



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Siebenundfünfzigste Tagung**

**Belgrad, Serbien, 17.–20. September 2007**

---

EUR/RC57/REC/1  
18. Oktober 2007  
74197  
ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT ÜBER DIE SIEBENUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG  
DES REGIONALKOMITEES FÜR EUROPA**

### **Schlüsselwörter**

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

# Inhalt

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung.....	1
Wahl der Tagungsleitung.....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Ansprache der Generaldirektorin.....	1
Bericht des Regionaldirektors.....	4
Ansprache des Präsidenten der Republik Serbien Boris Tadić.....	8
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben.....	8
Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	9
Grundsatz- und Fachfragen.....	11
Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region.....	11
Zweiter Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung.....	15
Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse.....	19
Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen.....	21
Weiterverfolgung der Ergebnisse der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas.....	21
Durchführung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme.....	22
Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.....	23
Aktuelles zum Thema Gesundheitssicherheit.....	24
Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit.....	25
Wahlen und Nominierungen.....	26
Exekutivrat.....	26
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees.....	27
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	27
Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit.....	27
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2008, 2009, 2010 und 2011.....	27
Sonstige Angelegenheiten.....	27
Fachsitzungen.....	27
Vorschlag Griechenlands zur Einrichtung einer Außenstelle des Regionalbüros in Athen.....	27
Öffentliche Gesundheit, Innovation und geistiges Eigentum.....	28
Resolutionen.....	30
EUR/RC57/R1: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region.....	30
EUR/RC57/R2: Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse.....	32
EUR/RC57/R3: Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2008–2011.....	34
EUR/RC57/R4: Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung.....	34
EUR/RC57/R5: Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	36
Anhang 1: Tagesordnung.....	37
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere.....	39
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	41
Anhang 4: Ansprache des Regionaldirektors der Europäischen Region der WHO.....	65
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin der WHO.....	73



## Eröffnung der Tagung

Die 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 17. bis 20. September 2007 in der serbischen Nationalversammlung in Belgrad statt. Vertreter und Vertreterinnen aus allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO nahmen daran teil. Auch anwesend waren Beobachter aus einem Mitgliedstaat der Wirtschaftskommission für Europa und ein Beobachter aus einem Nichtmitgliedstaat sowie Vertreter des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen, des Büros der Vereinten Nationen in Belgrad, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Europarates, des Europäischen Zentrums für die Kontrolle und die Prävention von Krankheiten, der Europäischen Kommission und nichtstaatlicher Organisationen.

Die erste Sitzung wurde vom scheidenden Präsidenten Prof. Recep Akdağ eröffnet.

## Wahl der Tagungsleitung

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

Prof. Tomica Milosavljević (Serbien)	Präsident
Dr. David Harper (Vereinigtes Königreich)	Exekutivpräsident
Frau Annemiek van Bolhuis (Niederlande)	Stellvertretende Exekutivpräsidentin
Prof. Alexander V. Nersessov (Kasachstan)	Berichterstatter

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC57/2 Rev.2 und EUR/RC57/3 Rev.1)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

## Ansprache der Generaldirektorin

Die Generaldirektorin leitete ihre Rede ein, indem sie an die Bedingungen in der Europäischen Region während der 1980er Jahre und an die richtungweisende Führungsrolle der Region bei Gesundheitsproblemen erinnerte, die zu dieser Zeit in den wohlhabenden Ländern gerade aufkamen. Das Regionalbüro habe im Bereich Umwelt und Gesundheit durch Verwendung eines sektorübergreifenden Ansatz Pionierarbeit geleistet; auch bei der Prävention chronischer Krankheiten und der Gesundheitsförderung habe es die Führungsposition innegehalten und zudem die demografische Alterung der Gesellschaft als eines der größten Probleme der Zukunft kommen sehen. Neben Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitssystemen, deren Stärkung notwendig sei, hätten sich diese Themen im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts weltweit zu brennenden Problemen entwickelt. Sektorübergreifende Ansätze seien jetzt auch zentraler Bestandteil der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ), mit denen die Armut an der Wurzel gepackt und in denen Gesundheit als treibende Kraft für den wirtschaftlichen Fortschritt bezeichnet werde.

Die gesundheitliche Lage in der Europäischen Region habe sich seit den 1980er Jahren dramatisch gewandelt und weise heute Diskrepanzen zwischen reichen und armen Bevölkerungsgruppen in den Ländern und zwischen den Ländern im Westen und im Osten der Region auf. Zu den Problemen der letztgenannten zählten hohe Mortalitätsraten bei Müttern und Kleinkindern, Höchstwerten im Weltmaßstab bei multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) und das Auftreten extensiv resistenter Tuberkuloseformen (XDR-Tb). Kollektives Handeln gegen die gemeinsame Bedrohung sei auf Grundlage einer gemeinsamen Verantwortung erforderlich. In allen Regionen der Welt suche man nach Auswegen aus dem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften im Gesundheitswesen. Die gemeinsamen Bemühungen dienten der Gesundheit und damit der Grundlage für eine prosperierende Gesellschaft.

Der Vorsprung der Europäischen Region bei der Formulierung von Aktionsplänen gegen diese Probleme verschaffe ihr eine gute Ausgangslage für eine führende Rolle im internationalen Gesundheitsbereich und ihre politische Führungsarbeit habe einen großen Einfluss auf die internationale Gesundheitspolitik. Die Schwerpunktarbeit der Region in den Bereichen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, sektorübergreifendes Handeln und Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Ergebnissen einerseits und Leistung des Gesundheitssystems andererseits werde für die Welt immer wertvoller. Wenn die Europäische Region Wege fände z. B. ernährungs- und nahrungsbedingte Erkrankungen mit dem Aktionsplan Nahrung und Ernährung zurückzudrängen oder auf der Konferenz im Jahr 2008 wirksame Strategien und Praktiken zur Leistungssteigerung der Gesundheitssysteme festzulegen, dann käme dies der gesamten Welt zugute. Einer der großen Vorzüge der Europäischen Region sei ihr geschicktes Ausnutzen wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ein ungünstiger Umstand sei dagegen die mögliche Vernachlässigung unerfüllter Bedürfnisse in den Ländern in der Mitte und im Osten der Region in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitssysteme.

In dem Papier des Regionalkomitees zu den MZ werde besonders die Mortalität von Müttern und Kleinkindern hervorgehoben. In der Europäischen Region und weltweit seien gut funktionierende Gesundheitssysteme eine absolute Voraussetzung für das Erreichen der Ziele; durch das Unvermögen von Gesundheitssystemen arme Bevölkerungsgruppen zu erreichen, könne sich eine unüberwindbare Hürde vor den gesundheitsbezogenen MZ auftun, deren Verwirklichung ohnehin am wenigsten wahrscheinlich sei. Ein ermutigendes Zeichen des Wandels sei jedoch die soeben gegründete internationale Gesundheitspartnerschaft, in deren Rahmen internationale Organisationen eine besser koordinierte Zusammenarbeit und klar definierte Rollen vereinbart haben, um die gemeinsamen Ziele zu erreichen. Das passe gut in den breiteren Zusammenhang des Reformprozesses der Vereinten Nationen, in den sich die WHO stark einbringe.

Die Gesundheitspolitik engagiere sich auf der ganzen Welt in drei im Grunde gleichen Bereichen. Im ersten Bereich gehe es um die Aufmerksamkeit und die Ressourcen, die durch das Engagement für die MZ gewonnen worden seien. Die Führungsrolle der Europäischen Region sei auch hier für einige Neuerungen entscheidend gewesen, z. B. für UNITAID (innovative Finanzierung eines beschleunigten Zugangs zu hochwertigen Medikamenten und Diagnostika für HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose), die International Finance Facility for Immunization und die Advance Market Commitments, durch die Anreize zur Impfstoffentwicklung in den Entwicklungsländern gegeben werden sollten. Die Generaldirektorin dankte den Ländern der Europäischen Region und der Europäischen Kommission für ihre Beiträge im Rahmen der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte. Im zweiten Bereich hätten die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) den Kampf gegen sich beständig verändernde Mikroben unterstützt. Daneben seien die Vorbereitungen auf eine mögliche Grippepandemie sehr nützlich gewesen, weil sie zu mehr Forschung und zu einer Stärkung der nationalen und internationalen Abwehrkapazitäten gegen gesundheitliche Gefahren geführt hätten. So habe durch die Anwendung des ugandischen Pandemieplanes der vor kurzem erfolgte Ausbruch des Marburgfiebers unter Kontrolle gehalten werden können. Im dritten Bereich sei das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ein starkes internationales Instrument für die Bemühungen um eine Änderung des menschlichen Verhaltens. Die Europäische Region habe eine führende Rolle bei der Ausgestaltung von IGV und FCTC gespielt und die Europäische Union (EU) habe zugleich als Rollenmodell gedient.

Die menschliche Gattung sei herausgefordert sich an die unausweichlichen Folgen des globalen Klimawandels anzupassen. Die zunehmende Häufigkeit und Schwere extremen Wetters bringe kurz- und langfristige Folgen mit sich und zwar besonders im Bereich Gesundheit. Die Herausforderung für die Gesundheitspolitik bestehe darin, Gesundheitsthemen zentral in der Klimadiskussion zu platzieren. Der Klimawandel erhöhe die Dringlichkeit einer Verwirklichung der MZ, denn Länder, die über einen Mindestlebensstandard und angemessene Gesundheitsinfrastrukturen verfügten, seien am ehesten in der Lage, sich an die bereits einsetzenden dramatischen Veränderungen anzupassen. Die Welt könne vom Vorsprung der Region bei der Bewältigung der Auswirkungen von Umweltbedingungen auf die Gesundheit profitieren.

In der sich anschließenden Aussprache dankten alle Redner der Generaldirektorin für ihre anregenden und ermutigenden Worte. Die meisten Redner betonten die Unterstützung ihres Landes für die Arbeit unter der Leitung der WHO. Mehrere Redner forderten die Zuweisung zusätzlicher Ressourcen an die Europäische Region. Sie würden benötigt, damit man den gewachsenen Bedürfnissen der Region Rechnung tragen, die zentralasiatischen Länder in ihren Bemühungen zur Bewältigung der Gesundheitsprobleme unterstützen, der Region im Kampf gegen die mikrobielle Bedrohung helfen und das menschliche Verhalten in die richtige Richtung ändern könne. Ein Redner beschrieb die Erfolge seines Landes in Bezug auf das Impfwesen und die Gesundheit der Kinder, die trotz begrenzter Mittel erzielt worden waren.

Ein im Namen der fünf nordischen Länder sprechender Redner fragte, ob der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit auf der Weltgesundheitsversammlung 2008 vorgestellt werden und der Vorsitzende der Kommission zu diesem Anlass eine Rede halten könne, um das dynamische Moment der Kommission aufrechtzuerhalten und gleichzeitig den Leitungsgremien der WHO die ordnungsgemäße Behandlung der Vorschläge zu ermöglichen.

Ein Redner sagte, die aus der Bewältigung der Gesundheitsprobleme der Europäischen Region erwachsenden Nachteile könnten durch einen sektorübergreifenden Ansatz bei entsprechendem politischem Willen überwunden werden. Sein Land unterstütze die WHO darin, mit dem Ziel eines höheren Stellenwertes von Gesundheit, Kontakt zu anderen Sektoren, nichtstaatlichen Organisationen (NGO) und Wirtschaft aufzunehmen. Ein weiterer Redner hob die Bedeutung der Themen Gesundheit von Müttern und Kindern sowie des Themas Altern in Gesundheit hervor. Da die Frage der Änderung menschlichen Verhaltens zum Schutz der Umwelt sehr komplex sei, solle das Regionalkomitee vielleicht bei seiner nächsten Tagung die möglichen Optionen, darunter politische Maßnahmen, erkunden.

Die Direktorin des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) dankte der Generaldirektorin für ihren Einsatz bei der Sicherung eines erhöhten Anteils der Zuweisungen aus dem WHO-Haushalt an die Europäische Region. Die WHO habe eine besondere Rolle als globaler wie als regionaler Partner des ECDC. Die EU und das ECDC würden sich zu den globalen ebenso wie zu den regionalen Zielen und Strategien bekennen. Als Beispiele nannte sie den neuen europäischen Aktionsplan gegen Tuberkulose, die Vorbereitung auf eine Grippepandemie, aktuelle Arbeiten zur Patientensicherheit und Bemühungen um eine Stärkung der epidemiologischen Überwachung und zum Aufbau von Kapazitäten für die Umsetzung der IGV. Vom European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) geschulte Fachleute beteiligten sich auf globaler Ebene im Rahmen des Globalen Verbunds zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen (GOARN) regelmäßig an der Aufdeckung und Bekämpfung derartiger Ausbrüche. Das WHO-Hauptbüro habe die ECDC-Studie zur Krankheitslast in der EU unterstützt und mit der WHO-Methodik abgestimmt. WHO und ECDC müssten ihre Kooperation fortsetzen und vertiefen; die WHO könne auf die Unterstützung durch das ECDC im regionalen wie globalen Kontext vertrauen.

In ihrer Erwiderung würdigte die Generaldirektorin das klare Bekenntnis des Regionalkomitees zur Verbesserung der Gesundheit; die WHO tue das ihr Mögliche für die Zusammenarbeit mit den Ländern und die Beschaffung von Mitteln zur Unterstützung ihrer Bemühungen. Die WHO vertraue auf ihre Partner innerhalb und außerhalb der Vereinten Nationen. Die Ausgangslage mache ihr Mut; zusätzliche Ressourcen stünden zur Verfügung, doch müsse die WHO auch beweisen, dass sie vor Ort gut Ergebnisse erzielen könne. Die WHO sei sehr gewillt mit Exzellenzzentren wie dem ECDC zusammenzuarbeiten. Sie begrüße die Unterstützung des ECDC z. B. beim Kapazitätsaufbau der Länder durch die Errichtung von Labornetzen.

Die Generaldirektorin stimme vollkommen darin überein, dass das dynamische Moment der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit erhalten bleiben müsse, und sei gewillt, eine Veranstaltung in Verbindung mit der Weltgesundheitsversammlung 2008 durchzuführen, soweit die Tagesordnung der WHO-Leitungsgremien dies zulasse.

## Bericht des Regionaldirektors

Der Regionaldirektor bezeichnete seine Ansprache als einen ersten Zwischenbericht zur Umsetzung der Arbeit über die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa bis zum Jahr 2020. Er begrüßte die verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Ebenen der WHO von unten bis oben und umgekehrt unter Leitung der neuen Generaldirektorin Dr. Margaret Chan. So hätten das Hauptbüro und die Regionalbüros bei den Themen IGV, geistiges Eigentum, Personalpolitik im Gesundheitswesen und Stärkung der Gesundheitssysteme sowie beim Ausbau der Beziehungen zwischen WHO und globalen wie europäischen Partnern zusammengearbeitet und die gesamte Organisation beteilige sich am Reformprozess der Vereinten Nationen.

Die Arbeit in Südosteuropa konzentrierte sich auf die Sicherung des Friedens, der Menschenrechte und der Gesundheit. Die WHO, der Europarat und mehrere Mitgliedstaaten hätten im Rahmen des Stabilitätspaktes für Südosteuropa ein Programm für friedensbildende Maßnahmen in der Region im Bereich der öffentlichen Gesundheit eingeleitet. Die Zahl sowohl der beteiligten Länder und Geber als auch der gemeinschaftlichen Programme sei angewachsen und das Programm als Ganzes sei im Jahr 2005 in seine zweite Phase getreten. Außerdem hätten die WHO und andere Organisationen der Vereinten Nationen in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo 530 Roma durch die Verlegung in ein vor Umweltbelastungen sicheres Lager geholfen und ihnen auch Unterstützung und Behandlung angeboten. Das Regionalbüro habe außerdem die Freilassung der bulgarischen Krankenschwestern und des Arztes aus der Gefangenschaft in der Libysch-Arabischen Dschamahirija feiern können, für die es sich seit dem Jahr 2000 gemeinsam mit der bulgarischen Regierung, dem WHO-Hauptbüro und der WHO-Botschafterin des guten Willens für die Gesundheit von Müttern und Kindern in der Europäischen Region eingesetzt habe.

Das Regionalbüro bemühe sich weiter seine Dienste für die 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zu verbessern, wozu auch die Weiterentwicklung seiner Länderbüros gehöre. Der Regionaldirektor schilderte dann einige besonders wichtige bzw. charakteristische Erfolge aus den vier Bereichen: übertragbare Krankheiten, nichtübertragbare Krankheiten, Stärkung der Gesundheitssysteme sowie Umwelt und Gesundheit. Im ersten Bereich habe das Regionalbüro die zweite Europäische Impfwache unter Beteiligung von 25 Mitgliedstaaten organisiert, habe eine Tagung mit 44 nationalen Ansprechpersonen für die Bekämpfung von Masern und Röteln durchgeführt, habe eine Kooperation mit dem WHO-Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum im Rahmen der weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung vereinbart, habe Mitgliedstaaten bei der Vorbereitung auf eine mögliche Grippepandemie unterstützt (wozu auch die Planung einer zwischenstaatlichen Tagung zum Thema geistiges Eigentum gehörte); habe ein Ministerforum unter dem Motto „Alle gegen Tuberkulose“ geplant und setze sich weiter für einen besseren Zugang zu HIV/Aids-Prävention und -Therapie ein. Das Auftreten der ersten 200 Chikungunya-Virus-Fälle in der Region habe die Bedeutung der Beteiligung der Region am Koordinierungsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten gezeigt.

Im zweiten Bereich arbeite das Regionalbüro an der Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und unterstütze eine Reihe von Ländern direkt bei der epidemiologischen Überwachung und der Politikgestaltung. Es habe eine Tagung mit 44 Mitgliedstaaten zur besseren Prävention von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt und arbeite mit einer Reihe von ihnen an Programmen zu dessen Bekämpfung. Außerdem würden das Regionalbüro und die Europäischen Kommission bald Daten veröffentlichen, die ein klareres Bild von der Psychiatrie in der Region ermöglichen, und das Regionalbüro unterstütze Mitgliedstaaten, besonders in Zentralasien, bei der Eingliederung des Themas psychische Gesundheit in die primäre Gesundheitsversorgung sowie bei der diagnostischen und therapeutischen Ausbildung von Hausärzten für psychische Erkrankungen.

Im dritten Bereich unterstütze das Regionalbüro 25 Mitgliedstaaten beim Abbau von Ungleichheiten in ihren Gesundheitssystemen und bei der Verbesserung der Konzepte und Leitungsformen in diesem Bereich sowie bei der Umstrukturierung ihrer Gesundheitsministerien. Das Büro habe einen Bericht der Region zu Gesundheit und Sicherheit veröffentlicht und bereite eine Konferenz über Gesundheitssysteme im Jahr 2008 in Estland vor. Die Stärkung der Gesundheitssysteme werde auch oft in die zweijährigen



Kooperationsvereinbarungen zwischen Regionalbüro und Mitgliedstaaten aufgenommen, insbesondere zu nennen seien hier die jüngst mit Andorra, Belgien und Portugal unterzeichneten.

Im vierten Bereich sei durch die Arbeit des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit und durch die Bestandsaufnahme bei der zwischenstaatlichen Tagung in Wien (Österreich) die Weiterentwicklung der nationalen Konzepte für Umwelt und Gesundheit beträchtlich unterstützt worden, daneben seien auch die Fallstudien zu beispielhaften Praktiken und die Arbeit mit Jugendgruppen sehr wertvoll gewesen.

In Befolgung einer Resolution des Regionalkomitees aus dem Jahr 2006 habe das Regionalbüro seine Zusammenarbeit mit den wichtigsten Partnern ausgebaut. Als gemeinsame Tätigkeiten mit der EU nannte er die Zusammenarbeit mit dem ECDC beim Thema Vogelgrippe, mit der Europäischen Kommission bei der Abstimmung von Programmen für Gesundheitssicherheit, Chancengleichheit sowie Umwelt und Ernährung und ferner mit den den EU-Ratsvorsitz führenden Mitgliedstaaten Finnland, Deutschland und Portugal bei den Themen Gesundheit in allen Politikbereichen, HIV/Aids-Prävention bzw. Gesundheit von Migranten. Die Generaldirektorin und der Regionaldirektor hätten sich mit den Spitzen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der EU getroffen, um ihre gemeinsame Arbeit besser zu harmonisieren und wirksamer zu gestalten.

Der Direktor für Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung bei der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission ergriff auf Wunsch des Regionaldirektors das Wort und sagte, die Zusammenarbeit zwischen der Kommission und der WHO sei im Laufe der Jahre und mit der zunehmenden Konzentration der Kommission auf Gesundheitsthemen gewachsen. Die Kommission habe eine gesundheitspolitische Strategie auf den Weg gebracht und verfolge damit einen ehrgeizigen sektorübergreifenden Ansatz, der im Laufe von zehn Jahre umgesetzt werden solle. Ergebnisse einer vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik durchgeführten Studie hätten als Grundlage für einen Vorschlag der EU für gemeinsame, klar verständliche und durchsetzbare EU-Regeln bei grenzüberschreitenden Fragen der Gesundheitsversorgung gedient.

Innerhalb der EU entspreche die Mobilität des Gesundheitspersonals dem Prinzip der Freizügigkeit für Arbeitnehmer. Doch wenn das Gesundheitspersonal in Gebiete zöge, in denen sein Sachverstand benötigt würde, bringe dies die Gefahr einer weiteren Verringerung der Zahl qualifizierter Gesundheitsfachkräfte in abgelegenen und armen Teilen der Region mit sich. Ein gemeinsames europäisches Vorgehen sei erforderlich, daher sei die Behandlung des Themas auf dieser Tagung zu begrüßen.

Im Jahr 2007 habe die EU ihre Politik zu den Themen Tabak und Alkohol sowie Ernährung, Übergewicht und Adipositas festgelegt. Insbesondere im Bereich Nahrung und Ernährung arbeite sie eng mit dem Regionalbüro zusammen. Im März 2007 hätten beide Partner die Unterschrift für sieben gemeinsame Projekte mit einem Finanzumfang von über 4,2 Mio. € geleistet, von denen 60% aus dem Programm der EU für öffentliche Gesundheit stammten. Dabei seien dies nur einige von mehreren Hundert gemeinsamen Unternehmungen von WHO und Europäischer Kommission. Die Europäische Kommission unterstütze die WHO insgesamt mit ca. 100 Mio. US-\$ jährlich, was sie zu einem der fünf wichtigsten Geber der WHO mache.

Ebenfalls auf Wunsch des Regionaldirektors das Wort ergreifend sagte die WHO-Botschafterin des guten Willens für die Gesundheit von Müttern und Kindern in der Europäischen Region, Frau Sylvie Vartan, es sei für sie eine Ehre so eng mit der WHO in einem Bereich zusammenzuarbeiten, der ihr so sehr am Herzen liege. Seit vielen Jahren habe sie sich für die Verbesserung der Lebenssituation benachteiligter Kinder in ihrem Heimatland, Bulgarien, eingesetzt; durch die WHO könne sie diese Hilfe jetzt auf andere Gebiete der Region ausdehnen. Sie sei dankbar, dass sie zur Freilassung des bulgarischen Gesundheitspersonals u. a. durch die Mobilisierung der Medien und der Unterhaltungsindustrie habe beitragen können. Sie lobte die Arbeit des Regionalbüros bei der Unterstützung der Roma-Kinder in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo.

In der sich anschließenden Aussprache lobten die meisten Redner den umfassenden Bericht des Regionaldirektors und die Arbeit des Regionalbüros.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie im Namen Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, brachte die Unterstützung für die Arbeit des Regionalbüros in einer Reihe von Bereichen zum Ausdruck und hieß eine weitere Erörterung folgender Themen durch das Regionalkomitee willkommen: Stärkung der Gesundheitssysteme (hierunter auch die Konferenz 2008); Eliminierung von Masern und Röteln; Fortschritte hinsichtlich der MZ, insbesondere in Bezug auf die Gesundheit von Müttern und Kindern; Gesundheitspersonal (hierunter Engpässe, Migration und Konzepte); Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten; Alkoholmissbrauch; Geschlechterrollen und reproduktive Gesundheit; Adipositas und Fehlernährung. Portugal, das derzeit den EU-Ratsvorsitz innehatte, rufe dazu auf mehr für eine Verbesserung der Gesundheit von Migranten zu unternehmen. Er sehe dem Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit mit Interesse entgegen.

Angesichts der durch nichtübertragbare Krankheiten verursachten Belastungen sei eine Mittelzuweisung für diesen Bereich von lediglich 1,3% aus dem Programmhaushalt 2008–2009 besorgniserregend. Die EU werde die Arbeit der WHO im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten weiter unterstützen, insbesondere gelte dies für die Bereiche epidemiologische Überwachung und die Erarbeitung von Aktionsplänen wie dem zum Thema Nahrung und Ernährung vorgelegten Plan. Außerdem habe die EU für die Jahre 2007–2013 ein Programm zur Bewältigung des Gesundheitspersonalmangels in Entwicklungsländern aufgelegt und plane die weitere Prüfung und Erwägung von Maßnahmen in Bezug auf das Gesundheitspersonal in der EU.

Viele weitere Redner äußerten sich in ähnlicher Weise, insbesondere in Bezug auf die Unterstützung der WHO-Arbeit zum Thema Gesundheitssysteme (hierunter die Vorbereitung der Konferenz im Jahr 2008) und nichtübertragbare Krankheiten. Auch die Arbeit der WHO in den Bereichen gesundheitliche Ungleichheiten, HIV/Aids, Einbindung der psychischen Gesundheit und Länderstrategie wurde gelobt und die erhöhte Mittelzuweisung an das Regionalbüro im Programmhaushalt 2008–2009 begrüßt.

Die Redner lobten auch die deutlichere Betonung von Partnerschaft mit der EU und anderen Organisationen durch die WHO. Einige führten das Programm im Rahmen des Stabilitätspaktes als ein Modell an, das auch für andere Länder nützlich sein und zum Frieden in Südosteuropa beitragen könne. Ein weiterer Redner bat die WHO nachdrücklich darum, die verschiedenen in der Region tätigen Fachzentren zu beurteilen.

Im Geiste der Partnerschaft erwähnten mehrere Redner die Erfolge oder Aktivposten ihrer Länder, die für andere Länder oder die Arbeit der WHO in der Region von Nutzen sein könnten. Genannt wurden ein europäisches Netzwerk und eine Erklärung der nordischen Länder gegen die Vermarktung ungesunder Lebensmittel und Getränke an Kinder, nationale Konferenzen zu den Themen psychische Gesundheit und Gesundheit in allen Politikbereichen, die Umsetzung einer nationalen Gesundheitsstrategie, Rauchverbote in Innenräumen, ein Observatorium für die Gesundheit von Frauen, wissenschaftliche Forschungsinstitute und Erfahrungen einzelner Mitgliedstaaten mit der Bewältigung von Katastrophen und Notlagen. Mehrere Länder hatten Strategien gegen nichtübertragbare Krankheiten, Gesundheit von Müttern und Kindern, Gesundheitspersonal und Patientensicherheit erstellt oder geplant und dabei auf der Arbeit des Regionalbüros in verschiedenen Bereichen aufgebaut. Mehrere Redner beschrieben die in ihren Ländern priorisierten Themen: die Millenniumsziele; die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen; die Gleichstellung der Geschlechter; der Kampf gegen nachgeahmte Medikamente, die Bekämpfung von Erbkrankheiten; die bessere Versorgung der älteren Menschen und die Notwendigkeit zusätzlicher Ressourcen für den Bereich psychische Gesundheit. Ein Delegierter betonte die Bedeutung von Werten als Orientierungspunkt für Gesundheitsreformen.

Ein bulgarischer Delegierter dankte all denjenigen, welche die Freilassung des gefangenen Gesundheitspersonals unterstützt und zu ihr beigetragen hatten. Dazu zählten einzelne Mitgliedstaaten, die EU, internationale staatliche und nichtstaatliche Organisationen (insbesondere die WHO) sowie Gruppen aus dem universitären und medizinischen Bereich. Persönlich dankte er dem Präsidenten der Europäischen Kommission, dem französischen Präsidenten, dem verstorbenen WHO-Generaldirektor und seiner Nachfolgerin

sowie der WHO-Botschafterin des guten Willens Sylvie Vartan. Die bulgarische Regierung werde auch künftig die Behandlung der mit HIV infizierten Kinder unterstützen, erst neulich habe sie die Auslandsschulden der Libysch-Arabischen Dschamahirija dem internationalen Hilfsfonds für Benghasi zugute kommen lassen.

In seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Lenkungsausschusses für das Südeuropäische Gesundheitsnetzwerk schilderte ein Delegierter die Geschichte, Entwicklung und Arbeit des Programms im Rahmen des Stabilitätspaktes und des Netzwerks. Er dankte den Regierungen einer Reihe von Ländern und Partnerorganisationen im Namen des Netzwerks für ihre großzügige fachliche und finanzielle Unterstützung. Die British Medical Association habe die Leistungen des Netzwerks im Rahmen ihrer Medical Book Competition anerkannt, indem sie eine gemeinschaftliche Veröffentlichung von Regionalbüro und Entwicklungsbank des Europarates über die gesundheitliche und wirtschaftliche Entwicklung in Südosteuropa ausgezeichnet habe. Informationen über die Aktivitäten des Netzwerks seien auch auf der Website der EU finden. Das Netzwerk sei ein nachhaltiges Modell für eine Kooperation bei gemeinsamen gesundheitlichen Prioritäten.

Der Leiter der Gesundheitsabteilung des Europarates äußerte, es erfülle ihn mit Stolz, dass seine Organisation Anteil an dem Erfolg des Netzwerks geltend machen könne. Durch das gemeinsame Handeln von WHO, Europarat und Entwicklungsbank des Europarates werde dem Frieden der Weg geebnet. Die Kooperation verlaufe so glatt, weil alle Partner für die Gesundheit und die Menschenrechte aller arbeiteten. Das Programm im Rahmen des Stabilitätspaktes und das Netzwerk könnten auch ein Modell für andere Bereiche als den Gesundheitssektor sein und der Europarat debattiere gerade eine ähnliche Initiative für den südlichen Kaukasus.

Die Direktorin des ECDC sprach von der schnellen Entwicklung und Vertiefung der Partnerschaft mit dem Regionalbüro in den vorangegangenen zwei Jahren. Es seien signifikante Fortschritte in der politischen, strategischen und fachlichen Zusammenarbeit mit der WHO zu verzeichnen, dies gelte für das Hauptbüro, aber besonders auch für das Regionalbüro. WHO und ECDC seien bei den Tagungen der jeweiligen Leitungsgremien vertreten und beteiligten sich auch jeweils an den Fachtagungen ihres Partners. Die WHO entsende Bedienstete an das ECDC, das seinerseits gewillt sei, die Entsendung im Jahr 2008 zu erwidern; gemeinsam habe man eine Methodik zur Vorbereitung auf Pandemien erarbeitet. Im Rahmen der Anbindung krankheitsspezifischer Netzwerke an das ECDC hätten sich das HIV/Aids-Netzwerk und seine Datenbank zu einem Gemeinschaftsprojekt entwickelt, das alle 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO umfasse. Es wäre gut, wenn eine ähnliche Zusammenarbeit im Bereich der Tuberkulose entwickelt werden könne. Das ECDC habe einen Aktionsplan gegen Tuberkulose erarbeitet, der mit den entsprechenden WHO-Strategien übereinstimme. Ein gutes Beispiel für die gemeinsame Reaktion auf Gesundheitsgefährdungen biete auch die unlängst durchgeführte Mission zur Untersuchung des Auftretens von Chikungunya-Viren in Italien. Viele derartige Tätigkeiten fänden unter dem Dach der EU-Nachbarschaftspolitik statt. Es bestehe noch ein enormes Potenzial für den weiteren Ausbau der Partnerschaft zwischen WHO und ECDC.

In seiner Antwort unterstrich der Regionaldirektor, dass die WHO für universelle Werte und für die Werte der Vereinten Nationen arbeite. Der internationale öffentliche Sektor müsse auf ethischen Werten bestehen. Um dem Leiden in der Welt entgegenzutreten, müssten alle Parteien die ihnen zu Verfügung stehenden Ressourcen durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit so wirtschaftlich wie möglich nutzen. Die Migration des Gesundheitspersonals sei eine zutiefst ethische Frage; es könne nicht zugelassen werden, dass die Migration den besser gestellten Ländern nütze, den übrigen Ländern aber schade. Für die WHO und die EU gebe es eine ethisch begründete Notwendigkeit voneinander zu lernen; die Europäische Region umfasse 53 Länder und das Regionalbüro könne als Bindeglied zwischen Mitgliedstaaten und zwischen der EU und weiteren Ländern dienen.

## **Ansprache des Präsidenten der Republik Serbien Boris Tadić**

Der serbische Präsident zeigte sich erfreut, seiner Wertschätzung für die Arbeit der WHO Ausdruck verleihen zu können, die sich seit 1948 für die Gesundheit der Bevölkerung einsetze, indem sie sich um die Gestaltung der Gesundheitspolitik, die Stärkung der Gesundheitssysteme sowie die Bekämpfung und Prävention von Krankheiten bemühe. Die Welt sei in den vergangenen Jahren Zeuge enormer Fortschritte gewesen, die sich auf alle Menschen auswirken würden. Technologie sei ein integraler Bestandteil des täglichen Lebens geworden. Die Länder müssten zusammenarbeiten, um die negativen Folgen des raschen Wandels zu überwinden und die positiven Folgen zu maximieren. Künftige Entwicklungen vorherzusehen, insbesondere im Hinblick auf neue Technologien, sei eine wichtige Aufgabe. Dabei seien das Herstellen richtiger Bezüge und das Arbeiten mit ganzheitlicher Perspektive von entscheidender Bedeutung. Die WHO sei exemplarisch für den Willen, globale Probleme gemeinsam mit Regierungen und anderen Organisationen und Partnern zu lösen. Die Bewältigung der großen kommenden Herausforderungen hänge aber von einer sorgfältigen Planung ab.

Alle Parteien hätten dabei einen Teil zu übernehmen und Serbien werde seinen Beitrag leisten, wann immer es dies könne. Sein Land verfolge aufmerksam die wissenschaftlichen Erfolge, welche sich auf die Gesundheit auswirkten. Serbien sei stolz mit der Unterstützung durch die WHO und ein weltweites Netz aus Fachleuten zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen beitragen zu können, die der gesamten Menschheit nützten. Für Serbien sei es eine Ehre Gastgeber einer Tagung des Regionalkomitees zu sein, die sich mit sehr wichtigen Themen befasse. Er unterstütze die Arbeit des Regionalkomitees aus vollem Herzen und wünsche ihm viel Erfolg.

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

*(EUR/RC57/5)*

Das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC entsendete Mitglied des Exekutivrats aus der Europäischen Region berichtete, dass sich im vergangenen Jahr drei übergeordnete Überlegungen wie ein roter Faden durch sämtliche Tagungen des Exekutivrats gezogen hätten: die Vorgabe der Generaldirektorin, dass alle Prioritäten und Entscheidungen strikt evidenzbasiert sein müssen; die Tatsache, dass die afrikanische Region besonderer Aufmerksamkeit bedürfe, aber auch die größten Schwierigkeiten habe, die Hilfe der WHO effektiv zu nutzen; und die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitssysteme mit der primären Gesundheitsversorgung als oberster Priorität.

Ein willkommener Aspekt der Diskussionen über den Haushalt und den Mittelfristigen Strategieplan (MTSP) sei neben der Festlegung der Beträge auch insbesondere die Erörterung der Grundsätze, nach denen diese Beträge ausgegeben werden sollten. Dabei habe Übereinstimmung darüber geherrscht, dass Investitionen dort getätigt werden sollten, wo eine Möglichkeit für ihre sinnvolle Nutzung bestehe, wo sich die Gesundheitssysteme auf einem angemessenen Niveau befänden und wo ein starkes System für Buchführung und Berichtswesen zur Verfügung stehe, das auch eine Einhaltung der Zeitpläne ermögliche. Die Generaldirektorin habe zugestimmt, dass dort, wo diese Bedingungen nicht erfüllt seien, eine Neuverteilung geprüft werden könne. Es sei anerkannt worden, dass der MTSP zwar ein geeignetes Instrument zur Umsetzung des Allgemeinen Arbeitsprogramms sei, dass seine Entwicklung jedoch noch nicht abgeschlossen sei. Sämtliche vorgelegte Resolutionsentwürfe müssten mit dem MTSP vereinbar sein und auf die finanziellen Folgen ihrer Umsetzung hinweisen – ein Ansatz, den er für die Europäische Region empfehle.

Der Exekutivrat habe folgende Themen mit besonderem Interesse behandelt: nichtübertragbare Krankheiten (wobei die von der Europäischen Region ausgearbeitete Strategie als besonders beispielhaft herausgestellt wurde); Beschränkung der Verfügbarkeit ungesunder Lebensmittel für Kinder; und sinnvoller Einsatz von Arzneimitteln. In vielen dieser Bereiche sowie bei der Frage der Verfügbarkeit neuer Grippeimpfstoffe und beim Themenkomplex öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte habe es Interessenkonflikte zwischen Entwicklungsländern und Ländern mit mittlerem Einkommen

einerseits und einer Reihe von Industrienationen andererseits gegeben. Eine positive Trendentwicklung sei hier darin zu sehen, dass die entwickelten Länder inzwischen zunehmend Entscheidungen befürworteten, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit lägen. Meinungsunterschiede seien auch hinsichtlich der Frage der geografischen Rotation als dem Hauptkriterium für die Besetzung des Amtes des Generaldirektors zutage getreten. Dabei wurde die Position vertreten, dass ein größeres Gewicht auf die persönlichen Qualitäten der Kandidaten gelegt werden solle. Nach den bisherigen Diskussionen sei damit zu rechnen, dass in dieser Frage ein Kompromiss gefunden werde, bei dem die geografische Rotation als eines von mehreren Kriterien beibehalten werde.

Ein Delegierter, der im Namen der nordischen Länder das Wort ergriff, sprach das Thema Alkoholmissbrauch an und wies auf die globale Strategie hin, die auf der bevorstehenden Tagung des Exekutivrats im Januar 2008 erörtert werden solle. Die Europäische Region verfüge bereits über ein Rahmenkonzept für die Alkoholpolitik und solle bei der Entwicklung einer globalen Initiative auch weiterhin eine Führungsrolle übernehmen, da die Bekämpfung alkoholbedingter Gesundheitsschäden ein integraler Bestandteil der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sei. Das Mitglied des Exekutivrats stimmte dieser Einschätzung zu.

Auf die Frage nach näheren Informationen über die Zusammenhänge zwischen den 13 strategischen Zielen des MTSP und den sechs strategischen Richtungen für die Arbeit des Regionalbüros bis 2020 erklärte die Stellvertretende Regionaldirektorin, das Regionalbüro habe interne Arbeitsgruppen eingesetzt, um zu prüfen, inwiefern Verpflichtungen auf regionaler Ebene zu den globalen strategischen Zielen und den organisationsweit erwarteten Ergebnissen passen bzw. diese ergänzen und gleichzeitig den in den BCA mit dem Regionalbüro festgelegten Prioritäten der Länder gerecht würden. Für den Zeitraum 2008–2009 seien bereits 15 derartige Vereinbarungen unterzeichnet worden, die – zusammen mit jeweils aktualisierten Informationen – auf der Website des Regionalbüros eingestellt würden. In einem vor kurzem veröffentlichten Dokument des WHO-Hauptbüros, in dem eine Art Zwischenbilanz der Umsetzung des Programmhaushalts 2006–2007 vorgenommen werde, würden der Europäischen Region gute Fortschritte bescheinigt.

In Verbindung mit der Resolution WHA60.28 über Bereitschaftspläne für Influenzapandemien wurde auch um weitere Informationen über die Vorbereitungen auf die zweite Tagung der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte gebeten.

### **Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees** (*EUR/RC57/4, EUR/RC57/4 Add.1, EUR/RC57/Conf.Doc./1*)

Der Vorsitzende des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) wies darauf hin, dass einzelne Mitglieder des SCRC dessen Position zu den wichtigsten Themen der Tagung jeweils bei der Einführung in den betreffenden Tagesordnungspunkt vortragen würden. Er selbst werde sich darauf beschränken, einige wichtige Themen hervorzuheben, mit denen sich der SCRC im vergangenen Jahr befasst habe.

Um die für die aktuelle Tagung erstellten Dokumente besser analysieren bzw. mehr zu ihrer Erstellung beitragen zu können, habe der Vierzehnte SCRC im vergangenen Jahr statt der üblichen fünf diesmal sechs Tagungen gehalten. Er sei der Ansicht, diese Änderung habe sich äußerst positiv auf die Beziehungen zwischen SCRC und Regionalbüro ausgewirkt, und er könne künftigen Ständigen Ausschüssen nur empfehlen, diese Praxis fortzusetzen.

Unter Anknüpfung an die Diskussionen auf der letzten Tagung des Regionalkomitees über die Zukunft des Regionalbüros habe der SCRC eine kleine, aus Mitgliedern des Ausschusses bestehende Arbeitsgruppe mit der Prüfung der Frage beauftragt, wie er seine Funktion und Aufgaben am besten und strategisch sinnvollsten erfüllen und dabei vorrangige Handlungsfelder für den Regionaldirektor und das Sekretariat aufzeigen könne. Die Arbeitsgruppe habe in ihrem Bericht eine Reihe von Bereichen bestimmt, in denen sofortiges Handeln wünschenswert sei, darunter eine Schärfung des Profils des SCRC durch Erstellung eines Informationshinweises und eines „Einweisungspakets“ zur Verteilung an künftige

Ausschussmitglieder. Der Informationshinweis solle auf der Website des Regionalbüros eingestellt werden, während der vollständige Bericht den Mitgliedstaaten auf Wunsch übermittelt werden solle.

Zu den Vorschlägen, die einer längerfristigen Prüfung bedürften (und über die kein Konsens erreicht worden sei), gehörten möglicherweise die Änderung der Geschäftsordnungen des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses, die zuletzt im Jahr 2001 erfolgt sei. Darüber hinaus habe die Arbeitsgruppe drei Fragen gestellt, die in Zukunft beantwortet werden müssten:

- Soll der SCRC als Forum für Mitgliedstaaten fungieren, auf dem diese ihre Bedenken zur Sprache bringen können?
- Soll der SCRC sich aktiver in die Arbeit der Europäischen Union einschalten und auf Tagungen des Regionalkomitees über neueste Entwicklungen bei der EU berichten?
- Soll der SCRC sich aktiver für die Überbrückung der Kluft zwischen Ost und West einsetzen?

Der SCRC habe die Frage nach den Austragungsorten künftiger Tagungen des Regionalkomitees geprüft und sei zu dem Schluss gekommen, dass es ratsam sei, für Tagungen, auf denen über die Nominierung des künftigen Regionaldirektors diskutiert werde, einen neutralen Ort (z. B. das Regionalbüro in Kopenhagen) zu wählen. Deshalb empfehle er, die Tagung des Regionalkomitees 2009 in Kopenhagen abzuhalten, und schlage als Austragungsorte für die Jahre 2008 und 2010 Georgien bzw. die Russische Föderation vor.

Als Vorsitzender des SCRC habe er die Generaldirektorin in einem Schreiben Ende 2006 dringend um Überprüfung der Zuweisung der ordentlichen Haushaltsmittel an die Europäische Region gebeten, um im Einklang mit dem vom Exekutivrat 2006 beschlossenen Validierungsmechanismus ein höheres Maß an finanzieller Verteilungsgerechtigkeit herzustellen. Daher begrüße er es, dass in dem von der 60. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2007 angenommenen Programmhaushalt die für die Europäische Region genannte Zahl (63 Mio. US-\$) nun sicher innerhalb der durch Anwendung des Validierungsmechanismus erhaltenen Bandbreite angesiedelt sei.

Der SCRC habe den Regionaldirektor ermutigt, mit dem Europarat in Gesprächen auf hochrangiger Ebene die Frage einer Zusammenarbeit im Bereich Bluttransfusion und Organtransplantation zu erörtern; diese Gespräche seien bereits im Gange.

Der Ständige Ausschuss verfolge genau die Vorbereitungen auf die 2008 stattfindende Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme. Es sei eine Redaktionsgruppe eingerichtet worden, um eine Charta auszuarbeiten, die auf den Werten und Grundsätzen der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung (1996) aufbaue. Bisher hätten 26 Mitgliedstaaten Interesse an einer Mitarbeit in der Redaktionsgruppe bekundet, und er appelliere dringend an alle Mitgliedstaaten, sich aktiv am Prozess der Erstellung der Charta zu beteiligen.

Schließlich habe sich der Ständige Ausschuss einvernehmlich auf die Kandidaten, die er dem Regionalkomitee zur Nominierung bzw. Wahl in die verschiedenen Organe der WHO empfehlen wolle, geeinigt.

In seinen Schlussbemerkungen lud der Vorsitzende des SCRC alle Mitgliedstaaten ein, Fach- oder Grundsatzfragen vorzuschlagen, die ihrer Ansicht nach in den Arbeitsplan des Ständigen Ausschusses aufgenommen werden sollten und mit denen sich das Regionalkomitee auf einer künftigen Tagung befassen solle.

In der sich anschließenden Aussprache würdigten die Delegierten die Arbeit des Ständigen Ausschusses während des vergangenen Jahres und lobten vor allem seinen Beitrag zur Gestaltung der Tagesordnung dieser Tagung sowie die Wahl der Themen für die Fachsitzungen. Der SCRC habe sich aktiv für eine Diskussion der strategisch vorrangigen Themenbereiche wie Gesundheitspersonal und Nahrung und Ernährung eingesetzt; bei letzterem Thema seien die Anregungen des Ständigen Ausschusses vom Sekretariat

bei der Ausarbeitung der endgültigen Fassung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung gebührend berücksichtigt worden.

Die Vorarbeit durch den SCRC habe die Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region in die Lage versetzt, wesentlich zu den Beratungen der 120. Tagung des Exekutivrats sowie der Weltgesundheitsversammlung beizutragen, die im Ergebnis für den Zeitraum 2008–2009 eine Erhöhung der Zuweisung ordentlicher Haushaltsmittel an die Region gebracht habe.

In Bezug auf die Rolle und Arbeitsweise des SCRC begrüßten die Delegierten die rückblickende Analyse zur Tätigkeit des SCRC. Allerdings müsse der Ausschuss, um seine Funktion als Bindeglied zwischen Regionalbüro und Regionalkomitee noch besser erfüllen zu können, künftig strategische Themen noch stärker in den Vordergrund rücken und bei seiner Arbeit klarere Prioritäten setzen. Der SCRC wurde dringend aufgefordert, sich auch in Zukunft die von der Arbeitsgruppe aufgeworfenen Fragen stets vor Augen zu halten.

Ein Delegierter wies darauf hin, dass der SCRC 2008 15 Jahre alt würde. Dies sei vielleicht eine gute Gelegenheit, die Rolle des Ständigen Ausschusses während dieses Zeitraums zu überprüfen und zu bestimmen, in welchen Bereichen er sein Potenzial in künftigen Jahren noch besser ausschöpfen könne.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC57/R5.

## Grundsatz- und Fachfragen

### **Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region** (EUR/RC57/9, EUR/RC57/Conf.Doc./3)

Das Mitglied des SCRC, das in den Tagesordnungspunkt einführte, wies auf den dringenden Handlungsbedarf in den Mitgliedstaaten angesichts einer sich verschärfenden Personalsituation im Gesundheitswesen hin. Der SCRC habe in seinen Beratungen u. a. unterstrichen, wie wichtig geeignete Daten für eine eingehende Analyse und ein klares Verständnis der Situation seien. Ein weiterer zentraler Aspekt sei die Abwanderung von Gesundheitspersonal in die Städte, in Länder mit höherem Lohnniveau oder besser organisierten und finanzierten Gesundheitssystemen oder in andere Branchen mit besserer Bezahlung gewesen. Überdies neigten Länder mit Personalengpässen im Gesundheitswesen dazu, Arbeitskräfte aus anderen Ländern abzuwerben. Auch die demografische Entwicklung spiele hier eine wesentliche Rolle. In vielen Ländern sei ein Altern der Bevölkerung zu verzeichnen, während gleichzeitig die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter abnehme. Durch diese Alterung der Bevölkerung erhöhe sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Doch auch die Gesundheitsfachkräfte seien vom gesellschaftlichen Alterungsprozess betroffen und erhielten nur wenig Nachwuchs; gleichzeitig steige die allgemeine Lebenserwartung. In einigen Ländern werde angesichts solcher Trends eine Erhöhung der Zahl der Gesundheitsfachkräfte um mehr als 100% erforderlich. Derartige Herausforderungen könnten nur durch entschlossenes Handeln der Regierungen und der internationalen Staatengemeinschaft bewältigt werden.

Der Koordinator des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik war gebeten worden, die anschließende Podiumsdiskussion und Aussprache zu moderieren. Er erklärte, die Zielsetzung sehe täuschend einfach aus: „Gewinnung der richtigen Arbeitskräfte mit den richtigen Qualifikationen, die am richtigen Ort das Richtige tun“ (Weltgesundheitsbericht 2006). Dabei sei die Thematik jedoch äußerst komplex und mache ein Konzept erforderlich, das das gesamte Gesundheitssystem umspanne. Es gelte sich die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitspersonal und anderen Bereichen des Gesundheitssystems zu vergegenwärtigen. Die treibenden Kräfte im Umfeld des Gesundheitspersonals ließen sich unter den Rubriken gesundheitliche Bedürfnisse (demografische Entwicklung, Krankheitslast, Epidemien), Gesundheitssysteme (Finanzierung von Technologien, Patientenpräferenzen) und Gesamtkontext (Arbeitskräfte und Ausbildung, Reformen im öffentlichen Sektor, Globalisierung) gruppieren. Der Koordinator wies darauf hin, dass die Migration von Gesundheitspersonal durch Ungleichgewichte hinsichtlich der Zahl der Gesundheitsfachkräfte (Engpässe bzw. Überangebot), einen ungünstigen Qualifikationsmix und ein wenig förderliches Arbeitsumfeld (Fehlen von Anreizen, niedrige Gehälter,

mangelnde Karriere- und Ausbildungschancen) bedingt sei. Eine Korrektur dieser Situation werde eine Verlangsamung der Migrationsströme zur Folge haben. Es gebe in der Region bereits Beispiele für Handlungsoptionen zur Steuerung von Migration auf verschiedenen Ebenen, etwa bilaterale oder multilaterale Vereinbarungen, Partnerschafts- und Personalaustauschprogramme und Ausbildungsförderung. Dafür sei ein breit angelegter strategischer Handlungsrahmen erforderlich, der die Komponenten Leistung, Ausbildung und Schulung, Regulierung und Planung sowie Information und Evidenz umfasse.

Von mehreren Rednern wurde auf die ethische Dimension der Thematik hingewiesen. Die Freiheit der Arbeitnehmer, in andere Länder auszuwandern, in denen es für sie bessere Bezahlung und Karrierechancen sowie mehr Sicherheit am Arbeitsplatz gebe, solle nicht eingeschränkt werden. Sie sei ein grundlegendes Menschenrecht. Einige Delegierte äußerten ihre Besorgnis darüber, dass manche Länder einen Teil ihrer Investitionen in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften abschreiben müssten – ein Sachverhalt, der einer Ausbeutung der Ressourcen dieser Länder gleichkomme. Dies führe auch zu einem Mangel an Fachpersonal für die Versorgung der Bürger im eigenen Land und habe negative Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung. Es gelte nun, von philosophischen Argumentationen über Ethik zu pragmatischen Verhaltensregeln überzugehen. Der *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers* habe hier wichtige Impulse gesetzt.

Die Delegierten berichteten von verschiedenen Initiativen aus ihren Ländern. So erläuterte ein Delegierter, sein Land habe im vergangenen Jahr Gesetze verabschiedet, die zu einer deutlichen Erhöhung der Gehälter von Gesundheitsfachkräften führen würden. Damit solle der mangelnden Motivation der Beschäftigten im Gesundheitswesen ebenso entgegengewirkt werden wie den Problemen bei der Gewinnung von Fachkräften. Mit Hilfe neuer Technologien seien die Arbeitsbedingungen verbessert und die Arbeitsbelastung verringert worden. Diese Initiativen seien aufgrund einer Verbesserung der sozioökonomischen Situation möglich geworden. Ein anderes Land erklärte, es prüfe Möglichkeiten, um das potenziell wertvolle Reservoir der Beschäftigten auszuschöpfen, die kurz vor dem Ruhestand stünden. Es strebe nun landesweite Gesetze an, die auf eine Reduzierung der Migration durch bessere Personalplanung und Schaffung günstigerer Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte abzielten. Ein dritter Delegierter berichtete von Forschungsvorhaben in seinem Land, das vor allem zu einem besseren Verständnis der Migration von Gesundheitsfachkräften beitragen solle. Solche Forschungsarbeiten sollten auf die internationale Ebene wiederholt werden.

Bei der Podiumsdiskussion antworteten Mitglieder des WHO-Sekretariats und andere Experten auf Fragen und Anmerkungen aus dem Saal. Sie wiesen auf die Notwendigkeit hin, die Aufgaben und Zuständigkeiten von Gesundheitsfachkräften zu überprüfen und die Diversität in der Region zu untersuchen. So könnten etwa Pflegekräfte eine Reihe von Tätigkeiten übernehmen, die bisher in manchen Ländern meist von Ärzten ausgeführt würden. Sie unterstrichen auch die Bedeutung einer effektiven und effizienten Planung, die dem Gesundheitswesen eine geeignete Mischung aus Gesundheitsfachkräften verschaffe. Es gebe auch gewisse Anhaltspunkte dafür, dass bilaterale Vereinbarungen ein geeignetes Mittel seien, um Personalengpässe in einem Land durch Import von Arbeitskräften aus einem Land mit einem Personalüberangebot zu beheben; allerdings würden hier für zuverlässigere Rückschlüsse noch nähere Informationen benötigt. Auch die Dezentralisierung könne in bestimmten Ländern oder Teilregionen als taugliches Instrument zur Überwindung von Ungleichgewichten bei den Gesundheitsberufen dienen; eine solche Praxis lasse sich jedoch nicht ohne Weiteres übertragen. Die Herausforderung bestehe darin, den richtigen Maßnahmen-Mix zu finden, der der Diversität (Heterogenität) gerecht werde, aber dennoch innerhalb eines gemeinsamen strategischen Rahmens angesiedelt sei. Ein anderer schwieriger Balanceakt liege zwischen dem öffentlichen Sektor und der Privatwirtschaft; hier sei ein gewisses Maß an Kontrolle bzw. Zentralisierung nötig. Der Bologna-Prozess sei eine wichtige Initiative, bei der vereinbarte globale Standards auf den Bereich der Hochschulausbildung angewandt würden. Hierfür sei bereits ein strenges Akkreditierungssystem eingeführt worden. Dieser Prozess sei Teil einer Entwicklung in der Region mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulausbildung. So solle u. a. der Anreiz für junge Menschen verringert werden, im Ausland eine bessere Ausbildung zu suchen.

Der Geschäftsführende Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder erklärte, dass Maßnahmen zur Steuerung des Angebots an Gesundheitsfachkräften, einer Schlüsselkomponente der Gesundheitssysteme, für



die WHO keineswegs Neuland seien. Er führte hierzu eine Reihe von Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung an und verwies auf den Weltgesundheitsbericht 2006, auf zwei neue Berichte über die Lage in der Europäischen Region und über Migration sowie auf jüngste Arbeiten des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme. Die Personalpolitik im Gesundheitsbereich müsse im Lichte der Vielzahl von Herausforderungen angepasst werden.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßte ein Redner im Namen der Europäischen Union den Bericht und stellte fest, man müsse umfassende Strategien entwickeln, u. a. einen ethischen Kodex für die Anwerbep Praxis, damit sich die Lage bessere. Im Jahr 2006 habe die EU eine Konsenserklärung zur besorgniserregenden Personalsituation im Gesundheitswesen angenommen und das Thema werde auf der Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 eine bedeutende Rolle spielen. Das Handeln müsse auf nationaler Ebene beginnen, doch sei eine umfassende Zusammenarbeit zwischen den Ländern sowie mit Organisationen wie der Global Health Workforce Alliance von entscheidender Bedeutung. Andere Redner merkten an, dass die Global Health Workforce Alliance im März 2008 in Uganda ein globales Forum veranstalten werde. Auch gelte es an der bereits geleisteten Arbeit anzuknüpfen: Ein Beispiel hierfür sei der Bericht des Europarates von 2005 über die grenzüberschreitende Mobilität von Gesundheitsfachkräften.

