter der Sektion Gesundheitswesen, Bundesministerium für soziale Sicherheit
und Generationen

Stellvertreterin Dr. Verena Gregorich-Schega
Leiterin der Abteilung Internationale Angelegenheiten des Gesundheitswesens,
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Berater Raphael Bayer
Abteilung Internationale Angelegenheiten des Gesundheitswesens, Bundesmi-
nisterium für soziale Sicherheit und Generationen

Polen

Repräsentant Professor Jerzy Szczerbań
Präsident, Wissenschaftlicher Beirat des Gesundheitsministers, Gesundheitsmi-
nisterium

Stellvertreter Dr. Mirosław Manicki
Direktor, Abteilung für europäische Integration und internationale Beziehun-
gen, Gesundheitsministerium

Barbara Bitner
Beraterin des Gesundheitsministers, Abteilung für europäische Integration und
internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Portugal

Repräsentanten Dr. Francisco George
Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Paulo Barcia
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung Portugals bei dem Büro der Vereinten
Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Republik Moldau

Repräsentant Dr. Andrei Gherman
Gesundheitsminister

Rumänien

Repräsentanten Dr. Daniela Bartos
Ministerin für Gesundheit und Familie

Dr. Alexandru Rafila
Generaldirektor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit
und Familie

Stellvertreter Dr. Canel Heredea
Stellvertretender Direktor, Internationale Beziehungen und Europäische Integration, Ministerium für Gesundheit und Familie

Beraterin Lavinia Dimancea
Staatsrätin, Ministerium für Gesundheit und Familie

Russische Föderation

Repräsentanten Tatiana Ivanova Stukolova
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Nikolay N. Bordyuzha
Botschafter der Russischen Föderation in Dänemark

Stellvertreter Dr. Sergei M. Furgal
Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Berater Dr. Anatoly V. Pavlov
Stellvertretender Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Vladimir M. Zimianin
Chefberater, Abteilung für Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Andrei L. Lisitsin
Erster Staatssekretär, Botschaft der Russischen Föderation in Dänemark

San Marino

Repräsentanten Maurizio Rattini
Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit

Federica Bigi
Botschafterin, Ständige Vertretung der Republik San Marino bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Stellvertreter Iro Belluzzi
Kordinator, Ministerium für Gesundheit, soziale Sicherheit und Gemeinwohl

Schweden

Repräsentantinnen Kerstin Wigzell
Generaldirektorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Irène Nilsson Carlsson
Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

<i>Stellvertreter</i>	Ann-Christin Filipsson Direktorin, Expertin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
	Cecilia Halle Sachbearbeiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
	Birgitta Schmidt Direktorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl
	Bo Pettersson Stellvertretender Generaldirektor, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Schweiz

<i>Repräsentanten</i>	Professor Thomas Zeltner Direktor, Bundesamt für Gesundheit
	Cornelia Oertle Bürki Stellvertretende Zentralsekretärin, Sanitätsdirektorenkonferenz
<i>Stellvertreter</i>	Stephanie Zobrist Leiterin, Stabsstelle Internationales, Bundesamt für Gesundheit
	Alexandre von Kessel Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Stabsstelle Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Slowakei

<i>Repräsentanten</i>	Roman Bužek Botschafter der Slowakischen Republik in Dänemark
	Dr. Svätopluk Hlavacka Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreterinnen</i>	Dr Jaroslava Hurná Gesundheitsministerium
	Zuzana Červená Gesundheitsministerium
<i>Beraterinnen</i>	Jana Bartosiewiczová Beraterin, Ständige Vertretung der Slowakischen Republik bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
	Martina Siváková Zweite Staatssekretärin, Botschaft der Slowakischen Republik in Dänemark

Slowenien

<i>Repräsentanten</i>	Professor Dušan Keber Gesundheitsminister
	Andrej Logar Botschafter der Slowenischen Republik in Dänemark
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Božidar Voljč Direktor, Nationale Blutbank
<i>Berater</i>	Robert Krmelj Berater, Botschaft der Slowenischen Republik in Dänemark

Spanien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Ana María Pastor-Julian Ministerin für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Rafael Perez-Santamarina Generalsekretär für Gesundheitsfragen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
<i>Stellvertreter</i>	Professor José M. Martin-Moreno Generaldirektor für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Paloma Alonso-Cuesta Stellvertretende Generaldirektorin, Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Isabel de la Mata Barranco Stellvertretende Generaldirektorin, Gesundheitsprogramme und -dienste, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
<i>Beraterinnen</i>	Dr. Begoña Merino Merino Fachberaterin, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Isabel Noguer-Zambrano Fachberaterin, Nationales Aids-Programm, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Susana Camara-Angulo Ständige Vertretung des Königreichs Spanien bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Tadschikistan

<i>Repräsentant</i>	Dr. Alamhon Akhmedov Gesundheitsminister
---------------------	---

Tschechische Republik

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Michael Vít Stellvertretender Gesundheitsminister und Generaldirektor für Gesundheit
	Marie Košťálová Botschafterin der Tschechischen Republik in Dänemark
<i>Stellvertreter</i>	Blanka Jankásková Leiterin, Abteilung Internationale Organisationen und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
	Daniel Prouza Konsul, Botschaft der Tschechischen Republik in Dänemark
	Edita Švimberská Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Professor Bohumil Fišer Ehemaliger Gesundheitsminister

Türkei

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Osman Durmus Gesundheitsminister
	Fügen Ok Botschafterin der Türkischen Republik in Dänemark
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Ismail Toprak Generaldirektor, Primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium
	Kamuran Özden Leiter, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Professor Orhan Canbolat Medizinische Fakultät, Universität Gazi
	Sevim Tezel Aydin Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium
	Yasemin Eralp Irten Staatssekretärin, Botschaft der Türkischen Republik in Dänemark
	Dr. Fatma Nur Aksakal Generaldirektorin, Primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium
<i>Sekretär</i>	Nursal Kasapoglu Sekretär des Gesundheitsministers

Turkmenistan

Repräsentant Dr. Byashim Sopyev
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Pharmazeutische Industrie

Ukraine

Repräsentant Yuriy Pavlov
Amtierender Chargé d'affaires der Ukraine in Dänemark

Ungarn

Repräsentantin Zsuzsanna Jakab
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin Katalin Novák
Leiterin, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Koordination der europäischen Integration, Gesundheitsministerium

Usbekistan

Repräsentant Professor Feruz Nazirov
Gesundheitsminister

Stellvertreter Khamid Karimov
Rektor, Staatliche Medizinische Universität Taschkent

Dr. Nurmat S. Atabekov
Leiter, Abteilung für Hygieneüberwachung und Epidemiologische Surveillance,
Gesundheitsministerium

Dr. Abdunomon Sidikov
Direktor, Abteilung EEA, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Repräsentanten Sir Liam Donaldson
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Pat Troop
Stellvertretende Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Nick Boyd
Leiter, Unterabteilung Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Anthony Kingham
Referatsleiter, Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Anna Maslin
Internationale Referentin für Pflege- und Hebammenwesen, Gesundheitsministerium

Dr. Andrew K. Fraser
Stellvertretender Generaldirektor, Schottisches Gesundheitsministerium

Weißrussland

Repräsentantin Dr. Liudmila Andreevna Postoyalko
Gesundheitsministerin

II. BEOBACHTER AUS MITGLIEDSTAATEN ANDERER REGIONEN DER WHO

Japan

Satoshi Hemmi
Erster Staatssekretär, Ständige Vertretung Japans bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Zypern

Michalis Stavrinou
Botschafter der Republik Zypern in Dänemark

Alexandros Vikis
Botschafter, Ständige Vertretung der Republik Zypern bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

III. BEOBACHTER AUS MITGLIEDSTAATEN DER WIRTSCHAFTSKOMMISSION FÜR EUROPA

Kanada

Carla Gilders
Staatssekretärin, Gesundheit und Soziales, Kanadische Vertretung bei der Europäischen Union

Vereinigte Staaten von Amerika

David E. Hohman
Gesundheits-Attaché, Vertretung der Vereinigten Staaten von Amerika bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

IV. BEOBACHTER AUS NICHTMITGLIEDSTAATEN

Heiliger Stuhl

Mgr Stephan Stocker
Sekretär der Apostolischen Nuntiatur in Dänemark

Anne Lise Timmermann
Apostolische Nuntiatur in Dänemark

V. REPRÄSENTANTEN VON ORGANISATIONEN DER VEREINTEN NATIONEN UND ANDERER ORGANISATIONEN

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO)

Dr. Niek Schelling

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

Dr. Peter Piot
Henning Mikkelsen
Ulf T. Kristoffersson

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) Regionalbüro für MOE, NUS und die baltischen Länder

Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar

Weltbank

Dr. Armin H. Fidler

VI. REPRÄSENTANTEN VON ANDEREN ZWISCHENSTAATLICHEN ORGANISATIONEN

Europäische Kommission

Fernand Sauer
Antonis Lanaras
Dr. Vladimir Kozyreff

Europarat

Karl-Friedrich Bopp

VII. REPRÄSENTANTEN VON NICHTSTAATLICHEN ORGANISATIONEN, DIE OFFIZIELLE BEZIEHUNGEN ZUR WHO UNTERHALTEN

International College of Surgeons

Dr. Yaw-Tang Shih
Dr. Peter Chang Wushou

International Council for Standardization in Haematology and International Society of Haematology

Dr. Benedicte Laursen

International Pharmaceutical Federation

Dr. Peter Kielgast
Ida Gustafsen

Internationaler Ärztinnenbund

Dr. Vibeke Jørgensen
Dr. Annemette Mygh

Internationaler Hebammenverband

Lillian Bondo

Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie

Sissel Brinchmann

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger

Ea Trane
Kirsten Stallknecht
Annie Marrot

Weltbund der Pfadfinder und Pfadfinderinnen

Estrid Staehr Hansen

Weltvereinigung für physikalische Therapeutik

Inger Brondsted
Elisabeth Berents

World Hypertension League

Dr. Svend Strandgaard

VIII. BEOBACHTER*Association of Schools of Public Health in the European Region*

Professor Roza Adany

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

Merete Thorsen

Verbund Regionen für Gesundheit

Dr. Jaroslav Volf

World Health Professions Alliance

Dr. Peter Kielgast

*Anhang 4***ANSPRACHE DER GENERALDIREKTORIN DER WHO**

Herr Präsident,
sehr geehrte Minister,
Delegierte,
meine Damen und Herren,

es ist mir eine Freude, an Ihrer Tagung teilnehmen und die anwesenden Delegationen begrüßen zu können. Kurz bevor Sie Ihre Arbeit beenden, komme ich direkt aus Jakarta und Kioto zu Ihnen: Ich freue mich darauf, Ihre Schlussfolgerungen zu hören.

