



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
65. TAGUNG

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015



© Jonathan Smith/Getty Images

Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn (Zusammenfassung)



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

65. Tagung

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015

Punkt 5 j) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC65/8

23. Juli 2015

150466

ORIGINAL: ENGLISCH

Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn – Zusammenfassung

Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, die vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn (Estland) stattfand, war ein Meilenstein in der Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO. Auf der Konferenz wurde die Charta von Tallinn angenommen, der später das Regionalkomitee mit der Resolution EUR/RC58/R4 zustimmte. Die Charta von Tallinn stellte eine wesentliche Neuerung gegenüber der 1996 angenommenen Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa dar. In der Folgezeit fanden eine Reihe von Tagungen in Oslo statt, auf denen die Mitgliedstaaten zusammen über einen strategischen Ansatz für ihre Reaktion auf die Finanzkrise beraten konnten, die kurz nach der Unterzeichnung der Charta von Tallinn einsetzte.

In der Resolution zur Bestätigung der Charta von Tallinn wurde der Regionaldirektor für Europa ersucht, dem Regionalkomitee 2015 einen Abschlussbericht über die vom Regionalbüro bereitgestellte Unterstützung sowie die von den Mitgliedstaaten in Weiterverfolgung der Ergebnisse der Konferenz erreichten Fortschritte Bericht zu erstatten. Die Ausarbeitung des Berichts erfolgte unter der Aufsicht einer Kerngruppe von Mitgliedstaaten, die in enger Abstimmung mit der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit arbeitete. Der Bericht stützt sich auf Interviews, eine Schreibtischprüfung sowie die Antworten aus einem an alle Mitgliedstaaten versandten Fragebogen.

Die Antworten auf den Fragebogen flossen in das Dokument EUR/RC65/13 mit dem Titel „Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“ ein. Die Stärkung der Gesundheitssysteme und die öffentliche Gesundheit stehen auch im Mittelpunkt des 2012 vom Regionalkomitee angenommenen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“. In „Gesundheit 2020“ werden die Wertvorstellungen, Grundsätze und Ziele der Charta von Tallinn verstärkt, und es werden politische Impulse dafür gegeben, der Gesundheit einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung der Regierungen zu verschaffen. Dabei werden besondere Schwerpunkte auf folgende Aspekte gelegt: Chancengleichheit, Nachhaltigkeit, allgemeine Gesundheitsversorgung, Transparenz, bessere gesundheitliche Resultate, koordinierte und integrierte bürgernahe Versorgung auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung und gesundheitliche Kapazitäten. In „Gesundheit 2020“ werden gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Konzepte für mehr Gesundheit und Wohlbefinden propagiert, die auf Politikkohärenz und Rechenschaftslegung auf allen Ebenen abzielen.

Dieses Dokument enthält eine Zusammenfassung des Abschlussberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn. Die vollständige Fassung des Abschlussberichts, die eine Vielzahl von Fallbeispielen aus den Ländern enthält, befindet sich auf der Website des Regionalbüros.

Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	3
Einführung	5
Die Charta von Tallinn	5
Ziele, Aufbau und Methodik	7
Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Charta von Tallinn	12
Verpflichtung 1 – Die gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe fördern	14
Verpflichtung 2 – In die Gesundheitssysteme investieren und Investitionen in alle anderen relevanten Politikbereiche fördern	17
Verpflichtung 3 – Transparenz fördern und Verantwortung für die Leistung der Gesundheitssysteme übernehmen	18
Verpflichtung 4 – Die Gesundheitssysteme stärker auf die Menschen ausrichten.....	20
Verpflichtung 5 – Die maßgeblichen Interessengruppen in die Politikgestaltung und -umsetzung einbinden	22
Verpflichtung 6 – Länderübergreifendes Lernen und länderübergreifende Kooperation fördern	23
Verpflichtung 7 – Sicherstellen, dass die Gesundheitssysteme für Krisensituationen gerüstet und entsprechend handlungsfähig sind	25
Schlussfolgerungen.....	27
Finanz- und Wirtschaftskrisen	27
Fünfter Jahrestag der Unterzeichnung der Charta von Tallinn	29
Der weitere Weg	30
Quellenangaben	33

Zentrale Aussagen

1. In der Europäischen Region der WHO hat die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (1) es den Gesundheitsministerien als Verantwortlichen für die Steuerung der Gesundheitssysteme erleichtert, ein Bekenntnis zu Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe in den Mittelpunkt ihrer Entscheidungsprozesse zu stellen. Zu den wichtigsten Fortschritten gehören ein besseres Verständnis der Notwendigkeit von Investitionen in Gesundheit und Gesundheitssysteme zum Wohle der Gesellschaft, aber auch von Investitionen in Konzepte, die auf die Bedürfnisse anfälliger Bevölkerungsgruppen reagieren, namentlich Maßnahmen zur Ausweitung der Gesundheitsversorgung und zur Schaffung und Aufrechterhaltung eines allgemeinen Leistungsanspruchs. Dies wurde durch „Gesundheit 2020“ verstärkt, in dem gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze propagiert werden, um den Beitrag der Gesundheitssysteme zur Verbesserung der gesundheitlichen Resultate zu gewährleisten.

2. In der Charta von Tallinn, die eine wesentliche Neuerung gegenüber der 1996 angenommenen Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa (2) darstellte, wurde die Bedeutung einer transparenten und rechenschaftspflichtigen Überwachung der Leistung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO verdeutlicht. Dies ist für Länder mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen gleichermaßen wichtig und findet seinen Niederschlag in den verschiedenen Innovationen und Anstrengungen zur Institutionalisierung von Messungen und Evaluation, wie sie in den 53 Mitgliedstaaten zu sehen sind. Die Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit beim Regionalbüro wird diese Arbeit im Rahmen der Ziele von „Gesundheit 2020“ auch weiterhin unterstützen.

3. In einigen Teilen der Europäischen Region ist eine Neuausrichtung hin zur primären Gesundheitsversorgung und zu öffentlichen Gesundheitsdiensten zu beobachten. Doch diese muss in Verbindung mit der Entwicklung eines besseren Verständnisses der Bedürfnisse der Patienten beschleunigt werden, um bessere gesundheitliche Resultate zu erreichen. In der Charta von Tallinn wurde die Bedeutung der Patienten als maßgeblichen Akteuren thematisiert, und in „Gesundheit 2020“ wurden sie weiter in den Mittelpunkt gerückt.

4. In der Charta von Tallinn wurde die wichtige Rolle der Referenzindikatoren für die Förderung der Rechenschaftslegung in den Gesundheitssystemen – und insbesondere im Bereich der Leistungserbringung – hervorgehoben. Diese Maßnahmen zeugen von einem Wertewandel, bei dem die Patienten zunehmend als maßgebliche Akteure gesehen werden, und sind in den in „Gesundheit 2020“ propagierten bürgernahen Ansatz für die Gesundheitssysteme eingeflossen.

5. Seit der Unterzeichnung der Charta von Tallinn steht der Aspekt der Gesundheitsfinanzierung stärker im Vordergrund, was vor allem durch die Finanz- und Wirtschaftskrise bedingt ist. Auch wenn manche Mitgliedstaaten weitreichende Maßnahmen ergriffen haben, um eine ausreichende Finanzierung der Gesundheitssysteme zu gewährleisten und eine finanzielle Absicherung der Haushalte zu erreichen, so sind doch Millionen von Menschen beim Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen weiterhin finanziellen Härten ausgesetzt. Dies macht ein entschlossenes Handeln zur Verringerung von Zahlungen aus eigener Tasche erforderlich. Das in „Gesundheit 2020“

verfolgte Ziel, die gesundheitlichen Zugewinne zu beschleunigen und bestehende Ungleichheiten abzubauen, stellt eine Grundlage für die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region dar.

6. Viele Länder haben bei der Umsetzung von personalpolitischen Konzepten für das Gesundheitswesen gute Fortschritte erzielt. Doch in manchen Mitgliedstaaten sind zur Entwicklung gezielter personalpolitischer Strategien für das Gesundheitswesen, die den Bedürfnissen von Patienten und Bevölkerung besser gerecht werden, verstärkte Anstrengungen zur Verbesserung der Datenlage und der Planung in Bezug auf das Gesundheitspersonal erforderlich. Es sind noch weitere Anstrengungen erforderlich, um hartnäckige Isolationen zu durchbrechen und die Fähigkeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Forschungsarbeit und die Organisation der Leistungserbringer auf den Bedarf der Patienten abzustimmen. Diese Bereiche haben in „Gesundheit 2020“ einen hohen Stellenwert.

7. Die Mitgliedstaaten sind sich zunehmend der Notwendigkeit von Verfahren zur Prioritätensetzung bewusst, die eine Verbesserung der Wirksamkeit und der Effizienz der Ausgaben für Arzneimittel und Gesundheitstechnologien bewirken. Die Gesundheitstechnologiebewertung gewinnt innerhalb der Europäischen Region weiter an Boden. In manchen Bereichen zeichnet sich grenzüberschreitende Zusammenarbeit als neue Handlungsoption ab, zumal viele Länder sich neue, kostspielige Medikamente kaum leisten können. „Gesundheit 2020“ trägt gezielt dazu bei, dass Gesundheitstechnologien und Arzneimittel dem Bedarf der Menschen gerecht werden und mit den Innovationen in diesen Bereichen Schritt halten.

8. In der Charta von Tallinn wurde hervorgehoben, wie wichtig die Nutzung von Evidenz für Entscheidungsprozesse ist, insbesondere als Mittel zur Förderung von Chancengleichheit, zur Behebung von Effizienzdefiziten und zur Gewährleistung, dass Investitionen in die Gesundheit einen Mehrwert erbringen. Die Mitgliedstaaten machen auf diesem Gebiet weiterhin große Fortschritte, doch in vielen Ländern fehlt nach wie vor die routinemäßige Erfassung und Anwendung aufgeschlüsselter Daten. Dieser Bereich profitiert weiter von „Gesundheit 2020“.

9. In der Charta wurde namentlich eine Verbesserung grenzüberschreitender Lernangebote gefordert. Das Regionalbüro hat die Verwirklichung dieser Forderung dadurch erleichtert, dass es seine Mobilisierungskraft dazu nutzt, Chancen zu schaffen, maßgebliche Partnerorganisationen einzubinden, Netzwerke zu fördern und kooperative Verfahren und Instrumente zu entwickeln. Das Regionalbüro hat auch wesentlich zur Wissensvermittlung beigetragen, indem es direkte fachliche Hilfe für eine zunehmende Zahl von Ländern geleistet und die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik unterstützt hat. Die Rolle des Regionalbüros bei der Hilfe für die Länder zur Förderung der Werte der Charta, um die Ziele von „Gesundheit 2020“ zu erreichen, wird als wesentlich im Hinblick auf Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region bezeichnet.

10. Trotz der Fortschritte in vielen Bereichen der Stärkung der Gesundheitssysteme seit Annahme der Charta sind noch weitere Anstrengungen erforderlich, um ein übergeordnetes Systemdenken und Konzepte für grundlegende Veränderungen zu fördern. „Gesundheit 2020“ zeigt durch seine gesamtstaatlichen und

gesamtgesellschaftlichen Lösungsansätze sowie seine Schwerpunktlegung auf eine verbesserte Politikgestaltung für mehr Gesundheit gangbare Wege auf.

11. Die Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region orientieren sich nach wie vor an den Wertvorstellungen der Charta von Tallinn. Aus den in der Charta propagierten Werten Solidarität, Chancengleichheit, Teilhabe und Rechenschaftslegung für die Leistung von Gesundheitssystemen ergibt sich ein zweckdienlicher Leitfaden für die Stärkung bürgernaher Gesundheitssysteme im Kontext von „Gesundheit 2020“. Aufgrund der Konsultation mit den Mitgliedstaaten wurden Gesundheitspersonal, Gesundheitstechnologien, Arzneimittel und Gesundheitsinformationen als entscheidend für die Verfolgung zweier wesentlicher strategischer Zielrichtungen für die künftige Arbeit des Regionalbüros anerkannt: i) die grundlegende Umgestaltung der Gesundheitsversorgung, um den gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden; und ii) die allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung auf dem Weg zu einer Europäischen Region, in der es keine ruinösen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt.