Eine Delegierte erklärte, der Themenkomplex Gesundheitspersonal stelle ein Geflecht aus miteinander zusammenhängenden Problemen dar, die nicht wie ein „gordischer Knoten“ mit einem Schlag gelöst werden könnten. Sie sehe den Schlüssel zur Lösung in einer Verstärkung des politischen Engagements unter Ignorierung der politischen Kosten sowie in einer entschlossenen Auseinandersetzung mit den Problemen.

Die Komplexität der Thematik werde durch einen Mangel an Daten und durch Widersprüche bei den vorhandenen Daten noch verschärft. Aussagekräftige Vergleiche seien schwierig, wenn schon die Definition des Begriffs „Gesundheitspersonal“ von Land zu Land unterschiedlich sei. Vergleichbare und hochwertige Daten und Informationen würden benötigt, um sinnvolle personalpolitische Konzepte für das Gesundheitswesen entwickeln zu können; dies schließe auch die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften ein. Ein Redner schilderte eine umfassende Studie in seinem Land, die sich mit Angebot und Nachfrage in Bezug auf qualifizierte Gesundheitsfachkräfte für den Zeitraum 2006–2030 befasse und mit dezentralen Daten aus verschiedenen Landesteilen arbeite. Ziel sei die Erstellung klarer Prognosen als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems. Ein besonders besorgniserregender Aspekt sei die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage in einem Land mit einer ökonomisch bedeutenden Tourismussaison.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Mobilität zwischen wie auch innerhalb von Ländern für die Gesundheitssysteme von Nutzen sein könne, sofern ein wirksamer Schutz vor einem allzu starken Sog von Arbeitskräften aus den ärmeren in die reicheren Länder gewährleistet sei. Es sei jedoch noch zu wenig darüber bekannt, welche Maßnahmen für alle Beteiligten nutzbringend seien. Ein Land erklärte, es verzichte bewusst auf eine aktive Anwerbung von Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern und lege vielmehr Wert auf Maßnahmen zur Erhöhung der personellen Kapazitäten im eigenen Gesundheitswesen, Verbesserung des Ausbildungsniveaus sowie der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie Erhöhung der Zahl der Vollzeitkräfte und Senkung der Zahl der Krankheitstage. Mehrere Delegierte erkannten an, dass die Migration von Arbeitskräften durch die sozioökonomische Situation im Herkunftsland bedingt sei. In vielen Berufsgruppen, auch außerhalb des Gesundheitssektors, sei ein „Brain drain“ zu verzeichnen, obwohl die Menschen sich nicht ohne Weiteres zum Auswandern entschließen würden, wenn sie gute Gehälter, Karriereaussichten, Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung und Arbeitsplatzsicherheit hätten. Innerhalb der Länder gebe es wegen schlechter Bezahlung und mangelnder Karrierechancen eine zunehmende Abwanderung aus ländlichen in städtische Gebiete; hier müssten entsprechende Anreize gefunden werden.

Einige Delegierte erklärten, das mangelnde Ansehen der Gesundheitsberufe sei ebenfalls problematisch. So sei eine Tätigkeit im Gesundheitsbereich häufig mit einem niedrigen Status behaftet, teilweise auch aufgrund eines Wertewandels, infolge dessen dieser Tätigkeitsbereich nicht mehr als Berufung gelte. Daher müsse das Image des Berufsstandes verbessert werden. Es gelte mehr junge Menschen zu einer Karriere im Gesundheitswesen zu motivieren. Eine Pflegekraft verfüge in einem modernen Gesundheitssystem

über eine Vielzahl von Möglichkeiten und müsse das gleiche Gehalt beziehen wie Berufsgruppen mit vergleichbaren Qualifikationen. In einer Wortmeldung wurde von Verbesserungen bei der Personalgewinnung, der Steuerung der geografischen Verteilung des Gesundheitspersonals und der Verringerung des Anteils der Teilzeitkräfte berichtet.

Der weltweite Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal sei eine erhebliche Schwachstelle bei der Abwehr von Bedrohungen der Gesundheitssicherheit. Die Ausbildungssysteme seien oft nicht in der Lage, die benötigten qualifizierten Gesundheitsfachkräfte bereitzustellen. Mehrere Redner berichteten von zunehmenden Bestrebungen in Richtung einer Standardisierung in der medizinischen Ausbildung sowie in anderen Bereichen der Aus- und Weiterbildung bei den Gesundheitsberufen. Um die Attraktivität des Berufsstandes zu erhalten, seien eine Harmonisierung der Ausbildungsstruktur im Gesundheitsbereich auf Ebene der Region und eine Verstärkung der Steuerungsmaßnahmen in den Ländern unverzichtbar. Ein Land berichtete von einer in jüngster Zeit durchgeführten beruflichen Fortbildungspolitik, die eine Akkreditierung durch die EU ermöglichen werde. Es habe ein Bonussystem eingerichtet, das eine Mobilität in Richtung anderer Länder der Region ermögliche. Gegenwärtig bestünden die größten Probleme in dem Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal in ländlichen Gebieten und dem Ungleichgewicht zwischen Allgemein- und Fachärzten.

Die Länder berichteten von Maßnahmen, die nicht nur auf Verbesserung der Berufsausbildung, sondern auch auf eine Ausrichtung der Gesundheitsfachkräfte an den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Gesundheitssysteme abzielten. Diese Neuausrichtung des Gesundheitssektors, einschließlich einer Reform der Gesundheitsfinanzierung, sei Teil eines ganzheitlichen Konzeptes zur Verbesserung der Situation des Gesundheitspersonals. In einigen Ländern sei die Zahl von Studenten in den medizinischen und paramedizinischen Studien- bzw. Ausbildungsgängen angesichts eines sich rapide wandelnden Gesundheitsumfelds angestiegen. In anderen Ländern steckten das medizinische Grundstudium und die Ausbildung von Pflegekräften und verwandten Berufsgruppen noch in den Kinderschuhen. Es wurde darauf hingewiesen, dass für die Bereitstellung hochwertiger Ausbildungsangebote die Studenten über gute Englischkenntnisse verfügen müssten.

In einigen Ländern werde die Ausbildung von Nachwuchs allein nicht ausreichen, um die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen; daher sei eine konkrete Politik zur Integration von zugewanderten Gesundheitsfachkräften unverzichtbar. Weiterhin werde ein System zur Regelung der Anerkennung von Berufsabschlüssen benötigt, das auf gemeinsamen Kriterien für die Ausbildung basiere und das die Freizügigkeit der Arbeitnehmer bei gleichzeitiger Wahrung von Qualitätsanforderungen gewährleisten. Es sei wichtig, die Bemühungen zur Verbesserung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen zu kanalisieren und durch das Konzept lebenslangen Lernens den Erwerb besonderer Fachkenntnisse zu fördern. Für ausländische Arbeitnehmer würden diskriminierungsfreie und kultursensible Konzepte benötigt, und sprachliche Barrieren müssten beseitigt werden. Die Rechte von Migranten sollten respektiert werden. In einigen Bereichen wie etwa der Langzeitpflege gebe es ein Problem mit illegalen Migranten, das es zu erkennen und zu lösen gelte. Es sei wichtig, gleichzeitig mit der Entwicklung von Konzepten auch starke Partnerschaften mit Gesundheitsorganisationen, Gewerkschaften und Gesundheitsberufen aufzubauen.

Der Leiter der Abteilung Gesundheit bei der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wies darauf hin, dass die Migration von hochqualifizierten Gesundheitsfachkräften zu einer Zeit erfolge, da durch die neuen Technologien eine steigende Nachfrage nach Fachwissen entstanden sei und die Länder bezüglich der Anwerbung und des Haltens von Gesundheitsfachkräften miteinander im Wettbewerb stünden. Er stellte neueste Zahlen der OECD über die Beschäftigung im Ausland geborener Ärzte und Pflegekräfte vor. Die Zuwanderung von Ärzten und Pflegekräften sei repräsentativ für die Zuwanderung qualifizierter Arbeitskräfte allgemein; somit würde jeder Versuch, die Angehörigen der Gesundheitsberufe in ihren Herkunftsländern zu halten, eine aktive Diskriminierung von Gesundheitsfachkräften bedeuten. Die vorhandenen Daten zeigten eine Zunahme der Anwerbung im Ausland sowie eine Erweiterung der Zahl der Herkunftsländer. Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet seien äußerst wünschenswert, wenngleich dies von den Ländern einen gewissen Aufwand für die Bereitstellung von Informationen gemäß internationalen Anforderungen verlangen würde. Die mit Unterstützung der

Europäischen Kommission erstellten Gesundheitsdaten der OECD enthielten bereits Informationen über das Gesundheitspersonal; weitere Erhebungen seien zur Untersuchung der Lage der zugewanderten Gesundheitsfachkräfte und Langzeitpfleger vorgesehen. Zum Thema Gesundheitspersonal und Migration werde vom 18.–19. März 2008 in Genf eine hochrangige Konferenz stattfinden.

Ein Vertreter der Global Health Workforce Alliance erklärte, seine Organisation arbeite darauf hin, die Maßnahmen der Länder bei der Planung und Steuerung der Personalsituation im Gesundheitsbereich zu forcieren und grenzüberschreitende Probleme anzupacken. Die Mitgliedschaft stehe allen interessierten Partnerinstitutionen offen, das Sekretariat sei beim Hauptbüro der WHO angesiedelt. Die Organisation verfüge über eine Reihe fachlicher Arbeitsgruppen: eine davon habe einen Aktionsrahmen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen geschaffen. Die anderen befassten sich mit Bereichen wie Ausbildung, Migrationsinitiativen, Arbeitnehmerinteressen, Finanzierung von Gesundheitspersonal und allgemeiner Zugang.

Der Regionaldirektor erklärte, das Thema Gesundheitspersonal sei von großer Bedeutung für die Gesundheit der Menschen, und er freue sich, dass die WHO und die Mitgliedstaaten sich nun gezielt mit dieser Problematik befassen.

Von folgenden nichtstaatlichen Organisationen gingen Erklärungen ein: Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Association of Schools of Public Health in the European Region und Internationale Organisation für Migration.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC57/R1.

### **Zweiter Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung** (EUR/RC57/10, EUR/RC57/Conf.Doc./4)

Ein Mitglied des SCRC nannte bei seiner Einführung in die Thematik den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung ein Produkt der Konsultation. Die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten während des Jahres 2005 hätten die Notwendigkeit einer Erneuerung und Anpassung des ersten Aktionsplans zwecks Ergänzung um eine Reihe miteinander zusammenhängender sektorübergreifender Maßnahmen sowie Sicherung des Engagements der Länder aufgezeigt. 18 Monate lang habe das Regionalbüro in enger Abstimmung mit den Ansprechpartnern für Nahrung und Ernährung in den Mitgliedstaaten sowie mit der Europäischen Kommission und anderen Akteuren (darunter nichtstaatliche Organisationen, zwischenstaatliche Organisationen und Experten für Ernährung und Lebensmittelsicherheit) an der ersten Skizze und den verschiedenen Entwürfen des zweiten Europäischen Aktionsplans gearbeitet. Dabei gebe es zwei wesentliche Herausforderungen zu bewältigen: erstens die Entwicklung effektiver Handlungsoptionen, bei denen sämtliche Ressorts und Akteure aus der Gesellschaft insgesamt sowie internationale politische Gremien einbezogen werden. Der Aktionsplan könne einen Rahmen für die Gründung von Partnerschaften zwischen verschiedenen Sektoren und Akteuren bilden; diese könnten auch privatwirtschaftliche Akteure wie die Nahrungsmittelindustrie einschließen. Die EU-Kommission als ein unverzichtbarer Partner habe den Aktionsplan begrüßt. Die zweite Herausforderung bestehe darin, eine kritische Masse für die Umsetzung der Maßnahmen zu erreichen. Viele Initiativen fänden in den Ländern statt. Daher könne in der Region ein Kooperationsnetzwerk aufgebaut werden, das ähnliche Arbeiten in anderen Teilen der Welt möglicherweise erleichtern könne. Der SCRC sei zu dem Schluss gelangt, dass der zweite Europäische Aktionsplan in Bezug auf vorrangige Maßnahmen, die verantwortlichen Akteure, die Mechanismen für seine Umsetzung und die Rolle der WHO eine gute Anleitung biete.

Der Regionalbeauftragte für Ernährung und Versorgungssicherheit schilderte die Begründung, den fachlichen Hintergrund und die wichtigsten Elemente des Aktionsplans. Eine in qualitativer und quantitativer Hinsicht unzureichende und ungleich verteilte Ernährung hat zu einer gleichzeitigen Belastung durch Adipositas und Mangelernährung geführt. Zu den Gesundheitsproblemen in Verbindung mit Ernährung und Lebensmittelsicherheit gehörten die weite Verbreitung von Übergewicht bei Frauen, Adipositas wie auch Mangelernährung bei Kindern, durch Mangel an Mikronährstoffen wie Eisen und Jod verursachte Erkrankungen sowie Gesundheitsrisiken, die durch mikrobiologische, chemische und radioaktive Kontamination

der Nahrung und durch landwirtschaftliche Erzeugungsmethoden oder Lebensmittelverarbeitungsprozesse bedingt sind. Die Ernährung habe einen zu hohen Fett- und Energieanteil und einen zu niedrigen Anteil an Obst und Gemüse. Zwar habe sich die Lebensmittelsicherheit in der EU dramatisch verbessert, doch bestünden in Südosteuropa und in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten noch erhebliche Probleme, und es entstünden laufend neue Bedrohungen. In einem modernen, zunehmend globalisierten Lebensmittelsystem werde die Ernährung hauptsächlich durch Verfügbarkeit, Qualität, Sicherheit und Preis bestimmt, jedoch auch durch individuelle Eigenschaften der Konsumenten wie Bildungsniveau und Einkommen beeinflusst. Eine Reihe von Politikbereichen wie Landwirtschaft, Handel, Finanzen, Soziales, Städteplanung, Verbraucherschutz und Bildung könne Ernährungsentscheidungen beeinflussen. Der vorgeschlagene Aktionsplan zeige umfassende Maßnahmen zum Ansetzen an diesen Faktoren auf.

Der zweite Europäische Aktionsplan werde der Notwendigkeit dringlicher Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas und anderer neuer Probleme besser gerecht. Er berücksichtige erfolgreiche Handlungskonzepte aus den Mitgliedstaaten, die für die gesamte Region von Nutzen sein könnten, und werde auch den jüngsten Entwicklungen auf regionaler wie globaler Ebene gerecht, darunter die globalen Strategien für Ernährung, Lebensmittelsicherheit und die Ernährung von Kleinkindern sowie die Strategien der Europäischen Region zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten und von Alkohol und die Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region und die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas.

Der Aktionsplan sehe regionsweite Ziele für die Bereiche Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit vor; enthalte eine Liste vorrangiger Maßnahmen für die Länder in den Bereichen Lebensmittelversorgung und Verbraucherverhalten; erkenne die Notwendigkeit regionsweiter Maßnahmen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Länder an; zeige Akteure und potenzielle Partnerschaften auf; und erörtere die Frage der Prioritätensetzung. Er zielen auf vier wesentliche gesundheitliche Herausforderungen (ernährungsbedingte nichtübertragbare Krankheiten, Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Mikronährstoffmangel und durch Lebensmittel übertragene Krankheiten) ab und gliedere sich in sechs Handlungsfelder: Förderung eines gesunden Lebensanfangs; Gewährleistung einer sicheren, gesunden und nachhaltigen Nahrungsmittelversorgung; Bereitstellung umfassender Informations- und Aufklärungsangebote für Verbraucher; integrierte Maßnahmen zur Bekämpfung der maßgeblichen Determinanten; Stärkung der Elemente Ernährung und Lebensmittelsicherheit im Gesundheitsbereich; Überwachung und Evaluation. Für jedes dieser Handlungsfelder enthalte der Plan eine Reihe von vorrangigen Maßnahmen. Der Aktionsplan weise den Regierungen, und insbesondere den Gesundheitsministerien, die primäre Verantwortung zu, befürworte jedoch auch die Einbeziehung von Zivilgesellschaft, Berufsverbänden und Privatwirtschaft, in erster Linie Lebensmittelhersteller und Lebensmitteleinzelhandel. Die Rolle der WHO bestehe darin, politisches Engagement zu fördern, Unterstützungsarbeit zu leisten, beim Kapazitätsaufbau zu helfen, Handlungskonzepte zu analysieren, Trends in Bezug auf Ernährung und Lebensmittelsicherheit zu bewerten, Evidenz zu gewinnen und über die Umsetzung zu berichten.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin des UNICEF-Regionalbüros für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten begrüßte den Aktionsplan wärmstens, gratulierte dem Regionalbüro zu seiner Führungsrolle bei dessen Entwicklung und versprach, dass UNICEF zusammen mit den Gesundheitsministerien und anderen Ressorts, mit den Regional- und Länderbüros der WHO sowie mit den Vereinten Nationen und anderen Partnern an seiner Umsetzung arbeiten werde. In Osteuropa und Zentralasien spiegle sich die ungleiche Verteilung von Wohlstand in den hohen Raten an Fehlernährung wider, die gleichzeitig durch Zwergwuchs und Übergewicht sowie durch eine weite Verbreitung von Mikronährstoffmangel gekennzeichnet sei. Die unzureichende Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern führe zu vermeidbaren Ernährungsproblemen. Im ersten Handlungsfeld des Aktionsplans würden die erforderlichen Maßnahmen aufgezeigt, und sie appelliere an alle Länder, die den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten noch nicht angenommen und umgesetzt hätten, dies umgehend nachzuholen und Entbindungsstationen, Wohnumgebungen und Arbeitsplätze babyfreundlicher zu machen.

Zwar hätten UNICEF und seine Partner bei der Bekämpfung von Mikronährstoffmangel schon viel erreicht, doch bleibe auch noch viel zu tun. UNICEF werde darauf hinarbeiten, sich die Ziele der Initiative „Ernährungsfreundliche Schule“ zu eigen zu machen. Es gebe Handlungsbedarf in Bezug auf Ungleichheiten, u. a. diejenigen, die im Handlungsfeld 6 des Aktionsplans (Überwachung und Evaluation) genannt seien. Die Kluft zwischen der EU und den Ländern des Ostens in Bezug auf Gesundheitsprobleme und die Fähigkeit, auf diese zu reagieren, sei nach wie vor groß, und sie appelliere an die EU-Staaten, ihre Zusammenarbeit mit den anderen Ländern zu verstärken, um diese Lücke schneller zu schließen. Verschiedene Organisationen der Vereinten Nationen könnten eine wichtige Rolle bei der Ermöglichung solcher Kooperationen und Initiativen zum Erfahrungsaustausch spielen. UNICEF und das WHO-Regionalbüro hätten gemeinsam den ersten Aktionsplan umgesetzt; der zweite Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung gebe den beteiligten Partnern eine Marschroute für eine Erweiterung ihrer Partnerschaft vor, mit der sie die Bevölkerung in den endlosen Weiten der Europäischen Region erreichen und ihren Bedürfnissen gerecht werden könnten.

Die Delegierten begrüßten den vorgeschlagenen Aktionsplan als zeitigen Beitrag zur internationalen Arbeit im Bereich Nahrung und Ernährung. Sie wüssten vor allem den Konsultationsprozess zu schätzen, der dem Entwurf des Aktionsplans vorausgegangen sei. Dieser sei deshalb ein grundlegender Bezugstext für die Mitgliedstaaten, weil er Maßnahmen vorschläge, die an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten angepasst werden könnten.

Zahlreiche Länder verfügten bereits über ihre eigenen Strategien oder Programme für den Bereich Nahrung und Ernährung; einige davon seien auf der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas vorgestellt worden. Sie seien auf der Grundlage einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit unter Beteiligung vieler Ministerien und anderer Dienststellen ausgearbeitet worden. Das Weißbuch der Europäischen Kommission mit dem Titel „Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa“ stelle das erste Mal dar, dass die EU-Kommission so viele Aktionsbereiche miteinander verbinde.

Es wurde betont, der Plan müsse durch integrierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Bekämpfung der Risikofaktoren unter Einbeziehung aller maßgeblichen Akteure umgesetzt werden: Familie, Schulkinder, Zivilgesellschaft, Nahrungsmittelindustrie und andere Akteure aus der Wirtschaft, in Unterstützung von Staatsregierungen sowie regionalen und kommunalen Behörden. Ein besonderes Augenmerk sei auf ökonomische, soziale, geschlechtsbezogene, kulturelle und geografische Aspekte zu richten.

Adipositas und Übergewicht seien ein gravierendes Problem, und es sei zu hoffen, dass bei der Umsetzung des Aktionsplans Einzelpersonen wie auch die Gesellschaft insgesamt ihre Verantwortung akzeptierten. Es gebe viele Einflussfaktoren. Die Delegierten wiesen auf die Notwendigkeit gesünderer Ernährungsgewohnheiten und eines körperlich aktiven Lebensstils hin, um nicht nur der Adipositas, sondern auch chronischen und nichtübertragbaren Krankheiten entgegenzuwirken. Auf eine Vereinbarkeit mit der Europäischen Strategie zu Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sei zu achten.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei, der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie im Namen Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau, der Schweiz und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, schlug vor, in den Plan als zusätzliche Vorgabe die Erhöhung des Anteils der Frauen, die mit dem Stillen ihrer Kinder beginnen, aufzunehmen, da dies mit noch größeren gesundheitlichen Zugewinnen verbunden sei als mit Erreichung eines längeren Zeitraums des Stillens.

Er schlug auch vor, in den Aktionsplan eine Aufforderung an die Codex-Alimentarius-Kommission aufzunehmen, weiterhin nach Maßgabe ihres Mandats die Möglichkeit der Ergreifung evidenzbasierter Maßnahmen, die der Verbesserung der Gesundheitsverträglichkeit von Lebensmitteln dienen und die mit der Zielsetzung der globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit vereinbar seien, umfassend zu prüfen.

Ein Delegierter schlug vier Änderungen an dem Resolutionsentwurf vor, um den horizontalen Ansatz zu stärken und einen klaren Zusammenhang zwischen dem zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und

Ernährung und der von der 56. Tagung des Regionalkomitees angenommenen übergeordneten Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten herzustellen. Gesonderte Erwähnung fand auch die Arbeit zugunsten von Kindern, die von der Prävention von Mangelernährung (die auch eine verbesserte Überwachung des Kinderwachstums einschließen sollte) bis hin zu Aktionsplänen und Programmen für Schulen reiche und mit der eine qualitative Verbesserung der Ernährung der Kinder angestrebt werde.

Es gab einige Diskussionen in Bezug auf Maßnahme 4 unter Handlungsfeld 3 des Aktionsplans zur Kennzeichnung von Lebensmittelprodukten. Hier zeigten sich eine Reihe von Delegierten erfreut über die Anstrengungen der Industrie in Anlehnung an EU-Rechtsvorschriften, während ein anderer Delegierter darauf verwies, dass eine erfolgreiche nationale Kampagne zur Reduzierung der Salzzufuhr infolge von Änderungen an diesen Vorschriften nicht fortgesetzt werden könne.

Mehrere Delegierte vertraten die Auffassung, dass bei der Aufforderung an die Industrie, ihren Beitrag zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu leisten, eine Politik der freiwilligen Selbstverpflichtung gewählt werden sollte, bei der der Staat jeweils Leitlinien und Vorgaben beisteure. Angesichts der Bedeutung und Reichweite von Werbung und Marketing sollten auch die Medien und Verbraucherverbände zur Mitarbeit ermutigt werden.

Bei Maßnahme 6 unter Handlungsfeld 2 sah ein Delegierter keinen Nutzen in Steuern auf „ungesunde“ Produkte; vielmehr würden durch diese Menschen in niedrigen Einkommensgruppen ungerechterweise bestraft.

In einer Wortmeldung wurde die Bedeutung der Einbeziehung von Bewegung in den Plan und die Resolution unterstrichen; Bewegung und Ernährung seien beides Schlüsselfaktoren in Bezug auf Lebensqualität, insbesondere bei einer alternden Bevölkerung, bei der körperliche Betätigung zu einer Verlängerung ihres unabhängigen Lebens und zur Erhaltung der Gesundheit der Senioren bzw. zu einer Verringerung ihrer Pflegebedürftigkeit beitragen könne.

Eine Reihe von Wortmeldungen gab es zum Thema Lebensmittelsicherheit. So berichtete ein Land von Maßnahmen zur Überprüfung der Sicherheit von Fischprodukten und künstlichen Süßstoffen zur Ersetzung von Zucker in Getränken. Ein anderer Delegierter erwähnte die kontinuierliche Einführung neuer Zusatz- und Farbstoffe in Lebensmittelprodukten durch die Industrie und den Bedarf an Informationen für die Länder über deren mögliche Auswirkungen. Eine Referenzbibliothek mit solchen Informationen sei wünschenswert. Weiterhin wurde auch auf die Möglichkeit hingewiesen, auch das Thema genetisch veränderte Produkte und deren Sicherheit unter Handlungsfeld 5 in den Aktionsplan aufzunehmen.

Es herrschte Übereinstimmung darüber, dass eine Überwachung der Umsetzung des Aktionsplans notwendig sei. Die Informationen sollten unter den Ländern ausgetauscht werden; besonders nützlich seien Hinweise auf geeignete Praktiken und Instrumente. Auch Netzwerke, insbesondere diejenigen, die aus dem Aktionsplan hervorgegangen seien, könnten hier eine sehr wichtige Rolle spielen. Die Länder wurden zu einer Zusammenarbeit mit dem International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) ermutigt, das zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Behörden für Lebensmittelsicherheit auf nationaler und internationaler Ebene gegründet worden sei, und ihre Arbeit stärker auf die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) auszurichten. Es würden globale Informationen benötigt, um Länder zu unterstützen, die bei der Stärkung ihrer Behörden für Lebensmittelsicherheit Hilfe brauchten.

Von folgenden Organisationen gingen Erklärungen ein: International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders und Consumers International.

In seiner Antwort begrüßte der Regionalbeauftragte für Ernährung und Versorgungssicherheit die hilfreichen Stellungnahmen und Anregungen der Delegierten. Er erklärte, freiwillige Bemühungen müssten sich in den Kontext der Arbeit des Codex Alimentarius einfügen. Die Erfahrungen müssten in einer Reihe von Handlungsfeldern ausgedehnt werden; so hätten beispielsweise zwar die meisten Länder schon ökonomische Instrumente (etwa im Bereich Landwirtschaft) genutzt, doch wendeten sie sie nicht auf die Gesundheitsziele an. Darüber hinaus seien mehr Maßnahmen zur Bewältigung von Ungleichheiten erforderlich, insbesondere für anfällige Zielgruppen wie ältere Menschen. Er begrüße die Hervorhebung der Bedeutung

von Bewegung; möglicherweise solle ein gesondertes Papier bzw. ein Plan zu dieser Thematik verfasst werden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC57/R4.

**Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse**  
(EUR/RC57/8, EUR/RC57/Conf.Doc./2)

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses wies darauf hin, dass die MZ vor sieben Jahren von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet worden seien. Sie stellten einen historischen Kraftakt zur weltweiten Bekämpfung der Armut dar und bildeten einen Mechanismus zur Überwachung von Entwicklung. In der Europäischen Region seien gute Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu verzeichnen, wenn man jeweils den regionalen Durchschnitt betrachte. Bei genauem Hinsehen auf die nationale bzw. subnationale Ebene ergebe sich jedoch ein wesentlich uneinheitlicheres Bild. Die WHO setze sich für eine Strategie zur Verwirklichung der MZ ein, bei der sektorübergreifendes Handeln und die Verbesserung der Gesundheitssysteme im Vordergrund stünden und die als Orientierungshilfe dienen solle.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin fasste die Strategie der WHO in Bezug auf die MZ zusammen; in dieser spielten eine starke Unterstützung für die Länder und partnerschaftliche Zusammenarbeit ebenso eine Rolle wie die Stärkung der Gesundheitssysteme und zielgerichtete technische Interventionen. Die Anstrengungen sollten auf Bereiche fokussiert werden, in denen es Defizite gebe, wie sie etwa an den im jüngsten globalen Lagebericht veröffentlichten Säuglingssterblichkeitsraten nur allzu deutlich erkennbar seien. So sei die Sterblichkeit der Kinder unter 5 Jahren im Land mit der höchsten Rate 40-mal so hoch wie im Land mit der niedrigsten Rate. Die Müttersterblichkeitsrate sei in den Ländern Zentralasiens mindestens doppelt so hoch wie im regionalen Durchschnitt. Es gebe Ungleichgewichte sowohl zwischen den Mitgliedstaaten (auch im westlichen Teil der Region) als auch innerhalb dieser Staaten. Dabei bildeten einkommensschwache Frauen, die über ein niedriges Bildungsniveau verfügen oder aus ethnischen Minderheiten oder ländlichen Gebieten stammen, die anfälligste Gruppe. Erschwert werde eine Bestandsaufnahme der Situation durch die Verschiebung der Grundlinien in einigen Ländern, die Änderungen hinsichtlich der Zählweise sowie der Art der Datenerhebung vorgenommen hätten. Die Gesundheit der Bevölkerung sei viel zu wichtig, um sie allein den Ärzten zu überlassen; vielmehr solle die gesamte Gesellschaft eingebunden werden. Die unzureichenden Kapazitäten der Gesundheitssysteme seien ein erhebliches Hindernis für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Zwar stünden die erforderlichen Mittel und Technologien zu Verfügung, doch bleibe das Tempo der Fortschritte hinter den Erwartungen zurück.

Die WHO habe in verschiedenen Ländern einen ganzheitlichen wie einheitlichen Gesundheitssystemansatz verfolgt, der auf wirksamen Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungserbringung, der Ausstattung, der Finanzierung sowie der Schutz- und Aufsichtsfunktion basiere. Es sei damit zu rechnen, dass bis 2015 die meisten EU-Mitgliedstaaten einen Großteil der MZ erfüllen würden. Die meisten Länder Südosteuropas würden das Gros der Ziele erfüllen, allerdings mit einigen Ausnahmen. Die Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) mit mittlerem Volkseinkommen hätten Mühe, die gesundheitsbezogenen MZ zu erreichen, während die GUS-Staaten mit niedrigem Einkommen voraussichtlich vier bis sechs der Ziele verfehlen würden. Es sei nun an der WHO und konkret an den Mitgliedstaaten selbst, diese Prognose zu widerlegen. Die 2008 stattfindende Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme werde sich mit der Möglichkeit einer Aufwärtsspirale befassen, die zwischen den Polen Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand entstehen könne.

In der anschließenden Aussprache befürworteten die Delegierten die vom Regionalbüro vertretene Strategie. Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie im Namen Armeniens, Aserbaidschans, Georgiens, der Republik Moldau, der Schweiz und der Ukraine (die sich der

Erklärung anschlossen) sprach, drückte Besorgnis über die Tatsache aus, dass einige der MZ in der Europäischen Region weit von ihrer Verwirklichung entfernt seien, und unterstützte das Vorgehen der Priorisierung eines Kapazitätsausbaus der Gesundheitssysteme. Die WHO müsse bei diesem Prozess eine Führungsrolle übernehmen. In den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Brüssel im Juni 2006 über die gemeinsamen Werte und Grundsätze in den europäischen Gesundheitssystemen wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, die Entwicklung der Gesundheitssysteme auf eine ethische Grundlage zu stellen.

Dabei solle der Migrationsproblematik mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. So seien Migranten oft arm und anfällig für Krankheit und hätten einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. In einigen Ländern lebe eine große Zahl von Flüchtlingen, die besonders anfällig seien. Für eine Erfüllung der MZ wären Investitionen in Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und den Zugang zu Behandlung und Rehabilitation erforderlich. Die Gesundheitsversorgung müsse kultursensibel gestaltet werden. Die MZ wiesen den Weg zur Durchbrechung des Teufelskreises aus Armut und Krankheit und zur Förderung der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern.

Ein abgestimmtes Konzept für die MZ sei eine dringende Notwendigkeit sowohl für die zuständigen Organisationen der Vereinten Nationen auf internationaler Ebene als auch für die verschiedenen Akteure auf nationaler Ebene. Es werde vorgeschlagen, die MZ im Exekutivrat zu einem festen Tagesordnungspunkt zu machen.

Die Delegierten berichteten über die Fortschritte ihrer Länder bei der Erfüllung der MZ, insbesondere in folgenden Bereichen: Tuberkuloseerkennung und -behandlung; Sicherung des Zugangs zu sauberem Wasser; Verringerung der Zahl der Todesfälle bei Neugeborenen durch Investitionen in Technologien und Kapazitätenaufbau; Untersuchung auf genetische Defekte und Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern sei für viele Länder eine Schlüsselpriorität, und ein besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung beinhalte auch, dass dieser Bereich aus der fachärztlichen Versorgung in die primäre Gesundheitsversorgung überführt werden müsse. Eine normale Geburt sei kein pathologischer Prozess, sondern ein Vorgang, bei dem die Frau im Beisein einer geschulten Geburtshelferin mitentscheiden solle. Eine besondere Herausforderung bilde die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen junger Menschen in Bezug auf reproduktive Gesundheit; dies gelte vor allem in städtischen Gebieten und innerhalb von Einwanderergruppen. Diese Ziele ließen sich nur durch Verbesserung der Gesundheitssysteme in Bezug auf alle gesundheitsbezogenen MZ erreichen.

Zuverlässige und vergleichbare Daten seien für die Messung von Fortschritten von zentraler Bedeutung, und Länder, die ihre Indikatoren und ihre Datenerfassung nach den Standards der WHO ausrichteten, liefen Gefahr, ihre Bezugspunkte zu verlieren, während gleichzeitig die neuen Zahlen oft den Anschein einer verschlechterten Situation erweckten.

Verschiedene Redner erwähnten Partnerschaftsinitiativen, z. B. Netzwerke von Fachkräften, die gemeinsam auf eine Reduzierung der Zahl von Teenager-Schwangerschaften hinarbeiteten, und verwiesen auch auf die jüngst gegründete Internationale Gesundheitspartnerschaft. Es bestünden auch bei Erhöhung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme immer noch das Erfordernis eines Sicherheitsnetzes im Form einer geburtshilflichen Notversorgung und die Notwendigkeit einer Konsultation mit Partnern (einschließlich Fachverbänden). Die Schaffung von Synergieeffekten sei wichtig. Die Gesundheitssituation könne als Indikator für die Entwicklung insgesamt angesehen werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass auf das Wohlergehen künftiger Generationen auf unserem Planeten geachtet werden müsse und dass die Globalisierung die Probleme nicht gelöst habe. Die Mitgliedstaaten wurden dringend zu einer Intensivierung ihrer Anstrengungen aufgefordert. Die Gesundheitsministerien benötigten die Unterstützung der WHO in einer moralischen Koalition, die eine Verstärkung des politischen Engagements in verschiedenen staatlichen Bereichen, einschließlich im Finanzressort, sowie innerhalb der WHO bewirken solle.

Der Beauftragte für den Gesundheitssektor bei der Abteilung für menschliche Entwicklung der Weltbank (Region Europa und Zentralasien) unterstrich das Engagement seiner Organisation für die MZ. Dabei



zeichneten sich aus ihrem Politikdialog und ihrer Forschungsarbeit vier entscheidende Aspekte ab: So sei es erstens zwar durchaus nützlich, über die durchschnittlichen Kosten für die Erfüllung der MZ Bescheid zu wissen, doch komme es auch auf Marginalkosten und Extrakosten an, da diese bei einer Annäherung der Länder an die MZ ansteigen würden; diese Marginalkosten müssten dann gegen die erwartete Verringerung der Krankheitslast insgesamt abgewägt werden. Zweitens könnten Fortschritte nur durch sektorübergreifende Zusammenarbeit und durch Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit erreicht werden. Drittens gebe es innerhalb einer Bevölkerung teilweise deutliche Diskrepanzen, so dass Durchschnittswerte oft nicht aufschlussreich seien. Viertens müsse die Qualität der Daten verbessert werden, um im Hinblick auf Entscheidungsprozesse über zuverlässige Daten zu verfügen.

Der Stellvertretende Regionaldirektor des UNICEF-Regionalbüros für Mittel- und Osteuropa/Gemeinschaft Unabhängiger Staaten stellte fest, es sei wichtig daran zu denken, dass Investitionen in die Gesundheitssysteme auch der Steigerung von Produktivität und Wirtschaftswachstum dienen sowie einen Beitrag zur Bewältigung der demografischen Krise leisten könnten. In einigen Ländern der Region überstiegen die Gesamtausgaben für Gesundheit nicht 15€ pro Kopf und Jahr, was nicht zur Aufrechterhaltung einer gesundheitlichen Grundversorgung ausreiche. Sofern Armut und Ungleichheit nicht bewältigt und die finanziellen Zuweisungen für Gesundheit nicht erhöht würden, ließen sich nachhaltige gesundheitliche Verbesserungen nicht erzielen. Daten aus 13 neueren Mehrindikator-Clusteruntersuchungen sowie drei Demografie- und Gesundheitsstudien hätten die Notwendigkeit beschleunigter Anstrengungen zur Verwirklichung der MZ demonstriert. Es gebe klare Belege für das Funktionieren der Maßnahmen und insbesondere der Präventionsprogramme, durch die man die schwächsten Menschen erreichen müsse.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC57/R2.

## **Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen** (EUR/RC57/6)

### **Weiterverfolgung der Ergebnisse der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas**

Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme erläuterte den Hintergrund der Konferenz, die im November 2006 durchgeführt worden war, sowie die Entwicklung der Thematik seither. Die Raten von Adipositas und Übergewicht hätten sich in der Europäischen Region in den letzten 20 Jahren verdreifacht und, wenn nichts unternommen würde, könne die Epidemie dazu führen, dass 20% der Erwachsenen und 10% der Kinder adipös wären. Die Konferenz habe eine breite Teilnehmerschar angezogen, das beziehe sich sowohl auf die Zahl der teilnehmenden Länder als auch auf das Spektrum der vertretenen Sektoren sowie die Anwesenheit europäischer und internationaler Organisationen. Eines der unmittelbaren Resultate der Konferenz sei die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas.

Die wichtigste Botschaft der Konferenz laute, dass die Adipositas-Epidemie reversibel sei. Mehr Verantwortung für die Verwirklichung dieses Ziels müsse von den Regierungen und der Gesellschaft sowie von Einzelpersonen übernommen werden. Besonders Kinder und benachteiligte Gruppen müssten berücksichtigt werden und die Staaten sollten sich enger abstimmen, denn kein Staat könne die Epidemie allein bewältigen. Es werde vieles unternommen und man habe mit dem Handlungsrahmen auch schon einige Erfolge erzielt in Bezug auf die Unterstützung eines bewegungsförderlichen Umfelds, die Erleichterung des Zugangs zu gesunder Ernährung für sowohl Erwachsene als auch Kinder und die Verringerung des Marktdrucks auf Kinder durch Gesetzgebung sowie Partnerschaften zwischen öffentlichem und privatem Sektor.

Seit der Konferenz sei die Charta in viele Sprachen übersetzt worden und die Länder nutzten sie zur Überarbeitung ihrer Grundsatzpapiere und in sektorübergreifenden Zusammenhängen. Die Wirtschaft sei zur Beteiligung an Partnerschaften mit dem öffentlichen Sektor bereit; Bündnisse und Grundsatzdialoge seien eingerichtet und eine Reihe von politischen Instrumenten entwickelt worden. Mehrere internationale Gremien hätten sich durch Charta inspirieren lassen oder sich ausdrücklich in ihren Berichten und bei

ihren Tätigkeiten auf sie bezogen. Doch immer noch fehle eine bessere Finanzausstattung. Insgesamt sei die Konferenz gut angenommen worden und die Charta werde oft zitiert, aber weiteres Handeln sei erforderlich; Selbstgefälligkeit sei fehl am Platze.

Delegierte begrüßten die Einleitung der Charta als einen Meilenstein im Kampf gegen die Adipositas und ihre Risikofaktoren und verwiesen auf verschiedene verwandte Dokumente, Aktionspläne und andere Initiativen, die bereits in ihren Ländern existierten oder bald vorgestellt würden. Ein Redner betonte die Notwendigkeit durch politisches Engagement eine bessere Finanzierung zu erzielen.

Ein weiterer Redner erwähnte positive Entwicklungen, die es in seinem Land zu berichten gebe; so deute manches auf einen Rückgang der Anzahl adipöser Kinder und auf einen weniger dramatischen Anstieg des Körpermassenindex (BMI) bei Erwachsenen, was möglicherweise ein Ergebnis lokaler und regionaler Programme gegen Adipositas sei.

Ein Vertreter der International Union of Nutritional Sciences gab eine Erklärung ab.

### **Durchführung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme**

Der Geschäftsführende Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder gab einen Überblick über auf Gesundheitssysteme bezogene Tätigkeiten in der Region seit der Annahme von Resolution EUR/RC55/R8 vor zwei Jahren. Seinerzeit sei gezeigt worden, dass es trotz allgemein verbesserter Gesundheitsindikatoren in allen Ländern immer noch große geografische und gesellschaftliche Unausgewogenheiten gab; die Herausforderung bestehe nun darin die Gesundheitssysteme in ihrem jeweiligen Kontext so leistungsfähig wie möglich zu gestalten.

Die Aktivitäten, durch die das Regionalbüro die Mitgliedstaaten unterstützt habe, ließen sich nach den vier Funktionen des Gesundheitssystemmodells gruppieren: Aufsichts- und Schutzfunktion, Erzeugung von Ressourcen, Leistungserbringung und Finanzierung. In Bezug auf die Aufsichts- und Schutzfunktion habe das Büro in mehreren Ländern hochrangige Grundsatzdialoge zu Themen wie öffentlich-private Partnerschaften und Krankenhausreformen geführt. Die Schweiz habe eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems in enger Zusammenarbeit mit der OECD und dem Regionalbüro durchgeführt. Das Regionalbüro habe auch zur Arbeit im Rahmen der EU-Ratsvorsitze Finnlands, Deutschlands und Portugals sowie des bevorstehenden Vorsitzes Sloweniens beigetragen.

Im Bereich Erzeugung von Ressourcen und konkreter zum Thema Pharmazeutika, habe das Regionalbüro zur Arbeit der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte Beiträge geleistet. Weitere Grundsatzgespräche hätten zum Thema Humanressourcen in den baltischen Ländern, in der Slowakei und in der Türkei stattgefunden. Sehr aktiv sei das Büro auch auf dem Feld von Blutsicherheit und Organtransplantationen gewesen.

Bislang seien, was den Aufbau der Gesundheitsdienste betreffe, Instrumente für Qualitätssicherung, Leistungsbewertung und Gesundheitsförderung für den Einsatz in der primären Gesundheitsversorgung oder in Krankenhäusern entwickelt worden. Im vierten Bereich habe man hochrangige Erörterungen zur Finanzierung von Gesundheitssystemen in mit vielen Ländern begonnen, einige von diesen befassten sich mit dem Entwurf nationaler Gesundheitskonten. Flaggschiff-Lehrgänge zur Gesundheitsfinanzierung seien in Zusammenarbeit mit dem Weltbankinstitut in Kirgisistan und Ungarn durchgeführt worden. Das Büro habe in Zusammenarbeit mit der Weltbank, der OECD und Eurostat seine Arbeit für eine verbesserte Schätzung von Gesundheitsausgaben weiterbetrieben und intensiviert.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit des Regionalbüros zum Thema Gesundheitssysteme beziehe sich auf Informationen sowie Datenerhebung und -analyse. Zusätzlich zur GFA-Datenbank sei eine neue Datenbank für Krankenhausmorbidity geschaffen worden und gleichzeitig hätten das Health Evidence Network und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zu zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema Gesundheitssysteme beigetragen.

Die Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ werde durch vier Tagungen zu den Themen Leistungsmessung, Gesundheitspersonal, Leistung der Gesundheitsdienste und gesundheitspolitische Leitung vorbereitet. Die Konferenz werde in Tallinn (Estland) im Juni 2008 stattfinden.

Die Sozialministerin Estlands erklärte das Interesse ihres Landes an der Ausrichtung der Tagung damit, dass jedes Land sicherstellen müsse, dass sein Gesundheitssystem gemäß den Umständen optimal funktioniere. Das Gesundheitssystem sei mit dem Zustand der Wirtschaft verflochten, daher müssten Gesundheit und Wohlstand gemeinsam thematisiert werden. Als es Rat benötigte, habe Estland von der Hilfe durch Sachverständige aus anderen Ländern profitiert; jetzt könne es selbst eigene Erfahrungen weitergeben, möchte aber auch von anderen lernen über den Umgang mit demografischen und personalpolitischen Themen im Rahmen begrenzter Haushaltsmittel. Die Ministerin sah der Diskussion über die Zukunftsbewältigung durch die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten der Europäischen Region erwartungsvoll entgegen und lud alle Anwesenden herzlich zur Konferenz nach Tallinn im Jahr 2008 ein. Ein kurzer Film über Tallinn und die Vorbereitungen des Landes auf die Konferenz wurde gezeigt.

Eine Reihe von Rednern begrüßte den Bericht und den Qualitätszuwachs in der Arbeit des Regionalbüros zum Thema Gesundheitssysteme sowie den Wandel im Vergleich zu früheren Jahrzehnten in der Einschätzung des Verhältnisses zwischen Gesundheit und Wohlstand. Es wurde vorgeschlagen, größeren Wert auf die zentrale Rolle der Gesundheitspolitik und auf die Widerspiegelung ihrer wesentlichen Funktionen in Struktur und Funktionsweise der Gesundheitssysteme zu legen. Es folgte eine Diskussion über den Begriff „Stewardship“ im Englischen und seine Entsprechungen in den anderen offiziellen Arbeitssprachen der Europäischen Region. Es wurde angeregt ein Glossar zu erstellen, das klare Definitionen und Übersetzungen der wichtigsten Termini enthalten solle, wie sie im Bereich der Gesundheitssysteme verwendet würden. Alle Redner dankten der Sozialministerin Estlands für die freundliche Einladung.

### **Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten**

Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme stellte fest, die Entscheidung schon ein Jahr nach Billigung der Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten durch das Regionalkomitee einen Bericht anzufertigen erkläre sich aus dem großen Interesse der Mitgliedstaaten. Es sei ermutigend, dass die Strategie in vielen Ländern umgesetzt werde, indem Gremien errichtet und Konzeptionen eingeführt oder überprüft würden; es lägen Anfragen aus 20 Mitgliedstaaten um Unterstützung bei der konzeptionellen Weiterentwicklung vor.

Die Strategie enthalte zwei untrennbar miteinander verbundene Zielsetzungen, nämlich die Einbeziehung von Maßnahmen zu den einschlägigen Risikofaktoren und Determinanten und die Stärkung der Gesundheitssysteme im Sinne einer besseren Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten. Im Laufe des Jahres seien Bündnisse und Partnerschaften herangewachsen, an denen sich auch internationale Gremien sowie Fach- und Berufsverbände aus der Region beteiligten. Ein Netzwerk aus Ansprechpersonen sei eingerichtet worden; es nutze die Erfahrungen des Integrierten Länderprogramms zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) und befasse sich mit integrierten Maßnahmen, Gesundheitssystemen und dem Abbau von Ungleichheiten; außerdem entwickle es einen Aktionsplan für die Umsetzung der Strategie.

Der Informationsaustausch werde gefördert, eine Sichtung der regionalen Konzepte sei initiiert worden und derzeit würden Instrumente entwickelt, welche die Mitgliedstaaten später nutzen könnten. Ein Observatorium für Grundsatzfragen werde eingerichtet und Beispiele und bewährte Praktiken würden in dem bevorstehenden Bericht der Region über nichtübertragbare Krankheiten veröffentlicht. Es sei insbesondere wichtig die Risikofaktoren zu beobachten; im Gegensatz zur auf die Vergangenheit bis Gegenwart gerichteten Messung der Mortalität und Morbidität könne durch sie Aufschluss über wahrscheinliche künftige Szenarien gewonnen werden. Die nationalen Kapazitäten zur Durchführung von Risikofaktorstudien müssten verbessert werden und es gebe immer noch keine Übersicht der Prävalenz für die Europäische Region.

Die Herausforderungen lägen daher in einer Verzahnung der Maßnahmen von Seiten der Länder und der WHO und zugleich darin, die Arbeit ausgewogen auf Risikofaktoren und Erkrankungen sowie übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten zu richten. Erhöhte Kapazitäten sowohl in den Ländern als auch bei der WHO und politische Entschlossenheit seien erforderlich. Die vorhandenen Strategien und Rahmen für die Europäische Region der WHO wie z. B. für Tabak und Alkohol müssten ebenfalls einbezogen werden.

Mehrere Delegierte bedankten sich für die aktuellen Informationen und begrüßten den in der Strategie enthaltenen horizontalen Ansatz, der eine Verknüpfung verschiedener vertikaler Programme ermöglicht habe. Dies könne anderen Regionen als Beispiel dienen. Man solle die Einführung struktureller Maßnahmen wie Regulierung, Verhaltenskodizes, gesundheitsförderliche Subventionen und Steuern erwägen. Es wurde auch angemerkt, dass die Einrichtung eines Sachverständigenrates für die begleitende Beobachtung des Prozesses nützlich sein könne.

Eine Frage zum gegenwärtigen Zustand des CINDI-Netzwerks beantwortend führte der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme aus, wie viele andere Netzwerke sei es ausgelagert und das Sekretariat nach Kaunas (Litauen) verlegt worden, wo es im übrigen vor mehr als 20 Jahren entstanden sei. Für den Übergang seien finanzielle Mittel bereitgestellt worden.

Ein Vertreter der International Federation of Medical Students' Associations gab eine Erklärung ab.

### **Aktuelles zum Thema Gesundheitssicherheit**

Der Regionalbeauftragte für Katastrophenschutz stellte dem Regionalkomitee einen Bericht über die Tätigkeit des Regionalbüros im vergangenen Jahr auf dem Gebiet der Gesundheitssicherheit vor. Zu den gesundheitlichen Bedrohungen für die Gesundheitssicherheit in der Region gehörten der breite Themenkomplex übertragbare Krankheiten (HIV/Aids, Tuberkulose, Influenzapandemien usw.), die anhaltende Gefahr einer beabsichtigten oder unbeabsichtigten Freisetzung biologischer, chemischer oder nuklearer Kampfstoffe, natürliche und vom Menschen verursachte Katastrophen, Konflikte und komplexe Notsituationen sowie globale Phänomene wie der Klimawandel. Die Ziele der WHO für den Fall einer Krise (definiert als eine Situation, bei der örtliche Gesundheitssysteme so überlastet sind, dass sie die Nachfrage nicht mehr bewältigen und die Menschen ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht mehr erfüllen können) bestünden darin, die vermeidbare Mortalität und Morbidität so gering wie möglich zu halten: durch Anwendung eines Gesundheitssystemansatzes mit einer auf verschiedene Gefahren ausgerichteten Bereitschaftsplanung.

Zwischen 1990 und 2006 habe es in der Region insgesamt 1 483 Katastrophenereignisse und Gesundheitskrisen gegeben (ohne Berücksichtigung von komplexen Notsituationen und Konflikten), bei denen 98 119 Menschen ums Leben kamen und von denen über 42 Mio. Menschen betroffen gewesen seien. Daher hätten Hochwasserereignisse von allen Arten von Gesundheitskrisen die größten ökonomischen Schäden (über 66 Mio. US-\$) in der Region angereichtert, während extreme Wetterereignisse und Erdbeben für die größte Zahl von Todesfällen verantwortlich gewesen seien (mehr als 52 000 bzw. knapp 22 000). Das Regionalbüro sei daher den Ländern bei der Entwicklung von auf verschiedene Gefahren ausgerichteten Bereitschaftsplänen für die Gesundheitssysteme, einschließlich gesundheitsbezogener Hitzewarnsysteme und entsprechender Aktionspläne (im Rahmen des mit EU-Mitteln finanzierten Projektes EuroHEAT), behilflich gewesen und habe fachliche Leitlinien für hitzebedingte Gesundheitsprobleme herausgegeben. Es habe auch die Einrichtung von Hochwasserschutzplänen und Frühwarnsystemen gefördert und plane für 2008 eine Kampagne für sichere Krankenhäuser, die die Verbreitung von Bauleitlinien und eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit beinhalte, um bei Bau und Betrieb von Gesundheitseinrichtungen dafür zu sorgen, dass diese im Falle einer Gesundheitskrise noch einsatzfähig seien, wenn sie am dringendsten gebraucht würden.

Als Reaktion auf verschiedene Erdbeben in Zentralasien habe das Regionalbüro gemeinsam mit den Behörden in Kirgisistan und Tadschikistan Schadensanalysen durchgeführt, Ressourcen freigemacht und grundlegende Arzneimittel und Hilfsgüter in Form von Notfall-Kits bereitgestellt. Um der anhaltenden

Bedrohung durch Vogelgrippe und der Gefahr einer Influenzapandemie beim Menschen entgegenzuwirken, führe das Regionalbüro gemeinsame Bewertungsmissionen mit dem ECDC durch, bei denen die Pandemiepläne der Länder überprüft und fachliche Unterstützung beim Aufbau von Kontroll- und Laborkapazitäten gewährt werde.

Die Bemühungen um Wiederaufbau und Konsolidierung von Gesundheitssystemen im Anschluss an Konflikte hätten sich auf zwei Schwerpunktbereiche konzentriert: ein von der EU finanziertes und gemeinsam mit UNICEF durchgeführtes Projekt zur Stärkung der Gesundheitssysteme und der primären Gesundheitsversorgung im Nordkaukasus; und die Entwicklung und Umsetzung eines Aktionsplans zur Bewältigung der Bleibelastung in der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo, der eine freiwillige Evakuierung von Angehörigen anfälliger Gruppen in eine sicherere Umgebung sowie ein vielfältiges Maßnahmenpaket beinhaltet habe, wodurch sich die gesundheitlichen Folgen der Belastung durch Schwermetalle hätten erfolgreich reduzieren lassen. Bei all diesen Bemühungen verfüge die WHO über einen Vorteil aufgrund ihrer engen Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien bei der Förderung der Bereitschaftsplanung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf verschiedene Gefahren, beim Aufbau von lokalen Partnerschaften, bei der Ermöglichung nachhaltiger Unterstützung und bei der Anpassung von Maßnahmen an die Gegebenheiten in den betroffenen Ländern.

Die Bereitschaftsplanung des Regionalbüros selbst als Institution sei im vergangenen Jahr erweitert worden: durch Überarbeitung der internen Verfahren für das Krisenmanagement, durch weiteren Ausbau der Fähigkeit zur Mobilisierung eines regionalen Netzwerks an Fachleuten sowie durch Schulungen zum Thema Gesundheitsaspekte für Katastrophenexperten vor dem Einsatz. In einer Reihe vorrangiger Länder würden derzeit Kapazitätsabschätzungen im Bereich Gesundheitssicherheit vorgenommen, und es seien Workshops zum Thema Krisenbereitschaft in Krankenhäusern durchgeführt worden. Auch im kommenden Jahr werde die Bereitschaftsplanung in den Gesundheitssystemen im Mittelpunkt stehen.

Die Delegierten äußerten sich anerkennend über die führende Rolle des Regionalbüros bei der Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausstattung ihrer Gesundheitssysteme für die komplexen Anforderungen der Gesundheitssicherheit. Ein wesentlicher Aspekt, der in Zukunft mehr Gewicht erhalten solle, sei die Organisation und Durchführung von Übungen oder Simulationen. Diejenigen Länder, die über Erfahrungen mit solchen Übungen verfügten, würden aufgefordert, Vertreter der Gesundheitsministerien anderer Länder sowie hochrangige Vertreter der WHO ggf. zur Teilnahme einzuladen. Bereitschaft sei der beste Schutz, und die WHO erhalte viel Lob für die Ausrichtung von Schulungen für Experten, die dann anderen Ländern behilflich sein könnten. Das Sekretariat deutete an, dass die Zusammenarbeit mit dem WHO-Büro für nationale Epidemievorsorge und -bekämpfung auf die Ebene der Region verlagert werden solle.