Herr Präsident, verehrte Delegierte,

Der 21. Juni diesen Jahres war ein großer Tag für diese Region. Die Europäische Region wurde für poliofrei erklärt – das Ergebnis einer großen Anstrengung.

Diejenigen von uns, die im letzten Jahr am Regionalkomitee in Madrid teilnahmen, werden dieses nie vergessen. Die Bilder der brennenden Türme in den Vereinigten Staaten ließen uns alle erstarren. Vielleicht begannen wir bereits darüber nachzudenken, wie dieses tragische Ereignis den folgenden Monaten seinen Stempel aufprägen würde.

Die globale gegenseitige Abhängigkeit ist noch deutlicher zutage getreten. Wir sind uns einer potenziellen, planmäßigen Bedrohung unserer Gesundheit bewusst geworden, die darauf abzielt Schrecken hervorzurufen, Leiden zu verursachen und unsere Sicherheit zu untergraben. Die Länder der Europäischen Region sind diesen Bedrohungen solidarisch entgegengetreten.

Mitgliedstaaten der WHO haben gemeinsam mit dem Sekretariat die möglichen Folgen biologischer, chemischer und radioaktiver Zwischenfälle für die öffentliche Gesundheit untersucht. Wir haben alle erkannt, wie wichtig es ist Informationen miteinander zu teilen, besser zu überwachen und besser vorbereitet zu sein. Wir haben gehandelt – gemeinsam.

Dieses Bemühen muss weitergehen.

Wir mussten auf neue Notlagen in der Region reagieren, während wir uns noch von vergangenen Krisen erholten. Die jüngsten Überschwemmungen in Mitteleuropa sind ein Beispiel, bei dem die Ressourcen der Länder bis an die Grenze belastet wurden. Die WHO hat schnell auf die Anfragen nationaler Behörden reagiert.

Herr Präsident,

Ich befinde mich inmitten eines Monats ununterbrochener Dienstreisen. Der September begann, unmittelbar nachdem ich mit den Gesundheitsministern des südlichen Afrikas versucht hatte, eine humanitäre Katastrophe in der Region abzuwenden und langfristige Folgen der Krise zu mildern. Ich stieß dann zu den in Johannesburg versammelten Staatsoberhäuptern, die sich mit der kritischen Fortführung des Gipfels von Rio und mit den hart umkämpften Verpflichtungen für eine gemeinsame Zukunft der Menschen und des Planeten beschäftigten. Ich besuchte Lesotho und sah dort aus nächster Nähe die Maßnahmen gegen unsägliches Leid. Anschließend fuhr ich zu den Regionalkomitees der bevölkerungsreichsten Regionen, erst nach Jakarta in der Südostasienregion und gestern nach Kioto in der Westpazifikregion.

Die Themen sind überall die gleichen.

Zehn Jahre nach Rio hat die Welt akzeptiert, dass Gesundheit ein Schlüsselement zur Sicherung unserer gemeinsamen Zukunft ist.

Wir haben hier eine Bringschuld. Dazu gehören wirtschaftliche und gut funktionierende Gesundheitssysteme sowie spürbare Verringerungen von Krankheiten. Wir müssen uns deswegen auf die wichtigsten Dinge konzentrieren und bessere Arbeitsweisen zum Erreichen der Ziele finden.

Wie konzentrieren wir uns auf die wesentlichen Dinge?

Vor zwei Jahren einigten sich die Staats- und Regierungschefs der Welt auf die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs). Viele dieser Ziele betreffen Gesundheit. Die MDGs helfen uns allen, unsere Handlungen aufeinander abzustimmen: Internationale Organisationen, u. a. die WHO, analysieren den zur Erreichung der Ziele erforderlichen Aufwand und definieren Indikatoren zur Messung des Fortschritts.

Im letzten Jahr erhielt ich den Bericht der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit. Die Mitglieder dieser Kommission zeigten den Nutzen von Investitionen in Gesundheit auf. Sie setzten sich für Investitionen in kostenwirksame Eingriffe, in Systeme und in Personen ein, die ergebnisorientiert arbeiten und an messbarem Fortschritt interessiert sind. Das bedeutet die Reform von Gesundheitssystemen in einer Weise, die das Streben nach Gleichheit in der Gesundheit betont. Die Erfahrungen dieser Region zeigen, dass Reformen machbar sind, allerdings nur wenn sie die lokalen und nationalen Gegebenheiten berücksichtigen.

Darum ist Gesundheit auch auf den jüngsten internationalen Konferenzen so sichtbar gewesen – insbesondere bei der Entwicklungsfinanzierungskonferenz in Monterrey, Mexiko, bei der gerade eröffneten neuen Runde der Handelskonferenz in Doha und bei dem Gipfel für nachhaltige Entwicklung in Johannesburg.

Investition in Gesundheit bedeutet zusätzliche Ressourcen durch Allianzen und Partnerschaften erschließen, die auf gemeinsame Zielen bauen, wie z. B. die Gesunde-Städte-Initiative, das Globale Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria.

Wie arbeiten wir besser?

Die wichtigste Voraussetzung ist, dass wir Wege finden, unsere Partnerschaften funktionsfähig zu machen und mehr als nur das. Nur so können wir die Hindernisse beseitigen, die den Menschen den Zugang zu Gesundheitssystemen und lebenswichtigen Medikamenten verwehren. Nur so können wir angemessen auf die Gefährdung der Gesundheit durch Umweltfaktoren reagieren. Neue internationale Abkommen können dabei helfen. Vor drei Jahren begannen die Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen. Ich hoffe, dass die Weltgesundheitsversammlung im kommenden Jahr ein schlagkräftiges Übereinkommen verabschieden wird. Sobald es gültig ist, müssen wir zügig seine Umsetzung betreiben.

Oft müssen wir jedoch auch weniger förmliche Partnerschaften schaffen und erhalten. Die Regierungen, die Gesellschaft und private Träger sind herausgefordert, in diesem Sinne zu reagieren. In dieser Region gibt es viele gute Beispiele einer solchen Praxis. Die WHO hilft sicherzustellen, dass die herausragenden Leistungen Einzelner zu den neuen Paradigmen werden, die uns alle zu Taten anspornen.

Lassen Sie uns einen Moment bei dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose verweilen. Er ist eine mutige Antwort auf die außergewöhnlichen Folgen dieser Krankheiten. Mehrere Länder haben über diesen Fonds erhebliche Mittel in wirksame Programme investiert. Sie haben dieses Thema bereits im Verlauf dieser Woche erörtert, ebenso wie die in Kioto und Jakarta versammelten Gesundheitsminister.

Alle wünschen diesem Fonds Erfolg und man hat die WHO darum gebeten zu helfen. Wir unterstützen die Länder bei der Beantragung von Mitteln und gegebenenfalls bei deren Verwendung. Wir verlangen

wirksame Mechanismen zur Handhabung der Mittel und möchten auch zu weiteren Zuwendungen ermuntern, damit der Fonds dem Bedarf der Länder entsprechend ausgestattet ist.

Wir alle haben uns stark für Preisminderungen bei lebenswichtigen Arzneimitteln und Medikamenten eingesetzt. Nach vier Jahren intensiver Bemühungen wird jetzt weithin ein differenziertes Preissystem verwendet, das armen Menschen den Zugang zu Medizin eröffnet. Die Preise für antiretrovirale Medikamente sind um 80–90 Prozent und die für Tuberkulosemedizin um ein Drittel gefallen. Nevirapin, das zur Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV eingesetzt wird, und die Multiarzneimitteltherapie zur Behandlung der Lepra sind kostenlos erhältlich.

Einige Partnerschaften wurden geschaffen, um neue Arzneien gegen weniger beachtete Krankheiten zu entwickeln. Und in Doha sind Schutzbestimmungen des TRIPS-Übereinkommens in Bezug auf lebensnotwendige Medizin gestärkt worden.

Regierungen, NGOs, Forscher, Unternehmen, Medien und die UN, sie alle können sich dieses Erfolgs rühmen. Sie haben neue Wege beschritten. Sie haben den Zugang zu Arzneimitteln zu einem weltweit diskutierten Thema gemacht und darauf bestanden, dass die Gesundheit der Menschen Vorrang vor Handelsinteressen haben muss.

Es bleibt noch viel zu tun. Ich bin der Auffassung, dass keine Klausel eines Handelsabkommens Bedürftigen lebensrettende Medizin gegen gewöhnliche Krankheiten verwehren darf. Das gilt unabhängig davon, wo diese Bedürftigen leben, oder wie viel sie zahlen können.

Geld ist lebenswichtig. Wirksames Handeln erfordert jedoch eine bedingungslose Verpflichtung dazu, etwas zu bewirken. Das Leben der Menschen muss sich ändern. Länder der Europäischen Region haben den Weg gewiesen: Finnland, Griechenland und schließlich Belgien haben psychische Krankheiten in den Vordergrund gerückt, Interesse für diese Themen geweckt, neue Akteure einbezogen und eine quirlige und lebhaftige Tagesordnung für uns alle geschaffen. Die Welt hat aufgemerkt: Gemeinsam haben wir die psychische Gesundheit auf ihren Plan gebracht.

Etwas bewirken heißt einen Konsens herstellen, nicht nur innerhalb des Gesundheitssektors, sondern sektorübergreifend, damit die Anstrengungen aller den Nutzen vieler bedeuten. Seit Jahren wissen die europäischen Politiker, dass die Umwelt, wenn sie nicht pfleglich behandelt wird, die Gesundheit der Menschen untergraben kann. Schon kurz nach dem Gipfel von Rio vor zehn Jahren zeigten sie den Wert von Investitionen in gesunde Umweltbedingungen. Innerhalb des vergangenen Jahrzehnts haben sie gehandelt, indem sie unterschiedliche Ministerien, NGOs und private Organisationen zusammenführten, um gemeinsam für gesunde Umweltbedingungen zu arbeiten.

Seit meiner Regierungszeit in Norwegen beobachte ich, wie die Umwelt- und Gesundheitsminister Europas einen Weg für Umwelt und Gesundheit markiert haben. Der bekannte europäische Katalog aus politischen Abkommen, Verhaltensregeln, vereinter Planung, gemeinsamen Programmen und messbaren Indikatoren hat zu greifbaren Ergebnissen geführt. Das hat in hohem Maße zu der Betonung gesunder Umweltbedingungen durch den Gipfel von Johannesburg inspiriert. Die Thematisierung gesunder Umweltbedingungen für Kinder führt jetzt die Länder und Völker der Europäischen Region aus Ost und West zusammen.

