



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Dreiundfünfzigste Tagung**

Wien, 8.–11. September 2003

EUR/RC53/REC/1

17. Oktober 2003

32161

ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT ÜBER DIE
DREIUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG**

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 des Generaldirektors.....	1
Bericht des Regionaldirektors	3
Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	7
Grundsatz- und Fachfragen	9
Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO.....	9
Die Länderstrategie des Regionalbüros	11
Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)	15
Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter WHO-Länderbüros	17
Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO.....	20
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben.....	23
Wahlen und Nominierungen	25
Exekutivrat	25
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees	25
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	25
Regionale Auswahlkommission.....	25
Künftige Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2004 und 2005.....	25
Resolutionen.....	26
EUR/RC53/R1 Mitgliedschaft im Exekutivrat	26
EUR/RC53/R2 Fortschritte bei der Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“	28
EUR/RC53/R3 Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)	29
EUR/RC53/R4 Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO.....	30
EUR/RC53/R5 Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission	31
EUR/RC53/R6 Bericht des Zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	31
EUR/RC53/R7 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO	32
EUR/RC53/R8 Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2004 und 2005	33
Annex 1 Tagesordnung.....	34
Annex 2 Liste der Arbeitspapiere	35
Annex 3 Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer	36
Annex 4 Ansprache des WHO-Generaldirektors.....	59
Annex 5 Bericht des WHO-Regionaldirektors für Europa.....	63

Eröffnung der Tagung

Die 53. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 8. bis 11. September 2003 in den Redoutensälen des Hofburg Kongresszentrums in Wien statt. Delegierte aus allen 52 Ländern der Region nahmen daran teil. Außerdem waren Beobachter aus zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen und ein Beobachter aus einem Nichtmitgliedstaat sowie Vertreter des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS), des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP), der Weltbank, des Europarats, der Europäischen Kommission und nichtstaatlicher Organisationen anwesend.

Die Eröffnungsfeier fand am Montag, dem 8. September, im Großen Redoutensaal statt. Der Bundespräsident der Republik Österreich Dr. Thomas Klestil, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Maria Rauch-Kallat, der Staatssekretär im Bundesministerium für Frauen und Gesundheit Professor Dr. Reinhart Waneck und der WHO-Regionaldirektor für Europa Dr. Marc Danzon hielten Ansprachen.

Die erste Arbeitssitzung wurde von dem scheidenden Präsidenten Lars Løkke Rasmussen eröffnet.

Wahl der Tagungsleitung

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

Maria Rauch-Kallat (Österreich)	Präsidentin
Dr. Jarkko Eskola (Finnland)	Exekutivpräsident
Dr. Božidar Voljč (Slowenien)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Dr. Ainura Ibraimova (Kirgisistan)	Berichterstatteerin

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC53/2 Rev.1, EUR/RC53/3 Rev.1)

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

Ansprache des Generaldirektors

Dr. Jong-Wook Lee dankte in seiner Ansprache der Regierung der Republik Österreich als Gastgeberin der 53. Tagung des Regionalkomitees und begrüßte Zypern, das zum ersten Mal als Mitglied der Europäischen Region der WHO an der Tagung teilnehme. Er zeigte sich schockiert über die tragischen Bombenattentate auf die Einrichtungen der Vereinten Nationen in Bagdad, bei der Kollegen verletzt und getötet worden seien.

Der 25. Jahrestag der auf der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung abgegebenen Erklärung von Alma-Ata sei ein guter Anlass, sich erneut zu vergegenwärtigen, dass Gesundheit für alle da sei. Eine ungleiche Entwicklung habe die Lebenserwartung in einigen Ländern auf 40 Jahre sinken lassen, während sie in anderen auf ungefähr 80 Jahre angestiegen sei. Der Generaldirektor nannte HIV/Aids die größte Bedrohung für die Gesundheit und betonte die Notwendigkeit einer Strategie, die Prävention, Behandlung und Pflege miteinander verbinde. Er arbeite mit örtlichen, nationalen und internationalen Partnern an der Gestaltung von Programmen, die bis zum Ende des Jahres 2005 drei Millionen Menschen die Behandlung mit antiretroviraler Medizin ermöglichen sollten. Dieses Programm „Drei bis fünf“ sei ein erster deutlicher Schritt auf dem Wege zu einer Lösung und werde mit der Unterstützung vieler Partner, u. a. mit UNAIDS und dem Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, umgesetzt.

Tuberkulose entwickle sich in einigen Teilen der Europäischen Region explosionsartig, wobei die Arzneimittelresistenz in einigen Gefängnissen im Osten der Region ein wachsendes Problem darstelle. Eine

schnelle Ausweitung der ambulanten Kurzzeitbehandlung (DOTS) und eine entschlossenerere Bekämpfung der Arzneimittelresistenz seien daher unerlässlich. Die Eradizierung der Poliomyelitis aus der Europäischen Region sei ein wichtiger Beitrag zur weltweiten Kampagne.

Der Mensch benötige von der Wiege bis zum Grab eine gesundheitliche Versorgung. Während der Schwangerschaft und bei der Geburt seien gut ausgebildete Fachkräfte erforderlich. Die Kindersterblichkeit lasse sich zum großen Teil auf fünf vermeidbare und behandelbare Krankheiten zurückführen: Durchfallerkrankungen, Malaria, Fehl- und Unterernährung, Masern und Lungenentzündung. Die Situation lasse sich daher durch die Umsetzung von Strategien verbessern, mit denen z. B. die Schwangerschaft sicherer gemacht und Kinderkrankheiten umfassend bekämpft würden. Jugendliche seien besonderen Gesundheitsrisiken wie Frühschwangerschaft, intravenösem Drogengebrauch, Gewalt, Alkoholmissbrauch und psychischen Störungen ausgesetzt. Die Gesundheitsbedürfnisse alter Menschen seien in Europa durch die erst kürzlich überstandene Hitzewelle verdeutlicht worden. All diese Aspekte zeigten die Notwendigkeit eines starken und umfassenden Gesundheitswesens, zu dem auch leistungsfähige Beobachtungssysteme gehörten, wie das System, das während der Epidemie des Schweren Akuten Respiratorischen Syndroms (SARS) das Aufspüren der Fälle ermöglicht hätte.

Der Generaldirektor hob auch den Anteil von nichtübertragbaren Krankheiten und Verletzungen an der Krankheitslast hervor. Die Verabschiedung des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens durch die 56. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 sei ein Meilenstein im Kampf gegen die tabakbedingten Krankheiten gewesen. Nun liege die Herausforderung jedoch in der Ratifizierung des Rahmenübereinkommens durch 40 Staaten, die für dessen Inkrafttreten erforderlich sei. Zur Bewältigung des enormen Problems einer unausgewogenen Ernährung werde im Mai 2004 auf der Weltgesundheitsversammlung mit der globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit ein umfassender Ansatz vorgelegt. Der Generaldirektor betonte auch die gewachsene Bedeutung des Gesundheitssektors für Lebensmittelsicherheit und Versorgungssicherheit sowie die Notwendigkeit wirksamer, sich gegen die hohe Zahl der Verkehrsunfälle richtender Maßnahmen.

Die WHO-Länderbüros müssten in Bezug auf personelle und finanzielle Ausstattung gestärkt und in ihrer Bedeutung aufgewertet werden. Die Tätigkeiten des Hauptbüros würden daraufhin überprüft, ob sie sich besser in Regional- und Länderbüros durchführen ließen. Es werde eine enge Partnerschaft mit den Regionen geben. Die Änderungen träten voraussichtlich im Haushaltszeitraum 2006–2007 in Kraft.

In den Ländern werde für die Aus- und Fortbildung und die Supervision von Gesundheitsfachkräften gearbeitet. Mithilfe der immer leistungsfähigeren und preiswerteren Technik werde man wirksame Gesundheitsinformationssysteme aufbauen. Die Qualität der Gesundheitsinformationen lasse sich in einigen Ländern durch Projekte wie das „Health Metrics Network“ verbessern, das die WHO in Partnerschaft mit Mitgliedstaaten, der Weltbank und UNICEF vorantreibe.

Der Generaldirektor erklärte, dass sich führende Politiker weltweit in bisher ungeahntem Ausmaß zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit bekennen würden, und verwies darauf, dass die Millennium-Entwicklungsziele direkte Bedeutung für die Gesundheit hätten. Außerdem betonte er die Abhängigkeit der WHO von partnerschaftlicher Zusammenarbeit.

In den Stellungnahmen zur Rede des Generaldirektors gratulierten mehrere Delegierte ihm zu seiner Wahl. Sie bekundeten ihre volle Unterstützung für die WHO und die von ihm betonten vordringlichen Aufgaben sowie ihr Vertrauen in seine Führung. Insbesondere sein Versprechen, die Arbeit auf Länderebene zu stärken, wurde begrüßt. Mehrere Redner unterstrichen die Notwendigkeit von Kontinuität bei den Themen „eine WHO“, Förderung gesunder Lebensweisen, Gesundheitsschutz für benachteiligte Mitglieder der Gesellschaft und Stärkung der Gesundheitssysteme, einschließlich der Beobachtungsmechanismen.

Die Wichtigkeit tragfähiger Partnerschaften wurde betont. Bald gehöre die Hälfte der Mitgliedstaaten der Region der Europäischen Union (EU) an, was ein zusammenhängendes und koordiniertes Vorgehen in der Gesundheitspolitik erleichtere, wie es sich auch schon bei den Verhandlungen zum

Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen gezeigt habe. Man werde bei der Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und bei der Einbringung von Gesundheitsaspekten in Handelsabreden ebenso vorgehen.

Es wurde angemerkt, dass die Region paradoxerweise sowohl Geber als auch Empfänger von Geldern sei. Für Länder im wirtschaftlichen Umbruch sei die Reform der Gesundheitssysteme bei knappen finanziellen Mitteln und Zuwendungen schwierig, wenngleich die Gesundheitsversorgung auch allein durch Gesetzgebung verbessert werden könne, wie ein Redner aus einem dieser Länder betonte. Der Vorsitzende des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) Dr. Eskola erinnerte daran, dass in Resolution WHA51.31 eine Evaluierung des Verteilungsschlüssels für die ordentlichen Haushaltszuweisungen an die Regionen gefordert worden sei, und bat darum, die unterstützungsbedürftige Europäische Region zu berücksichtigen.

Einige Delegierte erklärten den Willen zur fortgesetzten Zusammenarbeit mit der WHO, deren Führungsrolle unerlässlich sei und die vor allem für die Beseitigung von gesundheitlichen Verteilungsgerechtigkeiten dringend benötigt werde. Ein Redner forderte eine bessere Abstimmung zwischen den Mitgliedstaaten, der WHO, dem Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie UNAIDS, insbesondere um die Ausnutzung der Ressourcen in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) zu optimieren. Den Millennium-Entwicklungszielen müsse Vorrang eingeräumt werden. Infektionskrankheiten müssten vor allem mit Hinblick auf Impfmaßnahmen genauer untersucht werden. Das von der EU ins Auge gefasste europäische Zentrum zur Prävention und Bekämpfung von Krankheiten werde eng mit der WHO zusammenarbeiten.

Die Absicht des Generaldirektors, der Feier zum 25. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata beizuwohnen und somit offiziell ein GUS-Land zu besuchen, wurde begrüßt. Ein Delegierter bat Dr. Lee, den Vorschlag zu unterstützen, die Jahre 2005 bis 2015 zur Internationalen Süßwasserdekade zu erklären und einen Globalen Süßwasserfonds zu schaffen.

In seiner Erwiderung bekräftigte der Generaldirektor das Prinzip der „einen WHO“ und unterstrich die entscheidende Bedeutung von primärer Gesundheitsversorgung und besseren Gesundheitssystemen für das Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele. Er sei sich der paradoxen Geldströme in der Region und der Notwendigkeit eines ausgeglichenen Haushalts bewusst. Um einer größeren Effizienz willen müsse man einen Haushalt anstreben, der ordentliche und außerordentliche Mittel zusammenführe.

Bericht des Regionaldirektors

(EUR/RC53/Inf.Doc./1)

Zu Beginn seines Berichts an das Regionalkomitee gedachte der Regionaldirektor der WHO-Bediensteten, die in Erfüllung ihres Auftrags ums Leben gekommen waren, und führte dann vier Ereignisse als beispielhaft für das außergewöhnliche vergangene Jahr an. Der erfolgreiche Kampf gegen das SARS, die Annahme des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens und die erhöhte Wachsamkeit gegenüber Aids in einigen Ländern der Europäischen Region sowie deren verstärkte finanzielle Unterstützung durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hätten gezeigt, dass Transparenz und die wissenschaftliche Zusammenarbeit aller Länder der öffentlichen Gesundheit am besten dienen, auch wenn es hier noch viel zu tun gebe. Diese Erfolge und die Rolle der WHO bei der Mobilisierung von Ressourcen und der Anregung zur Zusammenarbeit hätten zu wachsenden Erwartungen an die Organisation geführt. Die Wahl des neuen WHO-Generaldirektors Dr. Jong-Wook Lee (dessen konzeptionelle Vorstellungen durchaus denen des Regionalkomitees entsprechen) biete als viertes wichtiges Ereignis den Mitgliedstaaten die Vorteile einer einigten WHO, die die Verschiedenheit ihrer Regionen respektiere.

Das Regionalbüro biete den Ländern der Region unter Berücksichtigung ihrer Verschiedenheit und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Organisationen zunehmend differenzierte und konkrete Dienste an. Diese umfassten sowohl Antworten auf eine steigende Zahl von Anfragen einzelner Länder als auch weiter gefasste Konzepte für unterschiedliche Teile der Region. Zu den letzteren zählten die Zukunftsforen, die Entscheidungsträgern im Westen und Südwesten der Region Instrumente an die Hand

gaben, und die Programme für öffentliche Gesundheit im Rahmen des Stabilitätspakts für Südosteuropa, die durch Frankreich, Griechenland, Italien, Schweden und Slowenien unterstützt würden. Hinzu komme die Arbeit mit der Europäischen Kommission, auch die EU-Beitrittsländer von dem Programm für öffentliche Gesundheit profitieren zu lassen, und eine wirksamere Zusammenarbeit in der GUS, insbesondere mit der Weltbank. Auch wenn alle Fach- und Verwaltungsabteilungen des Regionalbüros zur Umsetzung seiner Länderstrategie beisteuerten, so seien doch die Länderbüros in 28 Mitgliedstaaten für einen Großteil der gemachten Fortschritte verantwortlich.

Außerdem habe man im Bereich der öffentlichen Gesundheit Aktivitäten durchgeführt, die sich thematisch aus Resolutionen des Regionalkomitees und ministeriellen Konferenzen oder globalen Programmen ergeben hätten. Im Rahmen der umfassenderen Reaktion der Vereinten Nationen auf die Bedrohung durch HIV/Aids und in enger Abstimmung mit dem Gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) und weiteren Partnern habe das Regionalbüro seine Arbeit darauf konzentriert, den Mitgliedstaaten bei der Ausweitung ihrer Programme für Prävention, Behandlung und Pflege zu helfen. Es unterstütze die Länder auch dabei, aussichtsreiche Anträge auf Mittel aus dem Globalen Fonds und von der Weltbank zu stellen.

Mit Unterstützung Frankreichs und Norwegens und in Zusammenarbeit mit weiteren Mitgliedstaaten habe das Regionalbüro ein Informationssystem zur Beobachtung, Bewertung und Verschärfung von Anti-Alkoholmaßnahmen eingerichtet. Die Länder würden aufgefordert, das Regionalbüro hierbei zu unterstützen, sodass es seiner Aufgabe in diesem Bereich vollkommen gerecht werden könne. Die für Juni 2004 geplante Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit werde zusammen mit vielen Partnern vorbereitet und werde voraussichtlich zu einem Aktionsplan für die Verbesserung der Umwelt und Gesundheit von Kindern führen. Außerdem werde an die neue Strategie der Europäischen Kommission zu Umwelt und Gesundheit angeknüpft.

Für die Länder, die bei der Reform ihres Gesundheitswesens um Rat gebeten hätten, habe das Regionalbüro damit begonnen, einen einzigartigen, bedarfsgerechten Informationsdienst einzurichten. Die Gesundheit alter Menschen werde programmübergreifend berücksichtigt. Das Regionalbüro werde im kommenden Jahr dem Regionalkomitee eine breite und umfassende Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorlegen.

In zwei weiteren Bereichen habe das Regionalbüro zur globalen Arbeit der WHO beigetragen. Im ersten, Gewalt und Gesundheit, habe das Regionalbüro die Bekanntgaben des vom Hauptbüro zu diesem Thema vorgelegten Berichts in der Region koordiniert. Im zweiten, Armut und Gesundheit, arbeite das Europäische WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung auch an einer Anpassung der Millennium-Entwicklungsziele an die Bedürfnisse der Region.

Viel Arbeit werde in die Neuausrichtung und Aktualisierung der Informationssysteme des Regionalbüros gesteckt, und mit Unterstützung des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung versuche man, die gesamte Arbeit des Büros auf der Grundlage evidenzbasierter Informationen durchzuführen. Das neue Health Evidence Network (HEN) beantworte häufige Fragen von Entscheidungsträgern mit brauchbaren, evidenzbasierten Informationen. Das Büro werde die HEN-Zusammenarbeit ausdehnen, sodass das System einen einzigartigen Zugang zu nützlichen, vielfältigen Informationsquellen biete. Außerdem habe das Regionalbüro seine Struktur weiter verbessert und für eine harmonische und anregende Personalführung gesorgt. In diesem Zusammenhang dankte der Regionaldirektor abschließend den Mitarbeitern für ihr Engagement.

Zsuzsanna Jakab, die Vorsitzende des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC), berichtete über die Fortschritte, die bei den Vorbereitungen auf die für 2004 in Budapest, Ungarn, geplante Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit gemacht worden seien. Der EEHC habe sich als Lenkungsausschuss der Konferenz mit dem Stand der Vorbereitungen befasst und den Regionaldirektor bei den beiden Tagungen des Ausschusses beraten, und auf der Zweiten Zwischenstaatlichen Vorbereitungstagung in Stockholm hätten sich die Mitgliedstaaten auf die thematische Reichweite, die Ausrichtung und die angestrebten Ergebnisse der Konferenz geeinigt.

Die vorrangigen Themen ließen sich in drei Hauptbereiche gruppieren. Der erste Themenkomplex betraf die seit der Ersten Europäischen Konferenz Umwelt und Gesundheit im Jahr 1989 erzielten Fortschritte, es gehe dabei um die Beurteilung der Auswirkungen des Prozesses Umwelt und Gesundheit in den Ländern und um die Berichterstattung über die seit der Dritten Konferenz im Jahr 1999 gemachten Fortschritte. Bei dem zweiten Themenbereich gehe es um die Entwicklung von zwei Instrumenten für die Entscheidungsfindung, nämlich eines Informationssystems für Umwelt und Gesundheit und von Leitlinien für die praktische Anwendung des Vorsorgeprinzips. Im dritten Bereich liege der Schwerpunkt auf Themen von wachsender Bedeutung: Wohnen, Energie und nachhaltige Entwicklung sowie vielleicht den gesundheitlichen Auswirkungen extremer klimabedingter Ereignisse, auf die das Gesundheitswesen reagieren müsse.

Man arbeite an zwei wichtigen Konferenzresultaten, nämlich an einem Aktionsplan für die Verbesserung der Umwelt und Gesundheit von Kindern (CEHAPE), mit dem man in der gesamten Region Maßnahmen für die Schaffung einer gesünderen Umwelt für Kinder bewirken wolle, und der Konferenzerklärung, in der festgeschrieben werde, wozu sich die Mitgliedstaaten im Hinblick auf die einzelnen vorrangigen Themenbereiche verpflichtet hätten. Synergiewirkungen zwischen der Arbeit der WHO und der neuen Umwelt- und Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission seien dabei notwendig.

Der Erfolg könne nur durch die weitgehende Beteiligung aller an der Thematik Interessierten an der Konferenz und deren Anschlusstätigkeiten gesichert werden. Man plane eine Reihe von Aktivitäten, in die nichtstaatliche Organisationen (NGOs) und bürgernahe Gremien, aber auch Kinder und Jugendliche einbezogen werden sollten, man brauche dafür aber mehr Mittel. Man denke bei den künftigen Aktivitäten z. B. an eine Kommunikationskampagne, durch die man der Konferenz im Bewusstsein von Politikern und bei allen anderen Interessenten, darunter auch bei Jugendlichen, ein klares Profil verleihen wolle, sowie an zwei weitere zwischenstaatliche Vorbereitungsstagen.

In der sich anschließenden Aussprache äußerten sich viele Delegierte vor allem positiv zu der Strategie des Regionalbüros, seine Dienste den Bedürfnissen der Länder anzupassen und einen Ausbau seiner Länderversen anzustreben. Die Arbeit des WHO-Büros in der Russischen Föderation sei ein gutes Beispiel dafür, was sich in dieser Hinsicht erreichen lasse. Mehrere Delegationen hoben auch den persönlichen Beitrag des Regionaldirektors zu den fachlichen Aktivitäten, zur Arbeit mit den Gebern und anderen partnerschaftlichen Tätigkeiten hervor und bezeichneten es ebenfalls als positiv, dass er sich mit um eine Kompromisslösung für das Problem der WHO-Beitragszahlungen durch die GUS bemüht habe.

Mehrere Delegierte nahmen zur Kenntnis, dass sich das Regionalbüro vorrangig ausgesprochen wichtigen inhaltlichen Themenkomplexen zugewandt habe, wie z. B. HIV/Aids, Tuberkulose, psychische Gesundheit, Tabak und Alkohol sowie der Gesundheit von Frauen und Kindern. Viele schilderten die erfolgreiche Zusammenarbeit des Regionalbüros mit ihrem Land bei Aufgaben wie der Formulierung einer Gesundheitspolitik, der Schaffung einer Gesundheitsgesetzgebung und der Durchführung von Gesundheitsreformen und schlugen anderen Ländern vor, diesem Beispiel zu folgen. Verschiedentlich wurden auch Vorschläge dafür vorgebracht, wie solche Tätigkeiten verbessert oder erweitert werden könnten, so wie auch Fragen zur künftigen Arbeit gestellt wurden. In einem Fall wurde beispielsweise gefragt, ob das Regionalbüro erneut einen Regionalbeauftragten für den Bereich Alkohol einsetzen werde, damit dieser Themenkomplex seine Dringlichkeit behalte, während eine andere Delegation danach fragte, wie das Regionalbüro die nationalen Prozesse unterstützen wolle, die für die Ratifizierung und Umsetzung des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens (FCTC) notwendig seien. Eine Delegation stellte sich hinter die Arbeit der WHO zum Thema Ernährung und Bewegung und fragte in diesem Zusammenhang, wie man die globalen und regionalen Prozesse koordinieren wolle. Außerdem schlugen zwei Delegierte vor, das Sekretariat möge auf der 54. Tagung des Regionalkomitees über die Fortschritte bei der Umsetzung von Resolution EUR/RC52/R8 über die Intensivierung der Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO berichten. Abschließend berichtete ein Delegierter, dass sein Land das Internationale Süßwasserjahr 2003 begangen habe, und schlug vor, für diesen Bereich einen globalen Fonds zu schaffen und den Zeitraum 2005–2015 zur Süßwasserdekade der Vereinten Nationen zu erklären.

Mehrere Delegationen unterstrichen die Bedeutung der Gesundheitsinformation. Eine bat eindringlich um die Weiterentwicklung des Informationssystems für Umwelt und Gesundheit, eine weitere äußerte Interesse an den Fortschritten des neuen HEN, und es wurde vorgeschlagen, das Regionalbüro möge, insbesondere angesichts der hohen Zahl von Sterbefällen unter älteren Menschen, die während der kürzlichen Hitzewelle zu beklagen gewesen sei, nach Möglichkeiten suchen, die schnellere Meldung von qualitativ besseren Mortalitätsstatistiken sicherzustellen.

Das Thema Umwelt und Gesundheit löste das größte Interesse aus. Viele Delegationen äußerten sich anerkennend zum Bericht des EEHC sowie zu den Vorbereitungen auf die Budapester Konferenz und den Vorschlägen für die inhaltliche Gestaltung und die angestrebten Ergebnisse der Konferenz. Sie legten dar, wie sich ihr jeweiliges Land an dem Prozess beteilige, und schlugen weitere Themen für die Konferenz vor, wie z. B. das Protokoll über die Strategische Umweltverträglichkeitsprüfung zum Übereinkommen über die Umweltverträglichkeitsprüfung im grenzüberschreitenden Zusammenhang und die gesundheitlichen Auswirkungen – vor allem für Kinder – von Klimaveränderungen und insbesondere der Umweltbedingungen im Aralseegebiet und der Folgen des Kernkraftunfalls von Tschernobyl. Ein Delegierter erklärte, sein Land werde für die zwischenstaatliche Tagung im Jahr 2004 die Rolle des Gastgebers übernehmen.

Viele Delegierte äußerten sich auch anerkennend zur Arbeit des Regionalbüros bei der Beschaffung von Ressourcen, der Koordination von Maßnahmen und der Anknüpfung von Partnerschaften und baten es eindringlich, diese Rolle beizubehalten.

Drei als Vertreter von Partnerorganisationen eingeladene Redner sprachen zu den Delegierten des Regionalkomitees. Fernand Sauer, Direktor für Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung in der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission, erklärte, der Regionaldirektor und das Regionalbüro hätten den zum EU-Beitritt der zehn Kandidatenländer hinführenden Prozess durch die Ausarbeitung von Sachstandsberichten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in diesen Ländern und über die Gesundheitssysteme dieser Länder unterstützt. Das jährliche „Gipfeltreffen“ zwischen dem Regionaldirektor und Mitarbeitern der Europäischen Kommission sei einer Tagung vorausgegangen, an der auch die WHO-Generaldirektorin und die EU-Gesundheitsminister teilgenommen hätten und bei der es um die Koordination von Maßnahmen für die SARS-Bekämpfung gegangen sei. Die beiden Partner würden auch weiterhin zusammenkommen, um ihre Arbeit zu koordinieren und zu planen. Man habe bereits einen Mitarbeiteraustausch begonnen und die EU hoffe, im Jahr 2005 ein Zentrum für die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten einrichten zu können.