Einführung

12. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, die vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn (Estland) stattfand, war ein Meilenstein in der Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO. Die Ministerkonferenz, die Annahme der Charta von Tallinn und die nachfolgende Billigung der Charta durch das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2008 (Resolution EUR/RC58/R4) waren eine direkte Reaktion auf die wachsenden Anzeichen dafür, dass Investitionen in Gesundheitssysteme nicht nur wertvoll an sich sind, sondern auch unmittelbar zur Gesundheit der Bevölkerung und zu wirtschaftlichem Wohlstand beitragen, die ihrerseits dem Wohlergehen und der Stabilität der Gesellschaft zuträglich sind (1). Die Charta von Tallinn war ein wesentlicher Meilenstein, weil sie nicht nur verdeutlichte, welchen Wert die Mitgliedstaaten den Gesundheitssystemen und der Festlegung ihrer Ziele beimessen, sondern auch die Notwendigkeit aufzeigte, durch eine regelmäßige Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme Transparenz und Rechenschaftslegung zu fördern und Verbesserungen voranzutreiben. Die Charta stellt ein gemeinsames Bekenntnis zu von Werten geprägten Zielen für die Stärkung der Gesundheitssysteme dar.

Die Charta von Tallinn

13. Die Charta von Tallinn entstand als eine von den Mitgliedstaaten initiierte Verpflichtung zur Ermöglichung besserer gesundheitlicher Resultate und zur Gewährleistung einer effizienteren Nutzung von Ressourcen angesichts sich verändernder Anforderungen und demografischer Rahmenbedingungen. Sie verfolgt im Wesentlichen drei Ziele: den Gesundheitssystemen einen hohen Stellenwert auf der politischen Agenda zu geben und zum politischen Dialog in der Europäischen Region der WHO beizutragen; Orientierungshilfe für die Festlegung von Handlungsprioritäten zu geben; und einen Schwerpunkt für eine verstärkte Unterstützung der Länder durch die WHO zu setzen. In der Charta werden die der Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme zugrunde liegenden Werte und Grundsätze genannt und die entscheidende Entschlossenheit der

Mitgliedstaaten zum Ausdruck gebracht, von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen überzugehen. Die zentralen Botschaften lauten:

- Gesundheitssysteme bedeuten mehr als Gesundheitsversorgung, da wirksame Gesundheitssysteme sowohl Gesundheit als auch Wohlstand fördern.
- Investitionen in die Gesundheit sind auch Investitionen in die künftige Entwicklung der Menschen.
- Gut funktionierende Gesundheitssysteme sind für jede Gesellschaft, die die Gesundheit ihrer Bevölkerung verbessern und mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich verwirklichen möchte, unverzichtbar.

14. Die Charta von Tallinn enthält folgende sieben Handlungsverpflichtungen:

- die gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe in der Gesundheitspolitik sowie bei der Umverteilung von Ressourcen und bei sonstigen Maßnahmen zu fördern und dafür zu sorgen, dass dabei die Bedürfnisse einkommensschwacher und anderer benachteiligter Bevölkerungsgruppen gebührend berücksichtigt werden;
- anhand der Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Entwicklung und Gesundheit in die Gesundheitssysteme zu investieren und Investitionen in alle anderen für die Gesundheit relevanten Politikbereiche zu fördern;
- Transparenz zu fördern und für die Leistung der Gesundheitssysteme Verantwortung zu übernehmen, um messbare Ergebnisse zu erzielen;
- die Gesundheitssysteme stärker auf die Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen der Menschen auszurichten und dabei deren Rechte und Pflichten in Bezug auf die eigene Gesundheit anzuerkennen;
- die maßgeblichen Interessengruppen in die Politikgestaltung und -umsetzung einzubinden;
- ein länderübergreifendes Lernen und eine länderübergreifende Kooperation in Bezug auf die Entwicklung und Umsetzung von Reformen der Gesundheitssysteme auf nationaler und subnationaler Ebene zu fördern; und
- sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme auch für Krisensituationen gerüstet und entsprechend handlungsfähig sind und dass die Länder in Zusammenarbeit die Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften durchsetzen.

Ziele, Aufbau und Methodik

15. Die Zielsetzung des Abschlussberichts besteht darin, die Wege zu ermitteln und zu dokumentieren, auf denen die Charta von Tallinn in allen Teilen der Europäischen Region in Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme umgesetzt wurde. Hierbei wurde ein Schwerpunkt auf die von den Mitgliedstaaten selbst geschilderten Maßnahmen und Bestrebungen gelegt. Im Mittelpunkt des Berichts steht eine übergeordnete Frage: In welchem Umfang haben die Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn die Stärkung der Gesundheitssysteme durch die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro beeinflusst? Angesichts der Tatsache, dass es nicht möglich wäre, konkrete Konzepte oder Resultate direkt auf die Charta von Tallinn zurückzuführen, wurden in dem Abschlussbericht folgende Ziele verfolgt:

- eine Zusammenführung maßgeblicher Erkenntnisse und Erfahrungen aus der gesamten Region bei der Berücksichtigung der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn in der Politikgestaltung;
- eine Analyse dieser Erkenntnisse und Erfahrungen mit Blick auf die Frage, inwiefern die Verpflichtungen der Mitgliedstaaten aus der Charta eine Stärkung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme bewirkt haben;
- einen Bezugspunkt für Maßnahmen und Initiativen der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region im Einklang mit der Charta zu schaffen und dadurch zur Schaffung eines Fundaments für die Planung künftiger Stoßrichtungen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region beizutragen.

16. Um die maßgeblichen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der gesamten Region zu sammeln, wurden eine Reihe wesentlicher Informationsquellen herangezogen: die Antworten auf eine webgestützte Konsultation mit Fragebogen an die Mitgliedstaaten zwischen August und Oktober 2014; eine gezielte Literatursichtung; und eine Reihe halb strukturierter Interviews mit den Leitern von Fachprogrammen aus allen Abteilungen des Regionalbüros.

17. Über die Planung, Gestaltung und Erstellung des Abschlussberichts wachte eine Kerngruppe aus Vertretern von Mitgliedstaaten (Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Kasachstan, Norwegen, Slowenien und Vereinigtes Königreich). Die Gruppe tagte mehrere Male: am Rande der 67. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2014 in Genf; auf der 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2014 in Kopenhagen; und schließlich auf zwei voneinander getrennten Veranstaltungen im Rahmen der vierten Tagung des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC), die unmittelbar vor Eröffnung der 68. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 in Genf stattfand, um den Abschlussbericht anzunehmen, der zur Vorlage an das RC65 im September 2015 in Vilnius (Litauen) bestimmt ist.

18. Neben den vier Zusammenkünften zwischen der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit und der Kerngruppe war der SCRC auch an der Planung und Annahme des Abschlussberichts beteiligt. Auf der zweiten Tagung des 22. SCRC im Dezember 2014 in Helsinki präsentierte ein Team aus der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit den Ansatz des Berichts und informierte über Fortschritte bei dessen Ausarbeitung. Auf seiner vierten Tagung, die unmittelbar vor der 68. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 in Genf stattfand, überprüfte der SCRC den Abschlussbericht im Hinblick auf dessen Vorlage an das RC65. Die für den Bericht

zusammengestellten Informationen wurden an das Team übermittelt, das mit der Ausarbeitung des Strategiedokuments mit dem Titel „Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“ (Dokument EUR/RC65/13) befasst ist, das dem RC65 vorgelegt werden soll.

19. Die für den Abschlussbericht zusammengestellten Informationen werden anhand der im *Weltgesundheitsbericht 2000* (3) erstmals genannten vier zentralen Funktionen von Gesundheitssystemen angeordnet und präsentiert.

20. In der Charta von Tallinn werden diese Funktionen im Einklang mit den von den Mitgliedstaaten befürworteten Werten klar definiert (siehe Kasten 1). Die Entscheidung, den Bericht so zu gestalten, dass die sieben Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn an den vier Funktionen von Gesundheitssystemen dargestellt werden, steht im Einklang mit dem Tenor aus den beiden Konsultationen und den vier Vorbereitungstreffen¹, die im Vorfeld der Konferenz von Tallinn 2008 stattfanden. Auch wenn diese Aktivitäten hier separat nach Funktion präsentiert werden, so setzen wirksame Reformen doch die Einsicht voraus, dass sie miteinander verknüpft und voneinander abhängig sind (4).

21. Die Festlegung der vier Funktionen bietet einen soliden Rahmen für die Bewertung der Gesundheitssysteme und ermöglicht die Diagnose ihrer Schwachstellen und eine Bestimmung des künftigen Kurses für ihre Stärkung. Dementsprechend ist im gesamten Abschlussbericht die Terminologie identisch mit den in der Charta von Tallinn verwendeten Begriffen, mit einer kleinen Änderung. Um die Diskussion und das Verständnis in Bezug auf den äußerst vielschichtigen Bereich der Ressourcen für Gesundheit (der in der Charta Arzneimittel, Gesundheitstechnologien, Informationssysteme und Gesundheitspersonal einschließt) zu erleichtern, wird diese Funktion in zwei Unterbereiche unterteilt: 1. Gesundheitspersonal und 2. Gesundheitstechnologien und Arzneimittel.² Darüber hinaus tragen seit der Konferenz von Tallinn von 2008 die programmatischen Prioritäten und die Aktivitäten der Mitgliedstaaten der Tatsache Rechnung, dass die Funktion der Erschließung von Ressourcen mit Leitlinien für deren Nutzung bzw. Verwaltung einhergehen muss. Deshalb befasst sich der Bericht in seiner Analyse nicht nur mit Wegen zur Erschließung von personellen Ressourcen, Gesundheitstechnologien und Arzneimitteln, sondern auch damit, wie ihre Anwendung gesteuert und verwaltet wird.

22. Zur Umsetzung der sieben Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn in konkrete Aktivitäten, die optimal funktionierende Gesundheitssysteme repräsentieren, wurde eine Kodierungsmatrix geschaffen, die in Abb. 1 wiedergegeben ist. Diese Matrix kann auch als Anleitung und als Ausgangspunkt für künftige Aktivitäten des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten dienen. Die Fragestellung, inwiefern die von den Mitgliedstaaten gemeldeten Aktivitäten in Bezug auf die einzelnen Verpflichtungen aus der Charta zur

¹ Im Vorfeld der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 fanden zwei Konsultationstagungen (Wien, 24.–25. August 2006; Barcelona, 30.–31. Oktober 2006) sowie vier vorbereitende Tagungen (Brüssel, 29.–30. März 2007; Bled, 19.–20. November 2007; Rom, 3.–4. April 2008; Brüssel, 6. Juni 2008) statt.

² In Übereinstimmung mit dem Handlungsrahmen der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme – Das geht alle an: Stärkung der Gesundheitssysteme für bessere gesundheitliche Ergebnisse. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>, eingesehen am 8. Juni 2015).

Stärkung der vier Funktionen des Gesundheitssystems beigetragen haben, verdeutlicht einen grundlegenden Unterschied zwischen dem Abschlussbericht und dem Zwischenbericht (5). Dieser Ansatz wurde von einer Kerngruppe aus Vertretern von Mitgliedstaaten als ein nützlicher Weg zur Prüfung der Informationen aus den Ländern und als Leitfaden für die Struktur des Abschlussberichts befürwortet. Da die Charta von Tallinn sich speziell mit den Gesundheitssystemen befasst, ermöglicht dieser Ansatz ein detaillierteres Verständnis der dritten Säule von „Gesundheit 2020“ (6), dem neuen gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der Europäischen Region, das vier Jahre nach der Charta entwickelt wurde.

Kasten 1: Ziele und Maßnahmen im Rahmen der Charta von Tallinn

Erbringung individueller und bevölkerungsbezogener Gesundheitsleistungen

- In der gesamten Europäischen Region sind sich die politischen Entscheidungsträger des Werts einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle bewusst und streben sie an; ein besonderes Anliegen sind dabei die benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit ihren Bedürfnissen. Außerdem sollen die Bürger in die Lage versetzt werden, einen gesunden Lebensstil zu pflegen.
- Die Patienten wollen Zugang zu einer hochwertigen Versorgung, aber auch die Gewissheit, dass die Leistungserbringer aufgrund der besten verfügbaren Evidenz handeln, die die Medizin bieten kann, und mit den jeweils geeignetsten Technologien ein Höchstmaß an Effektivität und Patientensicherheit gewährleisten.
- Die Patienten wünschen sich auch ein Verhältnis mit dem Leistungserbringer, das auf der Achtung ihrer Privatsphäre und Würde sowie der Wahrung von Vertraulichkeit begründet ist.
- Für die Förderung dieser Ziele ist eine effektive primäre Gesundheitsversorgung entscheidend, denn sie schafft einen Rahmen für die Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen einerseits und gesellschaftlichen Gruppen und Familien andererseits sowie für eine ressort- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und Gesundheitsförderung.
- Die Gesundheitssysteme sollten gezielte krankheitsspezifische Programme in bestehende Strukturen und Angebote integrieren, um so bessere und nachhaltige Resultate zu erreichen.
- Die Gesundheitssysteme benötigen für die Gestaltung ihrer Angebote ein ganzheitliches Konzept, das Programme für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und integriertes Krankheitsmanagement beinhaltet, eine Abstimmung zwischen einer Vielzahl von Leistungsanbietern, Institutionen und Bereichen im öffentlichen wie auch privaten Sektor gewährleistet und die primäre Gesundheitsversorgung, Einrichtungen für Akut- und Langzeitversorgung, Altenheime u. a. umfasst.