### **Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit**

Angesichts der Tatsache, dass seine Amtszeit sich dem Ende zuneige, legte der scheidende Vorsitzende des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) eine „Bilanzaufstellung“ der Arbeit des EEHC seit seiner ersten Tagung im Januar 2005 in Paris vor. Die EEHC-Mitglieder (Vertreter der Mitgliedstaaten, internationaler Organisationen und der Zivilgesellschaft) teilten alle die Auffassung, dass die Verbesserung der Umweltqualität eine entscheidende Voraussetzung für den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerungen in der Europäischen Region sei. Risikofaktoren ließen sich modifizieren und die Menschen seien immer weniger bereit zu akzeptieren, dass ihre Gesundheit durch die Belastung mit Umweltgefahren bedroht werden solle. Diese beiden Tatsachen rechtfertigten die Fortsetzung der Präventionsarbeit.

Prävention sei auch deswegen so wichtig, weil die Fähigkeit der Menschen zur Erzeugung neuer Umwelt- risikofaktoren nie größer gewesen sei. Gemeinsam sei diesen Risikofaktoren, dass sie großflächig aufträten, auch wenn sie fast unsichtbar seien; dabei erhöhe sich aus epidemiologischer Sicht selbst durch eine geringe Zunahme eines Gesundheitsrisikos der gesundheitliche Effekt erheblich, wenn eine große Bevölkerungsgruppe dem Risiko ausgesetzt werde. Aktuelle Forschungsergebnisse deuteten auf neue Risikogruppen: Zu den Kindern und älteren Menschen träten die Menschen mit den am weitesten verbreiteten Erkrankungen der Region wie Bluthochdruck, Adipositas, Herzkrankheiten, Diabetes und Asthma. Man



verstehe jetzt besser die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Formen der Umweltverschmutzung und einer Reihe von gesellschaftlichen Faktoren, doch werde die auf Umweltgefahren zurückzuführende Krankheitslast in den kommenden Jahren wahrscheinlich noch anwachsen.

Diese Einschätzungen seien während der Bestandsaufnahme auf der zwischenstaatlichen Tagung in Wien vom Juni 2007 mitgeteilt worden, an der sich eine breite Schar von Vertretern der Mitgliedstaaten, der NGO und von Jugendgruppen beteiligt hätten. Das Umwelt- und Gesundheitssystem der Region (ENHIS) sei als ein neues Beobachtungsinstrument auf der Tagung vorgestellt worden; es enthalte validierte Daten aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Region für die 26 Indikatoren, die im Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE) spezifiziert worden seien. Auf der Tagung sei die Notwendigkeit einer engeren Anbindung des Umweltsektors an die Gesundheitsversorgung betont worden; Umweltbeauftragte sollten sich vergegenwärtigen, dass ihr vorrangiges Ziel die Vermeidung von Erkrankungen ist, während Ärzte verstehen müssten, dass Umweltqualität einen Teil der Krankheitsprognose ausmache.

Auf der Tagung wurde auch erneut bekräftigt, dass statt einer Diagnose umweltbedingter Gesundheitsprobleme, eher Anstrengungen zur Schaffung wirksamer, evidenzbasierter Maßnahmen gemacht werden sollten. Das bedeute auch neue Forschungsaufgaben im Bereich Risikomanagement. Abschließend empfahl der Redner die Entwicklung eines Zertifizierungssystems für Politikansätze im Bereich von Umwelt und Gesundheit; keine Organisation sei in einer besseren Position diese Initiative zu ergreifen und sicherzustellen, dass Gesundheit im Zentrum eines solchen Systems verbleibe, als die WHO.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten mehrere Delegierte, dass die Bereiche Umwelt und Gesundheit inhaltlich verknüpft worden seien, und verwiesen darauf, dass eine gut funktionierende primäre Gesundheitsversorgung umweltbedingte gesundheitliche Aspekte berücksichtigen müsse. Sie bekräftigten, dass die zwischenstaatliche Tagung einen sinnvollen Erfahrungsaustausch ermöglicht habe. Die Verbindung zwischen Umweltbedingungen und der Gesundheit von Kindern sei klarer geworden und viele Länder hätten nationale Aktionspläne zu diesem Komplex entworfen; es bleibe allerdings weitere Arbeit im Bereich der physischen und psychischen Wirkungen einer Chemikalienbelastung von Kindern zu tun.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission bestätigte, dass in Erfüllung der Verpflichtungen aus dem CEHAPE und der auf der 4. Ministerkonferenz zum Thema Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) angenommenen Erklärung eine Reihe von Aktivitäten gemeinsam von Kommission und WHO durchgeführt wurden. Diese Tätigkeiten würden in einem auf drei Jahre angelegten Projekt mit Mitgliedstaaten und Beitrittsländern im Rahmen des EU-Programms Gemeinschaftsaktion im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) durchgeführt.

## **Wahlen und Nominierungen**

*(EUR/RC57/7 und EUR/RC57/7 Corr. 1)*

Das Regionalkomitee behandelte in geschlossener Sitzung die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat und wählte Mitglieder für den SCRC, den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten und den Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit.

### **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss einvernehmlich, dass Ungarn und die Russische Föderation ihre Kandidatur zur Weltgesundheitsversammlung im Mai 2008 anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten.

## **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, die Schweiz und die Slowakei für drei Jahre von September 2007 bis September 2010 als Mitglieder in den SCRC.

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

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung für das Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten wählte das Komitee einstimmig Bulgarien als Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat für eine dreijährige Amtsperiode ab 1. Januar 2008.

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

In Übereinstimmung mit Absatz 1 der Geschäftsordnung des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (rekonstituiert im Jahr 2004) wählte das Regionalkomitee einstimmig Zypern, Estland, Kirgisistan, Norwegen und die Republik Moldau in den EEHC bis zur Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit bzw. für drei Jahre bis Ende September 2010, je nachdem welcher Fall zuerst eintritt.

## **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2008, 2009, 2010 und 2011**

*(EUR/RC57/Conf.Doc./5)*

Das Regionalkomitee billigte eine Anregung des SCRC im früheren Verlauf der Tagung und verabschiedete Resolution EUR/RC57/R3, mit der bestätigt wird, dass die 58. Tagung vom 15. bis zum 18. September 2008 in Tiflis, Georgien stattfindet; die 59. Tagung vom 14. bis zum 17. September 2009 im Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, Dänemark abgehalten wird; die 60. Tagung vom 13. bis zum 16. September 2010 in Moskau, Russische Föderation stattfindet; und die 61. Tagung vom 19. bis zum 22. September 2011 in Kopenhagen abgehalten wird.

Der Exekutivpräsident nahm das freundliche Angebot Kasachstans zur Kenntnis eine künftige Tagung des Regionalkomitees zu beherbergen.

## **Sonstige Angelegenheiten**

### **Fachsitzungen**

Während der Tagung wurde eine Informationsveranstaltung des serbischen Gesundheitsministeriums über die Erfolge und Grenzen der Gesundheitsreform in Serbien durchgeführt. Daneben organisierte das Sekretariat Informationsveranstaltungen zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), der Stimme des Bürgers in der Gesundheitspolitik und der Lage in der Region in Bezug auf durch Wasser bedingte Krankheiten und das Protokoll über Wasser und Gesundheit.

### **Vorschlag Griechenlands zur Einrichtung einer Außenstelle des Regionalbüros in Athen**

*(EUR/RC57/11)*

Der Delegierte Griechenlands stellte den Vorschlag vor. Seit Jahrzehnten sei Griechenland der Arbeit der WHO verpflichtet und mit der vorgeschlagenen Außenstelle verfolge man das Ziel, die fachliche Arbeit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten zu stärken und die Umsetzung der Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten zu fördern.

Die Delegierten begrüßten den Vorschlag zur Einrichtung einer Außenstelle in Athen und die damit verbundene Gelegenheit zur Stärkung der Kapazitäten. Es wurde vereinbart, dass der Regionaldirektor die Diskussionen über diesen Arbeitsbereich und die fachlichen, finanziellen und verwaltungstechnischen Einzelheiten eröffnen und den SCRC auf dem Laufenden halten und auf der 58. Tagung des Regionalkomitees gemäß den Bestimmungen aus Resolution EUR/RC54/R6 über die erzielten Fortschritte berichten solle. Das Sekretariat habe die Beratungen innerhalb des SCRC und während des Regionalkomitees zur Kenntnis genommen.

### **Öffentliche Gesundheit, Innovation und geistiges Eigentum** (EUR/RC57/Inf.Doc./1)

Der Stellvertretende Vorsitzende für die Europäische Region der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte (IGWG) begrüßte die Gelegenheit, das Wort an das Regionalkomitee richten zu können. Es gebe manchenorts die Auffassung, dass die Initiative für die Europäische Region geringeres Gewicht besäße als für andere Teile der Welt, doch durch die Aufnahme des Punktes in die Tagesordnung habe das Regionalkomitee ein klares Signal gegeben, dass dies nicht der Fall sei. Die Initiative müsse von Erwägungen für die öffentliche Gesundheit vorangetrieben werden; dabei sei eine sektorübergreifende Zusammenarbeit der Schlüssel zum Erfolg.

Durch Resolution WHA59.24 habe die Weltgesundheitsversammlung die Errichtung einer zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe beschlossen, die allen interessierten Mitgliedstaaten offen stehe und die eine globale Strategie und einen Aktionsplan entwerfen solle mit dem Ziel „eine erweiterte und nachhaltige Basis für eine bedarfsgerechte, grundlegende Forschung und Entwicklung zu schaffen gegen Krankheiten, die unverhältnismäßig stark die Entwicklungsländer betreffen ...“ Die abschließende Fassung von Strategie und Aktionsplan würden auf der 61. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2008 vorgelegt.

Mehrere Tagungen und Konsultationen hätten bisher stattgefunden, hierunter ein Konsultationstreffen mit Mitgliedstaaten der Region im August 2007, auf dem nützliche Anregungen für die Aufstellung deutlicher Prioritäten, die Schaffung einer handhabbaren Gruppe von Indikatoren und die Aufdeckung von Lücken in Forschung und Entwicklung gegeben wurden. Die Teilnehmer an dieser Tagung hätten auch darauf hingewiesen, dass einige Maßnahmen gezielt auf Entwicklungs- und Schwellenländer gerichtet werden müssten, während andere für alle gelten sollten. Sie hatten auch betont, dass diese Arbeit an andere Initiativen anknüpfen müsse, z. B. an das Projekt zu vorrangigen Medikamenten für Europa und die Welt. Er dankte den Mitgliedstaaten für ihr Interesse und ihre Unterstützung und forderte sie auf, sich weiter an der Debatte und den verschiedenen Treffen zu beteiligen, die der zweiten Tagung der IGWG vom 5. bis 10. November 2007 vorangingen.

Eine Delegierte, die im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie im Namen Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, dankte dem IGWG und dem Sekretariat für ihre Arbeit, die eine solide Grundlage für Verhandlungen auf der Tagung im November bildeten. Sie lobte insbesondere die Durchführung einer Bestandsaufnahme, die für die Bildung einer gemeinsamen Verständnisgrundlage aller Akteure nützlich sei. Die EU-Mitgliedstaaten und die Kommission spielten eine konstruktive Rolle in der IGWG, wie die Generaldirektorin dies auch in ihrer Rede vor dem Komitee anerkannt habe. Die EU richte sich nach den WHO-Prinzipien einer verbesserten Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit von Arzneimitteln für Bedürftige aus und bejahe das Ziel einer bedarfsgerechten, grundlegenden Forschung und Entwicklung gegen Krankheiten, die unverhältnismäßig stark die Entwicklungsländer betreffen. Sie erkannte an, dass im Vergleich zu früheren Entwürfen von globaler Strategie und Aktionsplan Fortschritte gemacht worden seien, glaube jedoch, dass weitere strukturelle Veränderungen erforderlich seien, insbesondere was die Zahl der Maßnahmen und Prozessindikatoren betreffe. Darüber hinaus solle auch auf die Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln, auf die MZ und auf frühere gesundheitspolitische Verpflichtungen auf internationaler Ebene expliziter Bezug genommen werden.



Weitere Delegierte machten Vorschläge zur Verbesserung der Entwürfe; sie betonten jedoch, dass die Mitgliedstaaten selbst sicherstellen sollten, dass der Prozess tatsächlich sektorübergreifend sei, indem sie andere Ministerien und Partner in ihn mit einbezögen, und auch dass die Strategie tatsächlich zu Maßnahmen führe. Es sei wichtig bestimmten Akteuren Aufgaben und Verantwortlichkeiten zuzuweisen. Sie wiederholten ihr Bekenntnis zu dem Prozess und äußerten die Hoffnung, dass die Europäische Region bei der IGWG-Tagung im November gut vertreten sein werde.

In seiner Erwiderung versicherte der Regionalbeauftragte für Arzneimittel und Gesundheitstechnologie dem Regionalkomitee, dass die Arbeit auch in Zukunft auf die vier „Zugangspfade“ der WHO ausgerichtet werde: rationeller Gebrauch von Arzneimitteln, bezahlbare Preise, nachhaltige Finanzierung und gestärkte Gesundheitssysteme und Arzneimittelversorgung. Er versicherte dem Komitee außerdem, dass die WHO weiterhin mit der Weltorganisation für geistiges Eigentum, der Welthandelsorganisation und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie weiteren internationalen Partner zusammenarbeiten werde.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission dankte der IGWG und dem WHO-Sekretariat und äußerte die Hoffnung, dass die Berichte und Dokumente auf der Website des Hauptbüros verfügbar gemacht würden. Das WHO-Sekretariat bestätigte, dass dies geschehen werde.

Die International Federation of Medical Students' Associations und die International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations gaben Erklärungen ab.

Einige Delegierte ergriffen die Gelegenheit und stellten klärende Fragen in Bezug auf die zwischenstaatliche Tagung zum Thema Überlassung von Viren. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme erläuterte darauf zunächst den Prozess, der zur Annahme von Resolution WHA60.28 geführt habe. Das Ziel der Resolution sei es gewesen, die Überlassung von klinischen Proben und Viren zur Bewertung des Pandemierisikos und zur Entwicklung von Impfstoffen zu sichern. Eine zwischenstaatliche Tagung werde im November 2007 einberufen, zu der alle Mitgliedstaaten eingeladen seien. Zur Vorbereitung auf diese Tagung werde das Regionalbüro sich mit den Mitgliedstaaten in Verbindung setzen, um die wichtigsten Themen hervorzuheben; Bedienstete des Büros würden an einer gemeinsamen Tagung mit der Europäischen Kommission und dem ECDC im September 2007 teilnehmen, deren Ergebnisse den Mitgliedstaaten offiziell mitgeteilt würden.

## Resolutionen

### EUR/RC57/R1

#### Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA57.19 und WHA58.17 zur internationalen Migration des Gesundheitspersonals als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, in denen die Mitgliedstaaten nachdrücklich aufgefordert und die WHO ersucht wurden, Strategien zur Begrenzung der negativen Folgen der Migration von Gesundheitspersonal auszuarbeiten und damit deren negative Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu minimieren; und auf die Resolutionen WHA59.23 zur schnellen Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitspersonal, in der die Mitgliedstaaten nachdrücklich aufgefordert und die WHO ersucht wurden, Maßnahmen zur verstärkten Ausbildung qualifizierten Gesundheitspersonals in den Ländern zu erleichtern, und WHA59.27 zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens, in der die Mitgliedstaaten und die WHO nachdrücklich aufgefordert und ersucht wurden, durch umfassende Programme hoch qualifizierte und motivierte Arbeitskräfte im Pflege- und Hebammenbereich auszubilden,

ferner unter Hinweis auf seine Resolutionen EUR/RC50/R5 und EUR/RC55/R8 zur Zusammenarbeit mit den Ländern und zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Region als Fortsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“, in der die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten wurden, der Qualität und den Fähigkeiten des Gesundheitspersonals angemessene Aufmerksamkeit zu sichern,

in der Erkenntnis, dass gut ausgebildete und geschulte Gesundheitsfachkräfte Leben retten, dass das Funktionieren der Gesundheitssysteme von der Verfügbarkeit, dem Einsatz und dem Qualifikationsmix der Arbeitskräfte abhängt und dass das Gesundheitswesen auf ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Motivation angewiesen ist,

in Anerkennung der entscheidenden Bedeutung der Humanressourcen für die Stärkung der Gesundheitssysteme, die Leitung und Erbringung von Gesundheitsdiensten und die Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Leistung,

in Anerkennung der Tatsache, dass das Personalangebot im Gesundheitswesen angemessen den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen sollte und dass die sozialen, demografischen, epidemiologischen und ökonomischen Umstände weiterhin eine Herausforderung für das Erreichen der Gesundheit für alle darstellen,

in Anerkennung der Diversität in der Zusammensetzung, Verteilung und Dynamik des Gesundheitspersonals innerhalb der wie auch unter den Ländern der Region sowie des Einflusses der Alterung sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch des Gesundheitspersonals und der technologischen Innovation und der umweltbedingten Änderungen auf das Gesundheitspersonal,

mit Besorgnis Kenntnis nehmend von den Ungleichgewichten in Bezug auf die geografische Verteilung und den Qualifikationsmix des Gesundheitspersonals sowie von der verstärkten Migration von Gesundheitsfachkräften in der Region,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC57/9 zu personalpolitischen Konzepten im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region –

1. UNTERSTÜTZT die in dem Bericht enthaltenen Empfehlungen,

2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) die Daten- und Wissensgrundlage über Gesundheitspersonal auf Ebene der Länder gegebenenfalls zu verbessern und auszuweiten, um die Informationssysteme zu stärken, Forschung zu fördern und Kapazitäten für die Analyse, Planung und Umsetzung von personalpolitischen Konzepten im Gesundheitsbereich zu schaffen,
  - b) personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich als Teil der Entwicklung des Gesundheitssystems zu erarbeiten, einzubetten und zu integrieren und die Verantwortung für die Entwicklung von auf die Bedürfnisse des Landes zugeschnittenen Personalplänen und -strategien zu übernehmen, u. a. durch eine innerhalb der Länder ausgewogene Verteilung des Gesundheitspersonals, und ihre Umsetzung sicherzustellen,
  - c) die maßgeblichen Trends bei der Migration von Gesundheitspersonal sowie deren Auswirkungen zu bewerten, um wirksame migrationsbezogene Grundsatzoptionen herauszustellen und umzusetzen, u. a. durch Abschluss von Vereinbarungen mit anderen Ländern zur Bewältigung der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften auf der Grundlage der Kriterien Transparenz, Ethik, Fairness und gegenseitiger Nutzen,
  - d) die Planung des Personalangebots im Gesundheitswesen gegebenenfalls auf die Verwirklichung von Gesundheit für alle auszurichten, als ersten Schritt in der primären Gesundheitsversorgung.
  
3. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) mit den Mitgliedstaaten zusammenzuarbeiten und sie in ihren Bemühungen um ein besseres Arbeitskräfteangebot im Gesundheitsbereich zu unterstützen,
  - b) auch weiterhin die Fähigkeit der Länder zur Entwicklung von Personalkonzepten und zur Einplanung und Führung von Arbeitskräften im Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene wie auch in der Europäischen Region der WHO insgesamt aufzubauen und zu unterstützen und die Harmonisierung der Daten über das Gesundheitspersonal und die Verwendung von standardisierten Indikatoren und Instrumenten zur Verbesserung ihrer Qualität und Vergleichbarkeit zu fördern,
  - c) in Bezug auf das Gesundheitspersonal eine Reihe von Schlüsselindikatoren zu entwickeln, die für die Beobachtung und Bewertung der aktuellen Lage und der Trends auf nationaler Ebene wie auch in der Europäischen Region der WHO genutzt werden können, und den Austausch von Wissen, Informationen, Erfahrungen und Erkenntnissen in Bezug auf eine wirksame Entwicklung von Personalkonzepten und Führung von Arbeitskräften im Gesundheitsbereich unter den Mitgliedstaaten und Partnern zu fördern,
  - d) Empfehlungen für die Einrichtung von Systemen, mit denen das Gesundheitspersonal zur Arbeit in abgelegenen und ländlichen Gebieten motiviert werden kann, sowie von Verfahren für die berufliche Weiterentwicklung zu erarbeiten,
  - e) der Beobachtung der Migration des Gesundheitspersonals und den Grundsatzmaßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene eine hohe Priorität einzuräumen, indem entsprechende Länderberichte fortlaufend analysiert werden und jährlich eine Zusammenfassung dieser Berichte für die Europäische Region veröffentlicht wird,
  - f) zur Entwicklung eines ethischen Leitfadens bzw. Rahmenkonzepts für die Anwerbung von ausländischen Gesundheitsfachkräften von innerhalb wie außerhalb der Europäischen Region beizutragen,
  - g) sicherzustellen, dass das Thema Gesundheitspersonal für das WHO-Regionalbüro für Europa im Kontext der Stärkung der Gesundheitssysteme eine Priorität bleibt, und zur Unterstützung der Länder bei der Personalentwicklung im Gesundheitsbereich in Übereinstimmung mit dem Mittelfristigen Strategieplan der WHO angemessene Mittel bereitzustellen,
  - h) weiterhin Netzwerke und Partnerschaften zu knüpfen und zu stärken, die zur Errichtung nachhaltiger Personalkonzepte im Gesundheitsbereich in der Region beitragen, und sich bei

nationalen Akteuren, Entwicklungspartnern, internationalen Organisationen, Gebern sowie allen maßgeblichen Programmen innerhalb der WHO tatkräftig für wirksamere Investitionen in die Entwicklung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitsbereich und in eine bessere Abstimmung der Ressourcen einzusetzen,

- i) das Thema personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich auf die Tagesordnung der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 zu setzen,
- j) dem Regionalkomitee auf seiner 59. Tagung im Jahr 2009 über die erzielten Fortschritte zu berichten.

## EUR/RC57/R2

### **Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis darauf, dass die Weltgesundheitsorganisation zur Ausarbeitung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) beigetragen und sich klar zu ihrer Erreichung bekannt hat, und konkreter, darauf dass der Weltgesundheitsbericht 2003 die grundlegenden Prinzipien der WHO-Arbeit zu den MZ hervorgehoben hat und dass das Bekenntnis der WHO zur Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen auf der 58. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 durch Annahme von Resolution WHA58.30 erneut bekräftigt wurde,

unter Hinweis darauf, dass das WHO-Regionalbüro für Europa eine spezifische Strategie für die MZ in der Europäischen Region der WHO gefördert hat<sup>1</sup> und dass für das Erreichen vieler MZ nachhaltige, sektorübergreifende und auf alle Gesundheitsdeterminanten abzielende Maßnahmen sowie die Einbeziehung aller Partner auf nationaler und internationaler Ebene erforderlich sind,

erfreut über die Erörterung der MZ auf der gegenwärtigen Tagung des Regionalkomitees, bei der Vertreter aus 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO die Fortschritte auf dem Weg zur Zielerfüllung in ihren Ländern bewertet und eine Bestandsaufnahme der bevorstehenden Herausforderungen vorgenommen und zugleich Erkenntnisse ausgetauscht und Strategien zur Förderung sektorübergreifender Maßnahmen vorgeschlagen haben,

in der Erkenntnis, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme von den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO als integraler Bestandteil der Länderarbeit des Regionalbüros aufgefasst wird,<sup>2</sup> und unter Begrüßung der besonderen Aufmerksamkeit für die Stärkung der Gesundheitssysteme als einem besonderen Ansatz zur Umsetzung der Programme, welche die Gesundheit von Müttern und Kindern in der Europäischen Region der WHO thematisieren,

in der Erkenntnis, dass unzureichende Kapazitäten der Gesundheitssysteme in vielen Ländern ein beträchtliches Hindernis für das Erreichen der gesundheitsbezogenen MZ in der Europäischen Region der WHO darstellen und dass eine bessere Abgleichung zwischen Gesundheitssystem-Agenda der WHO und ihren einzelnen Gesundheitsstrategien und Programmen für größere Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Stimmigkeit der WHO-Länderunterstützung nötig ist,

in der Erkenntnis, dass die Gesundheit von Müttern und Kindern insbesondere die Absenkung der Kindersterblichkeit (MZ4) und die Verbesserung der Gesundheit der Mütter (MZ5) betrifft und politische

<sup>1</sup> Dokument EUR/RC57/8.

<sup>2</sup> Vgl.: *Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (Dokument EUR/RC55/9 Rev.1).

Entschlossenheit auf allen Ebenen ebenso erfordert wie das Bewusstsein und die Beteiligung der Männer in ihren Rollen als Gatte, Vater und Vormund,

nach Prüfung der Initiative zur Ingangsetzung internationaler Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen, die das hochrangige Forum über die gesundheitsbezogenen MZ genannt hat, und die gemeinschaftlich von WHO und Weltbank vorangebracht und durch andere Organisationen und globale Gremien wie die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung und den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützt wird –

1. LOBT das Regionalbüro für seine Bemühungen, die Verwirklichung der MZ in der Region in Partnerschaft mit anderen Organisationen voranzutreiben,
2. BEKRÄFTIGT die Europäische Strategie zu den MZ als politische und strategische Orientierungshilfe für regionsweite Maßnahmen in diesem Bereich,
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) ihre Anstrengungen für die Verwirklichung der MZ im Einklang mit den Systemen und Konzepten jedes einzelnen Landes und seinen nationalen und subnationalen Bedürfnissen, Umständen, Zusammenhängen und Mitteln substanziell auszuweiten,
  - b) ihre Bemühungen um eine Verwirklichung der MZ in Form von nationalen Zielen und vordringlichen Maßnahmen mit der Stärkung der Gesundheitssysteme zu verknüpfen, insbesondere durch die Vernetzung vertikaler Programme und Modelle und eine Verstärkung der nationalen Meldesysteme,
  - c) die Fortschritte bei der Umsetzung vordringlicher Maßnahmen für alle gesellschaftlichen Gruppen zu beobachten und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Armen und Benachteiligten zu legen, geschlechtsrollenspezifische, ethnische und soziale Unterschiede zu berücksichtigen und geschlechtsrollenbedingte Ungleichheiten und soziale Ungerechtigkeiten im Bereich Gesundheit zu thematisieren,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor, weiterhin eine gute Einbettung der MZ in die Arbeit des Regionalbüros und ihre Weiterverfolgung gemäß den in der Europäischen Strategie skizzierten Maßnahmen sicherzustellen durch:
  - a) Förderung des politischen Engagements in den Mitgliedstaaten,
  - b) Eintreten für und Fördern von Maßnahmen auf internationaler Ebene in Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren, hierunter die Europäische Kommission, die Weltbank, der Europarat, Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatliche Organisationen,
  - c) Bereitstellung von fachlicher Unterstützung und Hilfe beim Kapazitätsaufbau für die Mitgliedstaaten,
  - d) Anregen der Erzeugung, Übertragung und Verbreitung von Wissen und Erfahrung sowie von neuartigen Politikansätzen unter den Ländern,
  - e) Stärkung des Informationssystems im Regionalbüro zur begleitenden Beobachtung der MZ und damit verbundener gesundheitlicher Trends,
5. ERSUCHT den Regionaldirektor, dem Regionalkomitee alle zwei Jahre über die hinsichtlich der MZ gemachten Fortschritte zu berichten.

**EUR/RC57/R3****Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees  
in den Jahren 2008–2011**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 56. Tagung angenommene Resolution EUR/RC56/R5 –

1. BESCHLIESST, dass die 58. Tagung vom 15. bis 18. September 2008 in Tiflis (Georgien) abgehalten wird,
2. BESCHLIESST, dass die 59. Tagung vom 14. bis 17. September 2009 in Kopenhagen abgehalten wird,
3. BESCHLIESST, dass die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Moskau (Russische Föderation) abgehalten wird,
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 61. Tagung vom 19. bis 22. September 2011 in Kopenhagen abgehalten wird.