Die Europäische Kommission habe das FCTC unterzeichnet und werde dessen Ratifizierung durch alle EU-Mitgliedstaaten unterstützen. Sie werde sich im Jahr 2005 an der WHO-Konferenz zur psychischen Gesundheit beteiligen und unterstütze die Vorbereitungen auf die Konferenz von Budapest. Außerdem habe die Europäische Kommission alle fünf vom Regionalbüro vorgeschlagenen Projekte unter die in der ersten Runde für das neue Gesundheitsprogramm der EU ausgewählten 50 Projekte aufgenommen.

Gabriella Battaini-Dragoni, Generaldirektorin für Soziale Kohäsion beim Europarat, schilderte die vom Europäischen Gesundheitskomitee des Europarats, dem auch die EU und die WHO angehören, geleiteten Aktivitäten. Die gesundheitliche Zusammenarbeit der drei Organe habe mit dem Europäischen Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen (ENHPS), mit Partnerschaften zur Förderung der Patientenrechte und dem Projekt Gesundheitsförderung im Strafvollzug begonnen. Nach dem Notenaustausch zwischen Frau Battaini-Dragoni, Herrn Sauer und dem Regionaldirektor im Jahr 2001 seien weitere Bereiche hinzugekommen, nämlich der Beitrag des Europarats zu der neuen EU-Richtlinie für Blutsicherheit, seine Zusammenarbeit mit der WHO bei der Umsetzung der Verpflichtung von Dubrovnik und die gemeinsamen Bemühungen um die Bekämpfung der Tuberkulose in der Russischen Föderation. Drei künftige Kooperationspläne konzentrierten sich auf die Unterstützung des Europarats für die Vorbereitung der WHO-Konferenz über psychische Gesundheit im Jahr 2005 und auf die Arbeit für die Gesundheit älterer Menschen sowie auf den Themenkomplex Gewalt und Gesundheit. In allen Bereichen hoffe man auf die Projektfinanzierung durch die Entwicklungsbank des Europarats.

Angesichts der Tatsache, dass drei WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region auch der Region Gesamtamerika angehören und zwei weitere als Beobachter an den Regionalkomiteetagen dieser Region teilnehmen, zeigte sich Dr. Mirta Roses Periago, die WHO-Regionaldirektorin für Gesamtamerika, erfreut darüber, als erste Regionaldirektorin der Regionalkomiteetagung einer anderen Region beiwohnen zu dürfen. Die beiden Regionalorganisationen hätten nach ihrer Auffassung zahlreiche Möglichkeiten, Erfahrungen auszutauschen, Synergiewirkungen zu erzielen und zusammenzuarbeiten.

Jede Region habe in unterschiedlichen Bereichen eine Pionierrolle übernommen: die Europäische Region auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung, mit dem Gesunde-Städte-Projekt, dem ENHPS und der Gesundheitssystemreform, die Region Gesamtamerika dagegen mit der Eradizierung der Poliomyelitis, der Masern und jetzt auch der Röteln und mit der Veranstaltung einer jährlichen Impfwoche in der gesamten Region. Beide Regionen hätten bei vielen Themen ähnlich gelagerte Interessen, beispielsweise bei den Themen Altern, Armut, Finanzierung von Gesundheitssystemen und Qualität der Versorgung, und man habe sogar Parallelprogramme zu nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI und CARMEN) sowie Beobachtungsstellen mit einander ergänzenden Aufgabengebieten (Gesundheitssysteme und Humanressourcen).

Im Dezember 2003 würden leitende Mitarbeiter beider Regionalbüros in Washington, DC über den Ausbau ihrer Zusammenarbeit beraten, und das Regionalbüro für Gesamtamerika werde genauestens verfolgen, welche Fortschritte die Europäische Region im Bereich Umwelt und Gesundheit mache.

Frau Jakab antwortete auf die Beiträge aus dem Plenum und dankte den Delegierten für die aus den Ländern kommende Unterstützung und die Beiträge zur Budapester Konferenz. Sie habe sich ihre Kommentare und Vorschläge notiert und der EEHC werde sich auf seiner nächsten Tagung damit befassen.

Der Regionaldirektor dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros. In Erwiderung auf die gestellten Fragen bekräftigte er, dass das Regionalbüro entschlossen sei, die Mitgliedstaaten insgesamt und einzeln bei der Ratifizierung und Umsetzung des FCTC zu unterstützen, wobei sich diese Unterstützung unterschiedlich gestalten werde, nämlich als Fallstudien in Ländern, die in diesem Prozess bereits weiter fortgeschritten seien, als Ausweitung des Informationssystems für Antitabakmaßnahmen auf FCTC-relevante Fragen und als Möglichkeit einer Sondersitzung der Parlamentarischen Versammlung des Europarats, um deren politische Unterstützung für die Ratifizierung des FCTC zu erlangen.

Der Regionaldirektor und Herr Sauer hätten vereinbart, bei der systematischen und schnellen Sammlung von Informationen zusammenzuarbeiten und das Regionalkomitee werde die Zusammenfassung einer Untersuchung über die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen erhalten. Außerdem werde man noch weitere Informationen über die verschiedenen vom Regionalbüro im Bereich Umwelt und Gesundheit durchgeführten Programme verteilen.

Die Tatsache, dass viele der in der Region Gesamtamerika gemeldeten Masernfälle aus Europa eingeschleppt worden seien, deute darauf hin, dass sich die Region ein Ziel für die Eradizierung der Masern setzen müsse. Der SCRC werde sich mit der Bitte befassen, auf der Tagung des Regionalkomitees im kommenden Jahr einen Sachstandsbericht über die Bekämpfung der Tuberkulose vorzulegen.

Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (*EUR/RC53/4, /4 Add.1, /Conf.Doc./1 und /Conf.Doc./9*)

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses teilte mit, dass der zehnte SCRC im Laufe des Jahres fünfmal zusammengetreten sei und dass die Berichte dieser Tagungen auf der Website des Regionalbüros zugänglich seien, damit die Mitgliedstaaten auf die zwischen den Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen reagieren könnten. Der SCRC habe die Maßnahmen überprüft, die das Sekretariat infolge der vom Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen ergriffen habe, und daneben auch die zur Erörterung bei dieser Tagung des Regionalkomitees anstehenden Fachthemen mit ausgewählt und vorbereitet. Einzelne Mitglieder des SCRC würden dessen Ansichten zu diesen Themen unter den entsprechenden Tagesordnungspunkten vorstellen.

Neben anderen Themen habe der SCRC auch den Haushalt der Organisation für 2004–2005 erörtert. Der SCRC habe zur Kenntnis genommen, dass die Umsetzung der Resolution WHA51.31 von 1998–1999 bis 2004–2005 zu einer erkennbaren Aufstockung des ordentlichen Haushalts der Europäischen Region um gut 4,5 Millionen US-\$ geführt habe, habe jedoch dazu aufgefordert, die bislang ergriffenen Maßnahmen gründlich auszuwerten und die Resolution weiterhin in ihrer Gänze umzusetzen.

Im Laufe des Jahres hätten sich der Vorsitzende des SCRC und der Regionaldirektor mit einem Mitglied des Teams zur Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung getroffen und mit ihm ausführlich den Bericht und die Methodik der Evaluierung erörtert. Diese Erörterung habe alle eventuell entstandenen Missverständnisse ausgeräumt. Im Anschluss daran habe der SCRC die Anmerkungen des Sekretariats zu den Empfehlungen der externen Gutachter detailliert geprüft. Er habe mit Genugtuung die hohe Qualität des Evaluationsberichts zur Kenntnis genommen und den Eindruck gewonnen, dass viele der Empfehlungen weit reichende Konsequenzen für die Europäische WHO-Region haben würden.

Der zehnte SCRC habe einen Unterausschuss zur Evaluierung der gegenwärtigen Regelung für die Mitgliedschaft im Exekutivrat eingesetzt, der gemäß des auf dem vorangegangenen Regionalkomitee festgelegten Aufgabenbereichs gearbeitet habe. Außerdem habe der Unterausschuss, wie vom 49. Regionalkomitee gefordert, die Möglichkeiten einer neuen Regelung untersucht, wonach die Einigung auf Kandidaten für den Exekutivrat nach objektiven Kriterien wie geografische Verteilung und unter Berücksichtigung weiterer Elemente erfolgen müsse, in Übereinstimmung mit den im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 festgelegten Prinzipien der Solidarität und Transparenz. Der SCRC habe den Unterausschuss zur Mitgliedschaft im Exekutivrat gebeten, die herkömmliche Praxis, bestimmte Ausschusssitze den Ländern mit „semi-permanenter“ Mitgliedschaft im Exekutivrat vorzubehalten, zu überprüfen und Änderungsvorschläge zu erarbeiten.

Nach mehreren Tagungen und Beratungen mit ausgewählten Mitgliedstaaten im Verlauf des Jahres habe der Unterausschuss im April 2003 dem Zehnten SCRC auf seiner dritten Tagung über seine Tätigkeit berichtet. Der Unterausschuss habe sich von dem Prinzip leiten lassen, dass über längere Zeit alle Länder ausgeglichene Chancen für die Teilnahme an der Arbeit des Exekutivrats haben sollten. Um dies zu erreichen, habe er angeregt, den Turnus der „semi-permanenten“ Mitglieder auf drei Jahre Mitgliedschaft in sechs Jahren zu verändern, und fünf objektive Kriterien vorgelegt, die bei der Auswahl der für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat in Frage kommenden Länder angewendet werden sollten. Er habe auch empfohlen, hierfür die Mitgliedstaaten der Europäischen Region geografisch zu gruppieren, und habe Leitlinien für die Auswahl der einzelnen Kandidaten vorgeschlagen. Er habe unterstrichen, wie wichtig es sei, die Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung zu ratifizieren, die die Zahl der Sitze für die Europäische Region im Exekutivrat von sieben auf acht erhöhen. Der Unterausschuss sei außerdem zu der Ansicht gelangt, dass das Verfahren der „Semi-Permanenz“ bei Nominierungen für Ämter in den Ausschüssen der Weltgesundheitsversammlung nicht angewendet werden solle. Abschließend habe er angeregt, die neue Regelung, sofern diese vom Regionalkomitee angenommen werde, im Jahr 2010 durch den SCRC auswerten zu lassen.

Der zehnte SCRC habe sich vorbehaltlos hinter alle Empfehlungen des Unterausschusses gestellt und einvernehmlich vereinbart, diese dem Regionalkomitee als Maßnahmenbündel vorzulegen. Da sich seit 1997 bereits zwei Unterausschüsse mit dem Thema befasst hätten und es auch auf zwei Sondersitzungen behandelt worden sei, sei der SCRC außerdem der Ansicht gewesen, dass von einer erneuten Zurückverweisung an ihn kein Gewinn zu erwarten sei, falls die Vorschläge für das Regionalkomitee nicht akzeptabel seien.

In der sich anschließenden Aussprache unterstützte eine Reihe von Rednern die Empfehlung des Ständigen Ausschusses, die Umsetzung von Resolution WHA51.31 auszuwerten, und forderte dazu auf, die Verteilung der außerplanmäßigen Mittel auf die Regionen zu überprüfen.

Ein Delegierter hob hervor, dass die in dem SCRC-Bericht enthaltenen Angaben zum Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria veraltet seien. Inzwischen sei beschlossen worden,

dass auch Länder mit mittlerem Volkseinkommen zur Unterstützung berechtigt seien. Zwölf Länder der Europäischen Region hätten bereits Mittel aus dieser Quelle erhalten. Das Regionalbüro wurde aufgefordert, führend an einer besseren Koordinierung der aus diesen Mitteln finanzierten Tätigkeiten mitzuwirken.

Das Sekretariat wurde um ausführlichere Informationen über die geleistete und geplante Arbeit zur Verwirklichung der Empfehlungen aus der Evaluierung der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung gebeten. Es wurde auch angeregt, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die das Fortschreiten der Reformen der Gesundheitsversorgung in den Ländern prüfen und dabei besonders auf jene Länder achten sollte, die von der WHO einschlägige Unterstützung erhielten.

Der SCRC wurde für seine hervorragende Arbeit bezüglich der Regelungen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat gelobt. Seine Empfehlungen seien zwar ein Kompromiss, dieser sei jedoch für alle Länder akzeptabel. Eine einvernehmliche Auswahl der Länder innerhalb der Gruppierungen werde eindeutig bevorzugt. Um Missverständnissen vorzubeugen wurde vorgeschlagen, die objektiven Kriterien für die Auswahl der Mitgliedstaaten und der Kandidaten sowie die Einzelheiten der geografischen Gruppierung der Länder in den dem Regionalkomitee vorliegenden Resolutionsentwurf aufzunehmen. Zum Abschluss wurden die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten, soweit sie dies noch nicht getan hätten, die Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung zu ratifizieren. Der SCRC wurde ersucht, die Mitgliedstaaten, die die Satzungsänderungen noch nicht ratifiziert hätten, um diesbezügliche Information anzugehen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R1 und EUR/RC53/R6.

Grundsatz- und Fachfragen

Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC53/7 und /Conf.Doc./2)

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, erläuterte einleitend, dass während der letzten fünf Jahre mehrere Initiativen ergriffen worden seien, durch die sich bei Politikberatern das Bewusstsein für die durch psychische Krankheiten verursachte Belastung verschärft habe. Dadurch sei die psychische Gesundheit überall in der Region auf der politischen Tagesordnung zwar nach vorn gerückt, doch bestünden in der Erbringung von Diensten, in der Prävalenz, der Sterblichkeit und der Politikentwicklung weiterhin sehr große Unterschiede. Man habe wohl Fortschritte erzielt, die aber durch die zunehmende Last der psychischen Krankheiten wieder an Wirksamkeit einbüßten. Regionale Trends und Statistiken verdeutlichten das Problem. Es müsse mehr getan werden, um die Stigmatisierung der Schizophrenie zu überwinden. Viele psychisch kranke Menschen sähen sich als Folge der Schließung von Institutionen oder eines politischen Kurswechsels der Vernachlässigung ausgesetzt und viele Obdachlose seien psychisch krank, wobei keine Stelle in Politik oder Fachwelt die übergeordnete Verantwortung für ihr Wohlergehen habe. In Mittel- und Osteuropa würden immer noch zu viele Patienten in großen Einrichtungen behandelt. Man brauche eine gemeindenahere Gesundheitsversorgung, für die Krankenhäuser dann wichtige Rückendeckung bieten könnten.

Es zeichneten sich jedoch auch Reformprozesse ab. Im regionalen Programm Psychische Gesundheit habe man auf Anfragen von Mitgliedstaaten die erforderliche Sachkenntnis für Lageeinschätzungen sowie für Beratung und Hilfe bei der Überwachung der Umsetzung nationaler Strategien bereit gestellt. Viele Mitgliedstaaten hätten bereits zu einer gemeindenahen Versorgung führende Reformen durchgeführt oder zumindest eingeleitet, und in vielen seien während der letzten beiden Jahre die einschlägigen Gesetze reformiert worden.

Im Programm Psychische Gesundheit habe man vier Schwerpunktbereiche der weiteren Arbeit ermittelt, und zwar Frühsterblichkeit und überhöhte Morbidität, Entstigmatisierung, Länderanalyse sowie psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die für diese vier Themenkomplexe eingerichteten Sonderarbeitsgruppen seien von den Mitgliedstaaten, dem Europäischen WHO-Verbund für Psychische

Gesundheit und dem Europäischen WHO-Verband für Suizidprävention gut unterstützt worden und die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro habe sich sehr fruchtbar gestaltet.

Angesichts der Bedeutung, die der psychischen Gesundheit für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zukomme, sei es jetzt an der Zeit, eine europäische ministerielle Konferenz zu diesem Thema abzuhalten, die der Lageanalyse, der Vereinbarung von Leitgrundsätzen für eine Politik zur psychischen Gesundheit und der Sicherstellung der verpflichtenden politischen Handlungsbereitschaft dienen solle. Man schlage deshalb vor, im Januar 2005 in Helsinki unter dem Motto „Psychische Gesundheit in Europa: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ eine ministerielle WHO-Konferenz abzuhalten. Man beabsichtige damit, Gesundheitspolitiker, Politikberater und andere wichtige Akteure wie Leistungserbringer und -nehmer zusammenzubringen, die sich mit den in der Region bestehenden Politikkonzepten auseinandersetzen, die Rahmenbedingungen für die Förderung der psychischen Gesundheit erkunden sowie Hindernisse für die Prävention und Behandlung psychischer Störungen aufzeigen sollten und evidenzbasierte, in Politik umsetzbare Lösungsvorschläge unterbreiten sowie einen Aktionsplan aufstellen müssten. Als Vorbereitung habe man bereits Tagungen zu den Themen Menschenrechte und Stigmatisierung psychischer Störungen durchgeführt und plane weitere zu den Themen Suizidprävention, gesellschaftlich bedingter Stress und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Man habe einen Lenkungsausschuss eingesetzt, dem neben Vertretern der Mitgliedstaaten, die sich als Gastgeber von Vorkonferenzveranstaltungen angeboten hätten, auch Vertreter der Europäischen Kommission, des Europarats und von Mental Health Europe angehörten. Durch Fallstudien, Surveys und Konsultationen werde man sich um die aktive Einbindung der Mitgliedstaaten bemühen.

Dr. Viktor Jaksons, Mitglied des SCRC, erklärte, dass der Ständige Ausschuss bekräftigt habe, dass die psychische Gesundheit ein unabdingbarer Bestandteil der öffentlichen Gesundheit sei, und zur Kenntnis genommen habe, dass die meisten behinderungsfreien Lebensjahre aufgrund von depressiven Störungen, Stress und anderen psychischen Gesundheitsproblemen verloren gingen. Zu den psychische Gesundheitsprobleme auslösenden Faktoren zählten Veränderungen des sozioökonomischen Status, bewaffnete Auseinandersetzungen, zunehmende Armut und die sich selbst in der industrialisierten Welt ständig vertiefende Kluft zwischen Armen und Reichen. Der SCRC habe die Vorbereitungen auf die Ministerielle Konferenz sowie die Wirksamkeit der im Bereich psychische Gesundheit arbeitenden Netze und das partnerschaftliche Zusammengehen mit der Europäischen Kommission, mit nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) und anderen Organen begrüßt. Man brauche Querverbindungen zu Programmen wie dem zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs. Außerdem müsse man gesellschaftliche wie individuelle Aspekte berücksichtigen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Die Erfahrung zeige, dass gemeindenahere Konzepte wohl überlegt eingeführt werden müssten unter gebührender Berücksichtigung der Menschenrechte und erst, nachdem man die Gesellschaft entsprechend sensibilisiert habe. Der Ständige Ausschuss habe betont, dass man als Ergebnis ein verschärftes Problembewusstsein unter Politikern sowie fundierte Politikkonzepte für den Bereich psychische Gesundheit erwarte und davon ausgehe, dass den Mitgliedstaaten geholfen werde, auf der Grundlage allgemein akzeptierter Prinzipien und Wertvorstellungen ihre eigene Politik zu formulieren.

In der sich anschließenden gründlichen Aussprache wurde der Bericht mit seiner guten Trendanalyse sowie seiner Darstellung der in der Region zu findenden Erfolge, Hindernisse und Unterschiede allgemein begrüßt. Einige Delegierte berichteten über den Stand der Arbeit im Bereich psychische Gesundheit in ihrem jeweiligen Land und über die durchgeführten Reformen, wie z. B. Abbau der Krankenhausversorgung, Ausweitung der gemeindebasierten Versorgung um die Erarbeitung von Fortbildungsmodulen für Fachkräfte der Primärversorgung und Förderung der psychischen Gesundheit durch Aufklärungsprogramme, die praktische Fertigkeiten für die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen vermittelten, außerdem über Maßnahmen wie Mediens Schulung und eine die Thematik psychische Gesundheit besser berücksichtigende Ausweitung des medizinischen Curriculums. Ein Delegierter meinte unter Hinweis auf Partnerschaften außerhalb der WHO, dass die Projekte des Stabilitätspakts, insbesondere das Projekt zur psychischen Gesundheit in südosteuropäischen Ländern, hätten erwähnt werden sollen. Außerdem müssten die vorrangigen Arbeitsbereiche des Programms Psychische Gesundheit auch auf Themen wie Substanzenmissbrauch ausgedehnt werden.

Mehrere Redner forderten dazu auf, die psychische Gesundheit in alle Public-Health-Programme einzubauen. Sie unterstrichen, dass soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten, Stress, Arbeitslosigkeit und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz für die Entstehung psychischer Gesundheitsprobleme verantwortliche Schlüsselfaktoren seien. Das Gleiche gelte für geschlechtsbedingte Ungleichheiten, soziale Ausgrenzung und Marginalisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung, Substanzenmissbrauch sowie Wohnverhältnisse und persönliche Sicherheit. Einige Delegierte wiesen darauf hin, dass psychische Gesundheitsstörungen zusammen mit Herz-Kreislaufkrankheiten zunehmend zu Behinderungen führten und eine Minderung der gesellschaftlich bedingten Stressbelastung auch Gewalt reduzieren und die Auswirkungen von Katastrophen mildern könne. In einigen Ländern würden Depressionen und chronische Störungen nur selten erkannt, was die Behandlungsmöglichkeiten verringere. Man betonte, dass man Programme zum Schutz der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen und anderen an posttraumatischen Reaktionen Leidenden brauche.

Die Teilnehmer erkannten, dass es an der Zeit sei, die zwischen Wissen und Praxis klaffende Lücke zu schließen und das Schwergewicht auf Behandlung und Prävention zu legen. Innovative Programme wie z. B. die so genannte psychologische Autopsie ließen sich vielleicht eher in kleineren Ländern durchführen. Es wurden auch erfolgreiche Beispiele solcher Programme angeführt. In einem Fall habe man gute Resultate mit einem Suizidpräventionsprogramm erzielt, das vom Privatsektor unterstützt worden sei. Bestätigt wurde auch, dass Laien wie Polizei und Geistlichkeit dabei eine Rolle übernehmen könnten. Es wurde vorgeschlagen, Arbeitgeber und Unternehmen könnten ihrer sozialen Aufgabe und Verantwortung durch eine Politik zur psychischen Gesundheit gerecht werden. Die psychiatrische Rehabilitation sei bereits Teil einiger nationaler Programme. Man müsse sich auf ein gemeinsames Konzept für die Erkennung, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einigen. Die Ausbildung für die psychiatrische Primärversorgung müsse verbessert werden und man müsse Standards für die psychische Gesundheitsversorgung aufstellen. Auch die finanzielle Seite der Thematik fand Erwähnung, u. a. wurde die Empfehlung ausgesprochen, die psychischen Gesundheitsdienste nicht nur chancengerecht zu gestalten, sondern sie auch finanziell ausreichend auszustatten. Eine Delegation bat die Mitgliedstaaten eindringlich, sich stärker um die Harmonisierung von Strategien und Konzepten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu bemühen, eine weitere schilderte den Aufbau eines europäischen Verbunds zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt.

Einige Delegierte forderten dazu auf, in das Programm der Ministeriellen Konferenz von Helsinki auch die Themen Depression mit allen ihren direkten und indirekten Folgen, Stress am Arbeitsplatz und in der Schule, Alkoholmissbrauch und Suizidprävention aufzunehmen. Ein sich aus der Konferenz eventuell ergebender Aktionsplan müsse schlagkräftig und umfassend und fest in den Menschenrechten verankert sein.

Zu diesem Tagesordnungspunkt gaben die Vertreter der World Federation for Mental Health und von Mental Health Europe Erklärungen ab. Schriftliche Statements wurden von der Vertreterin des Europäischen Forums Nationaler Pflege- und Hebammenverbände und der WHO und einem Beobachter des International Bureau for Epilepsy (IBE) eingereicht.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R4.

Die Länderstrategie des Regionalbüros

(EUR/RC53/10 und /Conf.Doc./5)

Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung berichtete, dass die Länderstrategie des Regionalbüros so umgesetzt werde, dass sichergestellt sei, dass die den Ländern geleisteten Dienste ihren konkreten Bedürfnissen besser entsprächen. Man habe dafür auch eine andere Vorgehensweise wählen müssen, um flexibler auf die Wünsche der Länder reagieren und damit die Dienste in der Praxis verbessern zu können. Das Ziel sei es, die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, dem Aufbau ihres Gesundheitssystems und von Gesundheitsprogrammen, bei der Verhütung und Überwindung von gesundheitlichen Gefährdungen, der Vorwegnahme künftiger Herausforderungen und als Fürsprecher der öffentlichen Gesundheit zu unterstützen. Es sei wichtig, die Länder in ihrer Unterschiedlichkeit und der ganzen Bandbreite ihrer sozioökonomischen Gegebenheiten auch unterschiedlich zu behandeln. In einigen

Fällen seien dafür Mechanismen wie zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCAs) und die Reihe der Zukunftsforen erforderlich, und außerdem müsse man die vertikalen Programme der WHO in die Gesundheitssystemarbeit und in gestärkte internationale Partnerschaften für Gesundheit integrieren. Die WHO unterstütze nicht alle Mitgliedstaaten gleich, sondern konzentriere sich auf die Fälle, in denen sie wirklich etwas bewegen könne.