Der Blick auf die Zusammenkunft der Gesundheits- und Umweltminister Europas in Budapest im Jahr 2004 zeigt uns, wie sehr Europa die Welt bewegt hat. Das Team der Europäischen Region der WHO hat ebenfalls den Weg voran gewiesen, als es den Blick auf evidenzbasiertes Handeln und kostenwirksames Eingreifen richtete, Allianzen mit der Europäischen Kommission, der OECD, NGOs, Akademikerorganisationen und Regierungen schuf und diesen unterschiedlichen Akteuren bei der Verwirklichung ihrer Vorhaben half.

Lassen Sie uns den Tatsachen ins Auge sehen. Zu viele Kinder werden durch Umweltbedingungen an ihren Wohnorten, Arbeitsstätten und Spielplätzen krank. Im Jahr 2000 starben fast fünf Millionen Kinder

infolge ungesunder Umweltbedingungen. Die häufigsten Erkrankungen dieser Kinder waren akute Lungeninfektionen und Durchfall.

Sie haben gezeigt, wie unsichere Umweltbedingungen Kinder krank machen. Menschliche Abfallprodukte gelangen in Wasser und Lebensmittel. Innenluft wird durch offene Kochstellen und Tabakkonsum in geschlossenen Räumen mit Rauch belastet. Andere Giftstoffe verseuchen Luft und Boden. Kinder werden von krankheitsübertragenden Insekten gestochen. Zu viele Kinder werden zu Hause oder auf der Straße verletzt.

Sie haben uns gezeigt, wie Allianzen in der Praxis funktionieren können. Das Büro in Rom war dabei sehr hilfsbereit. Vor zwei Wochen, in Johannesburg, haben das WHO-Team, UNICEF und UNEP zusammen mit wichtigen NGOs ihr Beispiel aufgegriffen. Wir haben damit begonnen eine globale Allianz zur Förderung gesunderer Umweltbedingungen für Kinder zu bilden.

Die Zeit ist reif, dass Regierungen und NGOs, Wissenschaftler und Politiker, private Organisationen und Vorkämpfer sich dafür einsetzen, Kinder an die erste Stelle zu rücken, Bedrohungen der Gesundheit durch Umweltfaktoren mit kostenwirksamen Maßnahmen zu begegnen, Strategien zu vereinbaren und Indikatoren zu präzisieren. Durch die Zusammenarbeit verändern wir den Gesundheitszustand und die Zukunft unserer Kinder.

Es gibt noch sehr viel zu tun.

Sie haben auch die Aids-Krise in der Europäischen Region deutlich herausgestellt. Die Nachfrage nach Präventionsprogrammen steigt seitdem. Ressourcen werden benötigt, sind aber nicht einfach zu beschaffen. Und viele tausend Menschen, die mit Aids leben, benötigen wirksame Behandlung einschließlich Antiretroviraltherapie. Sie fragen sich, warum sie noch keinen Zugang zu billigen Arzneimitteln haben. Wir müssen weiter nach angemessenen Lösungen suchen, auch wenn die Herausforderungen immens erscheinen.

Die europäischen Völker reformieren ihre Gesundheitssysteme. Sie haben hart daran gearbeitet, dass dies in einer den Bedürfnissen der Menschen gerecht werdenden Weise geschehe. Das Können und die Techniken der Gesundheitsfachkräfte entsprechen jedoch oft nicht den Bedürfnissen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung. Die Reform scheint sich endlos fortzusetzen, sehr zur Verzweiflung der Gesundheitsfachkräfte. Dies ist unvermeidlich. Die Verhandlungen über Normen für personelle Ausstattung, Finanzierung und Leistungen des Gesundheitssystems sind außerordentlich komplex.

Die Unterstützung Ihrer Reformen durch die WHO ist jüngst evaluiert worden. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass das kein einfacher Vorgang ist. Aber es steht viel auf dem Spiel: Wir müssen die Unterstützung der Öffentlichkeit für unsere Gesundheitssysteme sicherstellen und glaubwürdig sein. Das bedeutet, dass wir unsere gemeinsamen Anstrengungen auf die gesundheitlichen Ergebnisse, die Qualität der Dienste und die Sicherheit der Patienten konzentrieren müssen.

Das Leben wäre so einfach, wenn Gesundheitssysteme sich unmittelbar durch die Veröffentlichung und Verbreitung der Aussagen der Generaldirektorin der WHO reformieren ließen. Aber so verhält es sich nicht. Handeln für Gesundheit impliziert mindestens das durch Forschungsergebnisse unterstützte Zusammenspiel von Experten und die Interaktion von Fachorganisationen, Politikern, Medien und Vorkämpfern.

Ob wir es mögen oder nicht: Das Erreichen von Chancengleichheit in der Gesundheit erfordert wirksames – und natürlich prinzipienfestes – Handeln derjenigen, die die Hebel zur Veränderung in Händen halten. Erfolgreiche Anwälte wissen die richtigen Hebel sowohl innerhalb als auch außerhalb der Institutionen zu bedienen. Sie können bei der WHO Unterstützung finden, indem sie unsere Normen als Bezugspunkt und unser Sachwissen zur Einflussnahme verwenden. Manchmal werden wir vorangehen und den Weg erkunden. Häufiger jedoch agieren wir als Helfer und Ausbilder. Wir bieten Beratung und Ansporn, und sind, wie ich hoffe, bei Bedarf zur Stelle.

Die WHO muss in der Lage sein, Ländern bei der Informationsbeschaffung über den Gesundheitszustand ihrer Bevölkerungen, über die Möglichkeiten der Krankheitsvorsorge und -bekämpfung und über Instrumente zur Bewertung der Gesundheitssysteme zu helfen. Wir lernen aus unseren Erfahrungen und geben unsere Beispiele erfolgreicher Praxis weiter. In Zusammenarbeit mit Partnern wie der Weltbank, der OECD und der Europäischen Kommission bemühen wir uns darum, Ihnen zu helfen Ihre Erfahrungen mit denen anderer zu vergleichen, indem Sie die Observationszentren für Gesundheit dieser Region konsultieren und standardisierte Instrumente wie den Weltgesundheitsurvey anwenden.

Herr Präsident,

was sind die wichtigsten Gesundheitsrisiken in der Welt von heute? Der Weltgesundheitsbericht für dieses Jahr, der im Oktober erscheinen wird, liefert einige der Antworten. Sie umfassen bekannte Gefahren, die mit Unterentwicklung einhergehen, wie unsicheres Wasser, schlechte sanitäre und hygienische Verhältnisse, unsicherer Sex (insbesondere im Zusammenhang mit HIV/Aids), Eisen- und andere Mangelkrankungen sowie Rauchbelastung durch offene Herde in Innenräumen.

Weitere Feinde der Gesundheit sind ungesunde Verhaltensmuster wie ungesunde Ernährung und Fettsucht, hoher Blutdruck und hohe Cholesterinspiegel, Tabakkonsum, übermäßiger Alkoholgenuss und Bewegungsmangel. Diese Risiken und die durch sie verursachten Krankheiten herrschen in allen Ländern vor, egal ob sie ein geringes, mittleres oder hohes Volkseinkommen aufweisen.

Auf der ganzen Welt lösen ungesunde Ernährungsweisen zusehends gesunde Gewohnheiten ab. Das Leben im Sitzen hat die regelmäßige körperliche Betätigung ersetzt. Und die Veränderungen beginnen jetzt die Gesundheit aller zu beeinflussen, die der Jungen wie der Alten, die der Reichen wie der Armen.

Wir wissen dass einige kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetis und einige Krebsformen sich durch gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung vermeiden lassen. Die WHO hat auf eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung im Mai mit einer globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit reagiert. Die Mitgliedstaaten werden diese im kommenden Jahr durch Konsultationen in den sechs Regionen erörtern. Ich weiß, dass die Länder dieser Region dabei den richtigen Ton treffen werden.

Wir haben gezeigt, wie wertvoll es ist, sich gemeinsam auf Schlüsselthemen zu konzentrieren. Warum sonst hätten wir so hart dafür gekämpft, ein Produkt Regeln zu unterwerfen, das die Hälfte seiner Dauerkonsumenten tötet? Seit Jahrzehnten wissen wir, wie wir die vier Millionen jährlich durch Tabakkonsum verursachten Sterbefälle verhindern können. Es ist nicht schwer: Steuererhöhungen, Werbeverbote und Vorschriften zur Reinhaltung der Innenluft.

1998 wurde ich davon überzeugt, dass wir handeln müssen.

Wir untersuchten dann den Artikel 19 der WHO-Satzung. Mitgliedstaaten können ihn dazu verwenden, internationale Normen auszuhandeln. Deshalb entschieden wir uns, die Vertragskompetenz der Organisation für die Vermeidung durch Tabak verursachter Krankheiten einzusetzen. Durch das Zuwegebringen der Verhandlungen über ein Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) schreiben wir Geschichte.

Die Verhandlungen über das FCTC haben uns die entscheidende Rolle des Staates für Gesundheit erneut vor Augen geführt, insbesondere bei dem Festlegen von Normen und Richtlinien und bei der Durchsetzung ihrer Einhaltung.

Solche Bemühungen treffen auf Widerstand. In allen Regionen finden wir Tabakfirmen, die ausschließlich im Eigeninteresse handeln, Marktanteile und Profite bewachen und immer jüngere Menschen, Mädchen wie Jungen, zum Rauchen verführen. Wie? Durch falsche Wissenschaft und unaufrichtige Propaganda, häufig als gesellschaftliches Engagement der Unternehmen getarnt. Sie haben ihnen widerstanden: Ihre Erklärung von Warschau ist kompromisslos und fest.

Der erste Entwurf des FCTC für die nächste Verhandlungsrunde im Oktober liegt jetzt vor. Er nennt explizit mögliche Vereinbarungen in den Bereichen Werbung, Verkaufsförderung, Sponsorentum, unerlaubter Handel, Besteuerung und internationale Zusammenarbeit. Wenn die Länder es nur wollen, kann das FCTC Wirklichkeit werden. Das erfordert jedoch politische Entschlossenheit in den abschließenden, entscheidenden Phasen, um die Stärke des ersten internationalen Vertrags der WHO festzuschreiben.

Ich habe als Abschlussdatum für dieses Vorhaben die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 vorgegeben. Dann tritt das FCTC in Kraft. Es wird den Ländern und ihren Bevölkerungen Nutzen bringen. Es wird wichtige Public-Health-Maßnahmen den Bedürfnissen der Länder entsprechend sicherstellen. Ich weiß, dass sie jetzt besser vorbereitet sind denn je. Ich weiß, dass Sie das FCTC zu einem Vertrag im Dienste der allgemeinen Gesundheit machen wollen.

Herr Präsident, sehr geehrte Delegierte,

am Montag bezog Marc Danzon sich auf die Folgen der Gewalt für die Gesundheit. Man stelle sich vor: Im Jahr 2000 starben 1,6 Millionen Menschen als direkte Folge von Gewalteinwirkung. Die Hälfte hiervon waren Suizidopfer, ein Drittel fiel Tötungsdelikten, ein Fünftel Kriegshandlungen zum Opfer. Millionen sind durch die erlittene Gewalt für ihr Leben gezeichnet. Bei vielen sind die Narben nicht sichtbar. Viele der Betroffenen sind Frauen.