**EUR/RC57/R4****Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur  
Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen  
Aktionsplan Nahrung und Ernährung**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten Resolutionen WHA53.15 (in der die Leitprinzipien für die Verbesserung der Lebensmittelsicherheit festgelegt werden), WHA55.25 (in der die Notwendigkeit der Verbesserung der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern erläutert wird) und WHA57.17 (in der die Notwendigkeit einer Reduzierung der durch Ernährung und Bewegungsmangel bedingten Krankheitslast hervorgehoben wird),

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC50/R8, in der es den ersten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung als einen Katalog von Grundprinzipien für die Arbeit der Mitgliedstaaten anerkennt, sowie seiner Resolutionen EUR/RC55/R6 zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und EUR/RC56/R2 zu nichtübertragbaren Krankheiten, in denen die Notwendigkeit integrierter Maßnahmen und klarer Leitlinien für den Umgang mit Risikofaktoren in sämtlichen Lebensphasen unterstrichen wird,

in Anbetracht der Tatsache, dass die Europäische Region der WHO aufgrund der rasanten Ausbreitung der Adipositasepidemie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen einerseits und der weiten Verbreitung chronischer Unterernährung infolge von Mikronährstoffmangel bei anfälligen Bevölkerungsgruppen sowie der akuten Unterernährung in von Ernährungsunsicherheit betroffenen Gebieten andererseits unter einer doppelten Belastung durch ernährungsbedingte Krankheiten zu leiden hat,

in der Erkenntnis, dass durch Lebensmittel übertragene Krankheiten die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region auf besorgniserregende Weise bedrohen und dass die Qualität und die Sicherheit von Lebensmitteln in Verbindung miteinander thematisiert werden müssen,

in der Erkenntnis, dass die durch Ernährung und mangelnde Lebensmittelsicherheit bedingte Krankheitslast durch eine Reihe von in den ersten Lebensjahren durchgeführten Präventionsmaßnahmen erheblich reduziert werden kann, die auf eine sichere, gesunde und nachhaltige Nahrungsmittelversorgung, auf Information und Aufklärung der Verbraucher und auf die maßgeblichen Gesundheitsdeterminanten sowie auf die Elemente Ernährung und Lebensmittelsicherheit im Gesundheitsbereich abzielen,

nach Prüfung der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas sowie der Dokumente EUR/RC57/6 (Entwicklung seit der Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas) und EUR/RC57/10 (Zweiter Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung 2007–2012),

in Anbetracht der Tatsache, dass in der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas ein Aktionsplan zur Entwicklung von Strategien und Handlungskonzepten in den Mitgliedstaaten gefordert wird –

1. BEGLÜCKWÜNSCHT das Regionalbüro für Europa zum Erfolg der in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission organisierten Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas vom 15.–17. November 2006 in Istanbul;
2. DANKT der Regierung der Türkei für die Ausrichtung und ausgezeichnete Vorbereitung der Konferenz;
3. UNTERSTÜTZT die auf der Ministerkonferenz verabschiedete Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas als politische Anleitung und strategische Orientierungshilfe für regionsweite Maßnahmen in diesem Bereich;
4. ERKENNT die positiven Trends AN, die durch den ersten Aktionsplan Nahrung und Ernährung der Europäischen Region der WHO (2000–2005) ausgelöst wurden;
5. NIMMT den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007–2012) AN,
6. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) eine umfassende, integrierte und sektorübergreifende Strategie zur Förderung des Stillens zu entwickeln und umzusetzen;
  - b) umfassende, integrierte und sektorübergreifende nahrungs- und ernährungspolitische Handlungskonzepte in Verbindung mit der breiter angelegten Strategie der Europäischen Region zur wirksamen Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten zu entwickeln, umzusetzen und zu verstärken;
  - c) die in der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas und in den darauf bezogenen Resolutionen der Leitungsgremien der WHO auf globaler und regionaler Ebene genannten Verpflichtungen nach Maßgabe der verfassungsrechtlichen Strukturen und der politischen Praxis jedes Landes sowie der nationalen und subnationalen Erfordernisse, Gegebenheiten und Ressourcenausstattung zu erfüllen;
  - d) nationale Ziele und vorrangige Maßnahmen festzulegen, die mit denen des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung vereinbar sind, und dabei durch Geschlecht, Ethnizität, Sozialstatus oder Kultur bedingte Unterschiede gebührend zu berücksichtigen, auf eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten hinarbeiten und alle Phasen des Lebens, besonders jedoch die ersten Lebensjahre, einzubeziehen;
  - e) die bei den vorrangigen Maßnahmen erzielten Fortschritte zu überprüfen;
7. FORDERT den Regionaldirektor AUF, das Nötige zu veranlassen, damit die Entwicklung von Handlungskonzepten in der Nahrungs- und Ernährungspolitik sowie das Thema Bewegung effektiv in die Arbeit des Regionalbüros, insbesondere im Bereich der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer

Krankheiten, eingebunden werden und die einzelnen Konzepte im Einklang mit den im zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung genannten Maßnahmen umgesetzt werden:

- a) Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Mobilisierung der Politik in den Mitgliedstaaten;
  - b) Eintreten für Maßnahmen auf internationaler Ebene und Förderung solcher Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, dem Europarat, Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Organisationen sowie in offenem Dialog mit allen maßgeblichen Akteuren;
  - c) fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung einer Nahrungs- und Ernährungspolitik, bei der Politikanalyse und beim Aufbau von Kapazitäten sowie der Entwicklung einschlägiger Politikinstrumente;
  - d) Schaffung von Anreizen für die Erzeugung, Übertragung und Verbreitung von Wissen und Erfahrung unter den Ländern;
  - e) Förderung der Entwicklung neuartiger Politikansätze;
  - f) Ausnutzung bestehender Datenbanken und, falls erforderlich, Entwicklung eines europäischen Informationssystems zur Beobachtung der Ernährungssituation aus gesundheitspolitischer Sicht und zur Bewertung der sich daraus ergebenden gesundheitlichen Trends in Verbindung mit dem umfassenden Mechanismus zur Beobachtung der durch nichtübertragbare Krankheiten verursachten Morbidität;
8. FORDERT den Regionaldirektor AUF, dem Regionalkomitee über Fortschritte bei der Umsetzung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung zu berichten und diesen Bericht mit den im Rahmen der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas vorgesehenen Dreijahresberichten abzustimmen.

## EUR/RC57/R5

### **Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC57/4 und EUR/RC57/4 Add.1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit,
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 57. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 57. Tagung vereinbarten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.



*Anhang 1***Tagesordnung**

- 1. Eröffnung der Tagung**

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

Annahme der Tagesordnung und des Programms
- 2. Ansprache der Generaldirektorin**
- 3. Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit des Regionalbüros**
- 4. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**
- 5. Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)**
- 6. Grundsatz- und Fachfragen**
  - a) Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region
  - b) Zweiter Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung
  - c) Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse
- 7. Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa**
  - Weiterverfolgung der Ergebnisse der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas
  - Durchführung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme
  - Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten
  - Aktuelles zum Thema Gesundheitssicherheit
  - Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit
- 8. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen:**
  - a) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
  - b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
  - c) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten
  - d) Wahl von fünf Mitgliedern für den Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit
- 9. Austragungsort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2008, 2009, 2010 und 2011**
- 10. Sonstige Angelegenheiten**
  - a) Vorschlag Griechenlands zur Einrichtung einer Außenstelle des Regionalbüros in Athen
  - b) Öffentliche Gesundheit, Innovation und geistiges Eigentum
- 11. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

**Fachsitzungen**

Vom serbischen Gesundheitsministerium veranstaltet:

- Erfolge und Grenzen der Gesundheitsreform in Serbien

Vom Sekretariat veranstaltet:

- Internationale Gesundheitsvorschriften
- Die Stimme der Bürger in der Gesundheitspolitik
- Situation in der Region in Bezug auf wasserbedingte Krankheiten und das Protokoll über Wasser und Gesundheit

*Anhang 2***Liste der Arbeitspapiere****Arbeitspapiere**

EUR/RC57/1 Rev.1	Liste der Arbeitspapiere
EUR/RC57/2 Rev.2	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC57/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC57/4	Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC57/4 Add.1	Vierzehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees Bericht über die sechste Tagung
EUR/RC57/5	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC57/6	Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC57/7 + Corr.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC57/8	Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse
EUR/RC57/9	Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region
EUR/RC57/10	Zweiter Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012 (Entwurf)
EUR/RC57/11	Vorschlag zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Athen, Griechenland

**Konferenzdokumente**

EUR/RC57/Conf.Doc./1	Bericht des Vierzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC57/Conf.Doc./2 Rev.1	Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse
EUR/RC57/Conf.Doc./3 Rev.1	Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region
EUR/RC57/Conf.Doc./4	Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung
EUR/RC57/Conf.Doc./5	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2008–2011

**Informationsdokument**

EUR/RC57/Inf.Doc./1	Öffentliche Gesundheit, Innovation und geistiges Eigentum
---------------------	---



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

Dr. Nard Ndoka  
Gesundheitsminister

Frau Zhaneta Tomcini  
Pressesprecherin, Gesundheitsministerium

**Andorra***Repräsentantinnen*

Frau Montserrat Gil Torné  
Ministerin für Gesundheit, Wohlfahrt, Familie und Wohnungsbau

Frau Carme Pallarès Papaseit  
Leiterin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt, Familie und Wohnungsbau

*Stellvertreter*

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

**Armenien***Repräsentanten*

Dr. Harutyun Kushkyan  
Gesundheitsminister

Dr. Tatul Hakobyan  
Stellvertretender Gesundheitsminister

*Stellvertreter*

Dr. Anahit Hovhannisyan  
Chefsachverständiger für die Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen im Gesundheitsministerium

## Aserbaidtschan

### *Repräsentanten*

Prof. Ogtay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

Dr. Samir Abdullayev  
Leiter, Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Herr Orkhan Huseynzade  
Assistent des Ministers

## Belgien

### *Repräsentanten*

Dr. Dirk Cuypers  
Président du Comité de direction, service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Frau Leen Meulenbergs  
Conseiller aux relations internationales, service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

### *Stellvertreterin*

Frau Marleen Van Dijk  
Stellvertretende Direktorin, Flämische Agentur für Gesundheitsversorgung

## Bosnien-Herzegowina

### *Repräsentant*

Herr Sredoje Nović  
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

### *Stellvertreter*

Dr. Safet Omerović  
Bundesminister für Gesundheit

Dr. Goran Cerkez  
Stellvertretender Bundesminister für Gesundheit

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

Dr. Draženka Malićbegović  
Ministerin für Verwaltungsangelegenheiten

### *Berater*

Frau Jasmina Čosić  
Leiterin des Büros des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Dr. Jasminka Vučković  
Leitende Assistentin, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Slavko Nikić  
Department for Health and Other Services, Brcko District  
Amt für Gesundheitsversorgung und andere Dienste, District Brcko

## **Bulgarien**

### *Repräsentanten*

Dr. Valeri Tzekov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

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

### *Stellvertreter*

Herr Nikolay Marin  
Leiter, Abteilung internationale humanitäre Organisationen, Direktorat für Menschenrechte und internationale humanitäre Organisationen, Außenministerium

### *Beraterin*

Frau Kamelia Petrova  
Sachverständige, Direktorat für Menschenrechte und internationale humanitäre Organisationen, Außenministerium

## **Dänemark**

### *Repräsentant*

Herr Jesper Fisker  
Generaldirektor, Dänisches Gesundheitsamt

### *Stellvertreter*

Herr Mogens Jørgensen  
Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Inneres und Gesundheit

### *Beraterinnen*

Frau Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Frau Helle Engslund Krarup  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Dr. Else Smith  
Leiterin, Zentrum für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Dänisches Gesundheitsamt

## Deutschland

### *Repräsentant*

Herr Udo Scholten  
Leiter, Unterabteilung Z 3, Europäische und Internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium  
für Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Frau Dagmar Reitenbach  
Sektionsleiterin, Bundesministerium für Gesundheit

### *Berater*

Herr Gunnar Berkemeier  
Attaché, Politische Fragen, Ständige Vertretung Deutschlands bei dem Büro der Vereinten  
Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien

### *Repräsentant*

Herr Vladimir Lazarevik  
Stellvertretender Gesundheitsminister

### *Stellvertreterin*

Frau Snezana Cicevalieva  
Leiterin, Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## Estland

### *Repräsentantinnen*

Frau Maret Maripuu  
Ministerin für Soziales

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

### *Stellvertreterin*

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

### *Beraterinnen*

Frau Helen Trelin  
Beraterin, Abteilung für Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales

Frau Kristel Sarapuu  
Beraterin der Ministerin für Soziales

### *Sekretärin*

Frau Gladys-Margit Vellamaa  
Assistentin des Stellvertretenden Generalsekretärs, Ministerium für Soziales



## **Finnland**

### *Repräsentanten*

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

Prof. Pekka Puska  
Generaldirektor, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

### *Stellvertreter*

Frau Liisa Ollila  
Leiterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Marja-Liisa Partanen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Taru Koivisto  
Politischer Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

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

Frau Sirpa Sarlio-Lähteenkorva  
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Juhani Eskola  
Stellvertretender Generaldirektor, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

Dr. Ilmo Keskimäki  
Abteilungsleiter, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit

Frau Kerttu Pertilä  
Abteilungsleiterin, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit

Frau Salla Sammalkivi  
Beraterin, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## **Frankreich**

### *Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Jean-François Terral  
Ambassadeur de France en Serbie

### *Alternates*

Frau Emmanuelle Jean  
Chef de la Mission Affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Frau Isabelle Virem  
Mission Affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Frau Géraldine Bonnin  
Délégation aux affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Frau Corina Coman  
Conseillère de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France en Serbie

Herr Benoît Schneider  
Conseiller adjoint de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France en Serbie

Frau Candice Boudet  
Direction des Nations Unies et des organisations internationales, ministère des Affaires étrangères

## **Georgien**

### *Repräsentanten*

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

Frau Nino Esakia  
Leiterin, Büro für die Koordinierung von Reformen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## **Griechenland**

### *Repräsentanten*

Dr. Anastasia Pantazopoulou  
Direktorin für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dr. Theodoros Papadimitriou  
Direktor, Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

### *Stellvertreterinnen*

Dr. Despina Andrioti  
Referatsleiterin, Direktion für internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

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

### *Berater*

Dr. Meropi Violaki  
Ehrengeneraldirektorin für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Prof. Dimitrios Loukopoulos  
Emeritierter Professor für Medizin, Universität Athen

*Stellvertreter*

Dr. Arpad Meszaros  
Rechtsberater, Gesundheitsministerium

**Irland***Repräsentanten*

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

Frau Frances Fletcher  
Assistant Principal Officer, Department of Health and Children

*Stellvertreterin*

Frau Sandra Dunne  
Assistant Principal Officer, Department of Health and Children

**Island***Repräsentanten*

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

Herr Ingimar Einarsson  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

*Stellvertreter*

Dr. Matthias Halldorsson  
Ärztlicher Direktor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Dr. Sveinn Magnusson  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Frau Vilborg Ingolfsdottir  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

**Israel***Repräsentanten*

Prof. Avi Israeli  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

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

*Stellvertreter*

Dr. Yitzhak Sever  
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Italien

### *Repräsentanten*

Dr. Donato Greco  
Generaldirektor, Abteilung für Krankheitsprävention und Kommunikation, Gesundheitsministerium

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Kasachstan

### *Repräsentant*

Prof. Alexander V. Nersessov  
Direktor, Abteilung für strategische Entwicklung und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## Kirgisistan

### *Repräsentantin*

Dr. Ainura Ibraimova  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

## Kroatien

### *Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Tonči Staničić  
Botschafter, Botschaft der Republik Kroatien in Serbien

### *Stellvertreterin*

Frau Inga Depolo-Bučan  
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

## Lettland

### *Repräsentanten*

Herr Rinalds Muciņš  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Frau Līga Šerna  
Stellvertretende Direktorin, Abteilung für Rechtsfragen und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### *Berater*

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

## Litauen

### *Repräsentanten*

Dr. Rimvydas Turčinskas  
Gesundheitsminister

Herr Viktoras Meižis  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

### *Beraterin*

Frau Rasa Eilunavičienė  
Pressereferentin, Gesundheitsministerium

## Luxemburg

### *Repräsentantinnen*

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Directeur de la santé, Direction de la santé

Frau Aline Schleder-Leuck  
Conseiller de première classe à la Direction, ministère de la Santé

## Malta

### *Repräsentant*

Dr. Ray Busuttil  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### *Stellvertreterin*

Dr. Karen Vincenti  
Beraterin, Medizinische Fragen der öffentlichen Gesundheit, Büro des Generaldirektors, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### *Berater*

Herr Joseph M. Stafrace  
Stellvertretender Direktor, Büro des Generaldirektors für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

## Monaco

### *Repräsentantinnen*

Dr. Anne Nègre  
Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen

Frau Carole Lanteri  
Stellvertretender Ständige Vertreterin, Ständige Vertretung Monacos bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## Montenegro

### *Repräsentanten*

Dr. Miodrag Radunović  
Minister für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

Frau Danica Mašanović  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

### *Berater*

Frau Lorena Vlahović  
Presseberaterin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

Herr Igor Građević  
Ministerieller Berater, Botschaft Montenegros in Serbien

## Niederlande

### *Repräsentant*

Herr Hans de Goeij  
Generaldirektor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

### *Stellvertreterin*

Frau Annemiek van Bolhuis  
Director, Department of Nutrition, Health Protection and Prevention, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

### *Berater*

Frau Lenie Kootstra  
Leiterin, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frau Gerda Vrieling  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung des Königreichs der Niederlande beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Herr Bart Wijnberg  
Leitender Politischer Berater, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frau Radna Gobind  
Politische Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

## Norwegen

### *Repräsentanten*

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

Frau Toril Roscher-Nielsen  
Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

*Stellvertreter*

Frau Sissel Lyberg Beckmann  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Herr Øyvind Brandt  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Frau Tone Wroldsen  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Frau Arnhild Haga Rimestad  
Stellvertretende Generaldirektorin, Abteilung Ernährung, Direktion für Gesundheit und Soziales

Herr Otto Christian Rø  
Stellvertretender Generaldirektor, Direktion für Gesundheit und Soziales

Herr Arne-Petter Sanne  
Projektleiter, Direktion für Gesundheit und Soziales

Frau Sissel Hodne Steen  
Beraterin, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

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

## **Österreich**

*Repräsentanten*

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

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

## **Polen**

*Repräsentanten*

Dr. Jaroslaw Pinkas  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Prof. Miroslaw Wysocki  
Leiter, Nationales Hygieneinstitut

*Stellvertreter*

Dr. Iwona Traczyk  
Wissenschaftlicher Direktor, Nationales Institut für Nahrung und Ernährung

Frau Mariola Mitchell  
Leiterin, Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Herr Wojciech Nowak  
Leitender Sachverständiger, Abteilung Arzneimittel- und Pharmaziepolitik, Gesundheitsministerium

**Portugal***Repräsentanten*

Dr. Francisco George  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Prof. Maria Céu Machado  
Hochkommissarin für Gesundheitsfragen

*Stellvertreter*

Prof. José Pereira Miguel  
Leiter, Staatliches Gesundheitsinstitut

Frau Filomena Parra  
Stellvertretende Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. João Breda  
Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium

*Berater*

Frau Marta Abrantes  
Sachverständige, Gesundheitsministerium

Herr Paulo Nicola  
Sachverständiger, Gesundheitsministerium

**Republik Moldau***Repräsentanten*

Dr. Ion Ababii  
Gesundheitsminister

Frau Rodica Gramma  
Leiterin, Büro des Ministers, Gesundheitsministerium



## Rumänien

### *Repräsentanten*

Herr Eugen Nicolăescu  
Gesundheitsminister

Dr. Mihai Laurentiu  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Adrian Pană  
Berater des Ministers, Gesundheitsministerium

## Russische Föderation

### *Repräsentant*

Prof. Vladimir I. Starodubov  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Soziale Entwicklung

### *Stellvertreter*

Dr. Oleg P. Chestnov  
Stellvertretender Direktor, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Dr. Yuliya V. Mikhaylova  
Leiterin, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsmanagement- und -informationssysteme,  
Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

### *Berater*

Dr. Vladimir Y. Maksimov  
Chefarzt, Ophthalmologisches Krankenhaus, Bezirk Saratovskaya

Herr Igor A. Astakhov  
Leiter, Rechtsabteilung, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Herr Nikita N. Sikachev  
Leitender Berater, Abteilung Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Ange-  
legenheiten

Dr. Anatoly V. Pavlov  
Berater, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei dem Büro der Vereinten Nationen und  
bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Frau Galina G. Chistyakova  
Stellvertretende Leiterin, Direktion Überwachung von Verkehr und Gesundheitsversorgung,  
Bundesamt für Verbraucherschutz und Wohlfahrt

Herr Mark S. Tseshkovsky  
Leitender Forscher, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsmanagement- und -  
informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

*Sekretärin*

Frau Nadezhda A. Kuleshova  
Chefsachverständige, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

**San Marino***Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Dario Galassi  
Botschafter, Ständige Vertretung San Marinos bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

**Schweden***Repräsentanten*

Prof. Kjell Asplund  
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Frau Anna Halén  
Stellvertretende Direktorin, Internationale Angelegenheiten und Europäische Union, Ministerium für Gesundheit und Soziales

*Stellvertreter*

Frau Sandra Hedberg  
Referent, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Herr Bosse Pettersson  
Stellvertretender Generaldirektor, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Frau Maria Möllergren  
Rechtsberaterin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Frau Ingvor Bjugård  
Programmleiterin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

**Schweiz***Repräsentanten*

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

Herr Franz Wyss  
Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

*Stellvertreter*

Herr Alexandre von Kessel  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

*Beraterin*

Frau Beatrice Schaer Bourbeau  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung des Königreichs der Niederlande beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

**Serbien***Repräsentant*

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister

*Stellvertreter*

Dr. Nevena Karanović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Dr. Tomislav Stantić  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Prof. Snežana Simić  
Persönliche Beraterin des Ministers

Dr. Ivana Mišić  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Organisation von Gesundheitsdiensten

Dr. Elizabet Paunović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Internationale Beziehungen

Prof. Goran Ilić  
Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsversorgungsprogramme

Frau Zorica Pavlović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Krankenversicherung

Dr. Svetlana Mijatović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Sanitärinspektion und öffentliche Gesundheit

Frau Ružica Nikolić  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Arzneimittel

Frau Svetlana Vukajlović  
Leiterin, Krankenversicherungsfonds

**Slowakei***Repräsentanten*

Dr. Ivan Valentovič  
Gesundheitsminister

Herr Ján Pšenica  
Stellvertretender Leiter, Botschaft der Slowakischen Republik in Serbien

*Stellvertreter*

Dr. Ivan Rovný  
Leiter der Gesundheitsbehörde

Dr. Klára Frecerová  
Generaldirektorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Beraterinnen*

Frau Silvia Balázsiková  
Leiterin, Abteilung Kommunikation, Gesundheitsministerium

Frau Dana Farkašová  
Stellvertretende Rektorin und Dekanin der Fakultät für Krankenpflege und andere Gesundheitsberufe, Slowakische Medizinische Universität

Dr. Šárka Kováčsová  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsbehörde

*Sekretärinnen*

Dr. Jaroslava Hurná  
Direktorin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Frau Elena Jablonická  
Leitende Beraterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Slowenien***Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Miroslav Luci  
Botschafter, Botschaft der Republik Slowenien in Serbien

*Stellvertreter*

Dr. Marija Seljak  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

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

Frau Zvezdana Veber-Hartman  
Leiterin, Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Herr Boštjan Jerman  
Ständige Vertretung der Republik Slowenien bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

*Berater*

Dr. Božidar Voljč  
Ehemaliger Direktor, Nationales Bluttransfusionszentrum

Frau Gabrijela Korže  
Ständige Vertretung der Republik Slowenien bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Dr. Ada Hočvar Grom  
Amtierende Direktorin, Institut für öffentliche Gesundheit

Frau Nina Krtelj  
Beraterin, Gesundheitsministerium

## Spanien

### *Repräsentanten*

Dr. Bernat Soria Escoms  
Minister für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Seine Exzellenz Herr José Riera Siquier  
Botschafter Spaniens in Serbien

### *Stellvertreter*

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

Herr Enrique Cruz Giráldez  
Leiter des Ministerbüros, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Javier Rubio Rodríguez  
Generaldirektor, Humanressourcen und Haushaltsfragen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Herr José Pérez Lázaro  
Stellvertretender Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Herr Gabriel Cremades Ventura  
Berater, Botschaft Spaniens in Serbien

Herr Juan C. Martínez Martínez  
Leiter, Abteilung Kommunikation, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Herr Pablo Rupérez Pascualena  
Berater, Botschaft Spaniens in Serbien

Frau Carmen Castañón  
Stellvertretende Generaldirektorin, Humanressourcen und Haushaltsfragen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Herr Juan M. Ballesteros Arribas  
Persönlicher Berater, spanische Agentur für die Kontrolle von verarbeiteten Lebensmitteln, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Berater*

Frau Teresa Perea Bilbao  
Leiterin, Presseabteilung, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Herr Oscar Gonzáles Gutiérrez-Solana  
Fachberater, Exekutivrat für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Sekretäre*

Frau Ana Bachiller Gonzalez  
Fachberaterin, Botschaft Spaniens in Serbien

Frau Marja Minic  
Fachberaterin, Botschaft Spaniens in Serbien

Herr Juan A. del Barrio Fernández  
Fachassistent, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

**Tadschikistan***Repräsentant*

Dr. Ranokhon F. Abdurahmonova  
Gesundheitsministerin

*Stellvertreter*

Herr Salokhodin R. Mirolijev  
Leiter, Abteilung Reformen und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

**Tschechische Republik***Repräsentantin*

Frau Jana Katarina Šindelková  
Stellvertretende Leiterin, Botschaft der Tschechischen Republik in Serbien

*Stellvertreter*

Herr Ivo Hartmann  
Generaldirektor, Abteilung für ökonomische und internationale Angelegenheiten

Frau Lenka Balážová  
Leitende Beamtin, Abteilung für internationale Angelegenheiten und Europäische Union, Gesundheitsministerium

Frau Dana Beladová  
Untergeordnete Beamtin, Abteilung für internationale Angelegenheiten und Europäische Union, Gesundheitsministerium

## Türkei

### *Repräsentanten*

Prof. Recep Akdağ  
Gesundheitsminister

Prof. Sabahattin Aydın  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Prof. Nihat Tosun  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Rifat Köse  
Generaldirektor, Mutter-und-Kind-Gesundheit und Familienplanung, Gesundheitsministerium

Herr Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Fehmi Aydınli  
Stellvertretender Generaldirektor, Primärversorgung, Gesundheitsministerium

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

Herr Ahmet Faik Davaz  
Botschaftsrätin, Botschaft der Türkischen Republik in Serbien

### *Berater*

Dr. Ali Kemal Çaylan  
Sachverständiger, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsministerium

Dr. Zekiye Çipil  
Sachverständige, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsministerium

### *Sekretär*

Herr Mustafa Aydın  
Gesundheitsministerium

## Turkmenistan

### *Repräsentant*

Dr. Annamurad Orazov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

## Ukraine

### *Repräsentant*

Dr. Alexander Orda  
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister

*Stellvertreterin*

Frau Irina Fedenko  
Chefsachverständige, Abteilung für europäische Integration und internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

**Ungarn***Repräsentanten*

Dr. Katalin Rapi  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

Dr. Mihály Kökény  
Vorsitzender, Gesundheitsausschuss, ungarisches Parlament

**Usbekistan***Repräsentant*

Prof. Bakhtiyar I. Niyazmatov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

*Stellvertreter*

Dr. Abdunomon E. Siddikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland***Repräsentant*

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

*Stellvertreter*

Herr Will Niblett  
Global Affairs Team Leader, Department of Health

*Beraterin*

Frau Lorna Demming  
Global Business Manager, Department of Health

**Weißrussland***Repräsentant*

Dr. Vasiliy I. Zharko  
Gesundheitsminister

*Berater*

Herr Edouard N. Glazkov  
Leiter, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium



Herr Vladimir N. Kurenkov  
Attaché, Botschaft Weißrussland in Serbien

## **Zypern**

### *Repräsentanten*

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

Dr. Ageliki Tapakoudi  
Leiter, Pflegedienste, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Christodoulos Kasis  
Leitender Medizinalbeamter, Öffentliche Gesundheitsdienste, Gesundheitsministerium

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

### *Kanada*

Herr Donald R. MacPhee  
Leitender Berater, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten und internationaler Handel in Kanada

Herr Robert Shearer  
Botschaftsrat, Gesundheit und Soziales, Kanadische Vertretung bei der Europäischen Union

Frau Natasha Parriag  
Direktion für Internationale Angelegenheiten, Gesundheit Kanada