Beim Zukunftsforum kämen zweimal jährlich hochrangige Entscheidungsträger aus den Mitgliedstaaten ohne BCAs (im Wesentlichen aus den westeuropäischen Mitgliedstaaten) zusammen, um Erfahrungen und Visionen zu wichtigen gesundheitspolitischen Fragen auszutauschen. Ihre Schlussfolgerungen würden dann veröffentlicht und allgemein zugänglich gemacht. In den letzten beiden Jahren hätten sich die Bitten um Beistand aus Westeuropa verdoppelt, und als Beispiele wurden die Gesundheitsförderungsarbeit mit Finnland, die Arbeit zur Gewaltproblematik mit Deutschland und dem Vereinigten Königreich, an einem nationalen Gesundheitsaktionsplan in Portugal und zur neuen Gesundheitsgesetzgebung in Frankreich sowie die Hilfe bei der Bewältigung einer umweltbedingten gesundheitlichen Bedrohung in Andorra angeführt.

Eine wichtige, vom Regionalbüro partnerschaftlich mit dem Europarat durchgeführte Initiative sei der Stabilitätspakt für sozialen Zusammenhalt in Südosteuropa, in dem acht Länder gemeinsam in Gesundheitsprojekten an der Verbesserung der Stabilität und wirtschaftlichen Entwicklung dieser Länder arbeiteten. Anhand eines Videos wurde veranschaulicht, welchen Wert diese Länder dieser einzigartigen Initiative beimessen, die nun auch durch die Verpflichtung von Dubrovnik untermauert werde. Sie machten Fortschritte in vorrangigen Arbeitsbereichen wie psychische Gesundheit. Drei eingeladene Redner berichteten danach über ihre Erfahrungen im Rahmen der Initiative.

Tomo Lučić, der Gesundheitsminister von Bosnien-Herzegowina, dem innerhalb der Initiative führend für das psychische Gesundheitsprojekt zuständigen Land, erläuterte, dass der neue Ansatz des WHO-Regionalbüros darauf abziele, den Ländern in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen Organisationen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, und dass dies positive Ergebnisse zeitige. Das Projekt psychische Gesundheit, das hauptsächlich von der griechischen Regierung finanziert werde, arbeite mit externen Sachverständigen auf örtlicher und regionaler Ebene. Es sei das ideale Instrument zur Förderung der regionalen Zusammenarbeit und Partnerschaft. Es gebe jedoch keine Abkürzung: Solche Arbeit brauche Zeit, Entschlossenheit und starke politische Unterstützung. Bosnien-Herzegowina biete sich im Rahmen der Initiative als Gastgeber des zweiten Forums der Gesundheitsminister an.

Professor Athanassios Constantopoulos aus Griechenland betonte, dass sein Land als Geber partnerschaftlich und direkt eng mit den acht Ländern zusammenarbeite und sich möglichst weitgehend engagiere, wobei man sich auf die eigenen Erfahrungen mit der Psychiatriereform stützen könne. Der griechische Finanzbeitrag gehe direkt an die Länder, und mit gutem Willen und harter Arbeit habe man die anfänglichen administrativen Schwierigkeiten weitgehend überwunden. Die Aufgabe bestehe jetzt darin, Kontinuität und Nachhaltigkeit zu wahren, die bürokratischen Hindernisse zu überwinden und den Ländern stärker das Gefühl zu vermitteln, die Initiative eigenständig mitzutragen. Der Einfluss des Projekts werde weit über den Bereich psychische Gesundheit hinaus spürbar sein, und damit könne es als Modell für die gesamte Initiative dienen. Er betonte ausdrücklich, dass der Erfolg des Projekts der WHO zu verdanken gewesen sei.

Karl-Friedrich Bopp vom Europarat führte an, dass die Gesundheitsminister mit der Unterzeichnung der Verpflichtung von Dubrovnik ihre Überzeugung bekräftigt hätten, dass Gesundheitsversorgung, soziales Wohlbefinden und menschliche Entwicklung der Schlüssel zum gesellschaftlichen Wiederaufbau seien, und dass sie sich damit auch verpflichtet hätten, die Einhaltung der grundlegenden Menschenrechte in der Gesellschaft insgesamt und für schwache Bevölkerungsgruppen insbesondere sicherzustellen. Zwei Jahre später sei nun deutlich, dass der soziale Zusammenhalt in der Tat verbessert worden sei und die Partnerschaft von WHO und Europarat wirksam Sachkenntnis und Wertvorstellungen beige-steuert habe. Nachdem man zunächst die Strukturen geschaffen habe, habe die finanzielle Unterstützung folgen können, die von der Entwicklungsbank des Europarats, von Frankreich, Griechenland, Italien, Schweden, der Schweiz und

Slowenien gekommen sei. Der Public-Health-Verbund in Südosteuropa sei ein nachahmenswertes Beispiel der Zusammenarbeit für andere Regionen.

Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung führte weiter aus, wie sich die Arbeit in den Ländern gestalte, und erläuterte u. a. einige Projekte mit EU-Beitrittsländern, wie eine Untersuchung zu deren gesundheitlichen Bedürfnissen und der helfenden Funktion der WHO, die Gesundheitsfördernden Schulen in Lettland und die HIV/Aids-Arbeit in Bulgarien. Nothilfearbeit werde in der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien zur Bewältigung des Flüchtlingsproblems geleistet. Wichtig sei es, nicht nur auf Bedürfnisse zu reagieren, sondern Systeme auch nachhaltig aufzubauen, sodass man nicht nur zeitweilige Hilfe leiste. Aus dem Globalen Fonds für die Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria hätten mit Unterstützung der WHO zwölf Mitgliedstaaten insgesamt 250 Millionen US-Dollar erhalten. Die Thematik Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik gerate zunehmend in den Brennpunkt, was beispielsweise aus der Arbeit hervorgehe, die ihre Abteilung für das „Gesundheitstransformations-programm“ der Türkei oder für den nationalen Gesundheitsaktionsplan von Portugal leiste.

Eine Gruppe von eingeladenen Sachverständigen schilderte danach den Gesundheitsreformprozess in Kirgisistan und erläuterte, wie sich das Regionalbüro mit verschiedenen Partnern darum bemüht habe, diesen Anfang 2003 in Gefahr geratenen Prozess wieder in Schwung zu bringen. Dr. Rifat Atun vom Imperial College im Vereinigten Königreich erläuterte im Namen des Ministeriums für Internationale Entwicklung des Vereinigten Königreichs (DfID) in kurzen Zügen seine gründliche Evaluierung des kirgisischen Gesundheitsreformprogramms. Das Programm werde von jungen, von der WHO geschulten, enthusiastischen kirgisischen Führungskräften geleitet und vom Vereinigten Königreich (DfID) unterstützt. Es biete ein ausgezeichnetes Beispiel für ein gemeinsames Arbeiten, das sich auf fundierte Erkenntnisse und analytische, für die konzeptionelle Arbeit wichtige Fakten stütze, die Projektführung dabei aber weitgehend den örtlichen Mitarbeitern überlasse. Die WHO habe Führungskompetenz und Objektivität beige-steuert. Dominic Haazen von der Weltbank fügte hinzu, dass die Weltbank die kirgisischen Gesundheitsreformen in anderen Ländern als Modell für Nachhaltigkeit vorstelle. Er meinte, dass man auch einige Lehren ziehen könne, beispielsweise sei es wichtig, von Anfang an möglichst weitgehend für Transparenz und Kommunikation zu sorgen, und außerdem müsse man die gemeinsamen Maßnahmen im Land auf höchster Ebene koordinieren. Anschließend schilderte Jerzy Skuratowicz vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen in Kirgisistan, dass das neue Reformprogramm Anfang 2003 einige Rückschläge erlitten habe, dass man die Krise mit der entscheidenden Unterstützung des Regionalbüros und mit Hilfe des im Land ansässigen Koordinators der Vereinten Nationen jedoch erfolgreich überwunden habe. Die WHO spiele auch in anderen Initiativen zur Verwirklichung der Millennium-Entwicklungsziele eine entscheidende Rolle. Dr. Ainura Ibraimova vom kirgisischen Gesundheitsministerium unterstrich, dass man der Unterstützung von Organisationen wie der WHO, der Weltbank, dem UNICEF und dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) sowie des Vereinigten Königreichs (DfID) großen Wert beimesse. Die Gesundheitsreformkrise sei entstanden, weil die Bevölkerung umgehend Resultate habe sehen wollen. Schulung, Verbesserung der Primärversorgung und die Einführung transparenter Finanzierungssysteme brauchten jedoch Zeit, und diese Reformaspekte stießen beim Gesetzgeber nicht immer auf Verständnis.

Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung machte deutlich, dass alle Abteilungen des Regionalbüros dazu beitragen, gute Länderarbeit zu leisten. Mit der die gesamte WHO umfassenden Initiative Schwerpunkt Länderarbeit verfolge man das Ziel, der Arbeit mit den Ländern eine strategische Agenda zu geben, die Sachkompetenz und das Funktionieren der Länderbüros und der dortigen Mitarbeiter-teams zu verbessern und die fachliche Unterstützung zu intensivieren. Die Länderstrategie des Regionalbüros stimme völlig damit überein. Man stelle Informationen über die Länder zusammen, arbeite partnerschaftlich und verbessere das Ressourcenmanagement, was alles dem Ziel diene, die Länderpräsenz der WHO zu stärken und zu vereinheitlichen. Die verbesserte Länderpräsenz der Organisation mache sich bereits bemerkbar. Die Leiter der Länderbüros hätten sich einem Auswahlverfahren und einer umfassenden Schulung unterwerfen müssen, und der Ordentliche Haushalt für die Länderprogramme habe sich seit 1994–1995 nahezu verdoppelt und betrage jetzt fast 12 Millionen US-Dollar. Außerdem arbeite man an weiteren Verbesserungen, u. a. müsse man schneller reagieren können und die Möglichkeit haben, längerfristige Strategien für die Unterstützung der einzelnen Mitgliedstaaten mit einem zeitlichen Rahmen von

vier bis sechs Jahren aufzustellen. Ein Beispiel dafür sei die strategische Agenda in der Russischen Föderation. Die Länderarbeit werde schrittweise geplant, wobei der Prozess einer ständigen Überprüfung unterliege um sicherzustellen, dass er den Bedürfnissen und den in den Ländern anstehenden Aufgaben entspreche.

Abschließend sei zu sagen, dass man immer noch vor einigen ungelösten Aufgaben stehe, beispielsweise seien ein engerer Kontakt zu den Ansprechpartnern und wirksamere Beziehungen zu den Akteuren auf allen Ebenen erforderlich. Außerdem brauche man mehr und besser qualifizierte Mitarbeiter, die Länderbüros müssten in ihrer Arbeit noch stärker standardisiert werden und auch die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und der globalen Initiative Schwerpunkt Länderarbeit bedürfe noch der Verbesserung. Das Länder-Help-Desk stehe bereit, um den Mitgliedstaaten bei ihren Anfragen zu helfen.

Dr. Kiely sagte als Mitglied des SCRC, der Ständige Ausschuss gehe mit dem neuen Ansatz der Länderstrategie einig und erkenne die bisherigen Umsetzungserfolge an. Diese Pionierinitiative, ein sehr wesentlicher Teil der Tätigkeit des Regionalbüros, erfordere noch sehr viel mehr Arbeit, doch die bisherige Umsetzung repräsentiere eine grundlegende Schwerpunktverlagerung und man unterstütze die Struktur- und Funktionsänderungen.

In der sich anschließenden Debatte äußerten sich die Delegationen positiv zu der Tatsache, dass sich die vom Regionalbüro für die Mitgliedstaaten geleisteten Dienste von Qualität und Umfang her verbessert hätten, was es ihnen erlaube, Erfahrungen und Sachkenntnis auszutauschen und von anderen entsprechend zu lernen. Man begrüße die Art und Weise, wie die unterschiedlichen Wünsche, Prioritäten und Konzepte der Entscheidungsträger aus den Ländern Gehör fänden. Die BCAs hätten greifbarer werden lassen, welche Unterstützung das Regionalbüro den Ländern leisten könne, und man begrüße den Gedanken der Entwicklung strategischer, auf vier bis sechs Jahre angelegter Arbeitsprogramme der WHO in den Ländern. Die Länderbüros spielten eine besondere Rolle: Beispielsweise sei der Sonderbeauftragte des Generaldirektors im WHO-Büro für die Russische Föderation mittlerweile das wichtigste Verbindungsmitglied für Partnerschaften im russischen Gesundheitssektor.

In den Ländern des Stabilitätspakts stelle die hochrangige Zusammenarbeit zu gesundheitlichen Anliegen auf teilregionaler Ebene eine flexible und verantwortliche Möglichkeit dar, Ressourcen und Know-how für die Förderung von Teamarbeit und die Bewusstseinsarbeit zu nutzen. Besonders zu schätzen wisse man die Unterstützung, die das Regionalbüro den Ländern leiste, die Gesundheitsreformen in Angriff genommen hätten. Eine Delegation machte jedoch deutlich, dass hochrangige Entscheidungsträger komplizierte Fragen unter dem Gesamtaspekt ihres Gesundheitssystems anzugehen hätten und das Regionalbüro und die Leiter der Länderbüros deshalb imstande sein müssten, Hilfe auf hoher Ebene anzubieten. Die finanziellen Ressourcen für den Gesundheitsbereich seien überwiegend innerhalb der Länder zu finden, weshalb der Erfolg der Länderstrategie des Regionalbüros unter die Verantwortung der Regierungen falle. Das Regionalbüro müsse seine internationalen Ressourcen im Wesentlichen auf die internationale Arbeit konzentrieren, wie z. B. in den Bereichen HIV/Aids und Umwelt und Gesundheit. Außerdem müsse man das Gleichgewicht zwischen diesen Aktivitäten und der normativen Arbeit wahren. Eine Delegation schlug vor, die Abteilung Länderunterstützung noch um ein Referat für Evaluierung und Qualitätssicherung zu erweitern, um die Arbeit auf Länderebene noch weiter zu verbessern.

Die Arbeit des Zukunftsforums müsse weitergehen, und ein Delegierter bat das Regionalbüro eindringlich, das Thema Armut an die Spitze der Tagesordnung zu setzen und damit sicherzustellen, dass alle Programme, vor allem in den ärmsten Ländern, die Perspektive einer „Politik für die Armen“ berücksichtigten. Es wurde vorgeschlagen, in den nächsten Sachstandsbericht einen Anhang mit kurzen Berichten der einzelnen Länderbüros aufzunehmen und zu gegebener Zeit die Arbeit des Regionalbüros zu evaluieren.

Es wurde darauf hingewiesen, dass das Regionalbüro zwar seine Relevanz für alle Mitgliedstaaten behalten und allen dienen müsse, dass jedoch die Länder, die den fachlichen Beistand des Regionalbüros am meisten benötigten, absoluten Vorrang haben müssten.

Dr. Arletty Pinel vom Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria erklärte, der Fonds habe im Laufe von zwei Jahren für die Unterstützung von 150 Programmen in 93 Ländern 1,5 Milliarden US-Dollar bewilligt, darunter auch Mittel für zwölf Länder aus dem Osten der Europäischen Region. Der Fonds verlasse sich dabei darauf, dass seine Partner wie z. B. die WHO den Ländern ergänzende Hilfestellung leisteten, da die Finanzierung allein nicht ausreiche. Das Regionalbüro sei ein Schlüsselpartner, mit dem der Fonds bereits in verschiedenen Projekten zusammengearbeitet habe, dem Fonds sei jedoch daran gelegen, mehr Anträge zu erhalten, die eine konkrete fachliche Unterstützung für die Prävention von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria und die Versorgung der von diesen Krankheiten Betroffenen beinhalteten. Auf diese Weise könne der Fonds zur WHO-Strategie „Drei bis fünf“ beitragen, d. h. zu der Möglichkeit, bis zum Jahr 2005 drei Millionen von HIV und Aids Betroffene zu behandeln und die Maßnahmen insbesondere auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie z. B. anfällige Jugendliche und intravenöse Drogengebraucher auszurichten. Dies bedürfe jedoch des politischen Willens und Engagements auf hoher Ebene, fundierter inhaltlicher Konzepte und einer starken gemeinsamen Reaktion. Im Zusammenhang mit HIV und Tuberkulose müsse man auch noch andere umweltbedingte Probleme angehen, beispielsweise die Themen Depression, die Überwachung von übertragbaren Krankheiten und die zur Schaffung von sozialem Zusammenhalt ergriffenen Initiativen. Eine engere Zusammenarbeit zwischen der Region, dem Globalen Fonds und Geberländern würde sicherstellen, dass die Länder von einer wirklich umfassenden Unterstützung profitieren könnten.

Etwas später berichtete die WHO-Regionaldirektorin für Gesamtamerika über die dezentralisierte Struktur ihrer Region. Vor 20 Jahren habe man in 28 Ländern Büros geschaffen und außerdem eine Einrichtung für die karibische Programmkoordination, während man an der Grenze der Vereinigten Staaten zu Mexiko bereits seit 60 Jahren vor Ort ein Büro unterhalte. Darüber hinaus bestehe eine Rahmenezusammenarbeit mit Organen wie der Karibischen Gemeinschaft (CARICOM) und dem Südlichen Gemeinsamen Markt (MERCOSUR). Jedes Land der Region Gesamtamerika habe ein gesondertes Budget, was durch die Tatsache ermöglicht werde, dass die panamerikanische Gesundheitsorganisation aus zwei Quellen finanziert werde. Sie erhalte die direkten Beitragszahlungen aller Mitgliedstaaten und außerdem Mittel aus dem Ordentlichen Haushalt der WHO. Ein sehr hoher Anteil der ordentlichen Haushaltsmittel wie der außerordentlichen Mittel werde von Länderprogrammen oder -büros verwaltet, die auch eine wichtige Funktion zu erfüllen hätten, wenn es darum gehe, Partner zu mobilisieren, Geber zu koordinieren und die organisationsübergreifende Unterstützung zu sichern. Alle Teile der Organisation gingen an die Länderarbeit ähnlich heran und müßen ihr gleich hohe Bedeutung bei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R2.

Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)

(EUR/RC53/8 und /Conf.Doc./3 Rev.1)

Unter Hinweis darauf, dass mit Resolution EUR/RC48/R5 gefordert worden sei, dem Regionalkomitee im Jahr 2005 eine Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle vorzulegen, erläuterte der Regionaldirektor den Vorschlag für Inhalt, Prozess und Zeitplan dieser Aktualisierung. Das Regionalbüro gründe seine Arbeit auf vier Empfehlungen des SCRC, nämlich die, das bestehende Rahmenkonzept nicht zu ersetzen, sondern eher zu aktualisieren und dabei GESUNDHEIT21¹ als Ausgangspunkt zu nehmen, sich stärker auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse und konkrete Handlungsvorschläge zu konzentrieren, die Ethik von Gesundheitssystemen zum Kern der Aktualisierung zu machen und die Grundwerte der GFA neu zu bewerten und zu bekräftigen.

Entsprechend habe das Regionalbüro beschlossen, die Arbeit auf vier eng miteinander verbundene Säulen zu verteilen. Zu Beginn des Prozesses werde das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme anhand von zwei Studien die aus der GFA und dem Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 gewonnenen Lehren zusammenfassen: Man werde die Nutzung des GFA-Konzepts bei der Gestaltung von nationalen und teilnationalen gesundheitspolitischen Konzepten und bei der Festlegung von nationalen Gesundheitszielen

¹ *GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

und -vorgaben sichten. Letzteres werde zur Erarbeitung von Leitlinien über erprobte Methoden für diese Aufgabe führen.

Für die zweite Säule befassen sich ein „Think Tank“ mit der fortgesetzten Relevanz der dem GFA-Konzept zugrunde liegenden Werte. Diese Gruppe sei zu folgenden Empfehlungen gelangt: Man müsse die der Aktualisierung zugrunde liegenden Wertvorstellungen mit bestehenden internationalen Verträgen und Erklärungen verknüpfen, um Doppelgleisigkeiten oder Widersprüche zu vermeiden. Die zentralen Werte Chancengleichheit, Solidarität und Partizipation müssten beibehalten werden, zugleich aber müsse man ihre Definition ausgehend von den sich wandelnden und unterschiedlichen Gegebenheiten in der Region klären und Gesundheitssystem-Management wie Entscheidungsfindung müssten von ethischen Erwägungen geleitet sein.

Bei der dritten Säule gehe es darum sicherzustellen, dass die Mitgliedstaaten die neuen Instrumente der Entscheidungsfindung wie das HEN, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen globaler und regionaler leitender Organe sowie die Berichte über Risikofaktoren, Armut, Gewalt und psychische Gesundheit auch wirklich gebrauchen könnten. Die vierte Säule seien die konkreten Leitlinien für die Umsetzung der erneuerten GFA-Konzepte auf der Grundlage von Fallstudien, und diese Säule werde man erst aufbauen, wenn die anderen drei schon weitgehend stünden.

Der Zeitplan sehe für 2003/2004 die Arbeit an den Säulen vor, für 2004 die Aussprache mit dem Regionalkomitee, die Beendigung der Arbeit im Jahr 2004/2005 und danach die Vorlage der Resultate auf der 55. Tagung des Regionalkomitees. Während des gesamten Prozesses werde man die Mitgliedstaaten konsultieren.

Dr. Božidar Voljč verwies als Mitglied des SCRC auf die großen politischen und wirtschaftlichen Veränderungen in der Region und auf die dadurch bedingten krassen Änderungen in den Gesundheitssystemen der Länder, die das Regionalkomitee veranlasst hätten, eine Aktualisierung der GFA zu fordern. Die Elemente der GFA seien drei Grundwerte, vier Hauptstrategien und 21 Ziele oder Benchmarks, an denen sich die Fortschritte messen ließen. Der SCRC sei der Überzeugung, dass mit der Aktualisierung von 2005 die gesundheitspolitische Dynamik des GFA-Konzepts in der Region erhalten bleibe.

Die Beiträge aus dem Plenum befürworteten Inhalt, Prozess und Zeitplan der GFA-Aktualisierung. Einige Redner stellten sich insbesondere hinter verschiedene Aspekte, wie die Kernwerte der GFA und die Schwerpunktverlagerung auf das Thema Ethik, die Betonung der Umsetzung und einer fundierten praktischen Wissensgrundlage als Handlungsbasis. Eine Delegation stellte eine klärende Frage zu dem Prozess, durch den die Experten für die Arbeit an den GFA-Werten ausgewählt worden seien. Eine weitere unterstrich, dass es wichtig sei, die in internationalen Verträgen und Erklärungen verankerten Menschenrechte zu respektieren. Einige erläuterten, wie und unter welchen Bedingungen man in ihren Ländern eine GFA-basierte Politik gemacht habe, und erklärten sich bereit, ihre Erfahrungen an andere weiterzugeben oder sich an den das Fundament der Säulen bildenden Studien zu beteiligen. Wieder andere schlugen vor, in den Prozess auch noch zusätzliche Themen wie Bioethik und Terrorismus als Bedrohung für Gesundheit und Ethik aufzunehmen.

Mehrere Delegationen betonten, dass man während des gesamten Aktualisierungsprozesses breit angelegte und transparente Konsultationen durchführen und auf allen Ebenen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit sorgen müsse und bei der Umsetzung des Konzepts die größtmögliche Beteiligung aller interessierten Akteure (darunter auch der Medien) zu sichern sei. Fast alle stellten sich hinter die Auffassung, dass die WHO bei der Schaffung einer guten Wissensgrundlage eine wichtige Funktion zu erfüllen habe, und ein Delegierter äußerte sich positiv über die potenzielle Brauchbarkeit des HEN für diese Aufgabe. Als Aktivitäten in diesem Bereich wurden die Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Partnern, die Verbesserung der Zusammenstellung und Verbreitung von Gesundheitsstatistiken, die Ausweitung der „Säulenstudien“ auf alle Länder der Region sowie die Berücksichtigung der vom Präsidenten der Russischen Föderation vorgeschlagenen Initiative zur Überwachung von gefährlichen und neuen Krankheiten vorgeschlagen. Ein Delegierter fragte nach, wie die an der Untersuchung über die Auswirkungen der GFA auf die Politikentwicklung beteiligten Länder ausgewählt worden seien.

Die Vertreterin des Weltbunds der Krankenschwestern und Krankenpfleger gab eine Erklärung ab und fragte nach, wann ein Bericht über die Umsetzung der Erklärung von München (Pflegerische und Hebammen: ein Plus für Gesundheit) zu erwarten sei und erkundigte sich außerdem nach Stand und Hindernissen des WHO-Projekts Familiengesundheitspflege.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation dankte in ihrer Erwiderung den Rednern für ihre Unterstützung des HEN. Das Regionalbüro leiste damit einen wichtigen Beitrag zum Aufbau einer Evidenzgrundlage im Public-Health-Bereich. Man arbeite zur Zeit auch an der GFA-Datenbank, um die Überschneidungen mit anderen, Gesundheitsstatistiken herausgebenden Organisationen zu verringern und die Mitgliedstaaten verstärkt in die Arbeit einzubeziehen. Die für die erste Säule der GFA-Aktualisierung zu leistende Arbeit beinhalte auch einen Überblick über die in Mitgliedstaaten laufenden Projekte zur Umsetzung von Konzepten auf nationaler und teilnationaler Ebene.

Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung berichtete, dass das Projekt zur Familiengesundheitspflege in einer Reihe von Ländern bereits gut fortgeschritten sei. Zur Zeit teste man Fortbildungsmaterialien. Das Regionalbüro habe bei einer kürzlichen Tagung des Europäischen Forums der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Erklärung von München vorgelegt, aus dem hervorgehe, dass einige Länder mit besonderen Hindernissen zu kämpfen hätten. Das Regionalbüro setze die Arbeit mit diesen Ländern fort und werde dem Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung einen Bericht vorlegen.

Der Regionaldirektor meinte, die Aussprache habe die Bedeutung der GFA-Aktualisierung als Instrument der Gesundheitspolitik erwiesen. Mit der Forderung nach Transparenz stehe man vor einem Managementproblem, da die Definitionen des Konzepts unterschiedlich seien. Die Konsultation mit den Mitgliedstaaten sei wesentlich für den Prozess, und man werde den SCRC fragen, wie man die größtmögliche Transparenz sichern könne. Die Namen der Mitglieder des „Think Tanks“ der sich mit den Werten der GFA befasse, und der neun Länder, die an der Studie über die Auswirkungen der GFA auf die Politikentwicklung beteiligt seien, würden dem Regionalkomitee mitgeteilt.