Finanzierung des Systems

- Für die Gesundheitsfinanzierung gibt es kein einzelnes „optimales“ Konzept; die Unterscheidungen zwischen „Modellen“ verwischen sich zusehends, wenn Länder bei der Beschaffung und Zusammenführung von Mitteln sowie beim Einkauf von Leistungen neue Mischkonzepte einführen, die auf ihren Bedarf, ihre historischen, steuerpolitischen und demografischen Rahmenbedingungen und ihre sozialen Prioritäten und Präferenzen zugeschnitten sind.
- Die Regelung der Finanzierung sollte die Möglichkeit zur Umverteilung von Ressourcen zwecks Erfüllung gesundheitlicher Bedürfnisse, den Abbau von finanziellen Schranken für die Inanspruchnahme benötigter Leistungen und eine Absicherung gegen die mit ihrer Nutzung verbundenen finanziellen Risiken auf fiskalisch vertretbare Weise gewährleisten.
- Sie sollte auch Anreize für eine effiziente Verwaltung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen schaffen, die Zuweisung von Mitteln an Leistungsanbieter von deren Qualität und vom Bedarf der Bevölkerung abhängig machen und Rechenschaftslegung und Transparenz bei der Mittelverwendung fördern.
- Bei der Zuteilung von Ressourcen insgesamt sollte ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verwirklicht werden, das heutigen wie künftigen gesundheitlichen Anforderungen gerecht wird.

Erschließung von Ressourcen

- Angesichts der rapiden Globalisierung setzt die Gewinnung bzw. Bereitstellung von Wissen, Infrastruktur und Technologien sowie insbesondere von Arbeitskräften mit den erforderlichen Fähigkeiten und Qualifikationen eine langfristige Planung und entsprechende Investitionen voraus, die den sich verändernden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Leistungserbringungsmodellen gerecht werden.
- Investitionen in das Gesundheitspersonal sind ein weiterer entscheidender Aspekt, der nicht nur für das investierende Land, sondern aufgrund der Mobilität der Gesundheitsfachkräfte auch für andere Länder Auswirkungen hat. Die grenzüberschreitende Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen sollte auf der Grundlage ethischer Überlegungen und einer

länderübergreifenden Solidarität erfolgen und durch einen Verhaltenskodex abgesichert werden.

- Die Förderung von Forschung in den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme und die effektive und ethisch vertretbare Nutzung von Innovationen auf dem Gebiet der Medizintechnik und der Arzneimittelherstellung sind für alle Länder von Bedeutung; durch Gesundheitstechnologiebewertungen sollte eine fundiertere Entscheidungsfindung herbeigeführt werden.

Steuerungsfunktion

- Zwar regelt jeder Mitgliedstaat die Verwaltung seines Gesundheitssystems auf seine Weise, doch werden die Zielvorstellungen für die Entwicklung der Gesundheitssysteme von den Gesundheitsministerien vorgegeben, die den Auftrag und die Zuständigkeit für die Ausarbeitung von Gesetzen und Vorschriften und deren Durchsetzung sowie für die Gewinnung einschlägiger Erkenntnisse über Gesundheit und ihre sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Determinanten innehaben.
- Die Gesundheitsministerien sollten die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in allen Politikbereichen vorantreiben und sich für ihre effektive Umsetzung über Ressortgrenzen hinweg einsetzen, um maximale gesundheitliche Zugewinne zu ermöglichen.
- Für die Förderung von Transparenz und Übernahme von Verantwortung sind eine Erhebung und Evaluation der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und eine ausgewogene Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Interessengruppen auf allen ordnungspolitischen Ebenen unverzichtbar.

^a Nach Maßgabe der Resolution der Weltgesundheitsversammlung zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern (WHA57.19) und der vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommenen Resolution über personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region (EUR/RC57/R1).

Quelle: Wiedergegeben gemäß Absatz 13 der Charta von Tallinn (1).

Abb. 1: Kodierungsmatrix: Die Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn und die Funktionen der Gesundheitssysteme

Verpflichtungen von Tallinn	Erbringung von Gesundheitsleistungen	Gesundheitsfinanzierung	Gesundheitspersonal	Medizinische Produkte und Technologien	Steuerung/ Führung der Gesundheitssysteme	Bürgernahe Gesundheitssysteme Gesundheit 2020
Die gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe fördern	→					
In die Gesundheitssysteme investieren und Investitionen in alle anderen relevanten Politikbereiche fördern	→					
Transparenz fördern und Verantwortung übernehmen	→					
Die Gesundheitssysteme bedarfsgerechter gestalten	→					
Die maßgeblichen Interessengruppen einbinden	→					
Länderübergreifendes Lernen fördern	→					
Sicherstellen, dass die Gesundheitssysteme gerüstet sind	→					

Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Charta von Tallinn

23. Nur kurz nach der Konferenz von Tallinn wurde die Europäische Region von der Finanz- und Wirtschaftskrise erfasst, und es war klar, dass viele Länder in Bezug auf die Verpflichtungen aus der Charta auf eine harte Probe gestellt würden. Der Ausbruch der weltweiten Finanzkrise im Jahr 2008 führte anfänglich zu einem drastischen Konjunkturerinbruch in der Europäischen Region, bei dem im Folgejahr das reale Bruttoinlandsprodukt pro Kopf um 4,5% zurückging. Infolgedessen schnellte die Arbeitslosigkeit nach oben: Allein in der Europäischen Union stieg sie zwischen 2008 und 2014 (7) von 7,0% auf 10,2% im Jahresdurchschnitt, wobei 2013 mit 10,9% ein Höhepunkt erreicht wurde. Manche Länder erlebten noch einen erheblich stärkeren Anstieg der Arbeitslosenzahlen, namentlich unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In den schwer betroffenen Ländern der Europäischen Region hält die Krise nun bereits seit über sechs Jahren an, was ihren längerfristigen Charakter verdeutlicht. Mittelfristig ist weiter mit Haushaltsengpässen und einer hohen Arbeitslosigkeit zu rechnen.

24. Aus den Erkenntnissen aus früheren Konjunkturerinbrüchen und der gegenwärtigen Wirtschaftskrise zeichnen sich zwei allgemeine Beobachtungen deutlich ab (8). Erstens hat sich die Krise nachteilig auf zahlreiche soziale Determinanten von Gesundheit ausgewirkt, etwa auf Einkommen, Beschäftigung und staatliche Gesundheitsausgaben sowie andere

Bereiche der sozialen Fürsorge. In einigen Ländern hat die Krise weitreichende soziale und politische Folgen gehabt und zu einer Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie innerhalb der Europäischen Region insgesamt beigetragen (9). Zweitens ist es bei steigender Arbeitslosigkeit angesichts wachsender gesundheitlicher Bedürfnisse und sinkender Haushaltseinkommen möglich, dass die fiskalischen und gesundheitspolitischen Gegenmaßnahmen sich auf die Gesundheit der Bevölkerung ausgewirkt haben, wenn sie keine wirksamen sozialen Sicherheitsnetze aufrechterhalten oder den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung nicht schützen können, insbesondere für die anfälligeren Bevölkerungsgruppen.

25. Gemeinsam mit den Mitgliedstaaten hat das Regionalbüro intensiv darauf hingearbeitet, wirksame Grundsatzentscheidungen zu treffen, die eine Verbesserung der Gesundheitssituation und einen Abbau von Ungleichheiten in Krisenzeiten bewirken. „Gesundheit 2020“ ist zum Fundament für diese Bemühungen geworden. Die Zielsetzung des neuen gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts lautet, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen erheblich zu verbessern, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten. Das Konzept „Gesundheit 2020“ ist auf den gesamten Staat und die gesamte Gesellschaft ausgerichtet. Es sieht Maßnahmen und Resultate vor, die weit über das Gesundheitswesen und den Aufgabenbereich des Gesundheitsministeriums hinausreichen. Außerdem sieht es vor, dass die Gesundheitsministerien andere Ressorts, Behörden, Politikbereiche, Institutionen, Interessengruppen und auch Organisationen der Zivilgesellschaft aktiv einbeziehen. Schließlich soll auch bei Bürgern, Patienten und Verbrauchern aktiv für eine Mitarbeit geworben werden. Für Fortschritte bei der Verwirklichung all dieser Ziele sind Grundsatzmaßnahmen in vier Handlungsfeldern erforderlich: Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Bürger; Bekämpfung der schwerwiegenden gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten; Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, und Gegenmaßnahmen für Notlagen; und Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.

26. Durch Benennung der Gesundheitssysteme als eines der vier zentralen Handlungsfelder bekräftigt „Gesundheit 2020“ die zentrale Grundaussage der Charta von Tallinn, dass durch Investitionen in die Gesundheitssysteme und die Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit eine Verbesserung der Gesundheit aller Mitglieder der Gesellschaft möglich ist. Doch das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ geht noch einen Schritt weiter, indem es an die Gesundheitssysteme den Anspruch von mehr Bürgernähe stellt. Dies ist Teil eines gesamtstaatlichen Ansatzes zur Verbesserung von Gesundheit, der auf eine Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste und der Einflussfaktoren für den Abbau sozialer Ungleichgewichte im gesamten Lebensverlauf ausgerichtet ist.

27. Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Charta von Tallinn waren sich die Mitgliedstaaten darüber einig, dass die öffentliche Gesundheit sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelt ist. „Gesundheit 2020“ propagiert die Einbeziehung von Entscheidungsträgern außerhalb des Gesundheitswesens und hat einen Prozess der Umsetzung gesundheitlicher Prioritäten in allen Politikbereichen eingeleitet. Dabei hat „Gesundheit 2020“ auf eine wichtige Frage aufmerksam gemacht, die sich alle Regierungen, die die Gesundheit ihrer Bevölkerung verbessern wollen,

stellen müssen: Wer ist letztendlich für die öffentliche Gesundheit verantwortlich? Dass diese Frage schwierig zu beantworten ist, wurde 2013 auf der hochrangigen Folgetagung in Tallinn (10) deutlich, auf der die Teilnehmer ihre Frustration darüber zum Ausdruck brachten, dass die Fürsprecher für die öffentliche Gesundheit keine homogene Gemeinschaft darstellen, die entsprechend Verantwortung übernehmen und Rechenschaft ablegen kann. Deshalb wurde die Forderung nach mehr gezielten Schulungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und nach einer stärkeren Anerkennung der Bedeutung dieser Disziplin als einer beruflichen Laufbahn erhoben.

28. Eine weitere wichtige Veränderung seit der Unterzeichnung der Charta von Tallinn liegt darin, dass die Mitgliedstaaten der Heranziehung von Evidenz für Entscheidungsprozesse zunehmend Bedeutung beimessen, insbesondere als Mittel für eine zielgenauere Ausrichtung von Investitionen in Gesundheit – und damit ihre Rechtfertigung. In einigen Teilen der Europäischen Region sind die Kapazitäten für die Gesundheitsforschung nur sehr begrenzt, auch wenn es hier Anzeichen für Veränderungen gibt. Angesichts der Zunahme von Kosten und finanziellen Sachzwängen muss ein bezahlbares und kosteneffektives Gesundheitssystem schwierige Entscheidungen darüber treffen, welche Interventionen und Leistungen es bereitstellen soll. Daten, die u. a. nach Einkommensniveau, geografischer Lage und Geschlecht aufgeschlüsselt werden, können Entscheidungsträgern dabei behilflich sein, zielgenaue Grundsatzentscheidungen zu treffen. Solide, evidenzgeleitete und transparente Verfahren tragen auch dazu bei, Entscheidungen zu verhindern, die von speziellen Interessen bestimmt werden, und eine Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu fördern.