Wir müssen das Schweigen brechen und gegen die Gewalt vorgehen – jetzt. Deshalb werde ich Anfang des nächsten Monats nach Brüssel fahren und den ersten Weltbericht Gewalt und Gesundheit lancieren. Deshalb vertraue ich darauf, dass die Länder zeigen, wie wir diesen Schandfleck unserer Zivilisation beseitigen können. Weiß Europa auf diese Herausforderung eine Antwort? Ich hoffe es.

Wie viele von Ihnen wissen, sind dieses die letzten Regionalkomitees, an denen ich als Generaldirektorin teilnehme. Dies war eine besondere Zeit in meinem Leben im Dienste der Öffentlichkeit.

Für mich ist die WHO ein lebendiges Geflecht aus vielen Teilen und von großer Tragweite. Sie berührt das Leben von Milliarden von Menschen auf sehr unterschiedliche Weise. Sie ist auf eine besondere Art mit jedem ihrer Mitgliedstaaten verbunden. Ihre Regionalstruktur bildet das Rückgrat der WHO ist. Die Regionen sind die tragenden Säulen, auf der unser Handeln für die Länder beruht. Die Regionen verleihen der WHO eine einzigartige Stärke.

Die verschiedenen Bedürfnisse der Länder spiegeln sich in den Regionen wider und finden in den WHO-weiten Arbeitsprogrammen ihren Widerklang. Auf diese Weise beeinflussen regionale Gesichtspunkte die Haltung der Generaldirektorin zu globalen Themen.

Gleichzeitig reagieren das Hauptbüro in Genf und die Kooperationszentren direkt auf die Bedürfnisse der Länder. Ich möchte sicher sein, dass sie zur Stelle sind, sobald und sowie sie benötigt werden. Sie müssen hilfreich, nützlich und – wie Marc zu Anfang der Woche sagte – bereit sein, das Richtige vom Falschen zu sondern. Ich bin sehr ermutigt worden, durch die Art und Weise wie gemeinsame Erfahrungen zu regionaler Solidarität unter Ländern und zu regionalen Lösungen beigetragen haben.

Gegenüber den Angestellten der Länderbüros möchte ich meine Wertschätzung zum Ausdruck bringen. Aber ich möchte auch den in den Regionalbüros hingebungsvoll arbeitenden Kollegen besondere Anerkennung zollen. Die Anforderungen sind sehr vielfältig und im Allgemeinen reagieren sie sehr angemessen auf diese.

In den Ländern muss unsere Leistung gestärkt werden. Die Regionaldirektoren und ich untersuchen gerade Methoden zur Verbesserung unserer Tätigkeit in den Ländern. Zu diesem Zweck haben wir die Länder zum Schwerpunktthema gemacht.

Die WHO ist weltweit in 147 Ländern vertreten. In dieser Region arbeiten wir hart daran, unsere Länderpräsenz zu stärken. Unsere Initiative zu den Ländern ist besonders wichtig. Sie hilft uns dabei, uns auf die

Bedürfnisse der Länder zu konzentrieren und wirksame Gesundheitsmaßnahmen durch Normgebung und fachliche Kooperation zu unterstützen.

Wir werden auf Strategien und Memoranden des Einverständnisses zwischen einzelnen Ländern und der WHO aufbauen. Die gesamte Organisation wird auf die strategische Agenda jedes Landes reagieren. Wir werden den Sachverstand unserer Länderteams so ausbauen, dass diese in die Lage versetzt werden, diese Antwort anzuleiten. Wir werden unser Bestes dazu tun, das Verwaltungssystem der WHO so anzupassen, dass die Länderbüro der WHO effizienter arbeiten können, gleich ob sie Haushaltsmittel oder außerplanmäßige Mittel verwenden. Und wir werden die Länderteams der WHO dazu ermuntern, besser mit den UN-Organisationen, der Weltbank und anderen Entwicklungspartnern zusammenzuarbeiten.

Herr Präsident,

der neue Haushalt, den Sie gestern erörterten, enthält die erwarteten Ergebnisse und Indikatoren, die die Tätigkeiten aller Ebenen der WHO zusammenbringt. Er bezieht sich auf alle Arten von Einnahmen. Als Antwort auf die Bitte vieler unserer Mitgliedstaaten, zeigt der Haushaltsentwurf erstmals, wie viele unser außerplanmäßigen Mittel wir in den Ländern und auf Regionalebene auszugeben planen.

Ich habe Investitionen in eine stärkere Länderpräsenz der WHO vorgeschlagen. Dies ergänzt die Arbeit, die das Regionalbüro für Europa bereits auf den Weg gebracht hat. Und es ist unabdingbar, wenn wir die Ziele der Länderinitiative erreichen wollen. Es ist erforderlich, um die voraussichtlich wachsende Rolle der Länderbüros bei der Verwaltung außerplanmäßiger Mittel und dem Umgang mit Gebern wirkungsvoll zu handhaben.

Liebe Freunde und Kollegen,

zu Beginn meiner Amtszeit im Jahr 1998 verpflichtete ich die WHO darauf etwas zu bewirken.

Unsere Analyse der Globalen Krankheitslast hat uns dazu ermutigt, klare Prioritäten zu setzen, und wir haben dies auch getan.

Wir verfügen jetzt über einen zielgerichteten Ansatz für weltweite Verbesserungen der Gesundheit, die unsere Organisationsstrategie widerspiegeln. Wir bauen auf unsere regionalen Perspektiven und die Solidarität. Wir arbeiten jederzeit mit Partnern.

Gemeinsam –

- treten wir den weltweiten Gesundheitsrisiken entgegen,
- forcieren wir Maßnahmen gegen Gesundheitszustände, die Armut verursachen und die durch Armut verursacht werden,
- stellen wir sicher, dass der Gesundheitssektor eine zentrale Rolle bei der Eindämmung der HIV/Aids-Pandemie sowie nichtübertragbaren Krankheiten und der Bedrohung durch Tabak spielt,
- helfen wir Gesundheitssysteme zu schaffen, die wirksam, fair und angemessen auf die Bedürfnisse der Menschen reagieren
- und, zur Unterstreichung dieser Bemühungen, tun wir, was uns möglich ist, um Gesundheit in das Zentrum alles politischen Handelns zu stellen.

Dies ist eine große Herausforderung. Wir können sie bewältigen, wenn wir unser konzentriertes Streben gemeinsam fortsetzen.

Ich danke Ihnen.

*Anhang 5***ANSPRACHE DES REGIONALDIREKTORS DER EUROPÄISCHEN REGION DER WHO****Einleitung**

Herr Präsident, sehr geehrte Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region und Teilnehmer an der zweiundfünfzigsten Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, liebe Kolleginnen und Kollegen aus Haupt- und Regionalbüro,

seit meiner letzten Rede vor dem Regionalkomitee in Madrid am 10. September 2001 haben sich viele Dinge und Vorstellungen in der Welt, in der Region und in jedem Land gewandelt. Ich würde sogar sagen, in jedem von uns. Heute Morgen möchte ich über die Aktivitäten des Regionalbüros für Europa im Laufe des zurückliegenden Jahres in diesem Kontext der globalen Veränderung berichten. Ich werde aber auch die Kontinuität herausstreichen.

Es ist mir, wohlgemerkt, nicht möglich, Ihnen alle Einzelheiten zu referieren. Einen Großteil hiervon finden Sie in dem schriftlichen Bericht über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2000–2001. Ich beschränke mich also auf die Aktivitäten und die wesentlichsten Tendenzen und auf die Ereignisse aus dem Jahr 2000, die in der schriftlichen Fassung nicht erscheinen.

Anschließend stelle ich mich Ihren Fragen.

Das Jahr im Überblick

Für alle Ereignisse, die dieses Jahr das Regionalbüro für Europa der WHO geprägt haben, lässt sich eine Konstante feststellen: Die feste Einbindung der Europäischen Region in die weltweiten Programme und gleichzeitig die ebenso feste Behauptung ihrer Besonderheiten.

Dies gilt für die Reaktion auf den **Bioterrorismus**. Die Region hat sich an zahlreichen globalen Aktivitäten beteiligt. Einige davon hat sie selbst organisiert, insbesondere im Bereich Sicherheit der Wasserversorgung (seit November 2001) und bei der epidemiologischen Überwachung und Frühwarnung (Februar 2002 in Lyon). Im Dezember 2001 wurden unter Beteiligung von teils weit außerhalb der Gesundheitssphäre stammenden Experten im Rahmen des zweiten, speziell zum Thema Bioterrorismus organisierten Zukunftsforums Themen untersucht und erörtert, die sonst nur selten auf die Tagesordnung gelangen. Die Teilnehmer dieses Treffens kamen zu der Schlussfolgerung, dass eine angesichts des Bioterrorismus gemeinsame Antwort des gesamten Gesundheitssystems gefordert sei. Dabei wurde der Akzent auf gute Informationspolitik in Zeiten der Krise und psychologische wie soziale Unterstützung der Bevölkerung gelegt.

Im Bereich **Nikotinabhängigkeit** war dies ebenfalls ein sehr aktives Jahr. Die durch die ministerielle Konferenz im Februar verabschiedete Erklärung von Warschau ist eine klare und unzweideutige Reaktion auf diese große Gefahr für die öffentliche Gesundheit, die, wie jüngste Studien zeigen, zusehends junge Menschen, Frauen und sozial benachteiligte Gruppen berührt. Die Europäische Region wird in diesem Sinne auch im Jahr 2003 verantwortlich und entschlossen bei der Annahme des globalen Übereinkommens mitwirken.

Ein weiterer Höhepunkt dieses Jahres war die **Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei**. Dieser großartige Erfolg für die öffentliche Gesundheit ist das Ergebnis der gemeinsamen Anstrengungen und der Entschlossenheit der beteiligten staatlichen Stellen und privaten Organisationen. Allerdings wird der Erfolg erst vollkommen sein, wenn diese vor allem für die Kinder dieser Welt grausame Krankheit im Jahr 2004 endgültig auf unserem gesamten Planeten ausgerottet ist, wie wir hoffen.