Zu diesem Tagesordnungspunkt gab auch der Vertreter der World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R3.

Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter WHO-Länderbüros (EUR/RC53/9 und /Conf.Doc./4)

In seiner Einführung zu diesem Tagesordnungspunkt merkte der Regionaldirektor an, dass die komplizierte Frage der geografisch verteilten Büros (allgemein als GDOs bezeichnet) im Regionalbüro seit vielen Jahren erörtert werde. Die Qualität ihrer Arbeit stehe außer Frage, problematisch seien allein ihre Rolle, ihr Status, ihre Nachhaltigkeit und ihre Beziehung zum Regionalbüro in Kopenhagen, zum Gastland und zum Rest der Region. In dieser Hinsicht habe es viele Diskussionen und gegensätzliche Ansichten gegeben.

Die Leitende Beraterin für Programm-Management und -Umsetzung leitete ihren Überblick über diese Thematik mit der zustimmenden Feststellung ein, dass es sich dabei um eine komplexe und mehrdimensionale Angelegenheit handele, die viele Managementprobleme aufwerfe. Sie lieferte einen kurzen historischen Rückblick auf die Etablierung der GDOs, die nach dem Erfolg der Ersten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Frankfurt, 1989), bei der die Europäische Charta Umwelt und Gesundheit angenommen worden sei, zunächst in Rom und Bilthoven eingerichtet worden seien, um dort wichtige inhaltliche Arbeit zu leisten. Es sei nicht klar, ob man zu dieser Zeit die administrativen, finanziellen, managementbezogenen und sonstigen Konsequenzen der GDOs systematisch untersucht habe. Die Frage sei im Jahr 2000 erneut aktuell geworden, als zwei GDOs geschlossen worden seien und die Verhandlungen über drei weitere kurz vor dem Abschluss gestanden hätten, zu einer Zeit, als der neue Regionaldirektor die

Arbeitsweise des Regionalbüros ändern und es stärker auf den Dienst an den Mitgliedstaaten ausrichten wollte. Professor Silano aus Italien sei beauftragt worden, einen Bericht zu erstellen, der vom SCRC im Dezember 2001 erörtert worden sei. Das Regionalbüro habe das Sekretariat auf seiner 52. Tagung ersucht, in einem Bericht die strategische Rolle der GDOs zu klären, um diese auf der jetzigen Tagung diskutieren zu können.

Im vergangenen Jahr sei umfassende Arbeit geleistet worden, u. a. habe man eine Erhebung und 50 gründliche Interviews durchgeführt und sich zu Brainstorming-Treffen zusammengefunden sowie die Lage analytisch beurteilt und mit der Situation in anderen Regionen verglichen. Dabei habe man festgestellt, dass sich die GDOs unsystematisch entwickelt hätten, dass die leitenden Organe nicht einbezogen worden seien und sich die Sitzstaatabkommen und Managementvereinbarungen unterschieden, dass die GDOs jedoch Sachkenntnis bereitstellten in Bereichen, in denen die Ressourcen ansonsten knapp seien. An den GDOs schieden sich die Geister: Offensichtlich gebe es dazu keine einhellige Meinung.

Man sei der Ansicht, dass die WHO die Sachkenntnis der GDOs brauche, um den Bedürfnissen der Länder gerecht werden zu können, dass jedoch kein neues Zentrum etabliert werden sollte, ohne dass dafür die Zustimmung der leitenden Organe vorliege. Falls sich in den nächsten paar Jahren eine außergewöhnliche Gelegenheit biete, müsse ein solches neues Zentrum bestimmten strengen und klaren Kriterien genügen und sich der Bewertung seiner strategischen und operativen Elemente, einer Art administrativem Benchmarking unterziehen. Man bemühe sich weiterhin um die Verbesserung der Leitung von GDOs und konzentriere sich dabei auf eine deutlichere fachliche Abgrenzung, auf die Übereinstimmung mit den neuen Arbeitsformen der Organisation, die Beziehungen zum Gastland und das Profil der GDOs.

Die Aktivitäten aller GDOs würden ebenso geplant, verwaltet und verfolgt wie die Arbeit des übrigen Regionalbüros. Es sei möglich, dass man ihr Aufgabengebiet so ausweiten könne, dass dies auch eine Sonderbeziehung zum Gastland vorsehe. Die Stoßrichtung ihrer Arbeit liege jedoch auf dem Dienst an den Mitgliedstaaten. Hervorzuheben sei, dass die Außenstelle des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit in Rom während der SARS-Krise kompetent auf erhebliche Besorgnisse der Öffentlichkeit habe reagieren können.

Bei den WHO-Kooperationszentren handele es sich um einen ganz anders gelagerten Fall, da diese nationale, in fest umrissenen Bereichen arbeitende Institutionen seien. Sie würden weder von der WHO kontrolliert noch seien sie Teil der Organisation. Die Europäische Region habe insgesamt 474 Kooperationszentren, davon 87 im Vereinigten Königreich, 47 in Frankreich, 42 jeweils in der Russischen Föderation und in Italien und 38 in Deutschland. In 14 Mitgliedstaaten gebe es kein solches Zentrum. Man arbeite zur Zeit daran, die Ernennung der Zentren zu standardisieren, und das Regionalbüro würde es begrüßen, wenn die Mitgliedstaaten sich dazu äußern würden, wie Zentren am besten genutzt werden könnten.

Es werde keine plötzlichen Veränderungen geben. Verbessertes Management und ein logischerer Zusammenhang brauchten ebenso wie die Einführung neuer Wege, der WHO-Präsenz in den Mitgliedstaaten neues Leben einzuhauchen, Zeit und setzten auch die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro voraus. Wichtig sei vor allem aber die laufende Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten.

Dr. Danielle Hansen-Koenig bekräftigte als SCRC-Mitglied, dass der SCRC zur WHO-Präsenz in den Ländern kein Gesamtkonzept bereithalte: Die Ansichten gingen auseinander. Der SCRC sei der Meinung, dass die zusammengestellten Informationen keine ausreichende Grundlage für die Gestaltung strategischer Maßnahmen böten. Man müsse weiter nachdenken, und der SCRC befürworte Versuche mit neuen Modellen, möglicherweise anhand von Pilotprojekten. Der SCRC empfehle dem Regionalkomitee, im kommenden, d. h. im Jahr 2004, eine Strategie anzunehmen.

Professor Silano neigte in einem an die Delegierten übertragenen Telefongespräch dazu, dieser Empfehlung zuzustimmen. Seiner Meinung nach sei es immer die Rolle der GDOs gewesen, wissenschaftliche Gutachten und fachlichen Rat zu liefern, was voraussetze, dass man Mitarbeiter habe, die wissenschaftlich völlig auf der Höhe seien: Das habe im Bereich Umwelt und Gesundheit große Fortschritte

ermöglicht, u. a. die Erstellung von Leitlinien für die Luftgüte, für Wasser, Abfall usw. Derartige Sachkenntnis werde weiterhin benötigt. Diese besonderen Charakteristika seien zu berücksichtigen, da es sich bei den GDOs um völlig andere Einrichtungen handele als bei den Länderbüros oder den Kooperationszentren.

Wenn man beschließe, dass das Regionalbüro künftig keine GDOs mehr eröffnen dürfe, hieße das, dass man das Regionalbüro bestrafe. Solche Einrichtungen seien schließlich Teil der Strategie der Europäischen Union, wo man zur Zeit noch überlege, ob man ein neues Zentrum für die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten einrichten wolle. Die Etablierung eines GDOs verlange dem Gastland Anstrengungen und Goodwill ab und stelle eine erhebliche finanzielle Belastung dar, und eine solche Einrichtung werde unbedingt in einem Kernbereich der öffentlichen Gesundheit arbeiten, für den man Sachkenntnis brauche. Man müsse die Angelegenheit positiv sehen, da die Qualität der Arbeit der GDOs außer Frage stehe und sie auch erhebliche finanzielle Ressourcen in die WHO einbrächten, die großzügigerweise von den Mitgliedstaaten bereitgestellt würden. Das seien Vorteile, die die anfallenden Verwaltungs- und Managementkosten sicherlich bei weitem aufwögen.

In der sich anschließenden Aussprache waren sich die Delegierten darin einig, dass sich die WHO an einem Scheideweg befinde. Es sei wichtig, dass das Regionalbüro nicht zum bloßen Koordinator von über ganz Europa verteilten Zentren herabsinke, weshalb man sich bemühen müsse, sich erneut gründlich mit der Thematik auseinander zu setzen, damit man eine überlegte Entscheidung treffen könne. Man war sich allerdings allgemein einig, dass dies nicht vor der 54. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2004 möglich sei. Der Regionaldirektor wurde gebeten, dem Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung im Jahr 2004 einen Bericht mit konkreten Vorschlägen vorzulegen.

Viele Delegierte hoben immer wieder hervor, dass es hilfreich gewesen wäre, wenn man vollständige Budgetangaben und Finanzerklärungen zur Verfügung gehabt hätte, sodass die zusätzlichen Kosten und Vorteile der GDOs deutlicher erkennbar gewesen wären. Man sei der Ansicht, dass man die GDOs, ihre verschiedenen Definitionen und Funktionen sowie ihre Beziehung zum Regionalbüro und zu den Mitgliedstaaten immer noch nicht völlig verstanden und geklärt habe. Ihre Arbeit sei nicht leicht einzukreisen: Eine Delegation schlug vor, sie zum Thema eines Jahresberichts auf der Website des Regionalbüros zu machen, eine weitere meinte, es müsse deutlich gemacht werden, welches GDO gegenüber wem Rechenschaftspflichtig sei. Ein Sprecher schlug vor, sie in Fachzentren oder Zentren für Programmunterstützung umzubenennen, da sie eine Ausweitung der WHO-Arbeit ermöglichten. Wenig begeistert zeigten sich die Delegierten von dem Gedanken, dass in Ländern, in denen es weder ein GDO noch ein Länderbüro gebe, ein Kooperationszentrum als ganzheitliche WHO-Koordinationsstelle dienen könne. Einige meinten, die Fachzentren seien auch gar nicht imstande, eine solche Koordinationsfunktion zu übernehmen, und das Regionalbüro müsse selbst strategische Bündnisse mit anderen geeigneten Stellen und nationalen wie internationalen Organisationen eingehen.

Die Kriterien für die Etablierung von Kooperationszentren seien ebenfalls nicht klar. Es wäre nützlich, alle Leiter von Kooperationszentren zusammen zu bringen, so wie man das in der Russischen Föderation getan habe. Man war der Auffassung, dass die Etablierung eines Kooperationszentrums in der gegenwärtigen Situation, in der ausschließlich der Generaldirektor die Ernennung eines solchen Zentrums gutheißen könne, ein umständlicher, lange Verzögerungen beinhaltender Prozess sei. Eine Delegation schlug vor, die Kooperationszentren bei einer künftigen Tagung des Regionalkomitees zum Gegenstand einer Aussprache zu machen.

Der Regionaldirektor zeigte sich darin einig, dass das Aufgabengebiet eines jeden GDOs klar sein müsse und die GDOs nur in prioritären Arbeitsbereichen tätig sein dürften. Wenn sie nur den Zweck hätten, Wissen zu schaffen, dann könne die Arbeit auch von einem Kooperationszentrum oder einer Forschungseinrichtung übernommen werden, vor allem wenn man die Tatsache berücksichtige, dass es jetzt die wichtigste Strategie des Regionalbüros sei, den Mitgliedstaaten zu dienen. Er unterstrich, dass sich das Regionalbüro zur Transparenz verpflichtet fühle, und sagte, dass der Bericht, den man dem Regionalkomitee im Jahr 2004 vorlegen werde, auch finanzielle Angaben enthalten werde: Die GDOs hätten in der

Tat Implikationen für den Haushalt. Er gedenke, dem Regionalkomitee bei dessen nächster Tagung einen analytisch scharfen und umfassenden Bericht vorzulegen.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO (*EUR/RC53/11 und /Conf.Doc./6*)

Bei seiner Einführung in das Thema zählte der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, die Gründe auf, warum man sich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konzentriere: große Unterschiede bei der Gesundheit junger Menschen in jedem Mitgliedstaat der Region, große potenzielle Fortschritte in Richtung sozialer Gerechtigkeit durch Verminderung dieser Unterschiede, lebenslanger Gewinn bei Investitionen im frühen Lebensalter und vielfältige Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit junger Menschen. Wenn die unteren 20% der Kinder den Gesundheitsstandard der oberen 20% erreichen würden, wäre dies eine wahre Umwälzung gegenüber der gegenwärtigen Lage.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sei zunehmend bedroht. Beispiele aus der Vergangenheit hätten belegt, dass ein besserer allgemeiner Gesundheitszustand mit sozialem und wirtschaftlichem Fortschritt einhergehe. Diese Erfahrung ermutige zu Maßnahmen, mit denen in der Zukunft den mit Umwelt, Lebensweisen und sozioökonomischen Ungerechtigkeiten verbundenen Gefahren begegnet werden könne.

Man wisse viel über diese Bedrohungen. Zum Beispiel machten Kinder unter fünf Jahren nur 10% der Weltbevölkerung aus, trügen aber 40% der weltweiten Krankheitslast, die auf Umweltfaktoren zurückzuführen sei. Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gebe es in der Region große Unterschiede bezüglich der Sterblichkeit von Müttern und Kindern und der Frühschwangerschaftsraten. Auf die unter 30-Jährigen entfielen 84% aller Neuinfektionen mit HIV. Sehr junge Menschen experimentierten bereits mit Alkohol und Drogen. Die Untersuchung des Gesundheitsverhaltens von Schulkindern (HBSC) lasse eine deutliche Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und Ernährungsweise erkennen. Psychische Störungen und Suizide nähmen zu. Viele junge Menschen nähmen durch Gewalt und Unfälle Schaden. Die vielleicht wichtigste Determinante von Gesundheit, nämlich Armut, sei sowohl in ihrer relativen wie in ihrer absoluten Form in der gesamten Europäischen Region anzutreffen. Dies sei bereits auf früheren Tagungen vom Regionalkomitee erkannt worden.

Für den Schutz und die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen seien alle acht Millennium-Entwicklungsziele von Bedeutung. Zusätzlich habe die Weltgesundheitsversammlung für die Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine globale Strategie mit sieben Schwerpunkten angenommen: Gesundheit von Müttern und Neugeborenen, Ernährung, übertragbare Krankheiten, Verletzungen und Gewalt, natürliche Umwelt, Gesundheit von Jugendlichen sowie psychosoziale Entwicklung und psychische Gesundheit. Die Arbeit des Regionalbüros im Rahmen dieser Strategie hebe insbesondere auf den letzten Punkt und die Aufklärung von Müttern zum Thema Alkohol- und Tabakkonsum und Rötelnimpfung ab.

Was getan werden müsse, sei eindeutig: Das vorhandene Wissen müsse in größerem Maße umgesetzt werden, alle sozioökonomischen Sektoren müssten, von den Gesundheitsministerien koordiniert, zur Verbesserung der Gesundheit beitragen und alle Maßnahmen müssten auf den zahlreichen evidenzbasierten Instrumenten und bewährten Programmen aufbauen, die bereits vorhanden seien und von denen die WHO viele entwickelt habe. Das Regionalbüro schlage einen Prozess in drei Stufen vor: Er umfasse die gegenwärtige Aussprache im Regionalkomitee, die Erörterung einer Zusammenfassung des für den kommenden Europäischen Gesundheitsbericht geplanten Kapitels über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie der Ergebnisse der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit auf der 54. Tagung im Jahr 2004 und möglicherweise die Verabschiedung einer europäischen Strategie zu diesem Thema im Jahr 2005. Weitere Ereignisse, wie die Veröffentlichung der Ergebnisse des HBSC-Surveys und die Konferenz zum Thema psychische Gesundheit im Jahr 2005, trügen ebenfalls zur Arbeit an der Strategie bei.

Professor Jenny Kourea-Kremastinou begrüßte als Mitglied des SCRC in dessen Namen die Initiative. Das Interesse an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sei durch in der jüngsten Zeit veranstaltete

und künftige internationale Konferenzen wie die Budapester und Berichte wie die HBSC-Studie gestiegen, was nun dazu genutzt werden könne, die verschiedenen vorhandenen Initiativen zu konsolidieren. Der Inhalt und die Zielsetzung des dem Regionalkomitee vorgelegten Dokuments spiegelten die ernste Besorgnis des SCRC wider. Darin würden die Chancen für eine bessere Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu Recht ebenso betont wie die gesundheitlichen Gefahren in der Zeitspanne von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Außerdem würden in dem Papier Maßnahmen gefordert, die auf bereits vorhandenen Instrumenten und Programmen aufbauten und im Rahmen der auf den sieben Prioritäten der globalen Strategie beruhenden Länderstrategien durchgeführt werden müssten. Der SCRC hoffe, dass das Dokument zur Diskussion anregen und weitere Entwicklungen bewirken werde.

Zwei geladene Redner richteten als Vertreter von Partnerorganisationen der WHO das Wort an das Regionalkomitee. Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar, Stellvertretender Regionaldirektor des UNICEF-Regionalbüros für Mittel- und Osteuropa, die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten und die baltischen Länder stellte sich hinter die Forderung nach einer Strategie für die Region. UNICEF unterstütze entschieden die der Initiative des Regionalbüros zugrunde liegenden Prinzipien: das Recht der Kinder auf Gesundheit gemäß dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes, ein Sieben-Punkte-Programm mit multisektoral ausgerichteten Maßnahmen, Gerechtigkeit und Sicherstellung angemessener Ressourcen für die Dienste. Außerdem sei wichtig, dass jedes Land seine eigene Strategie aufstelle. Ein Großteil der Arbeit von UNICEF in Mittel- und Osteuropa, der GUS und den baltischen Staaten werde in Abstimmung mit der WHO ausgeführt und konzentriere sich auf Gebiete wie Verringerung der Kindersterblichkeit (vor allem durch Impfungen), Behebung von Mangelstörungen sowie Prävention und Handhabung von HIV/Aids bei Kindern und Jugendlichen (in enger Zusammenarbeit mit der von den Vereinten Nationen eingesetzten organisationsübergreifenden Gruppe für die gesundheitliche Entwicklung und den Schutz der Gesundheit junger Menschen).

Die Referatsleiterin für Gesundheit und Gesundheitsförderung in Osteuropa, Dr. Régine Meyer von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), einem WHO-Kooperationszentrum, begrüßte die Initiative, eine Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Dieses Thema genieße in Deutschland und bei der GTZ hohe Priorität. Ihre Organisation fühle sich verpflichtet, die WHO bei deren Bemühungen, den Ländern bei der Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerungen zu helfen, zu unterstützen. Der Ansatz der GTZ beruhe auf dem Recht der Kinder und Jugendlichen auf Gesundheit und auf ihrer aktiven Beteiligung an der Planung und Ausführung der Maßnahmen. Um die Fähigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Ausbildung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens zu fördern, sei ein multisektorales Vorgehen erforderlich. Die GTZ führe ihre Projekte in den Ländern häufig in Zusammenarbeit mit der WHO durch. In den Projekten gehe es um sichere Mutterschaft und integriertes Management von Kinderkrankheiten, Gesundheit in der Schule, Prävention und Management von Risikoverhalten sowie das fachübergreifende Thema Gleichberechtigung der Geschlechter und die Arbeit mit Erwachsenen an der Verbesserung des Lebensumfeldes junger Menschen.

In allen Beiträgen aus dem Plenum wurde die Initiative des Regionalbüros begrüßt und die Bedeutung der Thematik unterstrichen, wobei mehrere Delegationen ihre eigene Arbeit in diesem Bereich schilderten, die oftmals mit Unterstützung der WHO durchgeführt werde. Insbesondere unterstützten Vertreter der fünf nordischen Länder, in diesem Sinne gefolgt von vier weiteren Rednern, vorbehaltlos die Entwicklung einer gezielten und klaren Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in der das Schwergewicht auf dem Gesundheitsverhalten von Jugendlichen liege und die sich gemäß den rechtlichen Standards im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes auf einen nicht diskriminierenden, allen Kindern den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit sichernden Ansatz gründe. Die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sei ein wichtiger Schritt zur Verwirklichung der Millennium-Entwicklungsziele.

Diese Delegierten sowie andere schlugen vor, die Strategie müsse stärkeres Gewicht auf die Bekämpfung des Risikoverhaltens von Jugendlichen legen, darunter auf die Themen Fettsucht, Rauchen, Alkohol und Drogenmissbrauch, Teenagerschwangerschaften und sexuell übertragene Infektionen, insbesondere HIV. Besonders nützliche Instrumente in diesen beiden Bereichen seien das FCTC und die Erklärung von 2001 über junge Menschen und Alkohol. Die Determinanten des risikoträchtigen Gesundheitsverhaltens und

wirksame Gegenmaßnahmen müssten noch genauer erforscht werden; die WHO könne bei dieser Arbeit passenderweise die Führung übernehmen.

Weitere Delegierte hoben hervor, dass für die Umsetzung einer die gesamte Region umfassenden Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen die internationale Zusammenarbeit, darunter auch die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro erforderlich sei, und zusammenarbeiten müsse man auch innerhalb der Länder bei Aufgaben wie der Verminderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Die Delegierten führten an, dass es wichtig sei, Jugendliche als Partner und Akteure des Wandels in die Arbeit einzubeziehen.

Mehrere Redner betonten die Bedeutung der Umsetzung und baten darum, die Strategie handlungsspezifischer auf Aufgaben wie Sexualerziehung auszurichten, darin die Bedeutung der Prävention durch Gesundheitserziehung hervorzuheben und die Strategie so abzufassen, dass sie den Ländern beim Aufbau lang- und kurzfristiger, sich auf die primäre Gesundheitsversorgung gründender Programme Hilfe biete und sie ausgehend von dieser Strategie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern, die Rolle der Familie stärken und Forschungsvorhaben durchführen könnten. Gesundheitskarten wären für die Mitgliedstaaten ein nützliches Instrument der Entscheidungsfindung.

Als weitere Themen wurden für die Strategie die Prävention von Straßenverkehrsunfällen, zu niedriges Geburtsgewicht, die Auswirkungen der in den Medien dargestellten Gewalt auf das Verhalten von Kindern sowie psychische und physische Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschlagen. Abschließend regte der armenische Gesundheitsminister an, die WHO und andere Organisationen sollten eine Konferenz zum Thema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der GUS unterstützen, um damit den Austausch und die Zusammenfassung von Informationen an einer Stelle zu fördern.

In seiner Erwiderung dankte der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, den Mitgliedstaaten für die konstruktiven und klaren Anweisungen, die sie für die weitere Arbeit des Regionalbüros im Rahmen dieser Initiative gegeben hätten. Die vorgebrachten Vorschläge habe man sorgfältig notiert und werde sie mit den Delegierten auf künftigen Tagungen des Regionalkomitees und im Verlauf der weiteren Arbeit auch bei anderen Gelegenheiten noch eingehender erörtern.

Der Teamkoordinator für Fachunterstützung, Abteilung Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im WHO-Hauptbüro, zeigte sich überzeugt, dass es sich bei der neuen globalen Strategie nur um den ersten Schritt des Verbesserungsprozesses handele. Die nächsten beiden beinhalteten die Erarbeitung von konkreten Strategien für die jeweiligen Regionen und danach von entsprechenden nationalen Strategien. Man müsse die Europäische Region beglückwünschen, da sie als erste einen solchen Schritt unternommen habe, und das Hauptbüro werde den Prozess stützend begleiten. Wie auch der Regionaldirektor betont habe, sei es die Funktion der WHO, Richtungen zu weisen, Ressourcen zu beschaffen und Maßnahmen zu verfolgen, sie müsse dabei jedoch auch sektorübergreifend mit allen denkbaren Partnern zusammenarbeiten.

Schriftliche Erklärungen wurden von den folgenden NGOs eingereicht: International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders, International Lactation Consultant Association, International League against Epilepsy, Thalassaemia International Federation und World Association of Girl Guides and Girl Scouts.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R7.

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

(EUR/RC53/6)

Sir Liam Donaldson, ein europäisches Mitglied des Exekutivrats, erläuterte die wichtigsten, auf der 112. Tagung des Exekutivrats und bei der 56. Weltgesundheitsversammlung erörterten Tagesordnungspunkte. Gemäß der üblichen Praxis war er vom SCRC eingeladen worden, an den Tagungen des Ausschusses als Berater teilzunehmen und dem Regionalkomitee zu berichten.

Er betonte, dass man aus dem SARS-Ausbruch Lehren ziehen müsse, da die Krankheit auch weiterhin eine Bedrohung darstelle, worauf er eine Liste von Fragen vorlegte, die die Länder beantworten könnten um festzustellen, ob sie ihre Vorsorge intensivieren müssten. Hinsichtlich der Poliomyelitis sollten die europäischen Mitgliedstaaten, die gute Beziehungen zu den drei Ländern mit noch verbleibenden Krankheitsherden unterhielten, diese dazu anhalten, die notwendigen Schritte zur Erreichung des Eradizierungsziels zu unternehmen. Die Annahme des FCTC sei ein Meilenstein. Die Europäische Region trage mit nur 15% der Weltbevölkerung ein Drittel der globalen tabakbedingten Krankheitslast und müsse deshalb ihr ganzes Gewicht für die Umsetzung des Übereinkommens in die Waagschale werfen. Er verwies auf Fakten und Erfahrungen, die deutlich machten, dass ein Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden wirksam sei und die Profite der Freizeitindustrie nicht beeinträchtige, und schlug vor, die Region solle Sofortmaßnahmen gegen das Passivrauchen ergreifen und führend dafür eintreten, das Rauchen überall im öffentlichen Raum zu verbieten.