29. In den Ländern, die einen Kulturwandel hin zu einem stärker evidenzgeleiteten Ansatz vollzogen haben, wurden nach und nach drei zentrale „Säulen“ errichtet: Diese sind: i) eine regelmäßige Nachfrage der Politik nach gesundheitlicher Evidenz; ii) ein Kapazitätsaufbau für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger gesundheitlicher Evidenz; und iii) die Einführung nachhaltiger institutioneller Lösungen, die Nachfrage und Angebot miteinander verknüpfen. Die WHO schafft durch einen anhaltenden Dialog mit den Mitgliedstaaten über die verschiedenen Aspekte der Stärkung von Gesundheitssystemen eine Nachfrage nach einer evidenzgeleiteten Gesundheitspolitik. Durch die Veranstaltung internationaler oder innerstaatlicher Lehrgänge sowie durch Beteiligung an gemeinsamen analytischen Arbeiten und die Erleichterung eines fachlichen Erfahrungsaustauschs hat sie die Fähigkeit der Länder zur Durchführung von hochwertiger Forschungsarbeit, Leistungsbewertungen, Politikanalysen und bereichsspezifischen Erhebungen erhöht. In Bezug auf die institutionelle Entwicklung haben mehrere Mitgliedstaaten in ihren Gesundheitsministerien Referate für Politikanalyse oder bereichsspezifische Erhebungen eingerichtet oder sind im Begriff, dies zu tun. Die Bemühungen um Stärkung der Kapazitäten und Institutionen mit dem Ziel einer evidenzgeleiteten Politikgestaltung haben zu Synergieeffekten mit anderen Bereichen der Stärkung der Gesundheitssysteme geführt.

Verpflichtung 1 – Die gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe fördern

30. Die erste der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn unterscheidet sich von den übrigen insofern, als sie die Mitgliedstaaten an eine Reihe von Werten bindet, anstatt ihnen bestimmte Aktivitäten aufzuerlegen. Die in dieser ersten Verpflichtung

propagierten Werte bilden die Grundlage für sämtliche anderen Verpflichtungen. Da diese Werte Querschnittscharakter haben, wird diese Verpflichtung nur darauf überprüft, inwiefern die Mitgliedstaaten sie in nationalen Gesundheitsplänen und Politikinstrumenten thematisiert haben.

31. Viele Länder der Europäischen Region haben nationale und subnationale Gesundheitsstrategien und -pläne oder entsprechende Dokumente entwickelt, um ihren Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerung eine Zielrichtung sowie Kohärenz zu verleihen (11). In dem Maße, in dem sie Grundsätze und Wertvorstellungen der Gesundheitssysteme in Form von strategischen gesundheitsbezogenen Zielen und Zielvorgaben anwenden, dienen diese Strategien und Pläne als Instrumente zur Verbesserung der Rechenschaftslegung im Gesundheitswesen. Andere Mechanismen, mit denen die Länder der Europäischen Region nationale Gesundheitsziele festlegen, sind Politikinstrumente wie landesweite gesundheitliche Zielvorgaben, eine Reihe gesundheitspolitischer Prioritäten oder Schwerpunktbereiche sowie Reformziele samt konkreten Vorgaben für das Gesundheitssystem, die in ein breiter angelegtes ressortübergreifendes Reformprogramm eingebettet sind. In mehreren Ländern stellen die Anstrengungen zur Verbesserung und Verfeinerung der Prioritätensetzung selbst weiterhin einen wesentlichen Aspekt der Entwicklung der nationalen Gesundheitsstrategie oder des nationalen Gesundheitsplans dar. Ein von manchen Ländern verfolgter alternativer Ansatz beinhaltet die Festlegung institutioneller Leistungsziele, die sich auf die strategische Ausrichtung ihrer Gesundheitssysteme in jenen Bereichen auswirken, in denen das Gesundheitsministerium über eine Planungsbefugnis verfügt. Manchmal werden Gesundheitsziele durch Programme zur Reformierung der Gesundheitssysteme festgelegt. Andere Mechanismen, mit denen die Länder nationale Gesundheitsziele festlegen, sind gesetzliche und ordnungspolitische Vorschriften. Einige Länder haben in jüngster Zeit bei der Entwicklung von Gesundheitsstrategien ausdrücklich gesamtstaatliche Lösungsansätze gestärkt, wie sie in „Gesundheit 2020“ propagiert werden.

32. Die Charta von Tallinn hat sich durch ihr ausdrückliches Bekenntnis zu Solidarität als ein äußerst wirksames Instrument für die Gestaltung politischer Maßnahmen zur Bekämpfung der Wirtschaftskrise erwiesen. Mehrere Länder haben ihre nationalen Gesundheitsstrategien bzw. -pläne dazu genutzt, ihre Gesundheitssysteme in dem übergeordneten Kontext von „Gesundheit 2020“ zu positionieren und die öffentliche Gesundheit zu stärken, um gesundheitliche Ungleichheiten zu bekämpfen. Die meisten Länder in der Europäischen Region verfügen über eine Gleichstellungspolitik, in der Prioritäten für verschiedene Politikbereiche festgelegt werden. Es gibt eine breite Unterstützung für Maßnahmen, die die finanzielle Anfälligkeit benachteiligter Bevölkerungsgruppen begrenzen. Die wichtigsten Maßnahmen in dieser Hinsicht waren das vorrangige Anstreben des Ziels einer allgemeinen Gesundheitsversorgung durch Gewährleistung, dass die gesamte Bevölkerung ohne finanzielle Härten ein breites Spektrum benötigter hochwertiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen kann, und die inhaltliche Schwerpunktlegung auf die primäre Gesundheitsversorgung und die öffentlichen Gesundheitsdienste.

33. Doch in vielen Teilen der Europäischen Region sind die Angebote und Infrastrukturen der öffentlichen Gesundheitsdienste nach wie vor schwach entwickelt bzw. veraltet. Zu den Politikinstrumenten gehört daher auch die Neuausrichtung von Angeboten hin zur ambulanten primären Gesundheitsversorgung und zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten, da diese als kosteneffektiver und als geeigneter für das Erreichen

größerer Teile der Bevölkerung angesehen werden. Durch eine zunehmende Neuausrichtung der Leistungsangebote hin zur primären Gesundheitsversorgung haben die Mitgliedstaaten damit begonnen, der Bedeutung der Stärkung dieser Ebene Rechnung zu tragen, indem sie die Kontinuität der Versorgung verbessern, die Organisation der Leistungserbringer optimieren und die Qualität der Leistungen erhöhen.

34. Die meisten Mitgliedstaaten berichteten von einem Engagement für Konzepte zur Berücksichtigung der Bedürfnisse anfälliger Bevölkerungsgruppen, einschließlich Maßnahmen zur Ausweitung der Gesundheitsversorgung und zur Schaffung bzw. Aufrechterhaltung eines allgemeinen Leistungsanspruchs. Einige Länder haben es vermieden, wahllose Einschnitte in die staatlichen Gesundheits- und Sozialerstattungen vorzunehmen, da dies eine Verschärfung der Armut und eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zur Folge hätte, und sich stattdessen verstärkt um Förderung einer umverteilenden Steuerpolitik bemüht, die mehr Solidarität schaffen soll. Manchen Mitgliedstaaten ist es gelungen, die Versicherungsbeiträge und die Zahlungen aus eigener Tasche zu senken, während andere dem Gesundheitswesen Vorrang bei der Verteilung von Haushaltsmitteln eingeräumt haben, auch durch Finanzierung einer sozialen Krankenversicherung.

35. Viele Länder der Europäischen Region haben ihren Bedarf an Gesundheitspersonal geprüft und gute Fortschritte bei der Entwicklung und Umsetzung personalpolitischer Konzepte, Strategien und Pläne für das Gesundheitswesen erzielt. Als wesentlicher Bestandteil solcher Konzepte ist eine Verpflichtung zur Verbesserung der Forschungsanstrengungen, der Konsolidierung des Datenbestands und der Planung erforderlich, um gezielte personalpolitische Strategien für das nationale Gesundheitswesen entwickeln zu können. Diese Bereiche wurden in einigen Mitgliedstaaten als besonders unterentwickelt identifiziert. Eine Neuausrichtung hin zur primären Gesundheitsversorgung findet auch in der Anwerbung und Schulung von Gesundheitsfachkräften statt, und die Notwendigkeit wirksamer Konzepte für die Verteilung des Gesundheitspersonals (um der Bevölkerung den Zugang zu erleichtern) sowie für die Personalbindung (um Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems zu verbessern) wird zunehmend anerkannt. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region haben maßgeblich zur Entwicklung und Annahme des Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Jahr 2010 beigetragen, der den Mitgliedstaaten einen Rahmen für die Entwicklung wirksamer Konzepte für die Planung des Personalangebots sowie die Personalbindung und -migration gibt, der die Nachhaltigkeit des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen erhöht.

36. Die meisten der Bericht erstattenden Länder haben auch Bemühungen erwähnt, für Gleichheit beim Zugang zu hochwertigen Medikamenten und Gesundheitstechnologien zu sorgen. Auch wenn manche Länder der Europäischen Region traditionell keine aktive Prioritätensetzung in Bezug auf den Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien vorgenommen haben, so werden solche Konzepte doch zunehmend als entscheidend für die Verbesserung der Ausgabeneffizienz bei gleichzeitiger Erhaltung eines angemessenen Gleichgewichts zwischen Zugänglichkeit und Kosteneffektivität angesehen. Länder, die über Konzepte für Gesundheitstechnologien und Arzneimittel verfügen, arbeiten eindeutig darauf hin, den Aspekten Bezahlbarkeit, Zugänglichkeit und Chancengleichheit, Qualität und Innovation Vorrang einzuräumen. Besonders Reformen im Arzneimittelbereich breiten sich in der Europäischen Region zunehmend aus. Sie beinhalten Preissenkungen, die

Nutzung von Preisnachlässen und Rabatten, Rückforderungen, die Neuaushandlung von Verteilungsentgelten, Veränderungen von Mehrwertsteuersätzen und Erstattungsverfahren.

Verpflichtung 2 – In die Gesundheitssysteme investieren und Investitionen in alle anderen relevanten Politikbereiche fördern

37. Zu dieser Verpflichtung wurde in großem Umfang Bericht erstattet. Wie bereits erwähnt, berichteten die meisten Länder, dass sie in verschiedenen Politikbereichen (besonders im Sozialwesen) für das Gesundheitswesen relevante Ziele festgelegt hätten und dass ressortübergreifende Konzepte zur Gesundheitsförderung (z. B. Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums, Gewalt- und Verletzungsprävention, Straßenverkehrssicherheit) eingeführt würden. Internationale Handlungsrahmen wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs seien in dieser Hinsicht von besonderem Nutzen. Eine solche ressortübergreifende Zusammenarbeit kommt der Steuerungsfunktion zugute, vor allem weil sie die gesundheitlichen Zugewinne maximiert und die Krankheitslast minimiert hat.

38. Manche Länder verfeinern die Mechanismen, mit denen die Gesundheitsministerien mit anderen Politikbereichen kommunizieren und zusammenarbeiten können. So wurden teilweise Ministerpodien eingerichtet und Mitarbeiter zu Verbindungspersonen zwischen Ministerien ernannt, und für diese Prozesse gelten jeweils spezielle Protokolle. Einige Länder berichteten, dass das Gesundheitswesen anderen Bereichen fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe beim Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit innerhalb anderer staatlicher Programme gewähre. Diese Unterstützung erfolgt oft in Form von Gesundheitsfolgenabschätzungen oder Folgenabschätzungen in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit. Mehrere Länder berichteten von Mechanismen zur Optimierung des Informationsaustauschs zwischen den Gesundheitsministerien und anderen Ressorts.

39. In der Realität erfolgt die Erhaltung der individuellen Gesundheit primär im häuslichen oder nachbarschaftlichen Umfeld, während Gesundheitseinrichtungen sich nur um die gesundheitlichen Bedürfnisse in bestimmten Lebensphasen bzw. die Bedürfnisse einer Minderheit der Bevölkerung kümmern. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region berichten zunehmend davon, dass sie Gesundheitsleistungen in nicht-traditionellen Umfeldern anbieten, etwa an Schulen, am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und im nachbarschaftlichen Umfeld. Das Gesundheitswesen ist besonders aktiv in der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen bei Maßnahmen zugunsten der Gesundheit von Kindern und bei Angeboten für ältere Menschen in nicht-traditionellen Umfeldern. In manchen Fällen haben die Gesundheitsministerien den Zugang zu Leistungsangeboten sowie deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit signifikant verbessert.

40. Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit dient als ein Mittel zur Abstimmung von Finanzströmen im Rahmen der Investitionsplanung, wobei diese Ströme mit gesetzlichen Zielen verknüpft werden. Eine finanzielle Abstimmung zwischen den Verantwortlichen für Gesundheitsversorgung und Sozialwesen erfolgt in besonders hohem Maße in den Bereichen psychische Gesundheit und Langzeitpflege. Durch eine gemeinsame Finanzierung wird das Engagement der beteiligten Partner gestärkt, sodass hinsichtlich der verfügbaren Finanzmittel mehr Gewissheit herrscht. Innerstaatliche Vereinbarungen (public

service agreements) bilden in Verbindung mit Ausgabenüberprüfungen einen Rahmen, innerhalb dessen Abteilungen, kommunale Behörden und andere lokale Organisationen sich auf Zielvorgaben für die Steuerung und Koordinierung staatlichen Handelns einigen können.

41. Es gibt eine wachsende ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Bewältigung der Herausforderungen für das Gesundheitspersonal auf der globalen, regionsweiten, subregionalen und nationalen Ebene, zumal Angebot und Nachfrage im Personalbereich stark von einer Reihe von Faktoren beeinflusst werden, die außerhalb der Reichweite des Gesundheitssystems liegen. Diese ressortübergreifenden Anstrengungen sind überwiegend mit einer engen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits-, Finanz-, Arbeits- und Bildungsministerien verbunden, die eine Neuausrichtung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften an den sich rapide verändernden Anforderungen zum Ziel hat. In einigen Ländern kommt die ressortübergreifende Zusammenarbeit auch der Gestaltung des Arbeitsumfelds von Gesundheitsfachkräften zugute.

42. Die meisten Mitgliedstaaten haben die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsministerium und dem Handel ausgeweitet, um die Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Annehmbarkeit und Qualität von Gesundheitstechnologien und Arzneimitteln zu optimieren, doch gilt dies nicht so sehr für manche neuere medizinische Erzeugnisse. Dennoch unterstützen mehrere Länder aktiv den Wissenstransfer zwischen Forschungseinrichtungen und Wirtschaft. Die 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region investieren sehr unterschiedlich in ressortübergreifende Bemühungen für einen besseren Zugang zu unentbehrlichen medizinischen Produkten. Einige Länder schufen Anreize für öffentliche Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, um den Erfordernissen des Gesundheitswesens gerecht zu werden, oder förderten öffentlich-private Kooperationen in Bezug auf gesundheitspolitische Prioritäten.

Verpflichtung 3 – Transparenz fördern und Verantwortung für die Leistung der Gesundheitssysteme übernehmen

43. Die Rechenschaftslegung im Gesundheitssystem wird innerhalb der Europäischen Region zunehmend gestärkt, indem systematisch nationale Ziele festgelegt werden, etwa in Form nationaler Gesundheitsstrategien, -konzepte und -pläne sowie durch Messung und Bewertung der Leistung. Eine Stärkung der Rechenschaftslegung wird inzwischen auch als entscheidend für den Schutz der Gesundheitsetats angesehen. Den Verantwortlichen in den Gesundheitssystemen kommt eine bedeutende Rolle bei der Einflussnahme auf Motive und Verhaltensweisen einer Vielzahl von Akteuren und auf deren unterschiedliche Ziele, finanzielle Möglichkeiten und organisatorische Strukturen im Hinblick auf die Schaffung kohärenter Modalitäten für eine Rechenschaftslegung im Gesundheitssystem zu (12).

44. Zur Entwicklung von Mechanismen für die Messung der Leistung von Gesundheitssystemen gilt es festzulegen, welche Indikatoren und Zielvorgaben zusammengestellt werden sollen, und dafür Sorge zu tragen, dass die entsprechenden Informationen gesammelt und aggregiert werden. Mindestens 31 Länder in der Europäischen Region verfügen über eine nationale Datenbank oder Anlaufstelle mit Informationen über die Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems, die mit Paketen von Indikatoren versehen ist, die in regelmäßigen Abständen gemessen werden. Eine andere

Dimension bezieht sich auf die Frage, inwiefern der Grad der Zentralisierung des Gesundheitssystems eines Landes das zur Datenerhebung verwendete Paket von Indikatoren prägt. In dieser Hinsicht ist die Situation innerhalb der Europäischen Region uneinheitlich.

45. Die Überprüfung der Leistung der Gesundheitssysteme sollte systematisch erfolgen und kontinuierlich in die Prioritätensetzung einfließen. Mehrere Mitgliedstaaten beschreiten diesen Weg, indem sie im Voraus Evaluationen ihrer nationalen Gesundheitsstrategien, -konzepte und -pläne durchführen, während andere im Nachhinein Leistungsbewertungen in ihren Gesundheitssystemen (HSPA) vornehmen (13,14).³ Letztere sind ein Instrument, das von vielen der Charta von Tallinn zugeschrieben wird: als Mittel zur Erhöhung der Transparenz bei der Steuerung des Gesundheitssystems (13).

46. Vor allem im Bereich der Leistungserbringung im Gesundheitswesen hat eine besonders weitreichende Entwicklung von Indikatoren stattgefunden, die die Rechenschaftslegung durch Leistungserbringer und Institutionen des Gesundheitswesens gewährleisten sollen. Sie betreffen insbesondere die Qualität der Versorgung, die Patientensicherheit, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und deren Inanspruchnahme sowie etwaige Wartelisten, aber auch Leistungsvergleiche zwischen Krankenhäusern. Die Mehrheit der Länder gaben an, über Mechanismen für eine kontinuierliche Leistungsüberwachung und -verbesserung auf der Ebene der Leistungsanbieter zu verfügen. Diese Überwachung wird nicht nur auf die Inanspruchnahme von Leistungen angewandt, sondern teilweise auch auf die Zufriedenheit der Leistungsempfänger. Die Länder benutzen Vorschriften und Konzepte, um Qualitätsnormen in der Gesundheitsversorgung (z. B. Akkreditierung von Institutionen und Leistungserbringern, Sicherheit usw.) in Gesundheitseinrichtungen sowie ein Angebot an kompetenten Arbeitskräften zu gewährleisten. Praxisleitlinien, klinische Protokolle, Behandlungsalgorithmen und medizinische Normen werden als wesentliche Anforderungen an die evidenzbasierte Medizin angesehen. Eine zunehmende Zahl von Ländern richten Systeme zur Meldung und Überwachung unerwünschter Ereignisse ein.

47. Die Charta von Tallinn trug auch entscheidend zur Anwendung von Mechanismen für Transparenz und Rechenschaftslegung im Bereich der öffentlichen Gesundheit bei. Die Länder geben zunehmend an, dass sie öffentlich über gesundheitliche Resultate auf der Bevölkerungsebene Rechenschaft ablegen und dass diese regelmäßig auf entsprechenden Webportalen veröffentlicht werden. Die Berichterstattung an die Öffentlichkeit wird in den Ländern der Region in wachsendem Maße dazu genutzt, die Rechenschaftslegung von Gesundheitseinrichtungen wie Leistungserbringern sicherzustellen. Auch die Ausarbeitung und die Veröffentlichung von Jahresberichten durch Krankenversicherungen und Einkaufsabteilungen tragen zur Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftslegung bei.

³ Das Regionalbüro arbeitet bei der Entwicklung von Leistungsbewertungen für die Gesundheitssysteme direkt mit einer Reihe von Mitgliedstaaten zusammen. Dies sind Armenien, Aserbaidschan, Belgien, Estland, Georgien, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Malta, die Republik Moldau, Portugal, die Türkei und Ungarn.

48. Angesichts der Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Höhe der Gesundheitsausgaben – und insbesondere des Anteils der staatlichen Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben und des prozentualen Anteils der Zahlungen aus eigener Tasche an der Gesamthöhe der Gesundheitsausgaben – stellen Mitgliedstaaten, die eine Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftslegung für die Finanzierung ihres Gesundheitssystems anstreben, in zunehmendem Maße die Mittel zur Bewertung dieser Finanzierung bereit. Die Informationen über die Beschaffung und Zusammenführung von Mitteln sowie den Einkauf von Leistungen werden veröffentlicht. Das von Eurostat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der WHO gemeinsam entwickelte neue *System der Gesundheitskonten (SHA 2011)* ermöglicht eine genauere Rückverfolgung der für Gesundheit bereitgestellten und ausgegebenen Mittel. Alle Länder der EU und der OECD haben dieses neue Meldesystem eingeführt, und eine wachsende Zahl von Ländern, die keiner der beiden Organisationen angehören, entwickeln inzwischen ihre Meldesysteme gemäß den neuen Leitlinien. Die Länder veröffentlichen auch Informationen über Leistungsansprüche und Nutzergebühren.

49. Die Berichterstattung designierter nationaler Behörden in den Mitgliedstaaten über die Umsetzung des Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften hat das Engagement der Länder für mehr Transparenz und Rechenschaftslegung unter Beweis gestellt. Die nationalen Berichte befassten sich mit Themen wie den Rechten von Wanderarbeitnehmern und der grenzüberschreitenden Anwerbung und der Mobilität von Gesundheitsfachkräften. Die Regulierung der Gesundheitsversorgungspraxen (Registrierung, Lizenzvergabe, Zertifizierung, Akkreditierung) steht nun stärker im Blickfeld. Die Konzentration auf Zulassungsfragen hat in manchen Ländern bewirkt, dass Informationen über Ärzte zugänglich werden, die die Verbraucher für fundierte Entscheidungen bei der Arztwahl benötigen.

50. Die Länder stellen ihre Entschlossenheit zu mehr Transparenz und Rechenschaftslegung auch durch stärker evidenzgeleitete Entscheidungsprozesse bei der Auswahl medizinischer Produkte unter Beweis. Gesundheitstechnologiebewertung wird inzwischen in der gesamten Europäischen Region stärker als Orientierungshilfe für die Erstattungspraxis genutzt. Konzepte für Preisgestaltung und Kostenerstattung sowie Mechanismen zur Sicherung kosteneffektiver Arzneimittelsets sind zunehmend vorhanden. Einige Mitgliedstaaten haben die Entwicklung von Lehrplänen für das Gesundheitspersonal in Angriff genommen, in denen Pharmakovigilanz und Rechenschaftslegung in Bezug auf eine geeignete Verwendung medizinischer Produkte thematisiert werden, und mit der Verteilung von Leitlinien für die Verschreibungspraxis an Gesundheitsfachkräfte begonnen. Um eine Überwachung der Leistung des Gesundheitssystems und eine Stärkung der Rechenschaftslegung sowie eine bessere Versorgung der Patienten zu ermöglichen, wird in der gesamten Europäischen Region eGesundheit technologisch realisiert.

Verpflichtung 4 – Die Gesundheitssysteme stärker auf die Menschen ausrichten

51. Im *Weltgesundheitsbericht 2000* wurde der Gedanke thematisiert, dass eine Ausrichtung an den Erwartungen der Bürger ein grundlegendes Ziel aller Gesundheitssysteme sein muss. Einige Mitgliedstaaten haben ihre Entschlossenheit, ihre

Gesundheitssysteme bedarfsgerechter zu gestalten, dadurch gezeigt, dass sie (elektronisch oder auf anderem Wege) Rückmeldungsmöglichkeiten schufen, die den Bürgern die Artikulierung ihrer Bedürfnisse erlauben. Einige Länder haben von Verfahren berichtet, die zur Bewertung der Erwartungen der Bürger und der Erfahrungen der Patienten bzw. ihrer Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot dienen. Zur Festlegung von Patientenrechten und zur Sensibilisierung für diese wurden Grundsätze und rechtliche bzw. ordnungspolitische Instrumente eingeführt und zunehmend durch Ombudspersonen durchgesetzt. Andere Länder setzen weniger auf Gesetze, sondern vielmehr auf die Schaffung von Rahmenbedingungen, die den Bürgern gesundheitsförderliche Entscheidungen erleichtern und sie in Bezug auf ihre Gesundheit zu selbstbestimmtem Handeln befähigen.