Beim Kampf gegen **Aids** war das Jahr gekennzeichnet von der allgemeinen Erkenntnis der Bedrohlichkeit der Situation in einigen Ländern der Region. Die wirtschaftlich schwierige Lage dieser Länder erlaubt ihnen nicht mehr, einer Epidemie Herr zu werden, die durch den Drogenhandel und -konsum stark verschlimmert wird. Die europäischen Büros der acht UN-Organisationen, die hinter UNAIDS stehen, haben beschlossen zur Bewältigung des Problems alle ihre Kräfte aufzubieten. Im März 2002 haben wir uns in Moskau versammelt, um unsere Bemühungen zu koordinieren und den betroffenen Ländern dabei zu helfen, die erforderlichen internationalen Finanzhilfen zu beschaffen. Die dort angenommene Erklärung definiert einen genauen Aktionsplan und betont die Rechte junger Menschen auf Information, Aufklärung und Zugang zu Gesundheitsfürsorge.

Weiter unter den Ereignissen des Jahres möchte ich ein weniger spektakuläres als die vorangegangenen nennen, das jedoch sicher wesentlich für die Zukunft der Gesundheitspolitik ist: Die **Ethik**. In der Welt und in Europa ist viel über Bioethik unter dem Aspekt der Genetik gesagt worden. Das Regionalbüro für Europa hat seinerseits auf der Grundlage der Empfehlung einer Arbeitsgruppe des Ständigen Ausschusses beschlossen, das Thema auf die Ethik der Gesundheitssysteme insgesamt auszuweiten und dies zu einem seiner künftigen Schwerpunktthemen zu machen. Aus diesem Grund war es auch das zentrale Thema des dritten Zukunftsforums, das im Juni in Stockholm stattfand.

Schließlich, um das Kapitel über die Ereignisse des Jahres abzuschließen, möchte ich noch ein Thema anschnitten, das weltweit in aller Munde war, insbesondere in Verbindung mit der Veröffentlichung des Sachs-Berichts über Makroökonomie und Gesundheit: **Gesundheit und Entwicklung**. Die Hauptkonklusion des Berichts trifft vollkommen auf die Länder der Europäischen Region zu: „Investition in Gesundheit ist die beste Investition in Entwicklung.“ Allerdings, der Bericht berücksichtigt nicht hinreichend die Besonderheiten der Länder der Europäischen Region. Es wäre ein gefährlicher Irrtum, die Länder Mittel- und Osteuropas und der ehemaligen Sowjetunion als Entwicklungsländer aufzufassen. Ihre wirtschaftliche Situation verlangt dringend nach umfassender Hilfe, damit sie den Gesundheitsbedürfnissen ihrer Völker gerecht werden und ihre Gesundheitssysteme reformieren können. Sie unterscheiden sich jedoch von Entwicklungsländern durch ihre Public-Health-Erfahrung, die Qualität und Ausbildung ihrer Gesundheitsfachkräfte und die gesundheitliche Infrastruktur, die sicherlich reformiert werden muss, die aber auf allen Ebenen in diesen Ländern vorhanden ist. Diese Unterschiede traten anlässlich einer Konferenz im Juli in Washington klar zutage. Ich wiederhole hier noch einmal den Vorschlag, einen Teil des Schuldenerlasses für diese Länder der nach klaren Zielvorgaben vorzunehmenden schnellen, entschlossenen und planmäßigen Reformierung ihrer Gesundheitssysteme zu widmen. Das Regionalbüro für Europa möchte dabei seine Rolle als Berater der Regierungen wahrnehmen und der Garant für die sinnvolle Anwendung der Mittel sein. Ich hoffe, dass die WHO bei den Verhandlungen über die Beitragsrückstände mancher Länder mit gutem Beispiel vorangeht. Die Länder haben darum offiziell ersucht und mich gebeten als ihr Fürsprecher aufzutreten, wie ich es bereits getan habe und es auch weiterhin zu tun gedenke. Innovative Wege der Unterstützung müssen gefunden und erprobt werden, wie zum Beispiel die Aufnahme von Stipendiaten, so wie Ärzte aus Zentralasien an der Hochschule für Public-Health und Bevölkerungsmedizin in Jerusalem Stipendien erhielten.

Die Europäische Region hat zahlreiche Gelegenheiten, unter Betonung ihrer Besonderheiten ihren Public-Health-Einfluss weltweit geltend zu machen, und dies wird ohne Zweifel auch in Zukunft so sein. Bei Umwelt und Gesundheit bietet sich eine solche Gelegenheit. Einige Themen, die in Johannesburg aufgegriffen wurden, werden auf der Konferenz in Budapest im Juni 2004 weiter verfolgt werden, namentlich Umwelt und Gesundheit von Kindern. Zusammen mit der Europäischen Umweltagentur haben wir jüngst ein Buch veröffentlicht, das die wissenschaftlichen Fakten unter die Lupe nimmt. Ein weiteres aktuelles Thema beleuchtet, leider allzu deutlich, den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit. Die Bevölkerungen, die in zahlreichen Ländern der Region unter den Überschwemmungen zu leiden hatten, sind Zeugen hiervon. Wir hoffen, dass unsere Hilfe und unsere Ratschläge den betroffenen Ländern von Nutzen waren. Wir haben soeben ein Papier erstellt, das sich mit den Folgen von Überschwemmungen für die öffentliche Gesundheit befasst. Zum Abschluss des Themas Umwelt möchte ich alle Mitgliedstaaten auffordern, das Protokoll über Wasser und Gesundheit zu ratifizieren und es dadurch zu einem wirksamen Instrument zum Schutze und zur Förderung der Gesundheit zu machen.

Ich habe bei der Aufzählung der Ereignisse des Jahres eine wichtige Tagung ausgelassen, die allerdings auch keine Fachtagung war und die im Juli in Genf unter der Schirmherrschaft des Ständigen Ausschusses stattfand und sich der Zusammensetzung des Exekutivkomitees widmete. Die Vorlage des Berichtes des Ständigen Ausschusses wird heute Nachmittag dieses Thema und die vorgebrachten Lösungsvorschläge zur Sprache bringen, so dass, wie ich hoffe, dies kein Dauerthema wird.

Durchführung und Entwicklung von Programmen und Arbeitsmethoden

Seit dem letzten Regionalkomitee haben sich die Aktivitäten und Programme des Büros in voller Anlehnung an die vom Regionalkomitee beschlossenen Leitlinien – insbesondere die im Jahr 2000 angenommene Länderstrategie – und an die Empfehlungen des Ständigen Ausschusses entwickelt. Um diese Arbeit zu illustrieren, habe ich einige repräsentative Bereiche ausgewählt.

Im Laufe dieses Jahres haben wir **unseren Länderansatz** verfeinert. Wir verstehen die Bedürfnisse jetzt besser und reagieren darauf zielgerichteter. Wir sind im Begriff, unsere Präsenz in den 28 Ländern zu verstärken und auszubauen, mit denen wir bilaterale Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen haben. Wir haben in diesem Jahr die Fortbildung der Beschäftigten in unseren Außenstellen intensiviert und wir planen bald einige unserer Länderbüros mit international rekrutierten Mitarbeitern zu besetzen. Die Verhandlungen mit diesen Ländern über die Kooperationsvereinbarungen der laufenden Periode waren wirklich aufeinander abgestimmt, um mit allen diesen Ländern die Bereiche für die vorteilhafteste Anbringung der fachlichen und sachlichen Investitionen der WHO festzulegen. Unsererseits haben die Verhandlungen zu einem besseren Verständnis der Prioritäten und Arbeitsweisen unserer Mitgliedstaaten geführt. Wir wissen, dass die in den Ländern geführten Diskussionen dort ebenfalls stimulierend und mobilisierend gewirkt haben. Zur Thematik Gesundheitssystemreform wird vom Regionalbüro mit am häufigsten Unterstützung erwartet. Unser zuständiges Referat arbeitet zur Zeit daran, mit Hilfe eines Ausschusses von Experten und Entscheidungsträgern seine Kapazität auf diesem komplexen Gebiet auszuweiten. Die Arzneimittelpolitik zählt zu den kritischsten Schwerpunkten der Gesundheitspolitik. In diesem Bereich ist die Fürsprecherrolle der WHO überaus wichtig, damit alle Menschen das Recht auf Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln erhalten. Auch die Festlegung der Rolle der Gesundheitsfachkräfte und ihre Ausbildung sind wesentliche Aspekte der Gesundheitspolitik. Die Konferenz von München über die Rolle der Pflegenden und Hebammen hat in dieser Hinsicht sehr viel Hoffnung und Interesse geweckt. Unser Programm wird fortgesetzt und trotz fehlender Ressourcen gehen wir den von der Erklärung von München vorgezeichneten Weg weiter.

Die Dienste und Programme des Büros kommen den Bedürfnissen von Ländergruppierungen heute besser entgegen. Ich habe bereits die übertragbaren Krankheiten angeführt sowie die Armutprobleme in den östlichsten Ländern der Region. Für die Länder Südosteuropas habe ich bereits im letzten Jahr die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen dem Europarat und dem Regionalbüro unterstrichen, die es erlaubt hat, die Gesundheit mit in den Stabilitätspakt aufzunehmen. Dieses Jahr kann ich Ihnen mit Genugtuung mitteilen, dass die Finanzierung der Projekte zur psychischen Gesundheit, zur Überwachung der übertragbaren Krankheiten sowie zur Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit nun gesichert ist und dass die Projekte nur noch auf ihre Umsetzung warten. Was die psychische Gesundheit betrifft, hat die von Ihnen angenommene Erklärung von Athen bereits stimulierend gewirkt. Dieses Thema wird auch der griechischen Ratspräsidentschaft der Europäischen Union wichtig sein. Ich möchte im Namen der sieben – bald acht – Länder, die dem Stabilitätspakt angehört haben, und des Europarats als unserem Partner, den Gebern danken, insbesondere Griechenland, Italien und Frankreich. Ich verpflichte mich, dafür Sorge zu tragen, dass die Verwirklichung des Projektes exemplarisch überwacht wird.

Ich setze mich auch für die kräftige Unterstützung der Länder im Umbruch ein, in der Mehrzahl Aufnahmekandidaten der Europäischen Union, und werde die zahlreichen Gelegenheiten ergreifen, die sich dazu heute bieten, dank der Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und dem Interesse für diese Frage bei den Ländern, die die Ratspräsidentschaft bei der Union führen. Wir haben versucht und werden weiter versuchen, besser auf ihre Erwartungen und Bedürfnisse zu reagieren, insbesondere im Bereich von Information über und Beobachtung von Gesundheit.

Für die Länder ohne Kooperationsabkommen stellt das Zukunftsforum einen organisierten Rahmen für die Behandlung der kritischen Fragen zu gesundheitlichen Themen, mit denen sie konfrontiert sind oder werden. In diesem Jahr werden unter dem Oberbegriff Ethik in Gesundheitssystemen Themen wie Patienteneinverständnis, Rationierung von Pflege und Beihilfe zur Selbsttötung aufgegriffen.