Der Exekutivrat habe eine Resolution zur Überarbeitung seiner Geschäftsordnung verabschiedet, nachdem die zeitlich unbegrenzt arbeitende zwischenstaatliche Sonderarbeitsgruppe zur Überprüfung der Arbeitsmethoden des Exekutivrats, die von Professor Thomas Zeltner geleitet werde, die Ergebnisse ihrer Arbeit vorgelegt habe. Bei der 112. Tagung seien die Exekutivratsmitglieder übereingekommen, dass die Weltgesundheitsversammlung die Methoden ihrer Aussprache verbessern und weniger auf Arbeitsgruppen zurückgreifen sollte, durch die kleine Delegationen belastet würden.

Er schlug dem Regionalkomitee vor, bei künftigen Tagungen den Tagesordnungspunkt „Angelegenheiten, die sich ...“ früher anzusetzen, was zur besseren Gestaltung seiner Arbeit beitragen und Beschlüsse über weiterführende Tätigkeiten zu bestimmten Themen erleichtern würde.

Die Leitende Beraterin für Programm-Management und -Umsetzung informierte die Delegierten des Regionalkomitees über den neuesten Stand der Haushaltsangelegenheiten. Die volle Umsetzung des Ordentlichen Haushalts für den Finanzzeitraum 2002–2003 sei wahrscheinlich, ungünstige Wechselkurse seien allerdings wenig hilfreich gewesen. Die Prognosen zu Einkünften aus „Sonstigen Quellen“ hätten sich als zutreffend erwiesen, obwohl erst die endgültigen Ausgaben und die bis Ende des Jahres eingegangenen Spenden darüber entscheiden würden, welcher Betrag in den nächsten Haushaltszeitraum vorgetragen werden könne.

Die Resolution über die Bereitstellung der zweckgebundenen Mittel für den Finanzzeitraum 2004–2005 (WHA56.32) bedeute eine schwere Belastung des Ordentlichen Haushalts des Regionalbüros. Dieser sei zwar um 1,5 Millionen US-Dollar aufgestockt worden, die in die Länderarbeit fließen würden, der angenommene Haushalt sehe jedoch 2 Millionen US-Dollar weniger vor als der Voranschlag, was bedeute, dass nicht alle im Haushaltsentwurf von 56,2 Millionen US-Dollar geplanten Aktivitäten durchgeführt werden könnten. Die Länderzuweisungen seien insgesamt auf 13,2 Millionen US-Dollar angeho-ben worden, die Mittelzuweisung für die Mehrländeraktivitäten verbleibe jedoch bei 41 Millionen US-Dollar, eine Festschreibung, die angesichts der neuen Gehaltskala für die Mitarbeiter bedeute, dass man das derzeitige Niveau der über den Ordentlichen Haushalt finanzierten Mitarbeiterplanstellen nicht aufrechterhalten könne. Man müsse eine Reihe von Notmaßnahmen ergreifen. Zugleich erwarte die Region vom Hauptbüro genauere Angaben zur Dezentralisierung der Mittel und der Humanressourcen, wie sie der Generaldirektor versprochen habe. Sie bekräftigte die bisherigen Schätzungen, wonach dem Regionalbüro hauptsächlich für Investitionen in Ländertätigkeiten 115 Millionen US-Dollar fehlten. Im angenommenen Programmhaushalt seien die Einkünfte aus sonstigen Quellen für den Zeitraum 2004–2005

auf 1,824 Milliarden US-Dollar angesetzt worden, von denen der Bedarf des Regionalbüros insgesamt nur etwa 6% ausmache. Eine faire und chancengleiche Verteilung der außerordentlichen Ressourcen der WHO sei unabdingbar.

Mit Resolution WHA51.31 habe die Weltgesundheitsversammlung ein Modell für die regionale Mittelzuweisung aus dem Ordentlichen Haushalt eingeführt, das sich auf den UNDP-Index der menschlichen Entwicklung gründe und die Bevölkerungsstatistiken einbeziehe, und zugleich habe man zur Vorlage bei der 57. Weltgesundheitsversammlung eine gründliche Evaluierung verlangt. Das Regionalbüro bleibe bei der Auffassung, dass diese Evaluierung angemessen erwägen müsse, von welchem Modell sich die WHO bei der Verteilung ihrer Mittel auf die Regionen leiten lassen und wie ein solches Modell umgesetzt werden sollte. Zur Zeit werde der Mitteltransfer den Kriterien der Resolution gerecht, doch noch nicht vollständig umgesetzt werde die Bestimmung, dass in keiner Region die jährliche Zuweisung maximal nur um 3% gekürzt werden dürfe. Sie unterstrich, dass die Evaluierung des Modells, wie in der Resolution vorgesehen, ausschließlich dem Zweck diene, „laufend auf gesundheitliche Bedürfnisse reagieren zu können“. Das Regionalbüro wolle wissen, ob dies, wenn man dieses Ziel berücksichtige, das bestmögliche Modell der Mittelverteilung sei, und wolle gern objektive Auswertungen anderer Modelle sehen, die alle Ressourcen, nicht nur den Ordentlichen Haushalt, einbezögen. Der Regionaldirektor habe seine Ansichten in einem Schreiben vom Juni 2003 an den gewählten Generaldirektor zum Ausdruck gebracht und um konkrete Angaben gebeten, diese Informationen jedoch nicht erhalten. Nach Ansicht des Regionalbüros seien diese Informationen jedoch unerlässlich, wenn die leitenden Organe in der Lage sein sollten, durchdachte Beschlüsse zu treffen.

Der Regionaldirektor begrüßte Sir Liams Bericht als ein für die Arbeit der einen WHO wichtiges Bindeglied zwischen den leitenden Organen und dem Regionalkomitee. Die sich gegen das Passivrauchen richtenden Maßnahmenvorschläge könnten ein Ergebnis dieser Tagung des Regionalkomitees sein, und er werde die Ausarbeitung eines Vorschlags veranlassen. Andere Beschlüsse der leitenden Organe, wie z. B. die Arbeit der WHO für die Verwirklichung der Millennium-Entwicklungsziele, könnten ebenfalls mit einer spezifisch europäischen Dimension aufgegriffen werden.

Er sagte, die aus der Europäischen Region kommenden Mitglieder des Exekutivrats müssten sich des hinsichtlich des Ordentlichen Haushalts bestehenden Problems bewusst sein. Die wirtschaftlichen Realitäten der Region würden nicht erkannt, vor allem wenn man bedenke, welche ungeheuren Veränderungen sich seit 1990 vollzogen hätten. Der derzeitige Anteil der Region am Gesamthaushalt sei unzulänglich und gebe Anlass zur Besorgnis hinsichtlich der Nachhaltigkeit von Programmen, weshalb er die Exekutivratsmitglieder eindringlich bitte, auf die Anerkennung des in der Region bestehenden Bedarfs hinzuwirken, was auch für die Verteilung der freiwilligen Beiträge gelte.

Die Delegationen zeigten sich einig in der Auffassung, dass die zur Verfügung stehenden Mittel fair und transparent verteilt werden müssten, wobei eine Delegation allerdings auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der 52 Mitgliedstaaten sowie auf die Tatsache hinwies, dass sich einige Programme angesichts der Unsicherheit von außerordentlichen Finanzierungsquellen nur auf den Ordentlichen Haushalt stützen könnten. Der leichte Nettoanstieg der Haushaltszuweisung sei zu begrüßen.

Wichtig sei es, die Arbeit auf Länderebene zu stärken, und die nordischen Länder forderten, dabei Prioritäten wie Gesundheitsförderung und gesunde Lebensweisen, die auch konzertierte Anschlussstätigkeiten zum Europäischen Aktionsplan Alkohol beinhalteten, zu berücksichtigen. Es wurde vorgeschlagen, die von der Europäischen Kommission geleistete Arbeit zu sichten, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

Eine Delegation kritisierte Form und Inhalt von Dokument EUR/RC53/6 und schlug vor, in Zukunft in solche Dokumente Angaben über die vom Regionalbüro durchgeführte oder geplante Arbeit, die dabei erfahrenen Schwierigkeiten, vergangene Erfahrungen und mögliche Diskussionspunkte aufzunehmen. Das Dokument sollte nur für die Region relevante Resolutionen enthalten.

Zu diesem Tagesordnungspunkt gab der Vertreter der Weltvereinigung für Physikalische Therapie eine Erklärung ab.

Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC53/5, /5 Corr.1 und /5 Corr.2)

Das Regionalkomitee behandelte in geschlossener Sitzung die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat und wählte Mitglieder für den SCRC, den gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten und die Regionale Auswahlkommission.

Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss in geheimer Abstimmung, dass bei der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2004 Luxemburg und Rumänien ihre Kandidatur für den Exekutivrat anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten.

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte in geheimer Abstimmung Dänemark, Österreich und Usbekistan für eine dreijährige, vom September 2003 bis zum September 2006 reichende Amtszeit in den SCRC.

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

In Übereinstimmung mit den Bestimmungen aus Abschnitt 2.2.2 der Vereinbarung über das Sonderprogramm wählte das Regionalkomitee einvernehmlich Georgien für dreijährige, mit dem 1. Januar 2004 beginnende Amtszeit in den Gemeinsamen Koordinationsrat.

Regionale Auswahlkommission

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich:

als Mitglieder:

Dr. Ainura Ibraimova	Kirgisistan
Barbara Bitner	Polen
Professor José Martin-Moreno	Spanien

als Stellvertreter:

David Gunnarsson	Island
Dr. Sergej Mikhajlovich Furgal	Russische Föderation
Professor Sabahattin Aydin	Türkei

Es verabschiedete danach Resolution EUR/RC53/R5.

Künftige Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2004 und 2005

(EUR/RC53/Conf.Doc./8 Rev.1)

Die Delegationen von Rumänien, Estland und Georgien boten alle ihr Land als Gastgeber der 55. Tagung des Regionalkomitees an.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC53/R8.

Resolutionen

EUR/RC53/R1

Mitgliedschaft im Exekutivrat

Das Regionalkomitee –

eingedenk des Prinzips, dass alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO die gleiche Chance haben sollten, im Laufe der Zeit an der Arbeit des Exekutivrats teilzunehmen,

nach Behandlung des Berichts der vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees eingesetzten Untergruppe, die in Anhang 2 zum Bericht des Ständigen Ausschusses (Dokument EUR/C53/4) eine Beurteilung der zur Zeit in der Europäischen Region praktizierten Regelungen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat abgegeben hat,

in Kenntnis der Tatsache, dass der Ständige Ausschuss alle von der Untergruppe abgegebenen Empfehlungen vorbehaltlos befürwortet hat –

1. BITTET die Mitgliedstaaten, die die Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung noch nicht ratifiziert haben, EINDRINGLICH, dies zu tun, wodurch u. a. die Europäische Region einen achten Sitz im Exekutivrat erhalten würde,
2. EMPFIEHLT, ab 2004 bei der Auswahl der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, die Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat benennen dürfen, die von der Untergruppe des Ständigen Ausschusses in Anhang 2 des Dokuments EUR/RC53/4 vorgeschlagenen und in einem Anhang zu dieser Resolution aufgeführten Kriterien für den Mitgliedstaat, den Kandidaten und die geografischen Gruppierungen anzuwenden,
3. EMPFIEHLT WEITERHIN, ab 2006 die Periodizität der Exekutivratsmitgliedschaft für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, die ständige Mitglieder im Sicherheitsrat der Vereinten Nationen sind, auf drei von sechs Jahren auszuweiten,
4. FORDERT die Mitgliedstaaten AUF, bei der Benennung von Personen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat die in Ziffer 15 von Anhang 2 zum Bericht des Ständigen Ausschusses angeführten Leitlinien zu berücksichtigen,
5. ERSUCHT den Ständigen Ausschuss, die bei der Umsetzung der oben erwähnten Empfehlungen gewonnenen Erfahrungen auszuwerten und dem Regionalkomitee auf dessen 60. Tagung im Jahr 2010 über seine Erkenntnisse zu berichten.

Anhang

Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat

Objektive Kriterien für die Auswahl der Mitgliedstaaten

1. Der zur Entsendung berechnigte Mitgliedstaat sollte einen im Gesundheitsbereich fachlich qualifizierten Kandidaten für den Exekutivrat benennen, wie in Artikel 24 der Satzung der WHO ausgeführt.

2. Frühere Mitgliedschaft im Exekutivrat:
 - Land noch nie im Exekutivrat vertreten (obschon vor 1991 Mitglied der WHO)
 - Land vor mehr als 20 Jahren im Exekutivrat vertreten.
3. Kein Land sollte zugleich im Exekutivrat und im SCRC vertreten sein.
4. Frühere Mitgliedschaft im SCRC ist von Vorteil.
5. Die erfolgte Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung sollte mitberücksichtigt werden.

Kriterien für den Kandidaten

Den Mitgliedstaaten werden folgenden Leitlinien für die Auswahl von Kandidaten vorgeschlagen:

- a) gegenwärtig (oder bis vor kurzem) bei Gesundheitsbehörden des Landes eng am politischen Entscheidungsprozess tätig,
- b) Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen,
- c) Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation innerhalb des Landes und zwischenstaatlich,
- d) Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen und bzw. oder fachbetonten Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich),
- e) Verfügbarkeit und Engagement,
- f) Geschlecht (insbesondere Kandidatinnen sind aufgerufen).

Geografische Gruppierungen

- I. Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) und südeuropäische Länder: 32 Länder (5 Sitze)

EU: 26 Länder

EFTA und südeuropäische Länder:

Island, Norwegen, Schweiz, Andorra, Monaco, San Marino

Unterteilt in zwei Untergruppen:

„Nord“

Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Slowakei, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich

„Süd“

Andorra, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Malta, Monaco, Österreich, Portugal, San Marino, Schweiz, Slowenien, Spanien, Ungarn, Zypern

- II. Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) + „Südost“: 20 Länder (2 Sitze)

Unterteilt in zwei Untergruppen:

GUS

Armenien, Aserbaidshan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland

„Südost“

Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Israel, Rumänien, Serbien und Montenegro, Türkei

EUR/RC53/R2

Fortschritte bei der Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf seine früheren, sich auf die Zusammenarbeit mit den Ländern beziehenden Resolutionen, insbesondere Resolution EUR/RC50/R5, und auf die in der WHO-Initiative Schwerpunkt Länderarbeit dargelegten Prinzipien,

eingedenk der Notwendigkeit einer fortgesetzten Überprüfung und der strategischen Planung der Zusammenarbeit der WHO mit den Ländern der Europäischen Region, wie sie in Resolution EUR/RC49/R5 gefordert wurden,

nach Prüfung des vom WHO-Regionalbüro für Europa in Dokument EUR/RC53/10 vorgelegten Sachstandsberichts über die Umsetzung seiner Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ –

1. ERKLÄRT ÜBEREINSTIMMEND, dass
 - a) das Regionalbüro bei seinen Bemühungen, die Qualität der von ihm erbrachten Dienste zu verbessern und sie auf die gesundheitlichen Anforderungen in den Mitgliedstaaten abzustimmen, Fortschritte macht,
 - b) das Regionalbüro durch die konkreten Dienste für einzelne Länder oder Ländergruppierungen die auf der 50. Tagung angenommene Länderstrategie weiterverfolgen sollte,
 - c) die Mitgliedstaaten das Regionalbüro bei der Weiterentwicklung und Umsetzung der Länderstrategie der Europäischen Region unterstützen sollten,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) Initiativen weiterzuführen, die eine Umsetzung der Länderstrategie der Europäischen Region in der in Dokument EUR/RC53/10 dargelegten Form erleichtern, und
 - b) auf der Grundlage kurzer konkreter Berichte der betreffenden Länderbüros dem Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung darüber zu berichten, welchen Einfluss die Umsetzung der Länderstrategie auf die Arbeit mit den Ländern der Europäischen Region gehabt hat.

EUR/RC53/R3**Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts
Gesundheit für alle (GFA)**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC48/R5, mit der vereinbart wurde, dem Regionalkomitee die nächste Aktualisierung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts im Jahr 2005 vorzulegen,

nach Überprüfung der in Dokument EUR/RC53/8 für die Aktualisierung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts vorgeschlagenen Methode –

1. KOMMT ÜBEREIN, dass
 - a) die Aktualisierung das Gleichgewicht wahren müsse zwischen der Sicherung der Kontinuität von GESUNDHEIT21, da dieses Konzept erst vor fünf Jahren angenommen wurde, und der Einarbeitung von Änderungen, die das neue Public-Health-Wissen und die jüngsten Entwicklungen in den Gesundheitssystemen der Region berücksichtigen,
 - b) im Kern der Aktualisierung das Schwergewicht auf fundierten Public-Health-Konzepten und -Strategien und auf der Ethik des Gesundheitswesens liegen müsse, wie von der Untergruppe Bioethik des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees in ihrem Bericht für die 52. Tagung des Regionalkomitees für Europa im Jahr 2002 (Dokument EUR/RC52/3, Anhang 2) und vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees in seinem Bericht für die 53. Tagung (Dokument EUR/RC53/4, Seite 3, Absatz 13) empfohlen,
 - c) die Aktualisierung sich auf vier Säulen gründen müsse: (i) Umsetzung von GESUNDHEIT21 und daraus gezogene Lehren, (ii) Prüfung und Aktualisierung der Werte, (iii) von der Ethik zu Politik und praktischem Handeln: Instrumente der Entscheidungsfindung und (iv) Leitlinien für die Mitgliedstaaten,
 - d) der Aktualisierungsprozess in Rücksprache mit den Mitgliedstaaten und mit organisationsexternen Experten, beispielsweise einem die Werte überdenkenden „Think Tank“, sowie mit Fachleuten der Organisation, insbesondere vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und vom WHO-Büro in Barcelona, durchgeführt werden sollte,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) den Aktualisierungsprozess wie in Dokument EUR/RC53/8 beschrieben weiterzuführen,
 - b) mit den Mitgliedstaaten Rücksprache zu nehmen,
 - c) dem Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung über die bis dahin gemachten Fortschritte zu berichten und
 - d) dem Regionalkomitee auf dessen 55. Tagung im Jahr 2005 eine Endfassung des aktualisierten Konzepts zur Annahme vorzulegen.

EUR/RC53/R4**Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

die Tatsache begrüßend, dass seit der Verabschiedung von Resolution EUR/RC51/R5 zur Erklärung von Athen: Psychische Gesundheit, durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung bei seiner 51. Tagung die psychische Gesundheit von den Mitgliedstaaten zunehmend thematisiert worden ist und immer mehr als eine vordringliche Aufgabe der Gesundheitsförderung und der Minderung der Krankheitslast akzeptiert wird,

besorgt über die zuletzt im Weltgesundheitsbericht 2002 zunehmend deutlich gewordenen Beweise dafür, dass die durch psychische Störungen in der Europäischen Region verursachte Krankheitslast dennoch nicht abnimmt,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC53/7 –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, bei der Organisation und Durchführung von Tätigkeiten zur Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle Problemen der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO hohe Priorität einzuräumen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor, im Januar 2005 in Helsinki, Finnland, eine Ministerielle WHO-Konferenz zum Thema psychische Gesundheit zu veranstalten,
3. BESCHLIESST, dass:
 - a) das Konferenzthema „Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ heißen soll,
 - b) der Tagungszweck darin bestehen wird:
 - die Lage in der Europäischen Region hinsichtlich psychischer Störungen und der Konzepte zur Bewältigung des Problems zu prüfen, unter Berücksichtigung der regionalen und örtlichen Verschiedenheiten und der sich daraus ergebenden Bedürfnisse,
 - festzustellen, in welchen konkreten Zusammenhängen und Altersgruppen die psychische Gesundheit und die Integration von Menschen mit psychischen Störungen gefördert und psychische Störungen thematisiert werden sollten (z. B. Schulen, Arbeitsplätze, Gesundheitsdienste),
 - die Barrieren aufzuzeigen, die verhindern, dass die psychische Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen und des einzelnen Menschen gefördert und psychische Gesundheitsstörungen verhütet und behandelt werden können, insbesondere bei denjenigen, die nur geringen oder keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung, Arbeits- oder Ausbildungsplätzen haben,
 - auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse Lösungen vorzuschlagen, die in allgemeine und nachhaltige Konzepte umgesetzt werden können, und damit den Mitgliedstaaten der Region eine Dringlichkeitsliste an die Hand zu geben und
 - einen Aktionsplan mit Grundsatzempfehlungen für die Mitgliedstaaten und die WHO zu erstellen,
 - c) die Konferenzteilnehmer Gesundheitsminister, Ansprechpartner im Bereich psychische Gesundheit, Vertreter von Verbraucher- und Angehörigenorganisationen und Fachleute aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Region sein sollten,

d) das Ergebnis der Konferenz der Aktionsplan von Helsinki für psychische Gesundheit in der Europäischen Region sein wird, in dem anhand einer Rangliste und konkreter Zeitvorgaben allgemeine und nachhaltige Politikempfehlungen abgegeben werden und zu Initiativen aufgerufen wird, die vom Regionalbüro in den folgenden Jahren unterstützt werden müssen.

EUR/RC53/R5

Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission

Das Regionalkomitee –

gemäß Regel 47 seiner Geschäftsordnung –

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

Mitglieder:

Dr. Ainura Ibraimova (Kirgisistan)

Barbara Bitner (Polen)

Professor José Martin-Moreno (Spanien)

Stellvertreter:

David Gunnarsson (Island)

Dr. Sergej Mikhajlovich Furgal (Russische Föderation)

Professor Sabahattin Aydin (Türkei)

2. ERSUCHT die Regionale Auswahlkommission, ihre Arbeit in Übereinstimmung mit der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und anderen, in Dokument EUR/RC53/Inf.Doc./2 festgelegten Kriterien durchzuführen und dem Regionalkomitee auf dessen 54. Tagung über die Arbeit der Kommission zu berichten.

EUR/RC53/R6

Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung des Berichts des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokument EUR/RC53/4 und EUR/RC53/4 Add.1),

in Kenntnis der mit Resolution EUR/RC53/R1 hinsichtlich der Mitgliedschaft im Exekutivrat getroffenen Beschlüsse –

1. NIMMT den Bericht mit den darin enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen AN,

2. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu diesen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu treffen.

EUR/RC53/R7**Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution WHA56.21 der Weltgesundheitsversammlung über die Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen,

in Anerkennung des Rechtes von Kindern und Jugendlichen auf den bestmöglichen Gesundheitszustand und den Zugang zu Gesundheitsversorgung, wie in international vereinbarten Menschenrechtsinstrumenten dargelegt,

in Erkenntnis der Tatsache, dass der künftige Gesundheitszustand und der Wohlstand der Region weitgehend dadurch bestimmt werden, inwieweit wir in die Kinder und Jugendlichen von heute investieren,

in Anerkennung der Tatsache, dass aus gesunden Kindern eher gesunde Erwachsene werden und gesunde Erwachsene wiederum einen wichtigen Faktor für die Schaffung einer sozial und wirtschaftlich produktiveren Gesellschaft darstellen und das Gesundheitswesen weniger belasten werden,

im Bewusstsein dessen, dass Gesundheit durch die natürliche Umwelt, das wirtschaftliche, soziale, familiäre und schulische Umfeld sowie durch die Qualität der Gesundheitsversorgung bestimmt wird und dass Kinder und Jugendliche ein stützendes Umfeld brauchen, in dem sie zu gesunden jungen Erwachsenen heranwachsen und sich entwickeln können,

eingedenk der vielen gesundheitlichen Gefährdungen, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind und gegen die keine Gesellschaft, sei sie arm oder reich, immun ist,

unter Begrüßung der von den Sonderorganisationen des Systems der Vereinten Nationen bereits unternommenen umfassenden Bemühungen, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern,

nach Prüfung von Dokument EUR/RC53/11 –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, Verbesserungen im Gesundheitszustand und in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, u. a. Bewegung und psychischer Gesundheit, hohe Priorität einzuräumen, und zwar durch Überzeugungsarbeit auf höchster Ebene, durch die Ausweitung von Programmen, die Aufstockung der für diese Zwecke vorgesehenen nationalen Mittel, die Bildung von Partnerschaften und die Sicherstellung eines anhaltenden politischen Engagements,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten den Prozess der Erarbeitung einer umfassenden europäischen Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiterzuführen und diese Strategie dem Regionalkomitee auf dessen 55. Tagung vorzulegen,
 - b) sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, 23.–25. Juni 2004) und der gesonderte Abschnitt über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Europäischen Gesundheitsbericht 2005 in diesem Prozess vollgültig berücksichtigt werden.

EUR/RC53/R8**Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees
in den Jahren 2004 und 2005**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des auf der 52. Tagung getroffenen, in Resolution EUR/RC52/R5 enthaltenen Beschlusses –

1. BESTÄTIGT, dass die 54. Tagung vom 6. bis 9. September 2004 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abgehalten wird,
2. BESCHLIESST, dass die 55. Tagung vom 12. bis 15. September 2005 stattfindet,
3. NIMMT das Angebot von Estland, Georgien und Rumänien, Gastgeber der 55. Tagung des Regionalkomitees sein zu wollen, DANKBAR ZUR KENNTNIS,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor, die Angelegenheit mit diesen Mitgliedstaaten zu erörtern, sodass das Regionalkomitee im Stande ist, auf seiner 54. Tagung einen endgültigen Beschluss über den Ort der 55. Tagung zu treffen,
5. BESCHLIESST, dass die 55. Tagung am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abgehalten wird, falls kein Mitgliedstaat in der Lage ist, sich bis zum 30. November 2003 bindend bereit zu erklären, als Gastgeber dieser Tagung zu fungieren.