## **III. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten**

### *Heiliger Stuhl*

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

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

### *Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen*

Herr Robert Thomson  
Klinischer Psychologe und Berater, technisches Länderteam

### *Büro der Vereinten Nationen in Belgrad*

Herr Jens Simon Modvig  
Büroleiter

### *Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen*

Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar  
Stellvertretende Regionaldirektorin, UNICEF-Regionalbüro für MOE, GUS und Baltikum

Herr Oliver Petrovic  
ECD Project Health Officer, UNICEF Belgrad

*Weltbank*

Dr. Armin H. Fidler  
Sektionsleiter Gesundheit, Referat Menschliche Entwicklung, Region Europa und Zentralasien

Frau Ana Djordjevic  
Beauftragte, Menschliche Entwicklungsprojekte

## **V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen**

*Europäische Kommission*

Dr. Matti Rajala  
Ministerieller Berater, Delegation der Europäischen Kommission in Genf

Frau Nicola Robinson  
Beauftragte für Grundsatzfragen/gesetzliche fragen, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz

Herr Andrzej Rys  
Leiter, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Dr. Ceri Thompson  
Beauftragte für Grundsatzfragen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

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

Frau Zsuzsanna Jakab  
Direktorin

Herr Alain Lefebvre  
Länderbeziehungen und -koordinierung

*Europarat*

Herr Alexander Vladychenko  
Generaldirektor der Abteilung Soziale Kohäsion

Herr Piotr Mierzewski  
Leiter, Gesundheitsabteilung

*Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*

Herr Peter Scherer  
Leiter, Gesundheitsabteilung

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

*Alzheimer's Disease International*

Herr Marc Wortmann

*Consumers International*

Frau Sue Davies

*International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders*

Prof. Paolo Vitti

*Internationale Föderation für Familienplanung*

Frau Irene Donadio

*Internationale Gesellschaft für Hämatologie*

Dr. Milica Colovic

*Internationaler Rat für Hämatologienormen*

Dr. Milica Colovic

*Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Herr Brendan Barnes  
Herr Fran Franco  
Frau Pamela Graves-Moore  
Herr Jos Nieveen  
Herr Mario Ottiglio

*Internationale Union der Ernährungswissenschaften*

Prof. Petica Ruzic

*Internationale Vereinigung zur Krebsbekämpfung*

Dr. Ana Jovicevic Bekic

*International Federation of Gynecology and Obstetrics*

Dr. Paja Momcilov

*Weltärztebund*

Herr Peter Chang  
Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Frau Radmila Nesic

*Weltbund der Vereinigungen öffentlicher Gesundheitsdienste*

Dr. Ulrich Laaser

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Herr Nenad Djermanov  
Frau Jessica Ehne  
Frau Marija Ljubicic  
Dr. Danijela Zivic

*Weltherzverband*

Frau Danielle Grizeau-Clemens  
Frau Lauriane Zonco

*Weltverband für Hämophilie*

Frau Catherine Hudon  
Herr Brian O'Mahony

*Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik, Europäische Region*

Herr Aleksandar Nikolic  
Dr. Emma K. Stokes

*World Conservation Union*

Dr. Jörg Lohmann

**VII. Beobachter***BUKO Pharma-Kampagne*

Dr. Christian Wagner

*Confederation of the Food and Drink Industries of the European Union*

Herr Jean Martin  
Frau Sabine Nafziger  
Herr Pawel Szatkowski

*Die Europäischen Brauer*

Herr Simon Bryceson

*Europäische Agentur für Wiederaufbau*

Dr. Matthias Reinicke

*Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Herr Paul De Raeve

*Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO*

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

*Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände*

Frau Marian van Huis

*Global Health Workforce Alliance*

Herr Eric de Roodenbeke

*Verbund Regionen für Gesundheit*

Dr. Helmut Brand

*Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliches Gesundheitswesen in Europa*

Prof. Anders Foldspang

*Anhang 4***Ansprache des Regionaldirektors der Europäischen Region der WHO****Einführung**

Herr Präsident, meine Damen und Herren Minister, sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa,

gestatten Sie mir, bei diesem achten Bericht seit meinem Amtsantritt als Regionaldirektor etwas von der Art und Weise abzuweichen, in der ich die vorhergehenden sieben vorgetragen habe. Denn ich möchte diesmal ausnahmsweise zuerst von der Arbeit des Sekretariats berichten, was ich sonst immer am Schluss tue. Doch in diesem Jahr war das Geschehen innerhalb der Organisation durch eine Vielzahl wichtiger Ereignisse gekennzeichnet, die ich deshalb meinen weiteren Ausführungen vorausschicken möchte. Diese Ereignisse hatten und haben noch weiterhin erhebliche Auswirkungen auf die Arbeit der WHO im Dienste ihrer Mitgliedstaaten.

Seit unserer letzten Tagung hat die Weltgesundheitsversammlung mit Frau Dr. Margaret Chan eine neue Generaldirektorin ernannt. Sie hat ihr Amt im Januar 2007 angetreten. Seitdem haben ihre Zukunftsvision und ihre ersten Handlungen im Amt zu einer Veränderung der Aufgabenverteilung innerhalb der Organisation zwischen den Regionen und dem Hauptbüro geführt. Schon seit langem wünschen sich die Mitgliedstaaten wie auch die Regionalbüros eine bessere Abstimmung zwischen den verschiedenen Ebenen der Organisation und ein neues Gleichgewicht bei der Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten. Im Laufe der vergangenen zwölf Monate ist mit Unterstützung der neuen Generaldirektorin eine ausgeprägte Bewegung von unten nach oben sowie gleichzeitig von oben nach unten entstanden. Die Regionalbüros und das Hauptbüro haben zusammen an den wichtigen Sachfragen gearbeitet: Internationale Gesundheitsvorschriften, geistiges Eigentum, Migration von Gesundheitsfachkräften, Stärkung der Gesundheitssysteme und Beziehungen mit den maßgeblichen Partnern der Organisation wie OECD, Europäische Union und EU-Kommission. Eines der besonders wichtigen Themen, das die gesamte Organisation unter der Führung der Generaldirektorin im vergangenen Jahr beschäftigt hat, war die Reform des Systems der Vereinten Nationen.

Frau Dr. Chan wird morgen in ihrer Ansprache näher auf diese Thematik eingehen. Ich meinerseits kann schon an dieser Stelle versichern, dass die Zusammenarbeit, wie wir sie im vergangenen Jahr gesehen haben, zur Stärkung der internen wie auch externen Verbindungen der Organisation beigetragen hat. Sie hat sich in hohem Maße belebend auf die Arbeit des Regionalbüros für Europa ausgewirkt, das sich eine solche Kooperation schon seit vielen Jahren wünscht.

Diese weltweit aktuellen Themen und ihre Bedeutung für die Region werden uns während der gesamten Tagung beschäftigen. Die wichtigsten Sitzungen betreffen die Themen Gesundheitspersonal und Stärkung der Gesundheitssysteme, insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern im Einklang mit den Millenniums-Entwicklungszielen. Ein anderes weltweit aktuelles Thema, das auch für die Europäische Region von erheblicher Bedeutung ist, war die Nahrungs- und Ernährungspolitik mit den Ergebnissen der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas im November 2006 in Istanbul.

In meinem Bericht habe ich die meisten der in dem letztjährigen Arbeitspapier zur Zukunft des Regionalbüros enthaltenen Elemente wieder aufgegriffen. Somit handelt es sich hier in gewisser Weise um eine erste Bilanz der Umsetzung dieses Programms, das im Jahr 2020 ausläuft.

## **Die Situation auf dem Balkan: Frieden, Menschenrechte und öffentliche Gesundheit**

Da das Regionalkomitee in diesem Jahr mit Belgrad seinen Tagungsort erstmals im Herzen Südosteuropas gewählt hat, das noch vor nicht allzu langer Zeit Schauplatz blutiger Konflikte war, möchte ich – wie schon auf früheren Tagungen des Regionalkomitees – auch hier wieder auf das Programm hinweisen, das den Namen „Stabilitätspakt für Südosteuropa“ trägt.

Dieses vor sechs Jahren in Dubrovnik angestoßene Programm hat auch im vergangenen Jahr zahlreiche Entwicklungen durchlaufen. Ursprünglich aus einer gemeinsamen Initiative des Europarates und des WHO-Regionalbüros für Europa hervorgegangen, bildet das Programm seit 2001 ein Forum für die Zusammenarbeit von Ländern, die gerade erst ein Jahrzehnt blutiger Konflikte hinter sich gelassen hatten: Albanien, Bosnien-Herzegowina, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien und Serbien. Diesem Pakt schlossen sich ihre Nachbarländer Bulgarien und Rumänien ebenso an wie später die Republik Moldau und vor kurzem Montenegro.

Die zugrunde liegende Idee war einfach; teilweise wurde sie sogar als zu stark vereinfachend empfunden. Ausgangspunkt war die Hypothese, dass durch gemeinsame gesundheitspolitische Programme die Zusammenarbeit zwischen den Ländern gefördert und so ein Beitrag zu ihrer Versöhnung geleistet würde. Es war in der Tat eine einfache Idee, die im Einklang mit den Werten der Vereinten Nationen stand und bei der die fachliche Kompetenz der WHO sowie ihre Unabhängigkeit in den Dienst der Länder gestellt wurden.

Der Prozess wurde in Gang gesetzt, und es fanden sich sofort Geldgeber. Anfangs waren es vier: drei Länder und die Entwicklungsbank des Europarates. Heute sind es neun Parteien: dieselbe Bank und nunmehr acht Länder. In einem ersten Schritt wurden Gesundheitsthemen ausgewählt, die sämtliche beteiligten Länder betrafen: psychische Gesundheit, Prävention übertragbarer Krankheiten und Ernährung; später kamen hinzu: öffentliche Gesundheitsversorgung, Gesundheit von Müttern und Neugeborenen, Informationssysteme und Tabakkonsum. Wie bereits im letzten Jahr von mir angekündigt, wurde diese Initiative 2005 in Skopje um weitere vier Jahre verlängert.

In den vergangenen zwölf Monaten hat eine geografische wie auch inhaltliche Erweiterung des Programms stattgefunden, namentlich in Form einer Untersuchung zur Leistungsfähigkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung in den neun Ländern des Stabilitätspaktes. Dies ist u. E. eine vorbildliche Initiative, die aufgrund der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Politik der Gesundheit der Bürger zugute kommt.

Und noch an eine andere Aktion möchte ich heute Morgen erinnern, die ebenfalls nicht weit von hier durchgeführt wurde und auf die ich schon auf der letzten Tagung hingewiesen habe. Im Kosovo konnte die WHO zusammen mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen unter der Federführung der Übergangsverwaltung der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK) 530 Roma, darunter 250 Kinder, helfen. Sie können nun aufgrund umfassender öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen in einer gesünderen Umwelt unter besseren hygienischen Bedingungen leben. Weitere Angebote an diese Gruppe umfassten psychosoziale Betreuung, gesundheitsbezogene Aufklärung, Blutuntersuchungen zur Feststellung des Bleigehalts sowie angepasste Behandlungsmethoden.

Die Ergebnisse nach eineinhalb Jahren sind beeindruckend. Sie sollen demnächst in einem wissenschaftlichen Fachjournal veröffentlicht werden. Sie belegen sowohl die Notwendigkeit als auch die Effizienz von Präventionsmaßnahmen und ärztlichen Interventionen, zeigen aber auch deren Grenzen auf.

Als letzten Punkt zum Thema Menschenrechte und humanitäre Aktionen komme ich natürlich nicht umhin, die vor kurzem erfolgte Freilassung der bulgarischen Krankenschwestern und des bulgarischen Arztes zu erwähnen.

Es liegt mir fern, zu der politischen Debatte in dieser Angelegenheit Stellung nehmen zu wollen, doch möchte ich hier die Freude des Regionalbüros über den Ausgang dieser Angelegenheit zum Ausdruck

bringen, mit der es seit dem Jahr 2000 befasst war. So standen wir in regelmäßigem Kontakt mit der bulgarischen Regierung und haben – auch in enger Abstimmung mit dem Hauptbüro der WHO – gemeinsam darauf hingearbeitet, die wissenschaftliche Wahrheit ans Licht zu bringen und den Menschenrechten Geltung zu verschaffen.

Insbesondere möchte ich an dieser Stelle unserer Botschafterin des guten Willens, Frau Sylvie Vartan, für ihren unermüdlichen Einsatz danken, mit dem sie alle möglichen Kräfte mobilisiert hat, um die Angelegenheit zu einem glücklichen Abschluss zu bringen. Dies ist ein gutes – wenn auch etwas ungewöhnliches – Beispiel für sektorübergreifende Zusammenarbeit, die eine Mobilisierung von Prominenten aus der Kunst- und Unterhaltungsbranche wie auch der Medien ermöglichte. Auf sich allein gestellt hätte der Gesundheitssektor niemals Vergleichbares bewirken können.

Sehr geehrte Frau Vartan, ich bedanke mich aufs Herzlichste für Ihr Engagement an unserer Seite, und ich weiß, dass Sie unsere Mitarbeiter auch weiterhin bei ihren Bemühungen zur Förderung der Gesundheit der Kinder in der Region unterstützen werden.

### **Maßnahmen in den Ländern**

In den vergangenen zwölf Monaten sind gemeinsam mit den Mitgliedstaaten der Region wie auch innerhalb dieser Länder zahlreiche Maßnahmen durchgeführt worden. Das Ziel hat sich nicht verändert: Verbesserung und Anpassung der Arbeit der WHO an die Bedürfnisse der 53 Mitgliedstaaten der Region mit ihren Besonderheiten.

Ich möchte mich hier auf einige Beispiele beschränken, die besonders wichtig oder repräsentativ für die im vergangenen Jahr geleistete Arbeit sind. Ausführlichere Informationen über diese Maßnahmen erhalten Sie mit dem Bericht auf der nächsten Tagung des Regionalkomitees. Unser Hauptanliegen ist es, den Erwartungen und Bedürfnissen jedes einzelnen Mitgliedstaates der Region gerecht zu werden, insbesondere durch Abschluss von zweijährigen Vereinbarungen.

Zunächst einmal sind hier die Impfpolitik und die Infektionskrankheiten zu nennen. Trotz aller Anstrengungen sterben in unserer Region jährlich immer noch 32 000 Kinder unter fünf Jahren an durch Impfung vermeidbaren Krankheiten. 600 000 Neugeborene erhalten im ersten Lebensjahr nicht die Grundimpfungen. Hinzu kommt, dass viele Eltern und Ärzte diese vermeidbaren Krankheiten nicht mehr als Bedrohung ansehen, viele fürchten gar die Impfstoffe mehr als die Krankheiten selbst. Angesichts dieser Herausforderung ist ein sofortiges Handeln notwendig. Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Einführung neuer Impfstoffe, mit denen vor allem die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen dem östlichen und dem westlichen Teil der Region verringert werden sollen.

Lassen Sie mich hier nur einige Beispiele nennen, die die Tätigkeit des Regionalbüros im Bereich der Impfpolitik veranschaulichen. Zunächst einmal die Europäische Impfwoche, die in diesem Jahr zum zweiten Mal in der Region stattgefunden hat. Diesmal war mit insgesamt 25 beteiligten Ländern eine stärkere Mitwirkung der Mitgliedstaaten zu verzeichnen, und auch die Resonanz in den Medien war deutlich größer. Erwähnt sei hier auch die Tagung von 46 nationalen Ansprechpartnern für die Bekämpfung von Masern und Röteln im April, die vor dem Hintergrund des immer noch geltenden Ziels ihrer Eliminierung bis 2010 zu sehen ist. In demselben Bereich ist eine Impfkampagne für 2,5 Mio. Menschen in Aserbaidschan zu nennen, die von sechs Ländern unterstützt wird. Die Zielsetzung lautet: Überwachung von Epidemien, Bestimmung von stark gefährdeten Gruppen und Verstärkung der Impfpolitik und der Impfprogramme gegen die beiden Krankheiten.

Trotz ihrer Ausrottung in der Europäischen Region bleibt die Poliomyelitis ein sehr besorgniserregendes Thema, da weltweit insgesamt vier Länder sich noch nicht von ihr befreit haben. Die Generaldirektorin hat die Eliminierung dieser Krankheit zu einer vorrangigen Aufgabe erklärt – für die WHO und als Demonstration der Effektivität der Gesundheitspolitik. Sie hat an die poliofreien Regionen appelliert, die restlichen Regionen in ihren Bemühungen zu unterstützen. Auf diesen Appell hin haben das Regionalbüro für Europa und das Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum während der Weltgesundheitsversammlung eine Vereinbarung über eine umfassende Zusammenarbeit unterschrieben.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle kurz auf eine Frage einzugehen, die das Interesse der Europäischen Region an einer Mitarbeit im Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten betrifft. Die Mitglieder dieses weltweiten Gremiums werden von den Regionen gewählt. In diesem Jahr müssen wir am Mittwoch in geschlossener Sitzung einen durch das Ausscheiden Griechenlands frei gewordenen Sitz im Koordinationsrat besetzen. Die Antwort auf die Frage lässt sich mit einem aktuellen Beispiel geben. Im vergangenen Sommer gab es in der Europäischen Region zum ersten Mal Fälle von Chikungunya-Fieber, das normalerweise nur in Afrika, Südostasien und auf den Philippinen auftritt. Insgesamt wurden 200 Fälle an der Adriaküste in Nordostitalien registriert. Diese Epidemie verdeutlicht einmal mehr das Phänomen der Globalisierung von Krankheiten, vor allem von übertragbaren Krankheiten.

Ein weiteres Beispiel für diese Globalisierung ist die Vogelgrippe. Das Regionalbüro hat seine Unterstützung für die Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Bekämpfung einer etwaigen Pandemie fortgesetzt. Aufgrund ihrer vorhandenen Mittel, namentlich im Bereich der Herstellung von Impfstoffen, kommt der Europäischen Region bei diesem Vorbereitungsprozess eine weltweit bedeutende Rolle zu. Seit der Annahme einer Resolution durch die Weltgesundheitsversammlung 2007 hat die WHO bei der Förderung eines schnellen und transparenten Austauschs von Virenproben Fortschritte erzielt; dadurch sollen eine bessere Einschätzung der Gefahr einer Pandemie und die Entwicklung von Impfstoffen ermöglicht werden. Auch das Vorhalten eines internationalen Lagerbestands an Impfstoffen gehört zu diesem Prozess.

In den nächsten Monaten wird das Regionalbüro sich an die Mitgliedstaaten wenden, um mit ihnen die im November stattfindende Regierungskonferenz zum Thema geistiges Eigentum vorzubereiten. Näheres soll während der vor uns liegenden Tagung diskutiert werden.

Gestatten Sie mir, zum Abschluss dieses Kapitels noch an das im kommenden Monat in Berlin stattfindende Ministerforum „Alle gegen Tuberkulose“ zu erinnern. Sein Ziel ist es, die zur Eindämmung der Krankheit nötigen Maßnahmen zu bestimmen. In einem Schreiben an die Gesundheitsminister aus dem Jahr 2005 hatte ich bereits auf die rapide Ausbreitung der Tuberkulose in der Region aufmerksam gemacht.

Wie in jedem Jahr möchte ich auch diesmal an die Entwicklung der Aids-Epidemie erinnern, die sich trotz aller Präventions- und Therapiebemühungen in der Region weiter rapide ausgebreitet hat. Mittlerweile leben in der Region 2,5 Mio. Menschen mit HIV/Aids. 850 000 Patienten befinden sich in Dauerbehandlung. Unsere Verpflichtung auf diesem Gebiet lautet weiterhin, bis zum Jahr 2010 einen chancengleichen, effektiven, gefahrlosen und bezahlbaren Zugang zu Prävention und Therapie bereitzustellen. Das Hauptproblem liegt nach wie vor in der Bewältigung der Krankheit und ihrer Kosten durch die Gesundheitssysteme.

Damit wäre ich bei den nichtübertragbaren Krankheiten angelangt. Diese sind in der Region für fast neun Zehntel aller Todesfälle und für mehr als drei Viertel der in DALY-Verlusten gemessenen Krankheitslast verantwortlich. Allein auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfällt schon die Hälfte der Gesamtsterblichkeit. Sie tragen auch wesentlich zu den bis zu 20 Jahre betragenden Unterschieden zwischen den Ländern der Region hinsichtlich der durchschnittlichen Lebenserwartung bei.

In diesem Jahr hat das Regionalbüro zusammen mit einer Gruppe von acht Ländern an der Weiterentwicklung und Umsetzung der im vergangenen Jahr vom Regionalkomitee angenommenen Europäischen Strategie gearbeitet. Hier hat sich eine fruchtbare Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro, der Europäischen Kommission, dem Europäischen Herznetz und der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie entwickelt. Als Beispiele für unsere direkte Unterstützung an die Mitgliedstaaten möchte ich hier das Programm zur Krebsüberwachung in Albanien, die Überprüfung der Strategien zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Estland und die Modernisierung der Konzepte zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Russischen Föderation nennen.

Ein weiteres Handlungsfeld für das Regionalbüro ist die reproduktive Gesundheit. Jahr für Jahr sterben in der Europäischen Region über 30 000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, einer weitgehend vermeidbaren Krankheit. In dem Bestreben, diese hohe Zahl zu senken, sind im Mai Vertreter von 44 Mitgliedstaaten der



Region zusammengetroffen, um über eine Verbesserung der Prävention und insbesondere die Anwendung des neu entwickelten Impfstoffs zu diskutieren. Erwähnenswert ist auch die Entstehung einer multinationalen Zusammenarbeit zur Unterstützung des armenischen Programms zur Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs, an der neben Experten der WHO auch Litauen, Island, Norwegen und Finnland beteiligt sind. Viele Länder der Region haben das Thema reproduktive Gesundheit unter jeweils verschiedener Schwerpunktlegung auf die Tagesordnung gesetzt: Bilanzberichte in Aserbaidschan und Kirgisistan, Berufsausbildungsmaßnahmen in der Türkei und in Turkmenistan, und Sexualerziehung in den Programmen der 27 Länder, die an der Tagung in Köln im November 2006 teilgenommen haben. Darüber hinaus arbeiten 26 Mitgliedstaaten der Europäischen Region im Netzwerk SAFE zusammen, das sich die Förderung der sexuellen Gesundheit und der Rechte junger Menschen zum Ziel gesetzt hat.

Abschließend möchte ich wie in jedem Jahr noch kurz über die Situation des Programms für psychische Gesundheit berichten. Seit der letzten Tagung des Regionalkomitees haben wir zusammen mit der Europäischen Kommission die Umsetzung des Aktionsplans von Helsinki vorangetrieben. Gegenstand dieser Zusammenarbeit war vor allem der Bereich der Datenerhebung. Wir werden die erhaltenen Daten in den nächsten Monaten veröffentlichen und dann über detailliertere Erkenntnisse über den Stand der psychischen Gesundheitsversorgung in der Region verfügen. Unsere Unterstützung für die Mitgliedstaaten in diesem Bereich zielt im Wesentlichen auf die Integration der psychischen Gesundheitsversorgung in die Primärversorgung sowie auf die Schulung von Hausärzten in der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen ab. Die Länder Zentralasiens haben ein besonderes Interesse an diesen Initiativen.

Damit komme ich nun zum Thema Gesundheitssysteme – einer der wesentlichen Determinanten von Gesundheit. In Übereinstimmung mit der vom Regionalkomitee 2002 angenommenen Resolution über Armut und Gesundheit hat das WHO-Zentrum in Venedig seine Bemühungen zur Verstärkung der Hilfe für die Mitgliedstaaten der Region intensiviert.

25 Länder aus verschiedenen Teilen der Region arbeiten an konkreten Aktivitäten in diesem Bereich. Beispiele:

- Deutschland bemüht sich um Verbesserung der Gesundheit von Migranten durch Verknüpfung der Angebote von sozialer Fürsorge und Gesundheitsversorgung.
- Montenegro bemüht sich um Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Roma-Flüchtlingen durch Förderung einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten.
- Schweden treibt sein Programm für Schutz und Förderung der Gesundheit von Arbeitslosen voran.

Das Regionalbüro hat zusammen mit zahlreichen Mitgliedstaaten Maßnahmen entwickelt, die auf die Führung der Gesundheitssysteme sowie auf deren Aufsichts- und Schutzfunktion abzielen. Als Beispiel nenne ich hier die Evaluation der Gesundheitssysteme Armeniens, Georgiens, Kasachstans, der Russischen Föderation und Usbekistans.

Weitere Beispiele sind:

- Studien aus der Tschechischen Republik und aus Ungarn über Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung;
- die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik und der Strategien für die Führung der Gesundheitssysteme in Bosnien-Herzegowina, Portugal, der Schweiz und Tadschikistan;
- eine Zusammenarbeit des Regionalbüros mit Aserbaidschan, der Republik Moldau, Rumänien und der Türkei mit dem Ziel einer Neustrukturierung ihrer Gesundheitsministerien und des Ausbaus ihres jeweiligen Aufgabenbereichs.

Ein weiterer erwähnenswerter Beitrag der Europäischen Region im Bereich der Stärkung der Gesundheitssysteme war die Veröffentlichung des Europäischen Berichts zum Thema Sicherheit und Gesundheit anlässlich des Weltgesundheitstages 2007.

Unsere Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme erhält einen besonderen Impuls durch die Vorbereitungen auf die Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Juni 2008 in Estland. Dazu haben im vergangenen wie auch in diesem Jahr eine Reihe von Konsultationen und vorbereitenden Tagungen stattgefunden, an denen eine beträchtliche Zahl von Mitgliedstaaten teilgenommen hat. Die Vorbereitungen auf die Konferenz verlaufen sehr zufrieden stellend. Über Einzelheiten werden Sie in den verschiedenen Sitzungen des Regionalkomitees informiert. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme einer der häufigsten Themenbereiche in den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Regionalbüro und den Mitgliedstaaten sind; dies gilt insbesondere für die in jüngster Zeit mit westeuropäischen Ländern wie Belgien, Portugal und Andorra unterzeichneten Vereinbarungen.

Zum Abschluss meiner Ausführungen über die Tätigkeit des Regionalbüros in den Ländern möchte ich noch auf den Bereich Umwelt und Gesundheit zu sprechen kommen, in dem im vergangenen Jahr besonders viel geschehen ist. So wurde die Entwicklung geeigneter politischer Handlungskonzepte in den Ländern durch die Arbeit des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit und namentlich die Tagung von Wien im Juni 2007 unterstützt, auf der eine Bestandsaufnahme der Umsetzung der Erklärung von Budapest erfolgte. Erwähnenswert sind auch die Fallstudien über gute Praxis in der Umwelt- und Gesundheitspolitik sowie die Zusammenarbeit mit Jugendverbänden in Irland, Schweden, Norwegen und Österreich.

Abschließend möchte ich noch meine Zufriedenheit über die Entwicklung der Länderarbeit auf diesem Gebiet zum Ausdruck bringen. Dieser Prozess geht Hand in Hand mit der Entwicklung der Länderbüros und mit der Verbesserung der Qualifikationen der vor Ort tätigen Mitarbeiter. Diese Präsenz in den Ländern muss in den nächsten Jahren verstärkt werden, denn sie trägt wesentlich zur Effektivität der Tätigkeit des Regionalbüros sowie zu ihrer Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Mitgliedstaaten bei.

Natürlich gibt es beim Regionalbüro zahlreiche Programme und Referate, deren Aufgabe konkret darin besteht, die vor Ort tätigen Teams und Programme zu unterstützen. Dabei denke ich u. a. an diejenigen, die in den Bereichen Verwaltung und Finanzen sowie Informationstechnologien tätig sind. Ich bin mir des Werts ihrer Arbeit bewusst, ohne die all die von mir eben genannten Aktivitäten nicht möglich wären.

### **Zusammenarbeit mit unseren Partnern**

Auf der letzten Tagung des Regionalkomitees wurde das Arbeitspapier zur Zukunft des Regionalbüros angenommen. In der betreffenden Resolution wird der Regionaldirektor aufgefordert, die mit den wichtigsten Partnern gemeinsam durchgeführten Maßnahmen zu verstärken.