Neben anderen Themen werden auf späteren Tagungen die Mobilität der Gesundheitsfachkräfte und die Glaubwürdigkeit offizieller Informationen behandelt werden. Ich setze große Hoffnungen in den Verlauf des Forums, seine stimulierende Wirkung, seine Netzstruktur, die Verbreitung seiner Ergebnisse in der gesamten Region und seinen Beitrag zu einer neuen „Gesundheit für alle“. Zum Abschluss dieses Teils meines Berichtes über die Länderarbeit möchte ich Ihnen eine Sorge offenbaren, was die Zukunft der Programme für humanitäre Hilfeleistungen betrifft. Sie sind für die betroffenen Länder Teil der unverzichtbaren Dienste dieses Büros. Wie ich bereits im letzten Jahr betont habe, wird es leider immer schwerer, eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen, sobald die akute Phase überwunden ist. Das führt natürlich dazu, dass wir uns auf einige absolut vorrangige Bereiche konzentrieren. Heute fürchte ich jedoch, dass die Mittel derart geschrumpft sind, dass wir gezwungen sind, diese humanitären Hilfsprojekte viel zu früh abzubrechen, obwohl unsere Präsenz in der Wiederaufbauphase sehr wichtig ist, auch wenn die Medien schon wieder abgereist sind. Deshalb appelliere ich dafür, dass angemessene Mittel bereit gestellt werden, die es uns ermöglichen, unsere humanitären Programme weiter zu finanzieren.

Im Bereich der **Partnerschaften**, die selbst auch zur Länderstrategie des Büros beitragen, haben wir uns dieses Jahr bemüht, die Besonderheiten unserer Zusammenarbeit genauer herauszuarbeiten. Unterstützt durch die Mittel der modernen Kommunikation, haben regelmäßig Koordinierungsgespräche mit unseren wichtigsten Partnern stattgefunden: dem Europarat, der Europäischen Kommission und der Weltbank. Diese Koordinierung wird immer konkreter, sei es um unsere Vorgehensweise in jedem Land zu harmonisieren, sei es um die Komplementarität unserer Fachprogramme und die bestmögliche Nutzung unserer jeweiligen Ressourcen sicherzustellen. In diesem Jahr haben wir die Zusammenarbeit mit UNICEF und dessen europäischem Büro verstärkt, und wir möchten diese Art der engagierten und konkreten Partnerschaft schnell auf andere Institutionen der Vereinten Nationen sowie nichtstaatliche Organisationen ausdehnen. Wir verfolgen, wohlgerne, unsere Aktivitäten mit den Berufsverbänden von Hausärzten, Pflegekräften und in der Medizinerbildung Tätigen. In unserer Politik der Unterstützung der Länder wie auch bei den Strategien der Partnerschaft ist die Finanzierungsfrage entscheidend. In Anbetracht der ökonomischen und gesundheitlichen Lage in vielen Ländern hoffen wir sehr, dass die neue Politik der Organisation zur Einnahme und Verteilung von freiwilligen Beiträgen es schließlich erlauben wird, die historische Schwäche des ordentlichen Haushalts der Europäischen Region auszugleichen.

Eine dritte, wichtige Herausforderung für das Regionalbüro ist, die Entwicklung und **Umsetzung verschiedener Programme**. Ich habe bereits einige erwähnt und will mich darum auf andere beschränken.

Der Aktionsplan **Nahrung und Ernährung** hat seit seiner Annahme im September 2000 verschiedene Fortbildungsaktivitäten für Entscheidungsträger ausgelöst. Bis heute haben 28 Länder davon profitiert. Mit Unterstützung des Büros werden in 21 Ländern gerade durch den regionalen Aktionsplan inspirierte nationale Aktionspläne ins Werk gesetzt. Eine fachliche und praktische Zusammenarbeit besteht zur Zeit mit der Europäischen Kommission, dem Europarat, dem UNICEF und der FAO. Die Schwierigkeiten bei der Etablierung der Taskforce, die in der Resolution vorhergesehen wurden, sind gerade überwunden worden. Im gleichen Bereich möchte ich die Konferenz zu Sicherheit und Qualität der Lebensmittelversorgung erwähnen, die von der WHO und der FAO im Februar in Budapest unter Beteiligung von 45 Ländern der Region durchgeführt wurde. Auf Ersuchen der Konferenzteilnehmer schlagen wir Ihnen die Annahme eines Resolutionsentwurfs vor, den Sie heute Morgen erhalten haben.

Zahlreiche Länder haben in diesem Jahr wieder von den Programmen des Büros für **Kinder, Jugendliche und reproduktive Gesundheit** profitieren können. Das gilt für die Themen Verhütung des Missbrauchs von Kindern, Behandlung der wichtigsten perinatalen Krankheiten und Kinderkrankheiten, Förderung der risikofreien Schwangerschaft sowie die geschlechtsspezifischen Themen (im Sinne von

„Gender-Mainstreaming“). **Unsere Netzwerke** waren auf ihren Gebieten ebenfalls aktiv, insbesondere die Gesunden Städte und die gesundheitsfördernden Schulen und Krankenhäuser.

Im Hinblick auf Budapest 2004 war das Jahr reich an Aktivitäten, die sich an **Umwelt und Gesundheit** anknüpfen. Was der Verkehr für die Gesundheit bedeutet, wurde erneut in dem paneuropäischen Programm unterstrichen, das anlässlich des zweiten, zusammen mit der UNECE und den Organisatoren des Weltgesundheitstags anberaumten Treffens zu diesem Thema in Genf im April 2002 zur Veröffentlichung angenommen wurde.

Erlauben Sie mir noch einmal, ein Kapitel abzuschließen mit einer Sorge, die sich, wie ich hoffe in eine Hoffnung verwandeln wird: Nämlich unserem Programm **nichtübertragbare Krankheiten** das Gewicht zu verleihen zu können, das es auf Grund der Schwere dieser Krankheiten verdient. Eine Expertengruppe hat anlässlich einer Tagung in Kopenhagen im Mai 2002 vorgeschlagen, dass in Konsultation mit den Mitgliedstaaten eine europäische Strategie zur Verhütung dieser Krankheiten entwickelt und dem Regionalkomitee 2004 vorgelegt werden soll.

Nach der ministeriellen Konferenz von Stockholm zum Thema **Jugend und Alkohol** regte das Regionalbüro die Annahme von nationalen Strategien und Plänen an, insbesondere in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Im Dezember letzten Jahres konnte dank der Unterstützung von Norwegen und Frankreich ein Informationssystem in Betrieb genommen werden, das Angaben über Alkoholkonsumtrends liefert. Allerdings brauchen wir zusätzliche Ressourcen, damit das Programm auf dem von der ministeriellen Konferenz geforderten Niveau weiterarbeiten kann.

Ich habe natürlich die **übertragbaren Krankheiten** nicht vergessen. Wir werden uns mit ihnen in der diesem Thema gewidmeten Sitzung des Regionalkomitees befassen.

Nachdem ich über die Arbeit in und mit den Ländern, über die Partnerschaften und die Fachprogramme gesprochen habe, möchte ich jetzt auf einen Arbeitsbereich zu sprechen kommen, der mir besonders am Herzen liegt, nämlich das Thema **Evidenz und Information**. Die evidenzbasierte Arbeit geht weiter. Wir haben mittlerweile ein hochkarätiges fachliches und wissenschaftliches Team, das unsere Arbeit begleitet. Ziel ist es, die im Laufe der Jahre auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit gewonnenen Erfahrungen zusammenzustellen und zu analysieren, um daraus nützliche Lehren für unsere Unterstützung der Mitgliedstaaten ziehen zu können. Die Arbeit wird von dem Gedanken getragen, dass sich diese Unterstützung möglichst weitgehend auf konkrete Fakten und die beste Praxis gründen sollte, kurz gesagt, dass der Rat, den wir unseren Mitgliedstaaten geben, auf analytischer Arbeit (auf „Intelligence“ im Sinne des englischen Begriffs) basieren muss. Zur Zeit arbeiten wir vor allem an einer Arbeitsmethode für das Regionalbüro, zugleich möchten wir aber auch, dass diese Methode zum Fortschritt der öffentlichen Gesundheit beiträgt. In den kommenden Monaten wird die unsere Arbeit begleitende wissenschaftliche Gruppe einen Aufsatz veröffentlichen. Das dem Regionalkomitee vorliegende Dokument zum Thema Armut profitiert ebenfalls von dieser Arbeitsmethode. Die „Fakten“ sind Teil einer weitaus umfassenderen Arbeit, die wir auf dem Gebiet der Information leisten. Wir haben immer den Ehrgeiz, den Entscheidungsträgern einen leichteren Zugang zu validierten und nützlichen Informationen zu verschaffen, die ihnen eine fundierte Entscheidungsfindung ermöglichen. In unserem Zeitalter der Kommunikation ist es unerlässlicher denn je, dass wir unterscheiden zwischen wahren und falschen, nützlichen und unbrauchbaren Informationen. Mit unseren nationalen und internationalen Partnern arbeiten wir in diese Richtung. Die Thematik ist schwierig; nach meinem Geschmack kommen wir nicht schnell genug voran, doch die Aufgabe ist so wichtig, dass unser Projekt unbedingt tragfähig, nachhaltig und hochkarätig sein muss. Im Regionalbüro setzt dieses Projekt die Beteiligung aller Fachreferate voraus. Es beeinflusst unsere Arbeitsweise und fördert die Transparenz unserer Arbeit. Es wird immer mehr zu einem unsere gesamte Tätigkeit einenden Element, insbesondere weil unser Beitrag zu dieser „Wissensbank“, wenngleich notwendigerweise begrenzt, vorbildlich sein muss.

Erlauben Sie mir, in diesem Zusammenhang auf die hochkarätigen Veröffentlichungen des Observatoriums für Gesundheitssysteme hinzuweisen, die im Übrigen im Foyer ausgestellt sind. Die neue Website und der Europäische Gesundheitsbericht (der im November in allen Sprachen auch als Buch vorliegen

wird) stehen Ihnen während des Regionalkomitees ebenfalls zur Verfügung. Was den Zugang zu Informationen betrifft, so kann ich Ihnen auch mitteilen, dass dank einer Initiative des Hauptbüros, mehrere Ministerien und Organisationen in den Mitgliedstaaten, unsere Fachreferate und Verbindungsbüros inzwischen Zugriff auf die wichtigsten internationalen Veröffentlichungen und Datenbanken haben.