*Annex I***Tagesordnung****1. Eröffnung der Tagung**

Wahl des Präsidenten, Exekutivpräsidenten, Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und Berichterstatters

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

2. Ansprache des Generaldirektors**3. Bericht des Regionaldirektors, darunter:**

– Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit

4. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**5. Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees, u. a.:**

– Bericht über die Evaluierung der derzeitigen Vereinbarungen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat

– Follow up zur externen Evaluation der Programme des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung

6. Grundsatz- und Fachfragen

a) Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

b) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO

c) Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)

d) Die Länderstrategie des Regionalbüros

e) Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter WHO-Länderbüros

7. 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 Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

d) Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission

8. Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des Regionalkomitees, 2004 und 2005**9. Sonstige Angelegenheiten****10. Annahme des Berichts und Abschluss der 53. Tagung**

Fach-Briefing zum Thema „Herausforderungen für das Österreichische Gesundheitswesen“
(organisiert vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen).

*Annex 2***Liste der Arbeitspapiere****Arbeitspapiere**

EUR/RC53/1 Rev.1	Liste der Arbeitspapiere
EUR/RC53/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC53/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC53/4	Bericht des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC53/4 Add.1	Bericht der fünften Tagung des zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC53/5	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen
EUR/RC53/5 Corr.1	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen
EUR/RC53/5 Corr.2	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen
EUR/RC53/6	Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC53/7	Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC53/8	Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)
EUR/RC53/9	Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter WHO-Länderbüros
EUR/RC53/10	Sachstandsbericht über die Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa seit dem Jahr 2000
EUR/RC53/11	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO

Konferenzdokumente

EUR/RC53/Conf.Doc./1	Bericht des Zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC53/Conf.Doc./2	Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC53/Conf.Doc./3 Rev.1	Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)
EUR/RC53/Conf.Doc./4	Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit geografisch verteilten organisatorischen Einheiten, darunter WHO-Länderbüros
EUR/RC53/Conf.Doc./5	Fortschritte bei der Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa, „die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“
EUR/RC53/Conf.Doc./6	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC53/Conf.Doc./7	Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission
EUR/RC53/Conf.Doc./8 Rev.1	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2004 und 2005
EUR/RC53/Conf.Doc./9	Mitgliedschaft im Exekutivrat

Informationsdokumente

EUR/RC53/Inf.Doc./1	Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)
EUR/RC53/Inf.Doc./2	Einsetzung einer Regionalen Auswahlkommission

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

Repräsentant Dr. Eduart Hashorva
Stellvertretender Gesundheitsminister

Andorra

Repräsentantinnen Montserrat Camps Gallart
Staatssekretärin für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Margarida Coll Armangué
Leiterin, Referat Epidemiologische Überwachung, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Armenien

Repräsentant Dr. Norayr Davidyan
Gesundheitsminister

Berater Dr. Haik Grigorian
Leiter, Abteilung für Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Aserbaidshan

Repräsentanten Professor Ali Binat-ogly Insanov
Gesundheitsminister

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

Belgien

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

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

Stellvertreter Machteld Wauters
Abteilung Gesundheitsversorgung, Ministerium der Flämischen Gemeinschaft

Berater Leen Meulenbergs
Sachverständige, Ministerium für Soziales, Öffentliche Gesundheit und Umwelt

Jean-Cédric Janssens de Bisthoven
Erster Sekretär der belgischen Botschaft in Wien

Mathias Bogaert
Dritter Sekretär, der belgischen Botschaft in Wien

Bosnien-Herzegowina

Repräsentanten Dr. Safet Halilović
Minister für Verwaltungsangelegenheiten, Föderation Bosnien-Herzegowina

Amira Kapetanović
Botschafterin, Ständige Vertreterin von Bosnien-Herzegowina beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien

Stellvertreter Dr. Marin Kvaternik
Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Tomo Lučić
Gesundheitsminister, Föderation Bosnien-Herzegowina

Berater Professor Žarko Pavić
Koordinator von WHO-Programmen, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Bakir Nakaš
Mitglied, Beirat von Bosnien-Herzegowina für HIV/AIDS

Nada Janković
Beraterin des Ministers, Ständige Vertretung von Bosnien-Herzegowina beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien

Aida Durić
Ministerin für Verwaltungsangelegenheiten von Bosnien-Herzegowina

Sekretärin Stela Vasić
Botschaft von Bosnien-Herzegowina in Wien

Bulgarien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Petko Salchev Stellvertretender Gesundheitsminister
	Rumyana Toshkova Leitende Sachverständige, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreterin</i>	Iskra Angelova Sachverständige, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dänemark

<i>Repräsentanten</i>	Lars Løkke Rasmussen Minister für Inneres und Gesundheit
	Dr. Jens Kristian Gøtrik Generaldirektor und Leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde
<i>Stellvertreter</i>	Mogens Jørgensen Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit
<i>Berater</i>	Marianne Kristensen Leitende Beraterin, Nationale Gesundheitsbehörde
	Karen Worm Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit
	Kåre Geil Persönlicher Referent des Ministers für Inneres und Gesundheit

Deutschland

<i>Repräsentanten</i>	Susanne Weber-Mosdorf Ministerial-Direktorin, Europäische und Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
	Udo Scholten Leiter der Unterabteilung Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
<i>Stellvertreter</i>	Thomas Hofmann Referent, Referat E 21-Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
	Dr. Ingo von Voss Vortragender Legationsrat, Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Christian Luetkens
Unterabteilungsleiter, Prävention, Gesundheitsförderung und Epidemiologie,
Hessisches Sozialministerium

Helene Reemann
Referatsleiterin, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

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

Dr. Christoph Beier
Bereichsleiter Planung und Entwicklung, Gesellschaft für Technische Zusammen-
arbeit (GTZ)

Dr. Regine Meyer
Leistungsschwerpunktmanagerin für Osteuropa, GUS und Lateinamerika, Ge-
sellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

Ehemalige jugoslawische Republik Makedonien

Repräsentanten

Dr. Rexhep Selmani
Gesundheitsminister

Snezana Cicevalieva
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Zusammen-
arbeit, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Aleksander Tavciovski
Ständiger Vertreter der Ehemaligen jugoslawischen Republik Makedonien bei
der OSCE in Wien

Zoran Todorov
Zweiter Sekretär, Ständige Vertretung der Ehemaligen jugoslawischen Repu-
blik Makedonien bei der OSCE in Wien

Estland

Repräsentanten

Marko Pomerants
Ministerium für Soziales

Katrin Saluvere
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für So-
ziales

Stellvertreter

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

Finland

<i>Repräsentanten</i>	<p>Dr. Kimmo A.E. Leppo Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Liisa Ollila Beraterin des Ministers und Leiterin der Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p>
<i>Stellvertreter</i>	<p>Dr. Merja Saarinen Beraterin des Minister, Gesundheitsangelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Sakari Lankinen Berater des Ministers, Gesundheitsangelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p>
<i>Berater</i>	<p>Kristiina Haikio Beraterin, Ständige Vertretung von Finnland beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf</p> <p>Dr. Jarrko Eskola Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Dr. Juha Teperi Abteilungsleiter, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Wohlfahrt und Gesundheit</p>

Frankreich

<i>Repräsentanten</i>	<p>Patrick Villemur Botschafter, Ständiger Vertreter Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Wien</p> <p>Dr. Jean-Baptiste Brunet Leiter, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte</p>
<i>Stellvertreterin</i>	<p>Catherine Feuillet Beraterin, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten</p>
<i>Berater</i>	<p>Isabelle Virem Beraterin der Generaldirektion, Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte</p> <p>Alain Guepratte Berater für auswärtige Angelegenheiten, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Wien</p>

Georgien

Repräsentant Dr. Amiran Gamkrelidze
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Griechenland

Repräsentanten Ektor Nasiokas
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Gemeinwohl

Professor Jenny Kourea-Kremastinou
Dekan, Staatliche Hochschule für Gesundheitswissenschaften

Berater Dr. Meropi Violaki-Paraskeva
Generaldirektorin h. c. für Gesundheitsangelegenheiten

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

Dr. Alexander Botsis
Berater des Ministers, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Sekretärin Dionysia Dapada
Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Irland

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

Colm Keenan
Leiter, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Island

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

Ingimar Einarsson
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Stellvertreter Sigurdur Gudmundsson
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Beraterin Vilborg Ingolfssdottir
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Gesundheitsdirektion

Helgi Mar Arthursson
Informationsreferent, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Asthildur Knutsdottir
Beraterin, Ständige Vertretung Islands beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Israel

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

Dr. Yitzhak Sever
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Italien

Repräsentanten Dr. Francesco Cicogna
Leitender Medizinaldirektor, Büro für Internationale Beziehungen und Gemeindepolitik, Gesundheitsministerium

Natalia Quintavalle
Erste Sekretärin, Ständige Vertretung Italiens beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Stellvertreter Professor Giancarlo Majori
Direktor, Labor für Parasitologie, Nationalinstitut für Gesundheit

Kasachstan

Repräsentant Dr. Saule Dikanbayeva
Stellvertretender Gesundheitsminister

Stellvertreter Aigul Kuspan
Beraterin, Botschaft von Kasachstan in Wien

Yermukhambet Konuspayev
Attaché, Botschaft von Kasachstan in Wien

Kirgisistan

Repräsentant Professor Mitalip Mamytovich Mamytov
Gesundheitsminister

Stellvertreter Dr. Ainura Ibraimova
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Dr. Boris Ivanovich Dimitrov
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Kroatien

Repräsentantin Professor Marija Strnad Pesikan
Public-Health-Institut

Stellvertreter Dr. Andro Vlahušić
Gesundheitsminister

Dražen Vukov Colić
Botschafter der Republik Kroatien in Österreich

Beraterin Karmen Klemente
Leiterin, Kabinett des Ministers, Gesundheitsministerium

Lettland

Repräsentanten Ingrida Circene
Gesundheitsministerin

Viktors Jaksons
Ehemaliger Minister für Gemeinwohl

Litauen

Repräsentanten Dr. Juozas Olekas
Gesundheitsminister

Romalda Baranauskiene
Untersekretärin, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Viktoras Meižis
Leiter, Abteilung für Internationale Beziehungen und Europäische Integration,
Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentanten A. Berns
Botschafter, Ständiger Vertreter des Großherzogtums Luxemburg beim Büro
der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in
Genf

Dr. Danielle Hansen-Koenig
Generaldirektorin für Gesundheit

Stellvertreterin Aline Schleder-Leuck
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

Malta*Repräsentanten*

Dr. Louis Deguara
Gesundheitsminister

Dr. Noel Buttigieg-Scicluna
Botschafter, Ständiger Vertreter Maltas beim Büro der Vereinten Nationen
und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien

Stellvertreter

Dr. Ray Busuttil
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Karen Vincenti
Leitende Medizinaldirektorin, Büro des Generaldirektors für Gesundheit, Ge-
sundheitsministerium

Dr. John Paul Grech
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Maltas beim Büro der Vereinten Nationen
und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien

Berater

Dr. Anthony Vella
Ständiger Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Saviour Gambin
Persönlicher Referent des Gesundheitsministers

Monaco*Repräsentanten*

Dr. Anne Nègre
Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen, Abteilung für Inneres, Staatsminis-
terium

Carole Lanteri
Erste Sekretärin, Ständige Vertretung des Herzogtums Monaco beim Büro der
Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in
Genf

Niederlande*Repräsentanten*

Hans de Goeij
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Annemiek van Bolhuis
Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Ge-
meinwohl und Sport

Stellvertreter

Monique A.C.M. Middelhoff
Erste Sekretärin, Ständige Vertretung der Niederlande beim Büro der Vereinten
Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Lejo van der Heiden
Kordinator, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit,
Gemeinwohl und Sport

Norwegen

<i>Repräsentanten</i>	Anne Kari Lande Hasle Generalsekretärin, Gesundheitsministerium
	Sveinung Røren Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Tharald Hetland Chefberater, Gesundheitsministerium
	Eldrid Røine Beraterin, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Hilde Marie Rognlie Chefberaterin, Gesundheitsministerium
	Dag Rekve Chefberater, Ministerium für Gemeinwohl
	Mari Trommald Direktorin, Direktion Gesundheit und Gemeinwohl
	Jens Guslund Direktor, Direktion Gesundheit und Gemeinwohl
	Turid Kongsvik Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Norwegens beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Österreich

<i>Repräsentanten</i>	Maria Rauch-Kallat Bundesministerin für Gesundheit und Frauen
	Professor Dr. Reinhart Waneck Staatssekretär für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Clemens Auer Kabinettschef der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
	Dr. Hubert Hrabcik Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
<i>Berater</i>	Volker Hammer Büroleiter des Staatssekretärs, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
	Dr. Franz Pietsch Stellvertretender Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professor Dr. Robert Schlögel
Stellvertretender Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium
für Gesundheit und Frauen

Dr. Verena Gregorich-Schega
Leiterin, Sektin VI, Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministeri-
um für Gesundheit und Frauen

Dr. Hubert Hartl
Leiter, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung, Bundesministerium
für Gesundheit und Frauen

Dr. Thomas M. Buchsbaum
Leiter, Abteilung IV.3, Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dr. Elke Atzler
Stellvertretende Missionschefin, Ständige Vertretung Österreichs beim Büro
der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in
Genf

Edda Strohmayer
Stellvertretende Leiterin, Internationale Gesundheitsbeziehungen,
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professor Dr. Heinz Katschnig
Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät der U-
niversität Wien

Professor Dr. Michael Kunze
Vorstand des Sozialmedizinischen Instituts, Medizinische Fakultät der Univer-
sität Wien

Sekretäre

Mag. Christoph Hörhan
Kabinett der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mag. Florian Pressl
Kabinett der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mag. Daniela Reczek
Kabinett der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

MMag. Christina Cerne
Büro des Staatssekretärs, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Martin Glier
Büro des Staatssekretärs, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mag. Gero Stuller
Büro des Staatssekretärs, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mag. Raphael Bayer
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen

Mag. (FH) Michael Oberdünhofen
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen

Mag. Rupert Weinmann
Abteilung IV.3, Bundesministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Ursula Dlouhy
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen

Outi Isotalo
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen

Anita Schinko
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen

Roland Dietrich
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Polen

Repräsentanten

Dr. Wiktor Masłowski
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Professor Jerzy Szczerbań
Vorsitzender, Wissenschaftlicher Beirat des Gesundheitsministers

Stellvertreterin

Barbara Bitner
Direktorin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Beziehun-
gen, Gesundheitsministerium

Portugal

Repräsentanten

Professor José Pereira Miguel
Generaldirektor und Hochkommissar für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Aldino Salgado
Vorstandsmitglied, Institut für Finanzmanagement im Gesundheitssektor, Ge-
sundheitsministerium

Stellvertreter

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

Republik Moldau

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Andrei Gherman Gesundheitsminister Natalia Gherman Botschafterin, Ständige Vertreterin der Republik Moldau beim Büro der Vereinten Nationen und der Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSCE) in Wien
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Silviu Domente Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Rumänien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Vasile Cepoi Staatssekretär, Gesundheitsministerium Dr. Radu Constantiniu Generaldirektor, Europäische Integration und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
-----------------------	--

Russische Föderation

<i>Repräsentant</i>	Dr. Sergei Furgal Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Dr. Anatoly V. Pavlov Stellvertretender Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium Vladimir Zimyanin Chefberater, Abteilung für Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten Dr. Yuri Mshensky Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Russischen Föderation beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien Dmitri Tokin Zweiter Sekretär, Ständige Vertretung der Russischen Föderation beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien Konstantin Voronin Botschaftsrat, Botschaft der Russischen Föderation in Wien

San Marino

Repräsentantin Federica Bigi
Botschafterin, Ständige Vertreterin der Republik San Marino beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Schweden

Repräsentantin Kerstin Wigzell
Generaldirektorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Stellvertreter Cecilia Halle
Sachbearbeiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Birgitta Schmidt
Verwaltungsdirektorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Bo Pettersson
Stellvertretender Generaldirektor, National Institute of Public Health

Bengt Rönngren
Sachbearbeiter, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Margareta Carlberg
Programmleiterin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Berater Thomas Rostock
Leitender Berater, Verband der Bezirksräte

Schweiz

Repräsentanten Professor Thomas Zeltner
Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Alice Scherrer-Baumann
Präsidentin, Gesundheitsdirektion, Sanitätsdirektorenkonferenz

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

Franz Wyss
Zentralsekretär, Sanitätsdirektorenkonferenz

Beraterin Dr. Stephanie Zobrist
a.i. Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Serbien und Montenegro

<i>Repräsentanten</i>	Professor Miodrag Pavličić Gesundheitsminister der Republik Montenegro
	Branislav Milinković Botschafter, Ständiger Vertreter Serbien und Montenegros bei der OSCE in Wien
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Snežana Simić Stellvertretende Gesundheitsministerin der Republik Serbien
	Slobodanka Krivokapić Stellvertretende Gesundheitsministerin der Republik Montenegro
	Jovica Čekić Botschaftsrat, Ständige Vertretung Serbien und Montenegros bei der OSCE in Wien

Slowakei

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Rudolf Zajac Gesundheitsminister
	Dr. Svätopluk Hlavačka Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Andrej Mayer Gesundheitsministerium
	Dr. Kvetoslava Prcúhová Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Dr. Alexandra Novotná Gesundheitsministerium
	Zuzana Červená Magister, Gesundheitsministerium

Slowenien

<i>Repräsentanten</i>	Professor Dušan Keber Gesundheitsminister
	Dr. Ernest Petrič Botschafter der Slowenischen Republik in Österreich
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Jožica Maučec Zakotnik Staatssekretär, Gesundheitsförderung, Gesundheitsministerium

	Dr. Andrej Marušič Direktor, Public-Health-Institut
<i>Berater</i>	Dr. Vesna-Kerstin Petrič Beraterin des Gesundheitsministers
	Goran Križ Erster Sekretär, Botschaft der Slowenischen Republik in Österreich
	Barbara Kremžar Attaché, Botschaft der Slowenischen Republik in Österreich

Spanien

<i>Repräsentanten</i>	Professor José M. Martín Moreno Generaldirektor für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Paloma Alonso Cuesta Stellvertretender Generaldirektor, Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
<i>Stellvertreter</i>	Julio Fernandez Torrejon Botschaft Spaniens in Wien
<i>Beraterinnen</i>	Ana Clavería Fontan Technische Beraterin des Ministers für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
	Dr. Patricia Crespo Gonzalez Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Tadschikistan

<i>Repräsentant</i>	Professor Nusratullo Faizullaev Gesundheitsminister
---------------------	--

Tschechische Republik

<i>Repräsentantin</i>	Dr. Marie Součková Gesundheitsministerin
<i>Stellvertreter</i>	Pavel Vacek Botschafter, Ständiger Vertreter der Tschechischen Republik beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien
	Dr. Milan Špaček Stellvertretender Minister, Gesundheitsversorgung und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Anna Olšanská
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen und Europäische Integration,
Gesundheitsministerium

Jaroslav Štěpánek
Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Tschechischen Republik beim Büro der
Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in
Wien

Berater

Professor Bohumil Fišer
Leiter, Institut für Physiologie, Universität Masaryk

Türkei*Repräsentanten*

Dr. Recep Akdağ
Gesundheitsminister

Professor Necdet Ünüvar
Untersekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Professor Sabahattin Aydın
Stellvertretender Untersekretär, Gesundheitsministerium

Kamuran Özden
Leiter, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Namik Güner Erpul
Botschaftsrat, Ständige Vertretung der türkischen Republik beim Büro der Ver-
einten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Wien

Sevim Tezel Aydın
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsmi-
nisterium

Dr. Oguz Karamustafalioglu
Leiter, Klinik für psychische Erkrankungen, Istanbul Sisi Etfal Krankenhaus

Tanju Bilgiç
Zweiter Sekretär, Botschaft der türkischen Republik in Dänemark

Sekretär

Mehmet Saribuva
Sekretär des Gesundheitsministers

Turkmenistan*Repräsentant*

Dr. Byashim Sopyev
Stellvertretender Gesundheitsminister

Ukraine

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Michajlo Pasichnyk Stellvertretender Gesundheitsminister
	Wolodymyr Ohrysko Botschafter der Ukraine in Österreich
<i>Stellvertreter</i>	Igor Schepotin Leiter, Gesundheitsangelegenheiten, Kabinett des Ministerrats
	Zhanna Tsenilova Leiterin, Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
	Dmytro Aleshko Berater des Gesundheitsministers

Ungarn

<i>Repräsentanten</i>	Zsuzsanna Jakab Ständige Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten
	Dr. Tivador Tulassay Rektor, Semmelweis-Universität
<i>Stellvertreterin</i>	Katalin Novák Leiterin, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Koordination der europäischen Integration, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten
<i>Berater</i>	Dr. János Annus Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Familienangelegenheiten

Usbekistan

<i>Repräsentant</i>	Professor Feruz Nazirov Gesundheitsminister
<i>Berater</i>	Dr. Abdunumon Siddikov Leiter, Internationale Wirtschaftsbeziehungen, Gesundheitsministerium
	Dr. Shavkat A. Razakov Direktor, Isaev Forschungsinstitut für Medizinische Parasitologie
	Vladimir Kononov Gesundheitsministerium
	Professor Vladimir Zelman

Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

<i>Repräsentant</i>	Sir Liam Donaldson Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Nick Boyd Leiter, Internationale Angelegenheiten, Internationale Abteilung, Gesundheitsministerium Anthony Kingham Leiter, Internationales Public-Health-Team, Internationale Abteilung, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Dr. Andrew K. Fraser Stellvertretender Generaldirektor, Schottisches Gesundheitsministerium Dr. Sarah Watkins Leitende Medizinaldirektorin, Health Professional Group, Welsh Assembly Government Dr. Jason Lane Regionaler Gesundheitsberater, Ministerium für Internationale Entwicklung
<i>Sekretäre</i>	Lorna Demming International Business Manager, Internationale Abteilung, Gesundheitsministerium Noel Bartels Assistierender Privatsekretär des Generaldirektors für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Weißrussland

<i>Repräsentantin</i>	Dr. Liudmila Andreevna Postoyalko Gesundheitsministerin
-----------------------	--

Zypern

<i>Repräsentanten</i>	Constantia Akkelidou Gesundheitsministerin Dr. Charitini Komodiki Leitender Medizinaldirektor, Gesundheitsministerium
-----------------------	--

II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

Kanada

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

Garry Aslanyan
Leitender Gesundheitsberater, Sektion Zentral- und Osteuropa, Canadian International Development Agency (CIDA)

Vereinigte Staaten von Amerika

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

III. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten

Heiliger Stuhl

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

IV. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen

Jerzy Skuratowicz

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

Arkadiusz Majszyk

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

Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar

Weltbank

Dominic Haazen

V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen

Europäische Kommission

Fernand Sauer
Bernard Merkel
Antonis Lanaras

Europarat

Gabriella Battaini-Dragoni
Karl-Friedrich Bopp

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

International Bureau for Epilepsy

Hanneke M. de Boer

International Catholic Committee of Nurses and Medico-social Assistants

Christa Nowakiewitsch

International College of Surgeons

Dr. Wushou Peter Chang

International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders

Professor Aldo Pinchera

International Lactation Consultant Association

Johanna Thomann

International Union of Nutritional Sciences

Dr. Ibrahim Elmadfa

Internationale Dachorganisation der Ärzte für die Umwelt

Dr. Hanns Moshammer

Internationale Liga gegen Epilepsie

Dr. Giuliano Avanzini

Internationaler Ärztinnenbund

Dr. Corrine Bretscher-Dutoit

Internationaler Frauenrat

Gertrude Harrer

Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie

Helena R. Brus

Dr. Lukas Pfister

Mental Health Europe

Dr. Karl Dantendorfer

Rudolf Wagner

Thalassaemia International Federation

Panos Englezos

Dr. Androulla Eleftheriou

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger

Pat Hughes

Weltverband für Balneologie und Klimatologie

Dr. Nikolai A. Storozhenko
Professor U. Solimene
Dr. Elisabetta Minelli
Dr. Simona Busato

Weltvereinigung für physikalischen Therapeutik

Anne Lexow
Silvia Mériaux-Kratochvila

World Association for Psychosocial Rehabilitation

Dr. Johannes Wancasa

World Association of Girl Guides and Girl Scouts

Sandra Dybowski

World Federation for Mental Health

Professor John R.M. Copeland

World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies

Sergio Bangrazi
Professor Filomena Petti

World Organization of the Scout Movement

Alexander Söllei

World Self-Medication Industry

Dr. Gerhard Stummerer
Dr. Ariane Titz

VII. Beobachter*Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO*

Dr. René Salzberg

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO

Sylvia Denton

Globaler Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Dr. Valery Chernyavskiy
Dr. Arletty Pinel
Dr. Urban Weber

Imperial College, London

Dr. Rifat Atun

Internationales Programm für Chemikaliensicherheit

Dr. Gunnar Bergtsson

Malteserorden

Herbert Sticklberger

Ständiger Ausschuss der Krankenschwestern/Krankenpfleger der EG

Paul De Raeve

Urbani International

Dr. Peter W.S. Chang

Verbund Regionen für Gesundheit

Dr. Jaroslav Volf

Dr. Ricard Tresserras

*Annex 4***Ansprache des WHO-Generaldirektors**

Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Minister, Delegierte und Kollegen,

es ist mir eine Ehre, hier bei Ihnen in Wien sein zu dürfen und an den Erörterungen der 52 Länder der Europäischen Region teilzunehmen. Lassen Sie mich meinen Dank gegenüber unserem Gastgeber, der Regierung der Republik Österreich aussprechen und die Delegation Zyperns in ihrer neuen Region begrüßen.

Wir leben in einer Zeit großer Herausforderungen. Ich empfinde es als große Verantwortung, eine so wichtige Sonderorganisation der Vereinten Nationen wie die WHO leiten zu dürfen, und danke Ihnen für Ihre Unterstützung und Erfolgswünsche.

Die Vereinten Nationen durchlaufen eine Zeit der Prüfungen. Der Bombenanschlag gegen die Vereinten Nationen in Bagdad und die vielen toten und verletzten Kollegen haben uns zutiefst schockiert. Trotz dieser schrecklichen Verluste setzen wir unsere Missionen mit großer Entschlossenheit fort.