52. In Bezug auf diese Verpflichtung bestand der bedeutsamste Trend in der Europäischen Region hinsichtlich der Leistungserbringung in der Neuorganisation der Krankenhausversorgung für einen besseren Zugang der Bürger zu qualitativ hochwertigen Angeboten. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Wartelisten, Notfallversorgung, Reisezeiten zu Gesundheitseinrichtungen und Netzwerke von Leistungserbringern gerichtet. Viele dieser Verbesserungen waren mit der Beseitigung von Überkapazitäten an Krankenhäusern und mit Bemühungen um ein angemessenes Gleichgewicht zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbunden. Die Mitgliedstaaten legen auch großen Wert auf eine Verbesserung der Überweisungssysteme, um so die Rolle der primären Gesundheitsversorgung zu stärken. Die Gesundheitssysteme haben mit der Förderung eines proaktiven Gesundheitsmanagements begonnen. Da immer mehr Gesundheitsprobleme im Rahmen einer personenbezogenen Gesundheitsversorgung wirksam bewältigt werden können, haben eine Reihe von Mitgliedstaaten ihre Angebote um wohnortnahe Apotheken, Unfall- und Notaufnahmen sowie eine Versorgung außerhalb der üblichen Zeiten erweitert, was teilweise durch mobile Gesundheits- und Informationstechnologien ermöglicht wurde. Solche Modelle sind am erfolgreichsten, wenn sie durch erweiterte diagnostische Kapazitäten ergänzt werden und wenn bei chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen sowie bei der Sterbebegleitung Kontinuität und ein langfristiges fachübergreifendes Management im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung gewährleistet sind, das wohnortnah bzw. in der Wohnung der Patienten erfolgt. Erfolgreiche Initiativen profitieren von einem verbesserten Informationsfluss durch operative Partnerschaften und Netzwerke von Leistungserbringern. Sie sind oft mit neuen Leistungsmodellen für eine bessere Organisation der Angebote verbunden und streben eine kontinuierliche und hochwertige Versorgung, die Arbeit in neuen fachübergreifenden Teams und eine Weiterbildung der Beschäftigten zur Entwicklung neuer Kompetenzen an. Die Mitgliedstaaten passen ihre Angebote zunehmend an die Diversität ihrer Bevölkerung und die Bedürfnisse einzelner Personen an, die je nach Geschlecht, Kultur, Sprache sowie politischem und ökonomischem Status unterschiedlich ausfallen können.

53. Die Mitgliedstaaten passen ihre Mittelzuweisungen genauer an die Bedürfnisse der Menschen an. Einige Staaten schaffen finanzielle Anreize für die Anbieter, damit diese die Wartezeiten verkürzen, und führen eine gemeinsame und transparente Wartezeitregelung für alle Anbieter ein. Ein weiteres wichtiges Instrument zur Steuerung und Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit der Arbeit der Gesundheitssysteme waren regelmäßige Befragungen der Patienten zu ihren Erfahrungen in Bezug auf Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten. Schließlich wurde über verschiedene Dienste der eGesundheit berichtet, die in den meisten Fällen

allerdings weniger darauf ausgerichtet sind, die Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems erhöhen, sondern eher eine Senkung der finanziellen und sonstigen Aufwendungen für die Leistungserbringung bewirken und damit den Zugang der Patienten zu diesen erleichtern sollen.

54. Wechselnde Aufgaben und sich verändernde Krankheitsmuster erhöhen die Bedeutung einer Anpassung der beruflichen Ausbildung (sowohl der Erstausbildung als auch später der Weiterbildung) von Gesundheitsfachkräften an die Bedürfnisse der Patienten. In der Europäischen Region steigt die Notwendigkeit, die Ausbildung und Schulung des Gesundheitspersonals an den Gesundheitsreformen und den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Dies hat nicht nur eine Neuausrichtung hin zur primären Gesundheitsversorgung zur Folge. Es gibt eine Tendenz innerhalb der Europäischen Region, den Anfang der Ausbildung stärker fachübergreifend zu gestalten, um die Fähigkeit des Gesundheitspersonals zu verbessern, bedarfsgerecht auf die Patienten einzugehen. Die Mitgliedstaaten konzentrieren sich verstärkt auf eine kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen zur Gewährleistung der Sicherheit der Patienten. Zwar haben einige Länder die Ausbildung des Gesundheitspersonals als wichtige Priorität erkannt, doch müssen transformative Ausbildungsmodelle mehr Gewicht und mehr Investitionen erhalten. Einige Länder arbeiten auf eine Verbesserung des Wohlbefindens des Gesundheitspersonals hin, um es einerseits zum Bleiben zu motivieren und andererseits bedarfsgerechter einsetzen zu können.

55. Zur Verbesserung der pharmazeutischen Versorgung haben die Mitgliedstaaten die Rolle von Apothekern und Apotheken auf den Prüfstand gestellt, um sie stärker an den Bedürfnissen der Menschen ausrichten zu können. Die Innovationen beschränken sich nicht auf das Gesundheitspersonal, sondern sind insbesondere in Bezug auf Gesundheitstechnologien und Arzneimittel spürbar. eGesundheit und eVerschreibung kommen mittlerweile in der gesamten Europäischen Region zum Einsatz, um die Bedarfsgerechtigkeit und Inanspruchnahme der Angebote zu verbessern. Die Technologien werden auch eingesetzt, um schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu versorgen. Mit der Ausbreitung der eGesundheit wächst auch die Bedeutung des Datenschutzes.

Verpflichtung 5 – Die maßgeblichen Interessengruppen in die Politikgestaltung und -umsetzung einbinden

56. Während die zweite Verpflichtung auf die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen abzielt, liegt der Schwerpunkt hier auf den übrigen Akteuren, sowohl im Gesundheitssystem im weiteren Sinne als auch außerhalb des staatlichen Aktionsradius.

57. Fast alle Länder berichteten von Rückmeldemechanismen, die den Dialog zwischen den verschiedenen Akteuren und den politischen Entscheidungsträgern beförderten. Eine Mehrheit der Länder gab an, es gebe eindeutige Mechanismen zur Unterstützung der Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Gestaltung der Gesundheitspolitik, die es den Verantwortlichen in den Gesundheitssystemen ermöglichen sollten, „weniger zu rudern und mehr zu steuern“, wie 1996 auf der Konferenz der WHO über Gesundheitsreformen in Europa (15) gefordert wurde. Die Ministerien haben oft das Engagement der maßgeblichen Akteure gefördert, indem sie in Webportalen Rückmeldungen zu Gesetzen, Entscheidungen, Strategien und Konzepten einholten. Ein besonderer Wert wird auf die

Vorschläge von Patienten gelegt, die u. a. zur Einsetzung von Ombudspersonen für Patienten und von Vertretungsgremien der Patienten geführt haben, sogar innerhalb der Gesundheitsministerien.

58. Die Mitgliedstaaten beziehen in zunehmendem Maße Fachverbände und Vertreter besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen in die Entscheidungsprozesse bei der Prioritätensetzung im Rahmen nationaler Gesundheitsstrategien ein.

59. Die politische und administrative Dezentralisierung ist ein wichtiges Instrument zur wirksameren Mobilisierung der maßgeblichen Interessengruppen für die Planung und Umsetzung der Gesundheitsversorgung. Einige Länder berichteten, dass sie die Schaffung operativer Partnerschaften und Netzwerke zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen unterstützen. Mehrere Länder berichteten von Erlassen, die das Engagement der Menschen für ihre eigene Gesundheit und die Planung der Gesundheitsversorgung fördern sollen.

60. Im Bereich der Finanzierung der Gesundheitssysteme war in manchen Ländern ein besserer und engagierterer Dialog mit den Finanzministerien zu beobachten, insbesondere infolge der gemeinsamen Bemühungen von OECD und WHO um Veranstaltung von Tagungen mit Vertretern der Gesundheits- und Finanzministerien.

61. Die Einbindung weiterer Akteure hat sich als weiteres entscheidendes Instrument zur Stärkung der Steuerungsfunktion des Gesundheitspersonals in der Europäischen Region erwiesen. In diesem Bereich ist auch ein erhebliches Engagement von Organisationen der Zivilgesellschaft zu beobachten. Effektive Verbände der Gesundheitsberufe treten in allen Teilen der Region immer deutlicher in Erscheinung und bieten eine wichtige Chance für kompetente fachliche Beiträge zur Politikgestaltung. Die größere Herausforderung liegt allerdings darin, die Kluft zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu überwinden.

62. Die Schaffung eines breiten Rahmens für die Arzneimittelpolitik erfordert ein Vorgehen in Schritten, das in die Gesamtreform der Gesundheitspolitik einfließen sollte. Hierzu haben einige Mitgliedstaaten maßgebliche Akteure in die Gestaltung der übergeordneten nationalen Arzneimittelpolitik und ressortspezifischer Strategien eingebunden. In der Europäischen Region ist eine wachsende Dezentralisierung zu beobachten, die sich in der Verlagerung der Entscheidungsgewalt über Technologien von Zentral- zu Regionalbehörden äußert.

Verpflichtung 6 – Länderübergreifendes Lernen und länderübergreifende Kooperation fördern

63. Der Austausch von Informationen über Planung und Strategieentwicklung zur Stärkung der Gesundheitssysteme ist ebenso weit verbreitet wie über die zunehmende Ausweitung von Lernen und Problemlösen in Bezug auf die Leistungserbringung. Fast alle Länder haben Aktionen auf diesem Gebiet gemeldet. Allerdings scheinen ein solcher Informationsaustausch und grenzüberschreitendes Lernen im Bereich der Ausgabenverteilung zwischen Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und künftigen Anforderungen weniger üblich zu sein.

64. Die Teilnahme an länderübergreifenden Grundsatzdialogen besitzt für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region große Anziehungskraft. Das Regionalbüro spielt eine entscheidende Rolle dabei, die Mitgliedstaaten in verschiedenen Netzwerken für einen Erfahrungsaustausch an einen Tisch zu bringen. Beispiele hierfür sind das Netzwerk Regionen für Gesundheit (16), das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (17), das Evidence-informed Policy Network (18) und das Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region (19).

65. Eine Reihe von Ländern (insbesondere die Mitgliedstaaten der EU) sind an gemeinsamen Forschungsprogrammen und -aktivitäten zum Themenkomplex der Leistungserbringung beteiligt. Insgesamt 42 Mitgliedstaaten berichteten, an Schulungen der WHO zur Finanzierung für eine allgemeine Gesundheitsversorgung und eine Stärkung der Gesundheitssysteme teilgenommen zu haben.

66. Die Europäische Region kann beträchtliche Fortschritte und eine kontinuierliche länderübergreifende Zusammenarbeit zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Definitionen für die Erhebung von Daten über Beschäftigung und Ausbildung im Gesundheitswesen vorweisen, die in die gemeinsame Datenbank von OECD, Eurostat und Regionalbüro für Europa einfließen. Die Ergebnisse des Projektes PROMeTHEUS über die Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb der EU und in die EU geben der Politik Anhaltspunkte zu den Auswirkungen der Mobilität innerhalb der EU, zu den Motiven der mobilen Gesundheitsfachkräfte und zur Wirksamkeit der Konzepte zur Steuerung der Migration. Das Projekt MoHPR, das sich ebenfalls mit der Mobilität von Gesundheitspersonal befasst, hat Erkenntnisse über die grenzüberschreitende Migration von Gesundheitsfachkräften in 25 Ländern erbracht, wobei speziell auf Migration in die EU, aus der EU und innerhalb der EU geachtet wurde. Die gemeinsamen Maßnahmen der EU zur Planung und Prognostizierung des Gesundheitspersonals bilden eine wertvolle Grundlage für Zusammenarbeit und Austausch zwischen den Mitgliedstaaten. Der Prozess von Bologna, der zu einem Europäischen Hochschulraum in 47 Ländern geführt hat, trug auch zur Vereinheitlichung der Ausbildungsstrukturen bei, sodass eine Beschäftigung von Gesundheitsfachkräften in allen Teilen der Europäischen Region möglich wird.

67. Ein wichtiger Bereich der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitstechnologien und Arzneimittel sind die Bemühungen um eine Nutzung von Synergieeffekten aus Gesundheitstechnologiebewertungen in den Ländern. Die EU-Mitgliedstaaten beteiligen sich aktiv durch das Europäische Netzwerk für Gesundheitstechnologiebewertung (EUNET HTA) aktiv an dieser Arbeit, während die Länder Mitteleuropas und des Balkans sich in der aus 13 Mitgliedern bestehenden Partnerschaft ADVANCE-HTA (Förderung und Stärkung der methodischen Instrumente und Konzepte für die Anwendung und Umsetzung der Gesundheitstechnologiebewertung) zusammengeschlossen haben, die sich die Standardisierung der Methodik zur Bewertung von medizinischen Produkten und Arzneimitteln zum Ziel gesetzt hat. Im Bereich der Gesundheitstechnologien und Arzneimittel bemühen sich die Mitgliedstaaten aktiv darum, gemeinsam das Auftreten und die Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen in der Europäischen Region zu überwachen, einzudämmen und zu verhindern. Dies geschieht u. a. durch das Netzwerk CAESAR (Surveillance antimikrobieller Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa), in dem die Europäische Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten, das Niederländische Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt und das WHO-Regionalbüro für Europa vertreten sind. Das Ziel von CAESAR ist es, in allen Ländern der Europäischen Region, die nicht durch das

Europäische Netzwerk zur Überwachung von Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe der Europäischen Kommission erfasst werden, ein Netz nationaler Surveillance-Systeme für antimikrobielle Resistenzen zu schaffen. Dadurch würde es möglich, künftig gemeinsame Berichte über Antibiotikaresistenz in allen 53 Mitgliedstaaten zu erstellen, die auf der Grundlage der gleichen Standards und Methodik beruhen.