In gewisser Weise ist das „evidenzbasierte“ Arbeiten auch für **das Management und die Verwaltung** des Regionalbüros bestimmend. Wir bemühen uns darum, die Verwaltung etwas weniger schwerfällig zu machen. Die Idee der „Evidenz“ zwingt uns regelmäßig zu der Frage, ob unsere Verwaltung optimal funktioniert, so wie wir das auch in den Fachprogrammen tun. Selbstverständlich bleibt es die Aufgabe der Verwaltung darüber zu wachen und zu kontrollieren, dass die Regeln der WHO eingehalten werden, doch sie muss auch zur Verwirklichung der Ziele und Aktivitäten beitragen, die Sie uns aufgetragen haben. Die zahlreichen in den letzten beiden Jahren durchgeführten Überprüfungen und Untersuchungen dienen uns als Ausgangspunkt für unsere Reformen. Von diesen Studien möchte ich die von Professor Silano über die WHO-Zentren außerhalb von Kopenhagen anführen. Sein Bericht wurde vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees erörtert und liegt Ihnen vor. Selbstverständlich würden mich Ihre Kommentare zu diesem Thema sehr interessieren. Neu in diesem Jahr sind die Erneuerung des Vertrags für das Büro in Rom, die Eröffnung des für städtische Umweltfragen zuständigen Büros in Bonn und des Büros in Venedig, das sich mit den sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit befasst, sowie die Ausweitung des Büros in Brüssel, das einige Funktionen des Observatoriums für Gesundheitssysteme übernimmt.

Ich habe Ihnen nun die wichtigsten Aufgaben erläutert, an denen das Regionalbüro seit meine Amtsübernahme arbeitet. Nichts Revolutionäres, sondern eine ständige und strukturierte Anpassung an die Bedürfnisse der Länder und den Satzungsauftrag des Regionalbüros. Insgesamt arbeiten wir in neun Hauptbereichen. Das **Management der Humanressourcen** habe ich mir bis zum Schluss aufgehoben. Auch wenn ich zuweilen kritisch sein mag, kann ich Ihnen sagen, dass ich immer beeindruckt bin von der Qualität der Arbeit und dem Engagement der Mitarbeiter des Regionalbüros. Ich konnte mich davon im Laufe des Jahres bei meinen systematischen Besuchen in allen Abteilungen, in den außerhalb von Kopenhagen angesiedelten Büros und in den Verbindungsbüros überzeugen. Vor allem aber habe ich das von unseren Partnern und bei meinen Länderbesuchen gehört. Wenn Sie mich bitten, den Beweis für meine Auffassung zu erbringen, so kann ich Ihnen antworten, dass die Beweise in den zahlreichen Fachaudits der letzten beiden Jahre zu finden sind. Noch einmal, diese Komplimente schließen Kritik keineswegs aus. Im kommenden Jahr möchte ich die Fortbildung der Mitarbeiter weiterführen und weiterentwickeln. Inzwischen wurde ein neues Referat eingerichtet, das für diesen Bereich zuständig ist. Das Programm wird sich mit den fachlichen, kulturellen und politischen Aspekten der Fortbildung befassen. Ich möchte auch, dass der mittlerweile funktionierende partizipatorische Prozess in diesem Jahr voll zur Entfaltung kommt. Diese von der Form und ihrer Zielsetzung her neue Art der Fortbildung ermöglicht es den Mitarbeitern, ihre fachliche Qualifikation zu verbessern, und erleichtert ihnen die Anpassung an neue Aufgaben. Sie wird es auch leichter machen, die Mitarbeiter innerhalb der Organisation an unterschiedlichen Stellen einzusetzen und dem so genannten Rotationsprinzip Wirkung zu verleihen. In Bezug auf die Mobilität der Mitarbeiter würde ich sagen, dass ich es als positiv betrachte, wenn Mitarbeiter kommen und gehen. Es ist zwar traurig, wenn uns Kollegen verlassen, die zahlreiche Jahre im Dienst der Organisation verbracht haben, es ist aber auch erfreulich und ermutigend zu sehen, dass ihnen in ihren Heimatländern oder in anderen internationalen Organisationen hohe Posten angeboten werden. Ich denke hier natürlich an Frau Zsuzsanna Jakab, die uns am 1. September verlassen hat, um im ungarischen Gesundheitsministerium als Ständige Staatssekretärin zu wirken. Wir begrüßen sie heute als Leiterin der ungarischen Delegation. Unter den Neankömmlingen freue ich mich Professor Gudjón Magnússon, den Dekan der nordischen Hochschule für Public Health, in unserem Kreis willkommen heißen zu können. Er übernimmt die Verantwortung für einen wichtigen Teil unserer Fachprogramme. Nicht zuletzt möchte ich in diesem Zusammenhang auch die Arbeit der Personalvereinigung würdigen, die nicht zögert, ihre Kritik vorzubringen, dies aber immer konstruktiv und im Interesse der Organisation tut.

Einige Etappen der künftigen Arbeit

Unter den für die kommenden Monate geplanten Vorhaben möchte ich **zwei globale Berichte** hervorheben, die im Oktober erscheinen werden. Der erste zum Thema Gewalt und Gesundheit befasst sich mit der Verhütung von Gewalt gegen Frauen, dem Missbrauch und der Vernachlässigung von Kindern, der Gewalt gegen Jugendliche, mit dem Selbstmord und mit den gesundheitlichen Folgen von Konflikten und Menschenhandel. Der zweite ist der Weltgesundheitsbericht für das Jahr 2002, der thematisch den gesundheitlichen Risiken gewidmet ist. Das Regionalbüro sieht sich auch hier als regionaler Vermittler dieser globalen Initiativen.

Die kommenden Monate sind auch entscheidend für das **Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen**. Die Europäische Region hat sich durch Vorbereitungstreffen in Bulgarien, Estland und Russland auf die Verhandlungen vorbereitet. In der nächsten Woche veranstaltet das Regionalbüro in Kopenhagen eine Konsultationstagung mit den 51 Mitgliedsländern der Region, die der Vorbereitung auf die letzte Verhandlungsrunde dient, die im Oktober in Genf stattfindet, bevor das Übereinkommen im Mai 2003 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wird.

Im Bereich **Gesundheitsförderung** möchte ich die Tagung zum Thema der Partnerschaft des Bildungs- und Gesundheitssektors ansprechen, die vom 25. bis 27. September in der Nähe von Amsterdam stattfindet und bei der es um die schulische Gesundheitsförderung geht.

Ich habe bereits erwähnt, welche Bedeutung wir den im **Umbruch befindlichen Ländern** beimessen, von denen sich die meisten um den Beitritt zur Europäischen Union bewerben. Das Thema steht auf der Tagesordnung des jährlichen Koordinationstreffens der WHO und der Europäischen Kommission, das am 3. und 4. Oktober erstmalig in Kopenhagen stattfindet. Wie ich bereits gesagt habe, möchten wir in diesem Jahr die dänische und griechische Ratspräsidentschaft zur verstärkten Unterstützung dieser Länder nutzen.

Die **psychische Gesundheit** ist nach dem großen Themajahr 2001, das im Oktober mit der von der belgischen Regierung, der Europäischen Union und dem Regionalbüro ausgerichteten europäischen Konferenz zum Thema Stress und Depression und später mit der Verabschiedung einer Erklärung durch das Europäische Parlament und der Annahme einer Resolution durch die Delegierten der Weltgesundheitsversammlung seinen Abschluss fand, keineswegs vergessen. Wir bemühen uns weiterhin anhaltend darum, Verständnis für die Problematik einzuwerben und an den in diesem Bereich von den Mitgliedstaaten bereits erzielten Erfolgen festzuhalten, während wir uns auf eine ministerielle Konferenz über die in Europa auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit verfolgte Politik vorbereiten. Nachdem ich das Thema gestern mit dem SCRC erörtert habe, möchte ich vorschlagen, die Konferenz im Januar 2005 in Helsinki abzuhalten. Wir haben der estischen Regierung bereits vorgeschlagen, sich als Partner an der Konferenz zu beteiligen, die damit zwei nur durch den wenige Kilometer breiten finnischen Meerbusen getrennte Schwerpunkte haben könnte.

Abschließend möchte ich Ihnen noch gern mitteilen, dass wir uns gleich nach dem Regionalkomitee an die Vorbereitung **der neuen Phase der Gesundheit für alle** machen. Ich hoffe, dass wir Ihnen im nächsten Jahr einen methodischen Ansatz vorlegen und Sie dann beim Regionalkomitee im Jahr 2005 die Endfassung des Dokuments verabschieden können. Wir haben bei der Forumtagung in Stockholm das Thema Ethik in Gesundheitssystemen erörtert, das ein geeignetes zentrales Thema für das Projekt zu sein scheint. Wir werden sehr schnell für einen Mechanismus sorgen, der es uns ermöglicht, in diese Arbeit Experten einzubeziehen, vor allem aber Sie möglichst weitgehend daran teilhaben zu lassen. Ihre Unterstützung auf diesem Gebiet ist für uns unerlässlich. In diesem konkreten Fall denke ich übrigens eher an intellektuelle und kreative als an finanzielle Unterstützung.

Konklusion

Im Laufe des Jahres haben wir in dieser sich rasch verändernden Welt versucht, unserem Satzungsauftrag gerecht zu werden, der Stimme unserer Region und ihren Anliegen Gehör zu verschaffen und besser auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Mitgliedstaaten zu reagieren. Jetzt warten wir gespannt und natürlich sehr interessiert darauf, was Sie zu unserer Arbeit zu sagen haben. Sie sind unser leitendes Organ, zugleich aber auch unser Wegweiser. Diesen Gedanken übersetzen wir intern mit „unsere Arbeitgeber und gleichzeitig unsere Klienten“. Wir hoffen, dass dieses Regionalkomitee auch für Sie interessant sein wird und dass Sie nach Ihrer Heimkehr auch in Ihrer Arbeit davon profitieren können. Diese Tagung erhält durch die kürzlich von Frau Dr. Brundtland abgegebene Erklärung einen besonderen Charakter, doch der die Organisation einende Gedanke der „einen WHO“, der von ihr ausging, wird erhalten bleiben, wobei die regionalen Unterschiede, die Sie hier vertreten, respektiert werden.

Ich danke Ihnen.

*Anhang 6***ERKLÄRUNGEN DER DELEGIERTEN DER TÜRKEI****Erste Sitzung, Montag, d. 16. September 2002, Vormittag****Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms (Tagesordnungspunkt 1 b))****Frau Fügen OK (Botschafterin der Republik Türkei in Dänemark)**

Danke, Herr Präsident. Erlauben Sie mir zunächst, Ihnen zum Amt des Präsidenten zu gratulieren. Ich wünsche Ihnen im kommenden Jahr viel Erfolg. Ich möchte auch dem neuen Vizepräsidenten, dem Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und der Berichterstatterin zur Wahl gratulieren und zugleich den Dank meiner Delegation an die ausscheidende Präsidentin, die ausscheidende Exekutivpräsidentin, den Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und die Berichterstatterin zum Ausdruck bringen.