Zum 25-jährigen Jubiläum der Erklärung von Alma-Ata zur primären Gesundheitsversorgung ist es gut sich daran zu erinnern, dass Gesundheit für alle da ist. Alle brauchen Gesundheit. Eine Gesellschaft, die diesem Bedürfnis aus Unachtsamkeit nicht gerecht wird, gerät in ernsthafte Schwierigkeiten. Ich freue mich darauf, den Jahrestag Ende nächsten Monats in Almati begehen zu dürfen.

„Ungleiche Entwicklung in den verschiedenen Ländern hinsichtlich der Förderung der Gesundheit und der Bekämpfung der Krankheiten, ... , ist eine allgemeine Gefahr“, heißt es in unserer Satzung. In einigen Ländern verringert sich die Lebenserwartung durch armutsbedingte Umstände auf 40 Jahre, während sie sich in anderen durch Wohlstand und Medizintechnik 80 Jahren nähert. Ungleichheiten dieses Ausmaßes sind nicht nur gefährlich, sondern auch ungerecht und unterminieren schon dadurch das menschliche Wohlbefinden.

Die größte Herausforderung, der wir heute gegenüberstehen, ist die HIV/Aids-Katastrophe. Über 42 Millionen Menschen in der Welt sind HIV-positiv. Davon leben anderthalb Millionen in dieser Region, in der die Epidemie in manchen Gebieten rapide zunimmt. Jeder Infizierte benötigt dringend Behandlung. Dies muss durch eine integrierte globale HIV/Aids-Strategie geschehen, die Prävention, Fürsorge und Behandlung miteinander verbindet.

Ich arbeite mit örtlichen, nationalen und internationalen Partnern an den erforderlichen Programmen, damit bis Ende 2005 drei Millionen Menschen eine antiretrovirale Therapie erhalten. Dieses Programm „Drei bis fünf“ wird das Problem nicht lösen, aber es ist ein erster Schritt und wird beweisen, dass eine Lösung möglich ist. In drei Monaten, am 1. Dezember, dem Welt-Aids-Tag, werden wir offiziell bekannt geben, mit welcher umfassenden Strategie wir das Programm in die Tat umsetzen wollen. Unsere Arbeit mit den Ländern beginnt unverzüglich.

Wir arbeiten mit vielen Partnern, u. a. UNAIDS und dem Globalen Fonds, daran, die Ressourcen für die Umsetzung dieser Pläne zu mobilisieren. Die jüngste Entwicklung im Rahmen der Welthandelsorganisation, die den Zugang zu Arzneimitteln erleichtert, hat uns ermutigt. Der Erfolg setzt voraus, dass sich die Zivilgesellschaft, die Organisationen der Vereinten Nationen, der Privatsektor und die Mitgliedstaaten engagieren. Vor allem aber hängt der Erfolg davon ab, dass wir, die hier heute Anwesenden, uns alle engagieren.

Tuberkulose breitet sich in Teilen Europas explosionsartig aus, insbesondere gilt dies für arzneimittelresistente Stämme in den Gefängnissen im Osten der Region. Eine schnelle Ausweitung der DOTS-Strategie und eine entschlossener Bekämpfung der Arzneimittelresistenz sind dafür unabdingbar.

Dass die Europäische Region im vergangenen Jahr für poliofrei erklärt werden konnte, war ein wichtiger Teilerfolg für die weltweiten Bemühungen um die Eradizierung der Polio. Mit der finanziellen Unterstützung, zu der sich vier Mitgliedstaaten dieser Region im Rahmen der G8 verpflichtet haben, wird es uns gelingen, aus den mühsam errungenen Fortschritten einen endgültigen Erfolg zu machen und in diesem und im nächsten Jahr weltweit die völlige Eradizierung zu erreichen.

Gesundheitliche Versorgung braucht der Mensch von Geburt an. Der Schutz während Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft bildet den Kern eines Gesundheitssystems. Eine halbe Million Frauen stirbt jährlich an den Folgen einer Geburt. Während Schwangerschaft und Geburt werden gut ausgebildete Fachkräfte benötigt, wobei für den Notfall spezielle Dienste verfügbar sein müssen.

Überall kämpfen Eltern um das Überleben ihrer Kinder, dennoch sterben in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen jährlich zehn Millionen Kinder, bevor sie das fünfte Lebensjahr erreicht haben. Sieben Millionen davon sterben an fünf vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten: Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen, Malaria, Masern und Fehl- und Unterernährung. Wir können diese Zahl erheblich verringern, indem wir mit den Ländern Strategien entwickeln, mit denen wir z. B. die Schwangerschaft sicherer machen und Kinderkrankheiten umfassend bekämpfen können. Es sollte möglich sein, die weltweite Kindersterblichkeit bis zum Jahr 2015 um zwei Drittel zu vermindern. Doch dafür müssen wir umdenken und uns engagieren.

Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist ein funktionierendes ganzheitliches Gesundheitswesen. Viele der insbesondere für das Jugendalter charakteristischen Probleme wie Frühschwangerschaft, injizierender Drogengebrauch und Gewalt haben unweigerlich Konsequenzen für die Gesundheit von Mutter und Kind. Untergewichtige Neugeborene und die rasch zunehmende HIV-Übertragung sind zwei davon. Gewalt, Alkoholmissbrauch und psychische Störungen sind in dieser Gruppe ebenfalls häufig.

Am anderen Ende des Lebens hat die Hitzewelle dieses Sommers die Gesundheitsbedürfnisse alter Menschen in der Europäischen Region drastisch sichtbar werden lassen.

All dies zeigt, dass eine lebensfähige Gesellschaft ein umfassendes Gesundheitssystem braucht, nicht nur als Investition, sondern in Anerkennung der Tatsache, dass das menschliche Leben und die Gesundheit an sich schon einen Wert verkörpern.

Außerdem brauchen die WHO und ihre Mitgliedstaaten gute Überwachungssysteme, wenn sie die Gesundheit der Bevölkerung schützen wollen. Diese haben ihre Leistungsfähigkeit bei der Eradizierung der Pocken und Anfang dieses Jahres bei der Beendigung der SARS-Epidemie unter Beweis gestellt. Sie sind der Schlüssel zum Erfolg sowohl bei der Eradizierung der Polio als auch bei der Bekämpfung neuer und wieder auftretender Infektionskrankheiten. Wir müssen auch die wichtige Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften zu Ende führen.

Derweil machen nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen einen wachsenden Teil, nämlich inzwischen etwa 60 % der weltweiten Krankheitslast aus. Im Mai verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen. Dies war ein weltweiter Erfolg im Kampf gegen tabakbedingte Krankheiten. Das Rahmenübereinkommen wurde in der Zwischenzeit von 50 Ländern unterzeichnet und auch schon von einem Land, nämlich Norwegen, ratifiziert. Ich ersuche Sie alle eindringlich, diesem Beispiel ohne Verzögerung zu folgen. Mit diesem Übereinkommen kann die Welt die Bevölkerung vor den durch Tabak verursachten Schäden schützen, indem sie Werbung verbietet, den Schmuggel verhindert, die Tabaksteuern erhöht und auf den Packungen deutlicher sichtbare Warnhinweise durchsetzt.

Wir müssen alles in unserer Macht Stehende tun, damit 40 Länder das Rahmentübereinkommen möglichst schnell ratifizieren, womit es in Kraft tritt.

Die heute in allen Gesellschaften, armen wie reichen, anzutreffende unausgewogene Ernährung bewirkt eine starke gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung. Unser Ziel sind umfassende Ansätze zur

Bekämpfung jeder Form von Fehlernährung, wobei es keine Rolle spielt, ob ihre Ursachen in Mangel oder Überfluss zu suchen sind. Im kommenden Mai wird der Weltgesundheitsversammlung die Globale Strategie der WHO zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit vorgelegt.

Die Delegierten der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung befassten sich mit der Arbeit der Codex Alimentarius-Kommission und gelangten zu dem Schluss, dass der Gesundheitssektor bei der Festlegung von Sicherheitsstandards für Lebensmittel eine deutlichere Rolle spielen müsse. Die Delegierten unterstrichen auch, dass den Entwicklungsländern mehr geholfen werden müsse, damit sie vollgültig am internationalen Prozess der Festlegung von Lebensmittelstandards teilhaben können. In vielen Fällen handelt es sich dabei nicht nur um Lebensmittelsicherheit, sondern auch um eine gesicherte Lebensmittelversorgung, also um die Sicherstellung einer Mindestzufuhr der für ein gesundes Überleben erforderlichen Kalorien.

Jedes Jahr sterben weltweit über eine Million Menschen in Verkehrsunfällen, die damit in allen Regionen eine der führenden Todesursachen darstellen. Wir müssen uns dies stärker ins Bewusstsein rufen und auch verstärkt darauf reagieren. Der Weltgesundheitstag 2004 wird der Sicherheit im Straßenverkehr gewidmet sein.

Unsere gesamte Arbeit zielt darauf ab, die nationalen Gesundheitssysteme zu stärken. Unser Einsatz ist überall wichtig, doch der eigentliche Schwerpunkt unserer Arbeit liegt unbedingt in den Ländern. Wir müssen unsere Länderbüros stärker besetzen, finanziell besser ausstatten, ihnen mehr Ansehen verleihen und mehr Verantwortung übertragen. Gleichzeitig müssen wir ein vernünftiges Management- und Finanzgebaren ebenso sicherstellen wie eine transparente Haushaltspolitik.

Im Hauptbüro sind alle Beigeordneten Generaldirektoren im Moment damit beschäftigt, die in ihren Verantwortungsbereich fallenden globalen Anliegen auf die Frage hin zu untersuchen, welche Tätigkeiten besser in Regional- oder Länderbüros ausgeführt werden könnten.

Ich möchte, dass die sich daraus ergebenden Änderungen insgesamt bis zum Haushalt 2006–2007 abgeschlossen sind. Der Ausbau der Länderbüros ist für mich ein wichtiges Ziel. In meinen zwanzig Jahren bei der WHO habe ich deutlich begreifen gelernt, dass die Stärkung unserer Länderarbeit die weitaus wirksamste Art und Weise ist, unseren Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung ihrer eigenen Ziele zu helfen. Wir werden dieses Ziel in enger partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Regionen anstreben.

Das Gesundheitswesen braucht in erster Linie qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, und hier stehen wir vor einem großen Problem: dem „Brain drain“, das heißt der Abwanderung qualifizierter Fachkräfte. Es sind vor allem die guten Mitarbeiter, die es uns ermöglichen, „Drei bis fünf“ zu schaffen und die Millennium-Entwicklungsziele zu verwirklichen, doch Humanressourcen sind überall knapp. Wir werden mit den Ländern eng an der Entwicklung neuer Methoden für die Aus- und Fortbildung und die Supervision von Gesundheitsfachkräften zusammenarbeiten und dabei besonderes Gewicht auf die gemeindenahere und primäre Gesundheitsversorgung legen. Dabei können wir die schnellsten Erfolge erzielen.

In den meisten Ländern gibt es auch kein angemessenes System für die Bereitstellung von verlässlichen Gesundheitsinformationen. In diesem Bereich ist die Entwicklung jedoch auf unserer Seite: Die zum Aufbau wirksamer Informationssysteme erforderliche Technik wird immer leistungsfähiger und gleichzeitig preiswerter. Ich glaube, dass das von der WHO in Zusammenarbeit mit UNICEF, der Weltbank, mit Mitgliedstaaten und Stiftungen vorangetriebene Partnerschaftsprojekt eines Gesundheitsdatenverbands, das „Health Metrics Network“, ein wichtiger Schritt zur Lösung dieses Problems sein kann.

Im Laufe der Jahre hat die WHO tragfähige und erfolgreiche Arbeitsbeziehungen zu Mitgliedstaaten, Stiftungen, nichtstaatlichen Organisationen, dem Privatsektor und wie wir multilateral arbeitenden Organisationen entwickelt. Der Erfolg unserer Arbeit steht und fällt mit diesen Partnerschaften, von denen sich einige bereits seit langem bewährt haben, andere dagegen noch relativ neu sind. Mit vereinten Kräften erreichen wir sehr viel mehr.

Weltweit bekennen sich führende Politiker in bisher ungeahntem Ausmaß zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Beim Millenniumgipfel der Vereinten Nationen im September 2000 hat sich die internationale Gemeinschaft auf acht Ziele verpflichtet. Drei davon beziehen sich direkt auf Gesundheit: Verringerung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Bekämpfung der wichtigsten Infektionskrankheiten. Bei den fünf übrigen Zielen geht es um Bekämpfung von Armut, Ausbildung, Gleichberechtigung der Geschlechter, Umwelt und globale Partnerschaft. Sie haben, wie wir gesehen haben, alle eine direkte Bedeutung für die Gesundheit.

Ich sehe Ihren Erörterungen mit Interesse entgegen.

Eine bessere Gesundheit für alle ist unser gemeinsames Ziel. Arbeiten wir gemeinsam an der Verwirklichung dieses Ziels.

Ich danke Ihnen.

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

Frau Präsidentin, meine Damen und Herren, sehr geehrte Teilnehmer an der 53. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa,

Lassen Sie uns zunächst der Opfer des Bombenattentats von Bagdad und insbesondere unserer Freundin und Kollegin Frau Nadia Younes und Herrn Ahmed Shukry gedenken. Wir denken ebenfalls an Herrn Bacquerot, der letztes Jahr noch bei uns weilte, und an unseren italienischen Kollegen Dr. Urbani, der der Krankheit erlag, die er bekämpfte. Seine Worte „näher bei den Opfern sein“ könnten unser Motto sein.

Einleitung

Das Jahr zwischen der 52. und der 53. Tagung des Regionalkomitees wird zweifellos den Public-Health-Bereich tief und dauerhaft prägen. Für die WHO wird es auch als ein historisches Jahr in Erinnerung bleiben. Lassen Sie mich das Außergewöhnliche dieses Jahres an vier Beispielen illustrieren.

Zunächst möchte ich die SARS-Epidemie nennen. Zumindest die erste Phase dieser Gesundheitskrise wurde dank einer enormen, international koordinierten Kraftanstrengung erfolgreich bewältigt. Natürlich müssen wir noch lange Zeit wachsam bleiben, aber es hat sich gezeigt, dass Transparenz und die wissenschaftliche Zusammenarbeit aller Länder der öffentlichen Gesundheit am besten dienen.

Der gleiche Schluss lässt sich aus einem weiteren, in diesem Jahr erzielten Erfolg ziehen: Die Annahme des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens durch die Weltgesundheitsversammlung bedeutete den ersten internationalen Vertragsabschluss zum Thema öffentliche Gesundheit. Ich möchte den Mitgliedstaaten der Europäischen Region hierfür danken und meiner Bewunderung für ihre Entschlossenheit und ihren Mut bei diesem Unterfangen Ausdruck verleihen. Doch auch hier bleibt bis zur Ratifizierung und, noch wichtiger, weltweiten Umsetzung des Abkommens ein langer Weg vor uns. Bislang hat nur ein Land, Norwegen, das Abkommen ratifiziert. Ich appelliere daher anlässlich des Regionalkomitees an die übrigen Staaten der Region, so schnell wie möglich dem norwegischen Beispiel zu folgen. Die Europäische Region wird in diesem Prozess als treibende Kraft die ihr einhellig zugeschriebene Rolle weiterhin ausfüllen. So wird sie zu den internationalen Bemühungen für ein In-Kraft-Treten des Abkommens im Dezember 2004 beitragen. Wir dürfen jetzt nicht nachlassen. Ein Ende der Aktivitäten kommt bis zur Vollendung der Ratifizierung nicht in Frage. Sie können hier mit der fortdauernden Unterstützung durch das Regionalbüro rechnen. Das langfristige Engagement und die intensive Mobilisierung belegt fortdauernd die Fähigkeit der internationalen Gemeinschaft zur gemeinsamen Verteidigung der öffentlichen Gesundheit, indem sie sich weigert, fünf Millionen Sterbefälle aufgrund von Rauchen jährlich als unvermeidbare Schicksalsschläge hinzunehmen.

Diese beiden Ereignisse haben, neben weiteren, der WHO zu mehr Sichtbarkeit und Glaubwürdigkeit verholfen. Wir müssen Dr. Brundtland hierfür danken. Die an unsere Organisation gerichteten Erwartungen sind heute größer denn je zuvor. Die Lehren, die wir aus dem zurückliegenden Jahr gezogen haben, werden uns helfen sie besser zu erfüllen. Dies gilt nicht nur im Weltmaßstab sondern auch für das Regionalbüro. Wir werden immer besser darin, die Bedürfnisse unserer Mitgliedstaaten zu analysieren. Wir passen unsere Dienste weiter an diese Bedürfnisse an, sodass wir sowohl in Krisensituationen als auch bei langfristigen Programmen besser und schneller reagieren können. Dabei hat eine bessere Kommunikation innerhalb des Büros und mit den Ländern sehr geholfen.

Die Schlussfolgerungen aus der Bewältigung der SARS-Epidemie und der Annahme des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens gelten auch für ein drittes markantes Thema aus der Europäischen Region im vergangenen Jahr. Ohne Zweifel ist man sich heute der Ernsthaftigkeit der Aids- und Tuberkulose-Epidemien in vielen Ländern der Region voll bewusst. Die durch die UNAIDS-Partner geschärfte

Wachsamkeit hat sich praktisch in der Bereitstellung erheblicher Mittel aus dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria niedergeschlagen. Das Regionalbüro hat zu dieser Mobilisierung von Geldern beigetragen. Zu meiner großen Freude nehmen hochrangige Vertreter des Globalen Fonds an dieser Tagung des Regionalkomitees teil. Hier bleibt auch noch sehr viel zu tun, insbesondere weil die Gesundheitssysteme dieser Länder unter den schwierigsten wirtschaftlichen Verhältnissen tief greifende Veränderungen durchmachen. Die Solidarität und Hilfe der Europäischen Region sind unabdingbare Voraussetzungen für eine Stärkung der Gesundheitssysteme dieser Länder, auf dass die für Aids, Tb und Malaria gedachten Mittel unter den besten Bedingungen zum Einsatz kommen. Es wäre für alle Länder katastrophal, wenn sich die Lage nicht bessern, sondern weiter verschlechtern würde.

Abschließend möchte ich ein viertes Ereignis erwähnen, das zwar eher eine innere Angelegenheit der WHO, aber dennoch für die Zukunft sehr wichtig ist. Sie haben Dr. Jong-Wook Lee zum neuen Generaldirektor gewählt und er wird uns morgen mit seiner Anwesenheit beehren. Die vom neuen Generaldirektor vorgeschlagenen Ansätze liegen klar auf einer Linie mit den von Ihnen für die Europäische Region angenommenen. Dies gilt insbesondere für die Vordringlichkeit der Länderunterstützung. Bei meinem letzten Besuch in Genf bin ich vielen Mitgliedern der neuen Führungsmannschaft begegnet und konnte mich davon überzeugen, dass unsere Ziele und Projekte in hohem Maße übereinstimmen. Die Zusammenarbeit beginnt auf einer soliden Grundlage, die sicherstellt, dass unsere Mitgliedstaaten den Nutzen aus einer einigen Organisation ziehen werden, die die Vielfalt seiner regionalen Dimension respektiert.

Zusammenarbeit mit den Ländern der Region

Ich möchte in dem Bericht über die im vergangenen Jahr durch das Regionalbüro geleistete Arbeit nicht nur über die Aktivitäten in der Europäischen Region selbst, sondern auch über die Beteiligung an globalen Initiativen berichten.

Der Bericht ist in drei Teile gegliedert: Der erste widmet sich unserer Arbeit mit den Ländern, der zweite den Fachreferaten und der dritte den Fortschritten bei einigen wesentlichen Arbeitsbereichen und zukünftigen Aktivitäten.

Ich möchte eingangs die enge Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss sowohl bei der Vorbereitung dieser Tagung des Regionalkomitees als auch der Durchführung der vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen hervorheben. Ich danke den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses und insbesondere seinem Vorsitzenden, Professor Jarkko Eskola, für Rat und Hilfe. Diese Unterstützung war vor allem für die Nachbereitung der dem Regionalkomitee im letzten Jahr vorgelegten Evaluierung sehr wertvoll.

Eine unserer gemeinsamen Entscheidungen über den Ablauf dieser Tagung des Regionalkomitees war die Einbeziehung des Themas Partnerschaften in jeden Hauptpunkt der Tagesordnung je nach Erörterungsgegenstand, anstatt ihn, wie in der Vergangenheit, gesondert zu behandeln. Es ist mir deswegen jetzt eine Ehre und eine Freude, Ihnen die drei zu diesem Thema geladenen Redner und Partner vorzustellen: Frau Gabriella Battaini-Dragoni, Generaldirektorin der Abteilung Soziale Kohäsion beim Europarat, Herrn Fernand Sauer, Direktor der Abteilung Öffentliche Gesundheit bei der Europäischen Kommission und Frau Mirta Roses, neue WHO-Regionaldirektorin für Gesamtamerika. Ich möchte auch die Vertreter der übrigen Partner begrüßen, die an dieser Tagung teilnehmen. Einige von ihnen werden zu anderen Tagesordnungspunkten sprechen. Gemäß der Geschäftsordnung werden sie entweder während der Vorstellung des Themas oder nach den Fragen und Anmerkungen der Mitgliedstaaten das Wort ergreifen.

Im Jahr 2000 beschloss das Regionalkomitee eine Strategie für die Länderarbeit des Regionalbüros. Das Dokument *Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen*, in dem diese Strategie dargelegt wird, hat seither für den überwiegenden Teil der Arbeit des Regionalbüros als Rahmen gedient. Einen ausführlichen Bericht zu diesem Thema erhalten Sie morgen Vormittag. An dieser Stelle möchte ich mich auf einige wenige Beispiele beschränken, die das grundlegende Prinzip dieser Strategie illustrieren: alle Länder der Region in ihrer Vielfalt berücksichtigen.

Alle Länder der Region in ihrer Vielfalt berücksichtigen

Neben horizontal angelegten Programmen wie Psychische Gesundheit, Rauchen, Ernährung oder Umwelt, an denen alle Länder teilhaben, bieten wir den Mitgliedstaaten zunehmend differenzierte und konkrete Dienste an. Lassen Sie mich dies anhand einiger Beispiele aus verschiedenen Teilen der Region erläutern.

In Ländern ohne WHO-Länderbüro, vereinfacht ausgedrückt im Westen und Südwesten der Region, haben wir Zukunftsforen lanciert, wie dies in dem Dokument zur Länderstrategie vorgesehen war. Nach zögerlichem Anfang ist dieses Programm jetzt besser strukturiert. Als übergreifendes Thema wurde gewählt: Instrumente für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Bei den zwei jährlichen Tagungen des Forums wird jeweils ein besonderer Aspekt dieses Themas aufgegriffen: evidenzbasierte Informationen im Bereich Public Health, Gesundheitsfolgen politischer Entscheidungen, Kommunikation bei Gesundheitskrisen usw.

Neben diesem an alle Länder der Gruppe gerichteten Programm bietet das Büro aufgrund steigender Nachfrage auch zunehmend Einzelmaßnahmen an. Das betrachten wir als einen guten Indikator für das Interesse der entwickeltsten Länder an den Tätigkeiten des Regionalbüros. Zu dieser Kategorie zählen die Arbeit des Büros mit der finnischen Regierung an der Fortentwicklung seiner Gesundheitsförderung und das aktive Engagement bei der Neugestaltung der Gesundheitspolitik in Portugal und Frankreich. Wir haben auch auf einige Hilfesuche reagiert, natürlich bei SARS, aber auch im Zusammenhang mit einer Industrieabfallproblematik in Andorra und einer Ölpest in Spanien. Eine andere Form der Unterstützung, von der wir erwarten, dass sie in Zukunft an Bedeutung zunehmen wird, hat mit der Rolle zu tun, die zu spielen uns die österreichische Regierung im Zusammenhang mit dem Aufbau ihrer Gesundheitshilfe im Irak gebeten hat. Wir haben der Republik Österreich die fachlichen Ressourcen der Organisation in Zusammenarbeit mit den beiden betroffenen Regionalbüros angeboten. Unser österreichischen Kollegen werden auf diesen Punkt während ihrer Präsentation am Mittwochmittag näher eingehen. Sie werden die Länder der Region dazu auffordern an dieser Bewegung zur Unterstützung von Ländern in Not teilzunehmen. Diese wenigen Beispiele zeigen die wachsende Nachfrage nach den Diensten des Regionalbüros aus der genannten Ländergruppe. Die Anfragen sind uns natürlich eine Ehre und wir werden ihnen so umfassend wie möglich gerecht werden. Das darf allerdings nicht die finanziellen und personellen Begrenzungen des Regionalbüros verdecken. Wir benötigen Ihr Fachwissen und Ihre Fachleute zur Durchführung solcher Missionen. Zusammen müssen wir zum Wohle aller Länder neue Wege zum Erreichen einer solchen Kooperation finden.

Was die **Länder Südwesteuropas** betrifft, so habe ich bereits bei früheren Tagungen das Engagement des Regionalbüros und unserer Partner im Stabilitätspakt für die Balkanländer beschrieben. Das Bestreben, die Gesundheit konkret im Friedensprozess zu verankern, ist in dieser kriegserprobten Region eine riskante und unsichere Aufgabe. Drei Jahre sind eine viel zu kurze Zeit, um beurteilen zu können, ob diese Herausforderung erfolgreich bewältigt wurde. Doch mit Unterstützung Griechenlands, Italiens, Frankreichs und seit einiger Zeit auch Schwedens und Sloweniens werden in den betreffenden Ländern vier Gesundheitsprogramme aufgebaut. Das Programm für psychische Gesundheit, das für ein Durchbrechen des Kreislaufs der Gewalt entscheidend ist, ist am weitesten gediehen. Die Programme zu Infektionskrankheiten, Public-Health-Ausbildung und Ernährung und Lebensmittelsicherheit schreiten gut voran und haben Geldgeber gefunden. Auch aus dieser Ländergruppe erhalten wir konkrete Anfragen wie die zur Ätiologie einer Erkrankung bestimmter Bevölkerungsgruppen in der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien.