Verpflichtung 7 – Sicherstellen, dass die Gesundheitssysteme für Krisensituationen gerüstet und entsprechend handlungsfähig sind

68. Zwischen 1990 und 2015 waren etwa 50 Mio. Menschen in der Europäischen Region der WHO unmittelbar von Naturkatastrophen betroffen. Gestärkte, gut vorbereitete und gut verwaltete Gesundheitssysteme können wirksam dazu beitragen, zu verhindern, dass gesundheitlich relevante Ereignisse eine Sicherheitskrise auslösen. Gut gerüstete und widerstandsfähige Gesundheitssysteme brauchen zunächst eine gute Führung durch ihre Leitungsebene. Die führenden Verantwortlichen in den Gesundheitssystemen sind zunehmend dazu bereit und werden darin unterstützt, bei der Bereitschaftsplanung der Gesundheitssysteme und der Bewältigung gesundheitlicher Krisen die Federführung zu übernehmen, sodass das Gesundheitswesen gegebenenfalls eine führende und koordinierende Rolle spielen und andere Politikbereiche während einer solchen Krise fachlich beraten kann. Doch wegen der zunehmenden Komplexität aller Fragen in Verbindung mit Gesundheitssicherheit ist für wirksame Handlungskonzepte eine enge Zusammenarbeit zwischen Regierungen, internationalen Organisationen, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft sowie anderen Partnern erforderlich. Eine wirksame Krisenvorsorge und entsprechende Gegenmaßnahmen werden von einer Reihe (strategischer) Querschnittsprinzipien bestimmt, die die WHO den Mitgliedstaaten zur Annahme empfiehlt.

69. Die WHO reformiert derzeit ihre Notfallmaßnahmen durch die Erneuerung des *Rahmens für die Reaktion im Krisenfall* als dem Grundsatzpapier, in dem die Maßnahmen der WHO in für die öffentliche Gesundheit relevanten Krisensituationen festgelegt sind. Darüber hinaus hat die WHO von ihren Mitgliedstaaten den einzigartigen weltweiten Auftrag erhalten, die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) zu unterstützen und zu fördern. Die Vertragsstaaten der IGV sind dazu verpflichtet, jedes Ereignis zu bewerten und der WHO zu melden, das eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen könnte, und zwar ungeachtet seiner Ursache (biologisch, chemisch, radioaktiv) und seines Ursprungs (Unfall oder Absicht). Zu ihrer wirksamen Umsetzung sollten die Vertragsstaaten (mit Unterstützung durch die WHO) jeweils bis Juni 2009 einen nationalen Umsetzungsplan entwickeln und bis Juni 2012 die Anforderungen hinsichtlich der nationalen Kernkapazitäten erfüllen. In der Europäischen Region der WHO erfüllen fast alle Länder diese Mindestanforderungen, und nur wenige haben um eine Fristverlängerung bis Juni 2016 gebeten. Nun liegt der Schwerpunkt auf der operativen Anwendung der IGV im Alltag mit den verfügbaren Kapazitäten, auf entsprechenden Schulungen und auf der Messung der Leistung der nationalen IGV-Anlaufstellen. Die Mehrzahl der Mitgliedstaaten, in denen die IGV umgesetzt worden sind, gibt an, auch über Informationssysteme und klare Kommunikationswege zu verfügen.

70. Für diese Verpflichtung wurde die zweithöchste Anzahl an Aktivitäten gemeldet. In der Europäischen Region ist ein Zuwachs an Kapazitäten zu verzeichnen, insbesondere im Bereich der Rechenschaftslegung für die Notfallvorsorge. Neben dem Hinweis auf die Umsetzung der IGV berichteten nahezu alle Länder von Notfallplänen des Gesundheitswesens mit klaren Richtlinien und Koordinationsmechanismen, die in Not- und Krisensituationen die Gesundheitsversorgung aufrechterhalten sollen. Die Mehrheit der Bereitschaftspläne sind auch ressortübergreifend angelegt, wobei jeweils eine bestimmte Einheit in der staatlichen Verwaltung für die Koordinierung der Gegenmaßnahmen bei gesundheitlichen Notlagen zuständig ist.

71. Mehr als die Hälfte der Länder berichteten von der Existenz eines Verfahrens zur Beobachtung und Benennung biologischer, chemischer und physikalischer Umweltgefahren. Eine Reihe von Ländern gab ausdrücklich an, über Verfahren zur Verbreitung von Informationen zu umweltbedingten und sonstigen Gesundheitsrisiken sowie von Warnhinweisen an die Öffentlichkeit zu verfügen. Ungefähr ein Viertel der Länder berichtete, dass die vorhandenen Notfallpläne die Aufrechterhaltung hoher Standards der Gesundheitssicherheit in Verkehr und Transport beinhalteten.

72. In der gesamten Region wurden auch erhebliche Anstrengungen unternommen und Mittel investiert, um den Zugang zu Notdiensten zu verbessern und eine wirksame Triage einzurichten, die gegebenenfalls die Bewältigung einer dramatisch anschwellenden Nachfrage ermöglichen soll.

73. Die Verfügbarkeit von Finanzmitteln im Etat des Gesundheitsministeriums und anderer Ressorts ist für die Bereitschaftsplanung und die Bewältigung von Notlagen unverzichtbar.

74. Das Rückgrat der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften bilden weiterhin klinische Erfahrungen, doch lassen sich auch neue Technologien zur Unterstützung der Ausbildungsziele nutzen. So werden in der Europäischen Region zunehmend Ansätze wie Simulationen und Fernstudiengänge genutzt. Allerdings ist es ohne Berichte über Indikatoren oder formalisierte Kontrollen für das Gesundheitspersonal schwierig, Lücken in Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu bestimmen. In einer Reihe von Ländern werden gesundheitsbehördliche Kompetenzen für die Planung und Vorsorge in Bezug auf Notsituationen entwickelt. Der Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region war entscheidend an der Festlegung dieser Kompetenzen beteiligt.

75. Die Fähigkeit, wirksam auf Notlagen zu reagieren, beruht auf einer frühzeitigen Bereitschaftsplanung in Bezug auf medizinische Produkte, Impfstoffe und Technologien, um sie bei der Einlieferung und Behandlung von Verletzten und Patienten wirksam einsetzen zu können. Je nach ihrer geografischen Position innerhalb der Europäischen Region stehen Länder vor Hindernissen und Schwierigkeiten in Bezug auf eine ausreichende Bevorratung von Arzneimitteln. Nur eine Handvoll Mitgliedstaaten erwähnte die Sicherung von Labordiensten. Dabei sind Experten besorgt darüber, dass es bei Gegenmaßnahmen zu biologischen oder medizinischen Notlagen gerade hier oft zu Engpässen kommen kann. Mehrere Mitgliedstaaten haben in Informationssysteme investiert, die ihnen bei der epidemiologischen Überwachung, der Prävention und der Koordinierung von Notlagen behilflich sein können.

Schlussfolgerungen

76. Auch wenn es schwierig ist, bestimmte Aktivitäten, Konzepte oder Interventionen konkret auf die Charta von Tallinn zurückzuführen, so haben doch die Mitgliedstaaten in den vergangenen sieben Jahren eine Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in ihren vier grundlegenden Funktionen gemeldet, die nach Maßgabe der sieben Verpflichtungen aus der Charta (siehe Abschnitte 20 bis 22) erfolgten.

Finanz- und Wirtschaftskrisen

77. Die Charta wurde durch die nachfolgende globale Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Probe gestellt. Die Änderungen, die die Länder als Antwort auf die Krise an ihren Gesundheitssystemen vorgenommen haben, vermitteln einen Eindruck von der Stärke der Verpflichtungen in der Praxis, insbesondere in Schlüsselbereichen wie der Förderung von Solidarität, ressortübergreifenden Partnerschaften und Investitionen und bedarfsgerechteren Gesundheitssystemen. Vor diesem Hintergrund kann „Gesundheit 2020“ als übergeordnetes Rahmenkonzept für die Europäische Region weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit und Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme der Länder nur begünstigen.

78. Von der Finanz- und Wirtschaftskrise waren viele Gesundheitssysteme in der Europäischen Region betroffen, manche von ihnen schwer. Vor der Krise ergriffene fiskalische Maßnahmen (z. B. Ansparen finanzieller Reserven, antizyklische Haushaltstransfers und ausreichende Finanzierung der Gesundheitssysteme) und Anstrengungen zur Minimierung der Lücken in der Gesundheitsversorgung und zur Reduzierung der Zahlungen aus eigener Tasche haben dazu geführt, dass einige Länder besser auf den Konjunkturereinbruch vorbereitet waren als andere. Dennoch stehen alle von der Krise betroffenen Länder vor ähnlichen Herausforderungen:

- Ein Gesundheitssystem braucht stabile und vorhersehbare Einnahmequellen. Plötzliche Unterbrechungen der öffentlichen Einnahmen können eine Aufrechterhaltung des erforderlichen Gesundheitsversorgungsniveaus erschweren.
- Die Kürzungen der staatlichen Ausgaben für Gesundheit, die als Reaktion auf die wirtschaftlichen Erschütterungen vorgenommen werden, kommen zu einem Zeitpunkt, an dem die Gesundheitssysteme nicht weniger, sondern mehr Mittel benötigen – etwa zur Bekämpfung der negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit und zur Bewältigung der wachsenden Abhängigkeit von öffentlich finanzierten Gesundheitsangeboten.
- Willkürliche Einschnitte in grundlegende Leistungen können das Gesundheitssystem weiter destabilisieren, wenn sie die finanzielle Absicherung und den chancengleichen Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen gefährden und längerfristig die Kosten in die Höhe treiben. Wahllose Kürzungen führen nicht nur zu neuen Effizienzdefiziten, sondern verfehlen wahrscheinlich auch ihr Ziel, bestehende Defizite zu bekämpfen, und verschärfen so möglicherweise sogar die finanziellen Engpässe.

79. Als Reaktion auf die Krise haben viele Länder positive Veränderungen herbeigeführt (8). So haben viele erfolgreich öffentliche Mittel für das Gesundheitswesen mobilisiert, manchmal mit zusätzlichem Nutzen – etwa durch Besteuerung mit positiven

Effekten für die öffentliche Gesundheit oder durch Maßnahmen für eine gerechtere Gestaltung der Gesundheitsfinanzierung. Die Krise hat Maßnahmen zur Verstärkung der finanziellen Absicherung ausgelöst, etwa eine Ausweitung der Gesundheitsversorgung auf neue Personengruppen und die Verringerung oder Abschaffung von Zuzahlungen. Angesichts wachsender Haushaltszwänge haben die Länder auch Maßnahmen für eine effizientere Nutzung der verfügbaren Ressourcen ergriffen. Vor allem die Arzneimittelpolitik war häufig Gegenstand von Reformen. Allerdings führten die Länder nicht immer die erforderlichen Maßnahmen durch und konnten nicht immer die gewünschten Ergebnisse erzielen; und manchmal richteten die durchgeführten Veränderungen mehr Schaden als Nutzen an. Als Ergebnis hatten einige wenige Länder einen starken und anhaltenden Rückgang der staatlichen Gesundheitsausgaben zu verzeichnen, und es gibt in begrenztem Umfang Hinweise darauf, dass sich die Zahl der psychischen Störungen und die Häufigkeit ruinöser Zahlungen aus eigener Tasche und unerfüllter Bedürfnisse erhöht haben. Die Belege für derartige Negativeffekte mögen mit Anhalten der Krise zunehmen (insbesondere in Ländern mit weiterhin hoher Arbeitslosigkeit), wenn sich die längerfristigen Folgen umfassender Ausgabenkürzungen und Einschränkungen der Versorgung zeigen.