Nun zu dem Grund, der mich das Wort ergreifen lässt. Er bezieht sich, Herr Präsident, auf den Entwurf zur Tagesordnung. Die türkische Delegation hat einen Einwand gegen die Aufnahme von Punkt 10 in die Tagesordnung. Wir sind der Auffassung, dass die Aufnahme dieses Punktes in die Tagesordnung unserer Tagung unangemessen ist, in erster Linie aus Verfahrensgründen. Das Ersuchen eines Landes, das von einer Region in eine andere überführt werden möchte, muss von den Mitgliedern beider Regionen behandelt werden, da ein solcher Beschluss inhaltliche, praktische und finanzielle Konsequenzen für beide betroffenen Regionen hat. Die von der 49. Gesundheitsversammlung zum Thema der Überführung von Ländern aus einer Region in eine andere verabschiedete Resolution enthält zwar keine genaueren Angaben zu dem dabei zu befolgenden Verfahren, doch es ist ganz einfach logisch, dass jede Frage der Zulassung eines bestimmten Landes zu einer Region ein offizieller Beschluss der Region vorausgehen muss, die das betreffende Land verlassen möchte. Soweit wir wissen, hat die Region Östlicher Mittelmeerraum bereits Kenntnis von der Bitte der griechisch zypriotischen Verwaltung, diese Gruppe verlassen zu dürfen, es liegt jedoch noch keine diesbezügliche offizielle Zustimmung der Region vor. Deshalb sollte die Europäische Region das einschlägige Ergebnis der nächsten Tagung der Region Östlicher Mittelmeerraum abwarten. Die Angelegenheit ist nicht weiter dringlich, abgesehen davon, dass sie der griechisch zypriotischen Verwaltung einen möglichen politischen Vorteil beschere würde, den diese in einer kritischen Phase der Bemühungen um eine Lösung des Zypernproblems, das seit nahezu vier Jahrzehnten auf der Tagesordnung der Vereinten Nationen steht, ausnutzen könnte.

Herr Präsident, die Weltgesundheitsorganisation ist eine Fachorganisation, die das hehre Ziel verfolgt, die gesundheitlichen Bedingungen für alle unsere Völker zu verbessern. Ihre Arbeit gründet sich auf die enge Zusammenarbeit ihrer Mitglieder und auf den Geist der Einvernehmlichkeit. Das Regionalkomitee für Europa arbeitet in allen Angelegenheiten herkömmlicherweise ebenfalls nach dem Konsensprinzip. Die politische Ausnutzung von Verfahrensvorteilen war mit dem Charakter der Arbeit des Regionalkomitees immer unvereinbar. Wenn dieses zur Regel gewordene Konsensprinzip etwa aus politischen Gründen aufgegeben wird, ist das Regionalkomitee künftig nicht imstande, eine inhaltliche Lösung der sich aufdrängenden Gesundheitsprobleme, denen sich die Region stellen muss, einstimmig anzugehen.

Angesichts dieser Probleme ist die Türkei nicht damit einverstanden, dass der Punkt 10 auf die Tagesordnung dieses Regionalkomitees gesetzt wird, bevor von der Region Östlicher Mittelmeerraum ein endgültiger Beschluss gefasst wurde. Um das fortgesetzte reibungslose und konsequente Funktionieren des Regionalkomitees für Europa zu sichern und zu verhindern, dass diese heikle politische Frage dessen Tagesordnung besetzt, schlägt die Delegation der Türkei deshalb vor, Punkt 10, der sich auf die Aufnahme der zypriotischen Verwaltung in die europäische Gruppe bezieht, von der Tagesordnung zu nehmen, und

bittet darum, diese Erklärung wörtlich in den zusammenfassenden Bericht über diese Tagung zu übernehmen. Ich danke Ihnen herzlich.

Vierte Sitzung, Dienstag, d. 17. September 2002, Nachmittag

Antrag von Zypern auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO (Tagesordnungspunkt 10)

Frau Fügen OK (Botschafterin der Republik Türkei in Dänemark)

Ich danke Ihnen. Herr Präsident, wir haben unsere Einwände gegen die Aufnahme dieses Punktes in die Tagesordnung bereits erläutert. Wir erörtern jetzt Punkt 10 der Tagesordnung. Ich habe mir die Erklärung des Vertreters der Europäischen Union sorgfältig angehört. Es stimmt, es geht hier nur darum, jemanden von einer Region in eine andere zu überführen. Doch was überführen Sie? Sie überführen ein Mitglied der Mittelmeerregion in die Europäische Region, wo in dieser Frage keine einheitliche Auffassung herrscht. Und Sie nehmen eine Menge Fragen vorweg: Sie setzen die Lösung des Zypernproblems voraus sowie die Möglichkeit, in diesem Regionalkomitee in dieser Frage zu einer einhelligen Auffassung zu gelangen. Ich meine also, dass es sich bei dem Statement der Europäischen Union offen um eine Erklärung der Realität handelt, wonach es hier um die Überführung von einem Regionalkomitee geht, in dem eine friedliche, einhellige Arbeitsatmosphäre herrschte und die Aktivitäten in diesem Sinne abgewickelt wurden. Die Überführung erfolgt jedoch zu einem anderen Regionalkomitee, in dem keine einheitliche Meinung oder Auffassung herrscht und in dem aufgrund dieses Problems nicht einstimmig gehandelt wird – nicht einstimmig gehandelt werden wird. Damit möchte ich nur deutlich machen, was die Erklärung der Europäischen Union für uns bedeutet.

Zweitens möchte ich auf die vom Exekutivpräsidenten abgegebene Erklärung eingehen, wonach es sich hier um eine automatische Angelegenheit handelt. Sie ist nicht automatisch. Es gibt hier einige Leute, die mit der UN-Taktik, den Grundsatz- und Verfahrensregeln der Vereinten Nationen sehr vertraut sind; vor allem die Europäische Union und europäische Diplomaten wissen dies sehr wohl und ich bin sicher, dass der Regionaldirektor in dieser Hinsicht äußerst erfahren ist. Das hier ist also keine automatische Angelegenheit. Diese Fragen lassen sich ganz unterschiedlich angehen, sie sind sehr politisiert, alles hängt also vom guten Willen des Leiters der Organisation ab.

Mit diesen Bemerkungen möchte ich also, das wir nun zur Tagesordnung gekommen sind, erläutern, weshalb wir uns gegen die Behandlung dieser Frage gewandt haben. Die auf die 1960er zurückgehende Republik Zypern wurde in den 1960er Jahren gegründet und hörte als solche auf zu existieren, nachdem ihre Verfassung 1963 aufgehoben und die türkisch-zypriotische Seite durch Machtanwendung aus der Partnerschaftsrepublik ausgeschlossen worden war. Seit 36 Jahren gibt es keine einzige politische Behörde in Zypern, die die Kompetenz besitzt, die türkischen und die griechischen Zyprioten gemeinsam zu vertreten, und die legitim dazu befugt wäre, im Namen der gesamten Insel zu handeln. Die Gesetzgebung der griechisch zypriotischen Verwaltung umfasst nur das Gebiet im Süden der Insel, das sich unter griechisch zypriotischer Kontrolle befindet. Die türkischen Zyprioten werden durch die Regierung der Türkischen Republik Nord-Zypern vertreten, die auf ihrem Gebiet die ausschließliche gesetzliche und politische Zuständigkeit besitzt. Außerdem erkennt die Türkei die griechisch zypriotische Verwaltung nicht an, die seit 1963 ausschließlich die griechischen Zyprioten und deren Interessen vertritt. Der Antrag der griechischen zypriotischen Verwaltung auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der Weltgesundheitsorganisation sollte von dieser Realität her beurteilt werden. Wir sind der Auffassung, dass die Nichtanerkennung der besagten Verwaltung durch die Türkei bei der in der Europäischen Region durchzuführenden Arbeit politische und inhaltliche Probleme und Schwierigkeiten verursachen würde und außerdem negative politische Konsequenzen hätte. Das würde sich unausweichlich negativ auf das reibungslose und harmonische Funktionieren der Region sowie auf den unter den Mitgliedstaaten herrschenden Geist der Zusammenarbeit auswirken.

Andererseits sind wir auch der Auffassung, dass es in einer Zeit, in der die beiden zypriotischen Seiten direkte Gespräche führen, besonders wichtig ist, dass diese in einer Atmosphäre stattfinden, die von der Einmischung durch Dritte weit entfernt ist. Wir erwarten, dass man von dritter Seite alle Maßnahmen unterlässt, die die laufenden Gespräche gefährden könnten, und dass man die beiden Seiten gleichberechtigt behandelt. Dies ist in der Tat der wesentlichste Beitrag zu dem Prozess.

Herr Präsident, aufgrund dieser Argumente widersetzt sich die Türkei der Überführung der griechisch zypriotischen Verwaltung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region zum jetzigen Zeitpunkt und bittet darum, die Angelegenheit zu vertagen, bis dieses politische Problem zwischen den beiden in Zypern existierenden Volksgemeinschaften und Staaten gelöst ist. Ich bitte darum, meine Erklärung wörtlich in den Bericht über diese Tagung aufzunehmen. Vielen Dank.

Fünfte Sitzung, Mittwoch, d. 18. September 2002, Vormittag

Antrag von Zypern auf Überführung aus der Region Östlicher Mittelmeerraum in die Europäische Region der WHO (Tagesordnungspunkt 10)

Frau Fügen OK (Botschafterin der Republik Türkei in Dänemark)

Danke, Herr Präsident. Ich stelle hiermit eine sehr technische Frage und möchte, dass diese Frage und die Antwort des Sekretariats wörtlich festgehalten werden. Meine Frage ist folgende: Gestern haben wir alle den Regionaldirektor sagen hören, dass die für die Überführung dieses Mitglieds in die Europäische Region erforderlichen Mittel, wobei es sich, soweit ich verstehe, um etwa 375 000 US-\$ handelt, aus der EMRO-Region in die EURO-Region überführt worden sind oder überführt werden. Meine Nachfrage im Genfer Hauptbüro und bei Mitgliedern von EMRO hat ergeben, dass dieser Transfer nicht stattgefunden hat und nicht durchgeführt werden kann und dass EMRO bei seinen Tagungen nichts dergleichen beschlossen hat. Es ist deshalb für sie sehr schwierig, einen solchen Transfer zu beschließen. Dies ist also meine Frage und ich möchte dazu vom Sekretariat eine ganz klare Antwort, die ebenfalls wörtlich aufgezeichnet werden sollte, damit sie für die Weltgesundheitsversammlung vorliegt. Vielen Dank.

Dr. Marc DANZON (WHO-Regionaldirektor für Europa)

Exzellenz, ich erinnere mich nicht, mich in dieser Angelegenheit öffentlich geäußert zu haben, und meine offizielle Erklärung erfolgt hier, also... Vielleicht haben Sie sie gehört, doch da Sie uns um ein Papier bitten, wird sie natürlich in das Papier aufgenommen.