Vor allem in Mitteleuropa unterstützen wir seit langem die **Beitrittskandidaten der Europäischen Union**. Seit den 90er Jahren wurde dieser Einsatz durch das EUROHEALTH-Programm noch verstärkt. Im letzten Jahr haben wir diese Länder an einem Punkt in ihrer Geschichte nach Möglichkeiten unterstützt, der unweigerlich Rückwirkungen auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheit der Bevölkerungen haben wird. Wir haben mit unseren Kollegen in der Europäischen Kommission für eine Ausweitung der Leistungen ihres neuen Public-Health-Programms auf die Beitrittsländer gearbeitet. Konkret haben Bedienstete des Regionalbüros an Treffen mit Vertretern dieser Länder teilgenommen und waren dabei gut

vorbereitet auf deren Bedürfnisse und Erwartungen. Gemeinsam mit ihnen haben wir entschieden, uns auf die praktische Umsetzung von Gesundheitssystemreformen zu konzentrieren und dabei das Augenmerk besonders auf die Finanzierung, das Management von Gesundheitsdiensten, die Fortbildung von Fachkräften und die Entwicklung der Gesundheitssysteme zu richten. Wie bei den bereits genannten Ländergruppen haben wir auch hier konkrete Anfragen beantwortet, z. B. aus Bulgarien im Zusammenhang mit einer neuen Gesundheitsgesetzgebung.

Auch unsere Unterstützung für die **Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten** wird immer konkreter. Die immer engeren Beziehungen, die wir mit manchen von ihnen seit mehr als zehn Jahren unterhalten, haben uns ein besseres Verständnis ihrer Bedürfnisse gegeben und uns in die Lage versetzt, diesen auf angemessene Weise gerecht zu werden. Dringlichkeiten lassen sich jetzt reibungsloser gemeinsam festlegen und das Erreichte, die Erwartungen und die Arbeit anderer Organisationen und der internationalen Gemeinschaft werden dabei stärker berücksichtigt. Ein greifbares Ergebnis der Arbeit der letzten Jahre ist die heutige Zusammenarbeit in diesen Ländern, insbesondere mit der Weltbank. Diese Zusammenarbeit ermöglicht uns größere Effizienz und bessere Koordination. Ein gutes Beispiel aus dem vergangenen Jahr bietet Kirgisistan, wo die internationale Gemeinschaft mit Unterstützung des Präsidenten und der Regierung die vor einigen Jahren begonnene Gesundheitsreform weiter vorantreiben konnte. In diesem Prozess spielte das Regionalbüro eine wichtige Rolle.

Dies sind nur einige Beispiele für unsere zunehmend konkreten Tätigkeiten in unterschiedlichen Teilen der Region. Ich möchte jedoch betonen, dass Kooperation im Lande zwar unseren wichtigsten, aber keineswegs einzigen Ansatz darstellt. Ich kann erfreut feststellen, dass unter den Mitgliedern der Verbünde Gesunde Städte und Regionen für Gesundheit engere Beziehungen geknüpft wurden.

Zum Abschluss des ersten Teils meines Berichts möchte ich bemerken, dass die neue Länderstrategie des Büros mithilfe der Fachprogramme und der Verwaltung zustande gekommen ist. Einen Großteil des gemachten Fortschritts verdanken wir auch den Länderbüros in 28 Mitgliedstaaten und ihren zunehmend hoch qualifizierten Bediensteten. Konsequente Einstellungsverfahren und höhere Verantwortung sind heute bereits die Regel und werden auch in Zukunft von zentraler Wichtigkeit sein. Ein umfangreiches Programm zur Schulung am Arbeitsplatz wird gerade entwickelt und soll die administrativen und fachlichen Kompetenzen dieser Büros stärken. Die Berufung internationaler Bediensteter zielt in die gleiche Richtung.

Gesundheitsprogramme

Unsere Länderarbeit kann nur wirksam sein, wenn das Regionalbüro seine wissenschaftliche Kompetenz im Bereich Public Health aufrechterhält und in seinem Rahmen zur Fortentwicklung der Disziplin beiträgt. Auch diesen Bereich kann ich nur schwerlich erschöpfend darstellen. Ich möchte mich darum auf einige exemplarische Themen beschränken: Themen aus Resolutionen des Regionalkomitees, an Bedeutung zunehmende Themen der bevorstehenden ministeriellen Konferenzen und Themen weltweiter Programme.

HIV und Aids

Wie ich eingangs erwähnte, war das vergangene Jahr charakterisiert durch ein gewachsenes Bewusstsein über den Ernst der Lage in einigen Ländern und finanzielle Hilfen für diese Länder durch den Globalen Fonds. Das Regionalbüro hat besonders im Rahmen von UNAIDS zu den vermehrten Bemühungen für eine bessere Kenntnis und Anerkenntnis der Lage in der Europäischen Region beigetragen.

In Resolution EUR/RC52/R9 bat das Regionalkomitee den Regionaldirektor, über die Antwort der Region auf diese Epidemie zu berichten. Im vergangenen Jahr ist die Zahl der mit HIV Infizierten von 450 000 auf 520 000 angestiegen. Im gleichen Zeitraum entwickelten 15 000 Menschen Aids, über 4 000 starben an der Krankheit. Geleitet von den Prinzipien der Resolution hat sich das Regionalbüro im weiteren Rahmen der Vereinten Nationen und in enger Zusammenarbeit mit UNAIDS und weiteren Partnern bei

seiner Antwort auf die Epidemie darauf konzentriert, den Mitgliedstaaten bei der Ausweitung und Intensivierung ihrer Kampagnen für Prävention, Behandlung und Pflege von HIV/Aids zu helfen.

Im Rahmen der globalen Bemühungen um die Bereitstellung antiretroviraler Behandlung für drei Millionen Menschen bis zum Jahr 2005 hat die WHO in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Ukraine und dem GUS-Rat Prototypen klinischer Protokolle für die HIV/Aids-Behandlung und -Pflege entwickelt und dadurch eine intensivere Anwendung der antiretroviralen Therapie ermöglicht. Diese Prototypen werden bei der Entwicklung nationaler Konzepte im Kaukasus und in den zentralasiatischen Republiken vor Ausgang des Jahres 2003 als Modell dienen. Intensive Arbeit in anderen Bereichen wurde durch großzügige Unterstützung aus Deutschland, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten möglich, z. B. gezielte Maßnahmen und Schadensbegrenzung, Überwachung, Blutsicherheit, Diagnose und Therapie von Geschlechtskrankheiten, freiwillige Tests und Beratung und die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung.

In den nächsten fünf Jahren erhalten zwölf Länder über 120 Millionen US-\$ aus dem Globalen Fonds und über 200 Millionen US-\$ von der Weltbank. Trotz begrenzter eigener Mittel kann das Regionalbüro all diesen Ländern durch Formulierungshilfen für Erfolg versprechende Bewerbungen nützen. Das Büro sieht die Sicherung einer angemessenen Verwendung dieser Mittel als seine Aufgabe und Verpflichtung gegenüber Empfängern wie Gebern an. Ich werde Ihnen im nächsten Jahr, wie von der Resolution gefordert, einen weiteren Bericht vorlegen und hoffe, dass dieser dank Ihrer Hilfe günstiger ausfallen wird.

Wie Sie wissen, ist der Globale Fonds auch für die Bekämpfung von Tuberkulose und Malaria angelegt. Hinsichtlich Tuberkulose habe ich schon auf der letzten Tagung des Regionalkomitees über den außerordentlichen Ernst der Lage in manchen Ländern der Region berichtet. Alle Beteiligten arbeiten jedoch jetzt in einer wachsenden Zahl von Ländern zusammen. Ein Beispiel für den erzielten Fortschritt kommt aus der Russischen Föderation, wo das Programm beim WHO-Büro u. a. 3 000 Fachkräfte und Spezialisten in der Überwachung von Tuberkulose geschult hat.

Beim Thema übertragbare Krankheiten werden Sie sich außerdem darin erinnern, dass die Europäische Region seit dem letzten Jahr poliofrei ist. Wir haben jetzt in Übereinstimmung mit der Resolution der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung das Ziel der Ausrottung von Masern aufgegriffen. Einige Länder, darunter die Türkei, haben Massenimpfungen gegen diese Krankheit ins Werk gesetzt, die in der Region jährlich 7 000 Kinder tötet.

Alkohol

Resolution EUR/RC49/R8 bittet den Regionaldirektor um einen Bericht über die Umsetzung des 1999 angenommenen Aktionsplans Alkohol. Der Aktionsplan bildet zusammen mit der Erklärung über Jugend und Alkohol der ministeriellen Konferenz in Stockholm aus dem Jahre 2001 die Grundlage für eine regionale, strategische Antwort auf das durch Alkoholmissbrauch verursachte Unheil, das 9% der gesamten Krankheitslast in der Region ausmacht. Dank der Beiträge Norwegens und Frankreichs und in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten haben wir ein Informationssystem zur Überwachung, Bewertung und Verschärfung der Alkoholbeschränkungsmaßnahmen einrichten können. In der zweiten Phase des Projekts werden bald auch umfangreiche Daten zu Lebensweisen, Risikofaktoren, vorbildlicher Praxis und Gesetzgebung (vor allem Gesetze zum Schutze junger Menschen) mit einbezogen. Wir müssen jetzt sowohl auf globaler als auch auf regionaler Ebene voran kommen und können dabei von all den positiven und negativen Erfahrungen im Kampf gegen das Rauchen profitieren. Ich appelliere an alle Länder der Region, ihre Bemühungen in diesem Bereich entsprechend der Schlussfolgerungen der Stockholmer Konferenz zu verstärken. Ich möchte auch um Unterstützung für das Regionalbüro bitten, damit unsere finanziellen und fachlichen Ressourcen den ehrgeizigen Bestrebungen der Mitgliedstaaten in diesem Bereich gerecht werden können. Davon sind wir im Moment weit entfernt.

Umwelt und Gesundheit

Umwelt und Gesundheit ist immer ein vorrangiges Thema unserer Zusammenarbeit. Die Konferenz in Budapest im nächsten Jahr wird ein starkes Glied in der Kette ministerieller Konferenzen zum Thema Umwelt sein. Der Vorbereitung der Konferenz wird große Aufmerksamkeit gewidmet und viele Partner sind daran beteiligt. Frau Jakab, Vorsitzende des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit wird am Ende meiner Rede das Wort ergreifen, um Ihnen über die vom Ausschuss geleistete Vorbereitungsarbeit zu berichten. Zweifellos wird die Konferenz dank der effizienten und nachhaltigen Arbeit des Ausschusses für die zentralen Themen wichtige Ergebnisse in Form eines Aktionsplans Umwelt und Gesundheit von Kindern und einer allgemeiner gehaltenen Erklärung zu Umweltfragen zeitigen. Außerdem wird ein Sachstandsbericht zur Umsetzung der bei früheren Konferenzen gemachten Empfehlungen vorgelegt werden. Eine Überwachung auf Grundlage von Indikatoren wird angeregt werden, damit jedes Land seine eigene Lage bewerten und mit der anderer Länder vergleichen kann. Die für den Weltgesundheitstag 2003 hergestellten Studien und Dokumente bieten natürlich ebenso wie die Gespräche über Umwelt und Gesundheit von Kindern, die während der Weltgesundheitsversammlung am runden Tisch stattfanden, wichtiges Material, das während der Konferenz in Budapest ausgiebig genutzt werden wird. Außerdem wird an die neue Strategie der Europäischen Kommission zu Umwelt und Gesundheit angeknüpft werden. Abschließend möchte ich hervorheben, dass eines der Hauptthemen der Londoner Konferenz von 1999, Verkehrsunfälle, auch das Thema des nächsten Weltgesundheitstags sein wird. Dieses Zusammentreffen ist kein Zufall. Vielmehr zeigt sich darin das Ausmaß der Sorgen über Gesundheit und Umwelt in Europa wie in der ganzen Welt.

Gesundheitssysteme

Wie ich bereits erwähnte, bitten viele Länder das Regionalbüro bei Reformen ihrer Gesundheitssysteme um Rat. Wir sind dabei, einen einzigartigen, bedarfsgerechten Informationsdienst zu errichten. Dieser Dienst wird relevante und nützliche Antworten auf Grundlage neuester Erkenntnisse anbieten. Im vergangenen Jahr haben wir die Verbindungen zu nationalen Verbänden von Schwestern, Pflegern und Hebammen wieder hergestellt, um das Erreichen der während der Münchener Konferenz im Jahr 2000 aufgestellten Ziele zu befördern.

Ältere Menschen

Die jüngsten Ereignisse in einigen Ländern haben die prekäre Situation alter Menschen und die dringende Notwendigkeit einer Anpassung der Gesundheitssysteme an die Bedürfnisse dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe aufgezeigt. Das Programm des Regionalbüros für diesen Bereich ist unterfinanziert. Wir haben auf Bitte des Ständigen Ausschusses jedoch entschieden, das Thema übergreifend zu bearbeiten und in so viele unserer Tätigkeiten wie möglich einzubeziehen. Diese Übergangslösung wird, hoffe ich, in naher Zukunft zur Etablierung eines eigenen Programms zu diesem Thema führen, das heute schon wesentlich ist und dessen Bedeutung in Zukunft noch zunehmen wird.

Nichtübertragbare Krankheiten

Unter den positiven Nachrichten möchte ich unsere Bemühungen im Bereich nichtübertragbare Krankheiten anführen, in dem wir gerade eine neue Stelle geschaffen haben. Tatsächlich ist die Arbeit des Büros in diesem Bereich umfangreicher und differenzierter als es scheinen mag. Abgesehen von dem konkreten Programm für landesweit integrierte Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten (CINDI) arbeiten wir im Rahmen des Verbunds Gesundheitsfördernder Schulen auch für Gesundheitsförderung, besonders in Schulen. Wir sind auch in den Bereichen Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren wie Alkohol, Tabak und unausgewogene Ernährung engagiert. Diese zahlreichen und differenzierten Tätigkeiten ermöglichen es uns, dem Regionalkomitee auf seiner nächsten Tagung einen breiten und integrierten, strategischen Ansatz zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorzulegen. Die Annahme des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens in diesem Jahr wird wahrscheinlich einer der wichtigsten je unternommenen Schritte zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten sein. Wir haben mit dem Hauptbüro bereits

Vereinbarungen über eine Zusammenarbeit in diesem Bereich getroffen, wobei uns bewusst ist, dass die Europäische Region auf diesem Feld nicht nur besonders betroffen, sondern auch besonders erfahren ist.

Gewalt und Gesundheit

Dieses neue Thema wurde auf globaler Ebene aufgebracht. Ich möchte es hier erstens erwähnen, weil Gewalt ein so wichtiger Risikofaktor für Gesundheit ist. Und zweitens wegen des umfassenden und geschlossenen Ansatzes, den der im letzten Frühjahr vom WHO-Hauptbüro veröffentlichte Bericht anregt. Aber vor allem ist dies ein Beispiel für die guten Beziehungen zwischen der globalen Ebene der WHO und der Region. Wie viele von Ihnen wissen werden, haben wir bei der Vorstellung des Berichts in vielen Ländern der Region eng mit den Kollegen aus dem Hauptbüro zusammengearbeitet und dabei auf die besonderen Umstände der Region abgestellt. Eine Vorstellung erfolgte bereits in Brüssel für die Europäische Union, in Kroatien für die Länder Südosteuropas und in Deutschland und in der Russischen Föderation. Ähnliche Veranstaltungen werden in Kürze in den Niederlanden, Frankreich, und dem Vereinigten Königreich stattfinden.

Die Millennium-Entwicklungsziele, Armut und ihre Auswirkungen auf Gesundheit

In seinen ersten Stellungnahmen hat der neue Generaldirektor die vorrangige Verpflichtung der WHO bekräftigt, die Länder beim Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele zu unterstützen. Im vergangenen Jahr haben wir die Lage in der Region in Bezug auf acht dieser Ziele analysiert, um zu sehen, welche Position die Region in Bezug auf das größere globale Programm einnehmen kann. Diese Analyse wird vom Zentrum in Venedig mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Komitees ausgeführt und im kommenden Frühjahr fertig gestellt und Ihnen dann natürlich vorgelegt. Die Arbeit enthält auch eine Analyse der Lage der Region in den Bereichen, die der Bericht an die Weltgesundheitsversammlung 2002 zu Makroökonomie und Gesundheit erwähnt.

Schon heute geht aus dieser Arbeit hervor, dass einige der Millennium-Entwicklungsziele, insbesondere die auf Aids und Tb bezogenen, für die Europäische Region volle Gültigkeit besitzen. Die Konzentration auf die Sterblichkeit von Mutter und Kind ist andererseits für die Region zu eng gefasst. Ziele zur Übersterblichkeit junger Erwachsener und zur Lebenserwartung alter Menschen sollten hinzukommen.

Der Kampf gegen die Armut nimmt im globalen Bericht zu Makroökonomie und Gesundheit und in den Millennium-Entwicklungszielen viel Platz ein. Die Region trägt natürlich zu den globalen Bemühungen um die Entschärfung der Armutfolgen bei. Dieses Thema wurde bereits auf zwei früheren Tagungen des Regionalkomitees aufgegriffen. Neue Fallstudien sind seitdem hinzugekommen und sind jetzt veröffentlicht worden. Die Aktualisierung ist auf unserer Website erhältlich. Auch hier zeigt die Arbeit des Zentrums in Venedig die Notwendigkeit auf, die konkreten Merkmale der Europäischen Region zu berücksichtigen. Die Region ist keineswegs von Armut verschont geblieben, allerdings sind die Länder in unterschiedlichem Ausmaße betroffen. Wie ich auf der letzten Tagung des Regionalkomitees betonte, befinden sich einige Länder der Region in Schwierigkeiten, jedoch wahrscheinlich nur vorübergehend, da sie ihre Reformen auf solide Grundlagen bauen können. Sie mit Entwicklungsländern gleichzusetzen, ist ein viel zu oft begangener Fehler. Die übrigen Länder der Region sind in eigenem Interesse zu wirksamer Unterstützung verpflichtet, damit die schwierige Übergangszeit erfolgreich überstanden wird.

Darüber hinaus schuldet die Europäische Region den unter der Geißel der Armut leidenden Ländern außerhalb der Region ihre Unterstützung.

Ich habe absichtlich zwei größere Bereiche ausgelassen: Psychische Gesundheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Diesen Themen werden im Verlauf dieser Tagung zwei Sitzungen gewidmet.

Aktuelles zum Fortgang der Arbeit und zu Zukunftsaktivitäten

Zum Abschluss möchte ich über neue Entwicklungen bei einigen größeren Projekten berichten, die ich bereits auf früheren Tagungen des Regionalkomitees verschiedentlich erwähnt habe.

Anpassung der Informationssysteme

Informationen sind für das Regionalbüro wichtiger denn je. Ihre Beschaffung ist eine der grundlegenden Aufgaben der WHO und ein wesentlicher Dienst, den die Länder von uns erwarten. Wir streben an, jedes Land in der Region mit Analysen und Informationen zu versorgen, die für seine Entscheidungsträger sinnvoll und brauchbar sind. Im Laufe des Jahres haben wir einige Fortschritte gemacht auf dem Weg zu unserem Ziel, alle Arbeit des Regionalbüros auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruhen zu lassen. Ich möchte den Mitgliedern des Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung und seinem Vorsitzenden, Professor Banta, für den Beitrag in diesem Bereich danken. Wir haben an Sie ein sehr interessantes Papier verteilt, das ein Ergebnis dieser Arbeit ist.

Im Verlaufe dieser Tagung des Regionalkomitees werden wir das Health Evidence Network, kurz HEN, vorstellen. Das HEN bietet nützliche, evidenzbasierte Informationen, die auf die Fragen und Bedürfnisse von Public-Health-Praktikern zielen. HEN übernimmt das Konzept des Beirats und seine Definition von evidenzbasierten Informationen und setzt sie in die Praxis um. Zwei Angebote stehen jetzt zur Verfügung: Das erste ermöglicht den einfachen Zugriff auf Datenbanken und ausgewählte Websites und in gewissem Umfang, anerkannte Organisationen. Das zweite bietet auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse summarische Antworten auf im Public-Health-Bereich häufig gestellte Fragen. Wir hoffen, dass Sie dieses Angebot im Kongresszentrum ausprobieren werden und uns an Ihren Anmerkungen, Vorschlägen und Einwänden teilhaben lassen. Das HEN gehört Ihnen. Es wurde zusammen mit zahlreichen nationalen und internationalen Partnern, darunter die Europäische Kommission, entworfen. Diese Partnerschaft wird so schnell wie möglich ausgebaut werden, damit das HEN zu einem einzigartigen, wertvollen Eingang zu vielfältigen Informationen wird, wie ein Teilnehmer es auf der Tagung des Regionalkomitees im letzten Jahr ausdrückte.

Das vergangene Jahr war ein Jahr der Informationen und voller Aktivitäten, besonders für das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme, das immer konkreter mit den Ländern der Region für diese arbeitet, vor allem für die Beitrittskandidaten der Europäischen Union. Das Observatorium hat auch die Arbeit zum Privatsektor weitergeführt, die Ihnen im letzten Jahr vorgestellt wurde, und das Thema in verschiedene Studien mit einfließen lassen.

Wir hoffen, dass Sie die jüngsten Veröffentlichungen des Büros erhalten haben und dass sie für Sie von Nutzen sind. Bitte lassen Sie es uns wissen, falls dies nicht der Fall ist. Und bitte teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anmerkungen mit, damit wir unsere Arbeit verbessern können.

Anpassung des Managements im Regionalbüro

Im vergangenen Jahr haben wir die Straffung und Anpassung der Organisation des Regionalbüros fortgesetzt und intensiviert. Dies betraf die Arbeitsmethoden, die Verwaltung und die Personalführung. Seit seiner Amtsübernahme hat der neue Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen, André Laperrière, den Projekten zur Unterstützung der Programme durch die Verwaltung auf der einen Seite und für eine harmonische und inspirierende Personalführung auf der anderen Seite neuen Schwung verliehen. Nach der Ernennung von André Laperrière und den Bestätigungen von Dr. Gudjón Magnússon als Direktor der einen Fachabteilung und von Dr. Nata Menabde als Direktorin der Abteilung Länderunterstützung ist unser Managementteam jetzt voll einsatzfähig. Zu ihm gehören außerdem Dr. Roberto Bertollini, Dr. Anca Dumitrescu, Dr. Anne-Marie Worning und Dr. Yves Charpak, es besteht also aus vier Männern und drei Frauen. Diese hoch motivierte Gruppe teilt die Überzeugung, dass das Regionalbüro kontinuierlich nach der Bewahrung seiner fachlichen Kompetenz streben muss und seine betriebliche Praxis laufend anpassen muss.

Ihre geänderten Erwartungen an die Arbeit des Regionalbüros bedeuten, dass der fortlaufenden Schulung der Bediensteten und der Entwicklung neuer Fähigkeiten in so verschiedenen Bereichen wie Public Health, Kommunikation, Verwaltung, Beratung, Evaluierung, Geopolitik und vielen anderen, besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Das Exekutivmanagement im Büro ist sich der Notwendigkeit solcher Veränderungen bewusst. Und das Team sieht in der weiteren Qualifizierung eine der wichtigsten Aufgaben der kommenden Jahre, damit das Regionalbüro immer besser auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Mitgliedstaaten reagieren kann.

In diesem Zusammenhang möchte ich allen Bediensteten des Regionalbüros in den Ländern, in den Zentren und in Kopenhagen meinen aufrichtigen und nachdrücklichen Dank aussprechen. Im Verlaufe des Jahres habe ich deutlich sehen können, wie kompetent und engagiert sie alle sind. Sie sind ihrer Arbeit und den der Organisation anvertrauten Aufgaben zutiefst verpflichtet und zeigen dies jeden Tag. Ich weiß aus Ihren Äußerungen, dass Sie mir hier zustimmen.

Im Laufe dieser Tagung werden Sie neben den bereits erwähnten Themen - Länderstrategie, psychische Gesundheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – auch zwei wesentliche Elemente der Arbeit des Regionalbüros in den kommenden Jahren erörtern: die Überarbeitung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ und die Frage der Koordination der Arbeit des Regionalbüros in jedem Land der Region. Ihre Anmerkungen und Anregungen zu diesen beiden Themen werden uns wesentlich dabei helfen, die Grundsatzkonzepte und Ansätze für die kommenden Jahre festzulegen.

Schlussbemerkung

Bevor ich zum Schluss komme, möchte ich Sie daran erinnern, wie wichtig es für die Region ist, dass jedes Land die notwendigen Schritte zur Ratifizierung der Änderungen der WHO-Satzung unternimmt. Besonders möchte ich Sie darauf hinweisen, dass die Ergänzungen der Artikel 24 und 25 es uns erlauben werden, acht anstelle von sieben Sitzen im Exekutivrat zu besetzen.

In unser aller Namen möchte ich auch Zypern als 52. Mitgliedstaat willkommen heißen. Wir werden unser Bestes geben, damit diese Überführung zum Vorteil aller ausfällt. Ich möchte an diesem Punkt unseren neuen Mitgliedstaat im Namen des Sekretariats um Entschuldigung dafür bitten, dass Zypern noch nicht in alle Listen und Karten der Region aufgenommen worden ist. Dieses unvermeidliche Versäumnis wird so bald wie möglich korrigiert werden.

Auf dieser Tagung wird das Regionalkomitee einige große fachliche und politische Themen erörtern. Wir, die Bediensteten des Regionalbüros, versprechen uns davon viel, da wir alle das Regionalkomitee als das Gremium respektieren, das unsere Arbeit beurteilt und die Richtung weist, der wir folgen haben. Wir hoffen, dass die Tagung für Sie interessant und für Ihre Arbeit bereichernd sein wird. In diesem Sinne haben wir sie vorbereitet.