Genau das haben wir in den vergangenen zwölf Monaten in konkret umrissenen Handlungsfeldern getan: mit dem Europarat beim Thema Gesundheit von Migranten, und mit der Weltbank im Bereich der Millenniums-Entwicklungsziele. Unsere Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und der EU-Kommission hat sich, wie in dem im letzten Jahr angenommen Dokument empfohlen, im Sinne einer echten Aufgabenteilung weiterentwickelt. So haben wir mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) an der Fertigstellung der Bereitschaftspläne für Vogelgrippe und mit zahlreichen Dienststellen der EU-Kommission an der Harmonisierung und Vervollständigung unserer Programme gearbeitet, insbesondere in den Bereichen Gesundheitssicherheit, Chancengleichheit, Umwelt und Ernährung.

Die Präsidenschaften der Europäischen Union boten eine besonders günstige Gelegenheit zur Verstärkung dieser Zusammenarbeit. So wurde unter der finnischen Präsidenschaft das Programm zur Einbeziehung der Gesundheitspolitik in alle Politikbereiche vorangetrieben, das inzwischen zu einem echten Bezugspunkt für die Gesundheitspolitik geworden ist. Unter deutscher Regie lag dann der Schwerpunkt auf der Aids-Prävention, während die derzeitige portugiesische Präsidenschaft das Thema Gesundheit und Migration in den Vordergrund stellt. Zu letzterem Thema soll Ende des Monats in Lissabon eine Tagung stattfinden, an der auch die Generaldirektorin teilnehmen wird.

Auf der politischen Ebene sind Frau Dr. Chan und ich mit Vertretern der OECD und mit den wichtigsten Führungspersonlichkeiten in der Europäischen Union zusammengetroffen, um unsere Arbeit aufeinander abzustimmen und dadurch ihre Wirksamkeit zu erhöhen. Dr. Andrzej Rys wird über unsere gemeinsame Arbeit berichten, und ich möchte ihm bei dieser Gelegenheit dafür danken, dass er zu uns gekommen ist, wie er auch vor kurzem an einer Tagung in Portugal teilgenommen hat, die der Vorbereitung der neuen Gesundheitsstrategie der Kommission diente.

Lassen Sie mich hier in aller Freundschaft nochmals wiederholen, was ich ihm damals in Lissabon gesagt habe: Es ist durchaus legitim, dass jede Organisation ihre eigene Strategie verfolgt, aber die Mitgliedstaaten tun gut daran zu erkennen, dass die Vorschläge der von ihnen unterstützten Organisationen letztendlich denselben Zielen dienen. Und darauf arbeiten wir gemeinsam hin.

Auch hier gilt: Es ist wünschenswert, dass derartige Kooperationen mit internationalen Organisationen sich zum größtmöglichen Nutzen aller Mitgliedstaaten der Region entwickeln, und ich betone ausdrücklich: „aller Mitgliedstaaten“. So dient das Regionalbüro als Brücke und als Medium zur Vermittlung von Fachwissen zwischen den Ländern der Europäischen Union und denjenigen, die ihr noch nicht angehören.

### **Das diesjährige Regionalkomitee**

Ich habe bereits mehrfach auf die eine oder andere Sitzung im Rahmen unserer diesjährigen Tagung verwiesen. Deshalb ist es jetzt Zeit für einen Hinweis auf die verschiedenen Fachsitzungen zu so wichtigen Themen wie Wasser, internationale Gesundheitsvorschriften und Bürgerbeteiligung an Entscheidungsprozessen in der Gesundheitspolitik, einem neuen und zukunftssträchtigen Thema.

Morgen Nachmittag findet – in diesem Jahr schon zum dritten Mal – eine Sitzung mit dem Titel „Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen“ statt. Auf dem Programm stehen dabei die Themenbereiche Umwelt und Gesundheit, Adipositas, Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, Stärkung der Gesundheitssysteme und Gesundheitssicherheit.

### **Schlussbemerkungen**

Abschließend möchte ich meine Hoffnung zum Ausdruck bringen, dass die Teilnehmer an der diesjährigen Tagung des Regionalkomitees aus unseren Diskussionen genügend nützliche Impulse für ihre Arbeit im eigenen Land erhalten und dass sie sich in ihrer Rolle als Mitglieder der Leitungsgremien der WHO wohl fühlen. Ihre Anmerkungen und Anregungen sind wie immer willkommen und werden von uns nach besten Kräften in unsere Arbeit bis zur nächsten Tagung einbezogen werden.

Ich bedanke mich herzlich bei den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees und besonders seinem Vorsitzenden Dr. David Harper für die Unterstützung und Bereicherung der Arbeit des Regionalbüros im vergangenen Jahr, vor allem bei der Vorbereitung dieser Tagung des Regionalkomitees.

Als letztes möchte ich noch allen Mitarbeitern des Regionalbüros meinen besonders herzlichen Dank aussprechen. Dies tue ich jedes Jahr, und jedes Jahr wächst meine Überzeugung, dass ich mich glücklich schätzen kann, ein so außerordentlich engagiertes und kompetentes Team anführen zu dürfen, das stolz darauf ist, der guten Sache der WHO zu dienen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche Tagung.



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

Sehr verehrter Herr Präsident Tadic, Herr Vorsitzender, sehr geehrte Ministerinnen und Minister, Regionaldirektor Dr. Danzon, meine Damen und Herren,

gestatten Sie mir zunächst, der Regierung Serbiens für ihre Gastfreundschaft und für die Ausrichtung der diesjährigen Tagung des Regionalkomitees in dieser Stadt zu danken.

Ende der 1980er Jahre blickte die Gesundheitspolitik auf der Suche nach Orientierung für die Bewältigung der einzigartigen Gesundheitsprobleme, die in hoch entwickelten Ländern auftraten oder zumindest dort sichtbar wurden, auf diese Region. In ihr war der Wohlstand relativ gleichmäßig verteilt und ein hoher Lebensstandard traf hier auf eine lange Lebenserwartung. Und die Gesundheitspolitik strebte danach, die bereits gute Gesundheit der Bevölkerung weiter zu verbessern.

In dieser Region wurden die Gesundheitsdeterminanten in einem breiten Zusammenhang betrachtet und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung genauer untersucht. Dieses Büro leistete Pionierarbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit und bereitete so den Weg für funktionierende sektorübergreifende Ansätze. Mitgliedstaaten dieser Region waren in der Vorsorge gegen chronische Erkrankungen führend und setzten Lebensstilfaktoren als eine Priorität auf der gesundheitspolitischen Agenda durch.

Die Europäische Region hat sich für gesunde Ernährung eingesetzt, sie hat gesunde Städte, gesunde Schulen und gesunde Arbeitsplätze gefördert und sie hat sich um die Gesundheit von Einwanderergruppen gekümmert. Schon früh hat sie die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen umfassend untersucht und prognostiziert, dass sich die demografische Alterung zu einem der größten Probleme der näheren Zukunft entwickeln würde.

Markante Schritte waren das. Wer hätte denn gedacht, dass sich diese Probleme, diese „Luxusthemen“ wohlhabender Nationen, im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts wie ein Lauffeuer über die ganze Welt verbreiten würden?

Immer mehr sind die gesundheitlichen Probleme weltweit durch die gleichen mächtigen Kräfte geprägt. Immer mehr wird die Gesundheitspolitik überall durch ein ähnliches Bündel aus sehr komplexen Problemen herausgefordert.

Urbanisierung ist ein äußerst dringliches Thema, und am schnellsten wächst die Bevölkerungsdichte in den Stadtgebieten der dritten Welt. Während die Nachfrage im Energie- und Transportsektor steigt, ersticken wir fast an der Luft in Städten und müssen uns wegen der Folgen der Treibhausgasemission weltweit ernsthaft sorgen. Die Wirkungen des Klimawandels sind bereits zu spüren. Die Globalisierung hat zur Ausbreitung gewisser Lebensweisen geführt, oft zum Nachteil für die öffentliche Gesundheit.

Chronische Erkrankungen, die lange als Weggefährten des Wohlstands betrachtet wurden, haben einen Ortswechsel vollzogen. Sie sind heute die größte Krankheitsbürde für Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen.

Adipositas hat in der Europäischen Region bereits epidemische Ausmaße erreicht und ist jetzt auch weltweit ein Problem. Keine Region bleibt ausgespart.

Die Gesundheitsbedürfnisse der älteren Generation sind ein weiteres brennendes Problem. Jeden Monat erreichen weltweit eine Million Menschen das Alter von 60 Jahren. Von diesen Menschen leben 80% in den Entwicklungsländern.

Die Gesundheitsfinanzierung entwickelt sich derweil zu einem ganz besonders heißen Eisen. Dies liegt zum Teil an neuen Herausforderungen für die Budgets der Gesundheitssysteme und der Privathaushalte durch die Zunahme der chronischen Erkrankungen. Zum Teil liegt es auch an der erneuten Betonung von Gerechtigkeit und Armutsbekämpfung, die in den Millenniums-Entwicklungszielen zum Ausdruck kommt. Die Logik dahinter ist einfach. Wenn wir Gesundheit in der Armutsbekämpfung strategisch nutzen wollen, dürfen wir verarmte Haushalte nicht durch Gesundheitskosten noch tiefer in die Armut sinken lassen.

Der erforderliche Ausbau der Gesundheitssysteme ist in wenigen Jahren brandaktuell geworden und nimmt heute einen zentralen Platz in der entwicklungspolitischen Debatte ein. Hierüber werde ich später noch mehr sagen.

Was das sektorübergreifende Vorgehen betrifft, bei dem die Minister für Umwelt und Gesundheit aus der Europäischen Region Vorreiter waren, so ist es jetzt ein zentraler Bestandteil der Millenniums-Entwicklungsziele. Mit diesen Zielen werden die Armutsursachen an der Wurzel angepackt und es wird anerkannt, dass sich die Ursachen auf verschlungenen Wegen wechselseitig beeinflussen. Doch für uns am wichtigsten ist, dass in den Zielen Gesundheit als Triebkraft des wirtschaftlichen Fortschritts genannt wird und so an Bedeutung gewinnt. Gesundheit kostet nicht mehr einfach nur Ressourcen. Gesundheit wirft wirtschaftlichen Gewinn ab. Trotz der komplexen Probleme, vor denen wir stehen, gibt uns der Bedeutungszuwachs der Gesundheit Grund zu Optimismus.

Die Gesundheit in der Europäischen Region war auch dem Einfluss mächtiger geopolitischer Kräfte unterworfen. Die mit einem hohen industriellen Entwicklungsstand verknüpften Gesundheitsprobleme gibt es immer noch, doch unterscheidet sich die Gesamtsituation in der Region dramatisch von der gegen Ende der 1980er Jahre. Vor gar nicht langer Zeit neigte die internationale Gemeinschaft zu der Ansicht, bei den gesundheitlichen Ergebnissen verlief eine Kluft mehr oder weniger exakt entlang der Grenze zwischen Nord und Süd. Doch in dieser Region gibt es auch Unterschiede zwischen Ost und West und zwischen arm und reich auf dem Land und in der Stadt bzw. in den Vororten.

Wie ein dem Komitee vorliegendes Papier feststellt, gibt es heute in der Europäischen Region Gruppen und Gebiete mit einer ebenso gravierenden Mütter- und Neugeborenenmortalität, wie man sie sonst aus dem Afrika südlich der Sahara oder aus Südostasien kennt. In einigen Ländern im Osten der Region gibt es die weltweit höchsten Raten von mehrfach resistenten Tuberkuloseformen. In diesen Ländern gibt es mit dem Auftreten der extensiv resistenten Tuberkulose (XDR-Tb) einen weiteren alarmierenden Trend. Denn wenn die Krankheit praktisch unheilbar wird, steigen die Mortalitätsraten auf bis zu 98%.

Diesen Bedrohungen sind wir alle ausgesetzt. Unsere Reaktion – ob zur Selbstverteidigung oder aus Respekt vor der Menschheit insgesamt – muss in kollektivem Handeln im Bewusstsein der gemeinsamen Verantwortung bestehen.

Infektionskrankheiten breiten sich aus. XDR-Tb breitet sich aus. Die Verschmutzung von Luft und Wasser breitet sich aus. Das globale Marketing und die globale Verbreitung von Gütern erreichen auch die Lebensstile, führen zu ihrer Veränderung und beschleunigen damit die Zunahme chronischer Erkrankungen.

Der Arbeitsmarkt ist ebenfalls globalisiert. Sie behandeln hier auch das Thema Personalpolitik im Gesundheitswesen. Alle Regionen suchen nach Wegen aus dieser allgemeinen Knappheit an angemessen ausgebildetem, motiviertem und kompetentem Personal. Wir arbeiten alle an der Lösung ähnlicher Probleme.

Und dies ist eine der Belohnungen für unsere gemeinsamen Bemühungen. Gute Gesundheit trägt zu Stabilität bei und ist das Fundament von Prosperität. Eine stabile prosperierende Region dient dem Interesse eines jeden Mitgliedstaates.

Im Rückblick erweist es sich als gut, dass die Führung in der Region einen Vorsprung beim Verständnis dieser Themen hatte und Aktionspläne zu ihrer Bewältigung formulierte. Mit ihrem Vorsprung ist die Region gut gerüstet, die internationale Gesundheitspolitik in vielen der heute drängenden globalen Themen zu leiten.

Ohne Frage hat die politische Führung in der Europäischen Region einen starken Einfluss auf die internationale Gesundheitspolitik. Dies gilt insbesondere für die traditionell im Zentrum des Interesses dieser Region stehenden Themen: Prävention, Gesundheitsförderung, sektorübergreifendes Handeln sowie Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Ergebnissen und Leistung des Gesundheitssystems. Diese Erfahrungen kommen uns global zugute. Sie sind ein wertvolles Kapital, dessen Wert, davon bin ich überzeugt, nur steigen kann.

Und ohne Zweifel werden die Lösungsansätze, an denen Sie in der Region und auf dieser Tagung arbeiten, für viele globale Probleme von Bedeutung sein. Wenn Sie einen Weg finden, wie wir weniger auf die Krankenhausversorgung setzen können, dann wird die ganze Welt davon profitieren. Dies gilt ganz besonders im Bereich der Versorgung älterer Menschen zuhause und der primären Gesundheitsversorgung für Mütter, Säuglinge und junge Kinder.

Wenn Sie einen Weg für eine bessere Stadtgestaltung finden, mit der sich die gesundheitlichen Konsequenzen einer sitzenden Lebensweise ausgleichen lassen, dann wird die ganze Welt davon profitieren. Wenn Ihr Aktionsplan Nahrung und Ernährung zu einer niedrigeren Inzidenz von ernährungs- und nahrungsbedingten Erkrankungen führt, wird die ganze Welt davon profitieren.

Und ich versichere Ihnen: Ich weiß, wie schwierig dieses Thema ist und wie schwierig es ist, am überzeugendsten für die Gesundheit zu sprechen, wenn gleichzeitig so viele Sektoren involviert sind. In dieser Hinsicht hat diese Region einen weiteren großen Vorteil auf ihrer Seite: ihren geschickten Umgang mit dem strategischen Wert und der Überzeugungskraft von Erkenntnissen.

Im nächsten Jahr wird dieses Büro eine Ministerkonferenz zur Stärkung der Gesundheitssysteme einberufen. Wenn es auf dieser Konferenz gelingt, wirksame Strategien und gute Praktiken für eine bessere Leistung der Gesundheitssysteme festzulegen, dann wird die ganze Welt davon profitieren.

Nach alledem bleibt aber ein wichtiger Nachteil anzumerken. Ich beziehe mich auf die gelegentlich auf internationaler Ebene anzutreffende Auffassung, dass die Europäische Region vollständig in der Lage wäre, ihre Gesundheitsprobleme allein zu lösen. Bei der Zuweisung von Entwicklungshilfe wird manches Land in der Mitte und im Osten der Region leicht übersehen. Die internationale Gemeinschaft hat aber die Pflicht, sich um nicht erfüllte gesundheitliche Bedürfnisse zu kümmern, gleichgültig wo in der Welt sie auftreten.

Wie aus den dem Regionalkomitee vorliegenden Papieren deutlich hervorgeht, sind die traditionellen Gesundheitssysteme in einigen Teil der Region schlicht zusammengebrochen. Sie wurden bisher nicht durch alternative Systeme ersetzt, die in der Lage wären, die umfangreichen unerfüllten gesundheitlichen Bedürfnisse umfassend und gerecht zu befriedigen.

Der Bericht an das Komitee über die Millenniums-Entwicklungsziele legt besondere Betonung auf die Mortalität von Müttern und Kindern. Er enthält eine aufschlussreiche Analyse der Gesundheitssysteme und ihrer Unzulänglichkeiten. Dies ist vollkommen auf Linie der Überlegungen auf globaler Ebene, wo wir die Fortschritte in Richtung Zielerfüllung insgesamt bewerten.

Auf globaler Ebene stellen die Ziele zur Gesundheit von Mutter und Kind die größte Herausforderung dar. Für ein Erreichen dieser Ziele ist ein gut funktionierendes Gesundheitssystem von entscheidender Bedeutung. Die Zahl der Todesfälle durch Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt verharren hartnäckig auf hohem Niveau, trotz eines über zwei Jahrzehnte währenden Einsatzes. Diese Zahl wird auch nicht wahrnehmbar abnehmen, so lange nicht mehr Frauen Zugang zu qualifizierter Geburtshilfe und gegebenenfalls Notversorgung erhalten.

Im letzten Jahr wurden bei den Regelimpfungen für Kinder dank des Engagements der Gesundheitsminister und der Unterstützung durch die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung Rekordraten erreicht. Die Kindersterblichkeit wird aber nicht signifikant zurückgehen, so lange nicht mehr Neugeborene, Säuglinge und junge Kinder bei Frühgeburten, Erstickungsanfällen, Lungenentzündungen und Durchfallerkrankungen klinisch versorgt werden können.

Auch hierfür ist ein gut funktionierendes Gesundheitssystem erforderlich.

Das dem Komitee vorliegende Dokument enthält hierzu eine besonders frappierende Feststellung. Danach zeigen die Erfahrungen auf regionaler Ebene, dass Kapazitätsmängel der Gesundheitssysteme für das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniumsziele ein unüberwindbares Hindernis darstellen. Ja. Unüberwindbar, wenn sich die Dinge nicht schnell, dramatisch und in die richtige Richtung verändern.

Die Leistung eines Gesundheitssystems – wie auch immer Sie es definieren – wird an seinen Auswirkungen auf die Gesundheit gemessen. Und ich erinnere Sie daran: Unsere Fähigkeit zur Erfüllung der gesundheitsbezogenen Millenniumsziele wird nicht an nationalen Durchschnittsniveaus gemessen werden. Sie wird daran gemessen werden, wie gut wir die Armen mit umfassender Versorgung und in geeignetem Umfang erreichen.

Und hier versagen wir. Die Armen leben in der Regel an schlecht zugänglichen Orten, in der Europäischen Region und überall sonst in der Welt. Sie leben in abgelegenen Landstrichen oder städtischen Elendsvierteln oder sie haben gar kein Zuhause. Das Unvermögen der Gesundheitssysteme diese Menschen zu erreichen, ist in der Tat ein Hindernis.

Die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele, deren thematischer Schwerpunkt auf der Gesundheit von Mutter und Kind sowie auf HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria liegt, sind diejenigen, deren Erfüllung am unwahrscheinlichsten ist. Es sind gerade die Ziele, die den größten Unterschied für Leben oder Tod von Millionen Menschen bedeuten. Für diese Ziele stehen aber auch kräftige Werkzeuge – erstklassige Impfstoffe, Arzneimittel und andere erprobte Maßnahmen – zur Verfügung.

Wie können wir da versagen? Ist dieses Hindernis wirklich unüberwindlich? Ich erkenne einige ermutigende Anzeichen dafür, dass sich die Dinge tatsächlich schnell, dramatisch und in die richtige Richtung verändern.

Anfang des Monats war ich bei der Vorstellung der internationalen Gesundheitspartnerschaft zugegen, an der auch die Premierminister Gordon Brown und, aus Norwegen, Jens Stoltenberg sowie die Leiter führender Organisationen und Stiftungen zur Förderung der Gesundheit teilnahmen. Diese Partnerschaft wurde als Antwort auf die langsamen Fortschritte in Richtung gesundheitsbezogene Ziele auf den Weg gebracht. Sie greift von Anfang an zwei wesentliche Hindernisse für einen Erfolg auf: unangemessene Systeme zur Leistungserbringung und wirkungslose Hilfsmaßnahmen.

Hier ist der Lackmusestest für wahres Engagement. Wenn es nicht voran geht, halte inne, bewerte die Gründe, schalte um und beschleunige dein Tun. Genau dies ist passiert. Bei dieser Gelegenheit haben sich internationale Organisationen dazu bekannt, ihre Zusammenarbeit noch besser abzustimmen und klare Rollen für ein Erreichen der gemeinsamen Ziele festzulegen. Dies passt auch gut in den breiteren Rahmen der UN-Reform, in deren Zusammenhang sich die WHO von Herzen engagiert.

In meiner jetzt achtmonatigen Amtszeit haben mich die Gemeinsamkeit der gesundheitlichen Probleme in allen Regionen und die gemeinsamen Zielvorstellungen der leitenden Personen im Gesundheitsbereich beeindruckt. Die Gesundheitspolitik engagiert sich auf der ganzen Welt in drei im Grunde gleichen Bereichen. Erstens kämpfen wir gegen sich beständig verändernde Mikroben an. Zweitens setzen wir uns für eine Verhaltensänderung des Menschen ein. Und drittens bemühen wir uns um Aufmerksamkeit und Ressourcen.



Auf internationaler Ebene haben die Millenniums-Entwicklungsziele dem Thema Gesundheit eine nie zuvor gesehene Aufmerksamkeit und neue Ressourcen erschlossen. Das Engagement für diese Ziele hat die besten Seiten des menschlichen Genies freigesetzt.

Hier ist es am Platze, dass ich einige der jüngsten Innovationen erwähne, insbesondere weil die Europäische Region führend an ihrer Schaffung beteiligt war. Erwähnen möchte ich UNITAID, die den Einkauf von Arzneimitteln durch eine Abgabe auf Flugtickets finanziert. Ich möchte ebenfalls die International Finance Facility for Immunization anführen, mit deren Hilfe bis 2015 die Impfung von 500 Mio. Kindern finanziert wird. Außerdem erwähnen möchte ich die Anwendung von *Advanced Market Commitments* als einen Anreiz zur Entwicklung neuer Impfstoffe für die Entwicklungsländer.

Wie wir alle wissen, ist das Gebiet der Entwicklung und Preisgebung für neue Produkte in den Entwicklungsländern enorm komplex. Ich möchte bei dieser Gelegenheit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region und der Europäischen Region für ihren Beitrag zur Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte danken.

Bei unserem Kampf gegen die sich beständig wandelnden Mikroben, helfen uns die stark verschärften Internationalen Gesundheitsvorschriften, die im letzten Juni in Kraft traten. Die überarbeiteten Vorschriften haben sich von ihrem früheren Schwerpunkt einer passiven Verhinderung der Verbreitung über nationale Grenzen hinweg auf eine initiativreiche Strategie des Risikomanagements zubewegt. Mit dieser Strategie soll ein Ereignis rechtzeitig erkannt und aufgehalten werden, noch bevor es sich zu einer internationalen Bedrohung entwickeln kann. Dadurch ist unsere gemeinsame Sicherheit stark verbessert worden und hat die Präventivkraft der Vorschriften neue Höhen erreicht.

Nie wieder dürfen wir einer Krankheit wie HIV/Aids erlauben durch die Maschen unserer Kontrollnetze zu schlüpfen und einer Bekämpfung zu entgehen. Seit vier Jahren leben wir unter dem Eindruck der Bedrohung durch eine Influenzapandemie. Oft werde ich gefragt, ob die Investitionen zur Vorbereitung auf eine Pandemie die Verschwendung von Ressourcen bedeutet. Hat die Gesundheitspolitik etwa zu oft und zu laut gerufen „der Wolf kommt“? Keineswegs. Pandemien treten immer wieder auf. Wir wissen nicht, ob das H5N1-Virus die nächste Pandemie verursachen wird. Aber eines wissen wir: Die Welt wird eine weitere Grippepandemie erleben, früher oder später.

Durch die aktuelle Besorgnis wurde ein enormer Forschungsschub veranlasst und wir wissen heute viel mehr über Grippeviren und Pandemien als noch vor vier Jahren. Aber noch wichtiger, die Vorbereitung auf die Pandemie hat die nationalen und internationalen Kapazitäten fundamental verbessert.

Der im letzten Monat gemeldete Ausbruch des Marburgfiebers in Uganda wurde schon in den Anfängen endgültig aufgehalten, noch bevor er sich zu einer nationalen oder internationalen Bedrohung entwickeln konnte. Wie mir der Gesundheitsminister mitteilte, wurde der Ausbruch prompt unter Kontrolle gebracht, indem der Plan für den Ausbruch einer Grippepandemie befolgt wurde. Alle Verfahrenswege waren bereits eingerichtet worden und wurden tadellos befolgt.

Bei unserem Bemühen um eine Veränderung menschlicher Verhaltensweisen verfügen wir über ein weiteres machtvolles internationales Werkzeug. Nämlich das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs als das Vertragswerk, das in der Geschichte der Vereinten Nationen die breiteste Unterstützung erfahren hat. Hier reden wir von Präventivmedizin, im globalen Maßstab, im besten Sinne.

Die Europäische Region spielte eine führende Rolle bei der Ausgestaltung beider Instrumente und die Europäische Union diente zugleich als Rollenvorbild. Erst leistete sie einen resoluten, koordinierten und vereinten Einsatz im Vorbereitungsprozess. Dann legte sie ein starkes Bekenntnis zu ihrer Umsetzung ab, indem sie das globale Konzept an die konkreten Situationen in der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten anpasste.

Internationale Rechtsinstrumente wie dieses entstehen aus einer gemeinsamen Anfälligkeit für Bedrohungen, die zunehmend globalen Charakter annehmen. In ihnen kommen unsere gemeinsame Verantwortung

und unsere Solidarität in Gesundheitsfragen zum Ausdruck. Diese Qualitäten, glaube ich, werden mit Fortschreiten dieses Jahrhunderts – mit all seinen komplexen gesundheitlichen Herausforderungen – an Bedeutung zunehmen.

Abschließend muss ich mich noch auf den Klimawandel beziehen. Nach Aussage führender Wissenschaftler aus der ganzen Welt, hat der Mensch mit seinen Aktivitäten unseren Planeten dem Klimawandel ausgeliefert. Die Wirkungen sind bereits zu spüren. Selbst wenn die Treibhausgasemission heute beendet würde, würden die bereits sichtbaren Veränderungen noch während des gesamten Jahrhunderts weiter fortschreiten. Die Betonung liegt heute auf der Fähigkeit unserer menschlichen Gattung, sich an die unausweichlichen Änderungen anzupassen.

Der Klimawandel wird sich grundlegend negativ auf einige der fundamentalsten Gesundheitsdeterminanten auswirken: Lebensmittel, Luft, Wasser. Die Erwärmung des Planeten erfolgt schrittweise, doch wird die Zunahme der Häufigkeit und der Schwere extremen Wetters – heftige Stürme, Hitzewellen, Dürren und Überschwemmungen – abrupt einsetzen und die Konsequenzen werden unmittelbar wahrgenommen werden, insbesondere gilt dies für den Gesundheitsbereich.

Wir alle haben von den Verwüstungen gehört, die in weiten Teilen Afrika von den schlimmsten Regenfällen seit 35 Jahren angerichtet wurden. Die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit sind sowohl kurz- als auch langfristiger Natur – und sie sind immens.

Genau wie wir lange dafür kämpfen mussten, Gesundheit in der Entwicklungspolitik ein erkennbares Profil zu geben, so müssen wir uns heute dafür einsetzen, Gesundheitsthemen in das Zentrum der Klimadiskussion zu rücken. Persönlich glaube ich, dass die Unausweislichkeit des Klimawandels das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele für uns nur noch dringender werden lässt. Länder, die einen gewissen Lebensstandard erreicht haben, werden sich mithilfe einer geeigneten Gesundheitsinfrastruktur am besten anpassen können. Sie werden am besten mit den dramatischen Änderungen fertig, die bereits unterwegs sind.

Noch einmal, wir sind der Europäischen Region für ihre Vorreiterrolle bei der Thematisierung von Umweltbedingungen für die Gesundheit dankbar. Und noch einmal, die ganze Welt kann von Ihren Erfahrungen in diesem Bereich profitieren, in dem noch die größte Herausforderung von allen liegen kann.

Ich danke Ihnen.