80. Die Bekämpfung von Effizienzdefiziten in den Gesundheitssystemen wie auch in den öffentlichen Gesundheitsdiensten ist für die meisten Mitgliedstaaten in der Europäischen Region eine wesentliche Priorität, nicht nur aufgrund der Krise. Dort, wo Regierungen durch die kurzfristige Lage zu Einschnitten bei den Gesundheitsausgaben gezwungen werden, plädiert die Charta von Tallinn klar für Kürzungen mit Augenmaß, um die negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu minimieren, einen größeren Mehrwert zu schaffen und längerfristig effizienzsteigernde Reformen zu ermöglichen. Gesundheitssysteme mit starker Führung und gut funktionierenden Steuerungsmechanismen haben sich im Allgemeinen, insbesondere aber in Krisenzeiten, als leistungsstärker erwiesen. Aufgrund des arbeitsintensiven Charakters des Gesundheitswesens ist die Umsetzung unterstützender personalpolitischer Konzepte ein entscheidender Bestandteil dieses Prozesses. Angesichts der oft hohen Kosten medizinischer Produkte (und insbesondere neuer Medikamente) legen die Länder bei Entscheidungen über Zulassung und Erstattungsfähigkeit von Medikamenten zunehmend Wert auf eine sinnvolle Nutzung der vorhandenen Evidenz und auf die Entwicklung von Leitlinien. In allen Teilen der Europäischen Region werden deshalb die Bewertung von Gesundheitstechnologien und die Investitionen in eGesundheit als nützliche Orientierungshilfen für die Länder im Hinblick auf die Einführung und Nutzung neuer Produkte eingeschätzt, die die Gestaltung der Kostenerstattungspraxis bestimmen und gleichzeitig zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und zu einer besseren Rechenschaftslegung beitragen.

81. Mitgliedstaaten, die strategische, transparente, ressortübergreifende und weitreichende Entscheidungen getroffen und ein starkes Engagement für Chancengleichheit, Solidarität und finanzielle Absicherung unter Beweis gestellt haben, waren erfolgreicher in ihren Bemühungen, eine Aushöhlung ihres Leistungsniveaus zu vermeiden.

82. Die Charta von Tallinn hat daher wirksam für den positiven Kreislauf von Gesundheit-Gesundheitssystem-Wohlstand argumentiert. Die Verpflichtungen aus der Charta ergeben zusammen mit der Darstellung an den Funktionen der Gesundheitssysteme einen wertvollen Rahmen für die Priorisierung und Entwicklung von

Informationen und Fähigkeiten für die Stärkung der Gesundheitssysteme, wie sie für den Schutz von Gesundheitsetats und die Verbesserung der Beiträge von Gesundheit und Gesundheitssystem zur Förderung von Wohlstand und Wohlergehen der Gesellschaft benötigt werden.

Fünfter Jahrestag der Unterzeichnung der Charta von Tallinn

83. Zum fünften Jahrestag der Unterzeichnung der Charta von Tallinn und zur Bestandsaufnahme der seither erzielten Fortschritte und möglicher weiterer Anstrengungen fand im Oktober 2013 eine Konferenz in Tallinn statt (10). Die Tagung brachte ein hohes Maß an Enthusiasmus für die Umsetzung der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn zum Ausdruck und bezog sie auf die dritte Säule von „Gesundheit 2020“, um Prioritäten und Stoßrichtungen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region aufzuzeigen.

84. Trotz der in vielen Bereichen der Stärkung von Gesundheitssystemen erreichten Fortschritte seit Annahme der Charta von Tallinn gibt es immer noch eine Reihe von Herausforderungen. Die Neuausrichtung hin zur primären Gesundheitsversorgung und zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten kann nur beschleunigt werden und zur Erreichung besserer gesundheitlicher Ergebnisse beitragen, wenn sie mit einem besseren Verständnis der Bedürfnisse der Patienten einhergeht. Millionen Menschen erleben weiterhin beim Zugang zu den von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen finanzielle Härten. Es muss mehr dafür getan werden, gezielte Strategien zur Förderung des Gesundheitspersonals zu entwickeln, die den Bedürfnissen von Patienten und Bevölkerung besser gerecht werden. Weitere Bereiche mit Verbesserungsbedarf sind hartnäckige Isolation zwischen Berufsgruppen und die fehlende Abstimmung von Angebot und Fähigkeiten der Leistungserbringer auf den Bedarf der Patienten. Gesundheitstechnologien und Arzneimittel müssen weiter mit den Anforderungen der Bürger sowie mit Innovationen Schritt halten. Auch die Verfügbarkeit aufgeschlüsselter Daten, die für ein gezieltes Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheiten von entscheidender Bedeutung sind, muss verbessert werden.

85. Es herrschte daher Einigkeit darüber, dass die Charta von Tallinn zwar das Systemdenken beinhaltet, während „Gesundheit 2020“ ein kohärentes politisches Rahmenkonzept für strategische Ziele und Prioritäten bietet, das die richtigen Konzepte mit dem nötigen Systemdenken verbindet. Dieser Kontext ermöglicht eine weitere ganzheitliche Ausarbeitung der Funktionen (siehe Abb. 2).

86. In Übereinstimmung mit Abb. 2 und auf der Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen schlugen die Mitgliedstaaten verschiedene vorrangige Arbeitsbereiche vor, an denen sich Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den kommenden Jahren orientieren können. Sie nannten mehr Unterstützung bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie den Ausbau der Kapazitäten der kommunalen Gesundheitsbehörden im Hinblick auf die Umsetzung der im Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (20) genannten zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen. Die Verzahnung und Abstimmung der Angebote der primären Gesundheitsversorgung mit Krankenhausversorgung und öffentlichen Gesundheitsdiensten wurde von den Mitgliedstaaten als eine der größten Herausforderungen genannt. Die Länder baten auch

um Auskunft darüber, wie die Handhabung dieser Einrichtungen gestärkt und wie die Ausbildung und der Einsatz von Gesundheitsfachkräften (insbesondere Krankenpflegepersonal und Personal der primären Gesundheitsversorgung) so verbessert werden kann, dass sie über die nötigen Fähigkeiten verfügen, um solche Modelle der Leistungserbringung voranzubringen. Mehrere Mitgliedstaaten baten auch um Unterstützung bei der Gesundheitstechnologiebewertung und um Überprüfung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme.

Abb. 2: Gesundheitssysteme im Kontext von Gesundheit 2020



87. Die Mitgliedstaaten nannten mehrere Stärken der WHO, darunter ihre Glaubwürdigkeit und ihre Neutralität, ihre Fähigkeit, alle maßgeblichen Akteure an einen Tisch zu bringen und kollegiale Begutachtungen zu organisieren, sowie das visionäre Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und die Charta von Tallinn. Für das Regionalbüro wurden vier Arbeitsweisen als besonders effektiv angesehen: a) Gewinnung und Verbreitung von Evidenz; b) Rechenschaftslegung der Länder gegenüber ihrer Bevölkerung; c) Aufbau von Kapazitäten auf der regionsweiten wie nationalen Ebene; und d) Bereitstellung länderspezifischer fachlicher Unterstützung.

Der weitere Weg

88. Die in der Charta von Tallinn bekräftigten Grundsätze und Verpflichtungen werden in den Ländern unter politischen Rahmenbedingungen umgesetzt, die von Komplexität, Ungewissheit, hohen Risiken und mitunter widersprüchlichen Wertvorstellungen geprägt sind. Als ein die gesamte Europäische Region umspannender und auf Rechenschaftslegung für die Leistung der Gesundheitssysteme ausgerichteter Katalog von Verpflichtungen stellt die Charta von Tallinn einen bedeutenden Prozess dar, bei dem die Erfahrungen der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros aus ihrer Umsetzung wertvolle Erkenntnisse gebracht haben.

89. Inzwischen hat „Gesundheit 2020“ die Menschen in den Mittelpunkt der Arbeit der Gesundheitssysteme gerückt. Dies stellt insofern einen Paradigmenwechsel dar, als nun die Patienten zu Protagonisten im Gesundheitssystem werden. Das Anstreben der

für stärker systembezogene Ansätze erforderlichen grundlegenden Veränderungen hin zu mehr bürgernahen Gesundheitssystemen ist mit großen Herausforderungen verbunden und macht ein größeres Augenmerk auf die entscheidende Rolle von Verwaltung und Führungskompetenz unter den führenden Verantwortlichen des Gesundheitssystems erforderlich.

90. Unter Berücksichtigung der genannten Erwägungen hat das Regionalbüro deshalb ein strategisches Dokument über Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region im Zeitraum 2015–2020 (Dokument EUR/RC65/13) ausgearbeitet, das dem RC65 vorgelegt wird. Darin werden nach einer Beratung mit den Mitgliedstaaten zwei zentrale strategische Stoßrichtungen für die künftige Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme im Sinne von mehr Bürgernähe hervorgehoben: i) grundlegende Umgestaltung der Gesundheitsversorgung, um den gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden; und ii) allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung auf dem Weg zu einer Europäischen Region, in der es keine ruinösen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt.

91. Um die Gesundheitsdienste angemessen auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts vorzubereiten, wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten in folgenden Bereichen unterstützen:

- Aufbau von Kapazitäten zur Neustrukturierung der öffentlichen Gesundheitsdienste;
- Gewährleistung eines umfassenden Kontinuums der Versorgung;
- Abkehr von traditionellen Modalitäten der Leistungserbringung;
- Entfernung von Grenzen auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Versorgung;
- Steuerung von Prozessen für bessere Resultate.

92. Auf dem Weg zu einem Europa, in dem es keine ruinöse Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt, wird das Regionalbüro die allgemeine Gesundheitsversorgung voranbringen, indem es die Mitgliedstaaten in folgenden Bereichen unterstützt:

- Förderung von Konzepten zur Verringerung von Zahlungen aus eigener Tasche;
- Gewährleistung einer ausreichenden staatlichen Finanzierung der Gesundheitssysteme;
- Verringerung der Fragmentierung bei den Finanzierungskanälen des Gesundheitssystems;
- Einführung strategischer Einkaufsmechanismen;
- Gewährleistung wirksamer und ausgewogener Kostenübernahmeentscheidungen.

93. Der Auftrag des WHO-Regionalbüros für Europa besteht deshalb weiterhin darin, die Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen, um schneller gesundheitliche Zugewinne erzielen, gesundheitliche Ungleichheiten abbauen, eine finanzielle Absicherung gewährleisten und durch gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Konzepte eine effiziente Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen erreichen zu können. Dies macht es erforderlich, auf die vielfältigen Bedürfnisse aller Bürger zu reagieren und dabei besonders auf die Werte Solidarität und Chancengleichheit

zu achten. So sollten die Menschen beim Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen keinen finanziellen Härten ausgesetzt sein. Dazu ist ein besonderes Augenmerk auf Effizienz notwendig, um eine Verschwendung wertvoller Ressourcen zu vermeiden. Erforderlich sind auch ein höheres Maß an Transparenz und ein erneuertes Bekenntnis zur Leistungsbewertung zum Zwecke der Rechenschaftslegung. All dies geht aus Geist und Buchstaben der Charta von Tallinn von 2008 hervor.

94. Die Charta wirkt weiter als Quelle der Inspiration und als ein Banner für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region und darüber hinaus. Dies war die nachdrückliche Botschaft der Mitgliedstaaten in ihren Antworten auf den Fragebogen zur Konsultation. Die Charta selbst ist ein solider Bestandteil der dritten Säule von „Gesundheit 2020“, die die darin enthaltenen Verpflichtungen in eine breiter angelegte und umfassendere gesundheitspolitische Agenda für die Europäische Region einbringt.

Quellenangaben

- (1) *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies/publications2/2008/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth-2008>, eingesehen am 8. Juli 2015).
- (2) *Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>, eingesehen am 8 Juli 2015).
- (3) The world health report 2000. Health systems: improving performance. Genf: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 9 June 2015).
- (4) Figueras J and McKee M, editors. Health Systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. Maidenhead: Open University Press; 2012 (European Observatory on Health Systems and Policies Series; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications2/2011/health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being.-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems>, accessed 8 June 2015).
- (5) Interim report on implementation of the Tallinn Charter and the way forward. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc./2, <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/information-documents/inf-doc-2-interim-report-on-implementation-of-the-tallinn-charter-and-the-way-forward>, accessed 8 June 2015).
- (6) *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, eingesehen am 8. Juni 2015).
- (7) Eurostat: Ihr Schlüssel zur europäischen Statistik. In: Europäische Kommission/Eurostat/Daten/Databank [Website]. Brüssel, Europäische Kommission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, eingesehen am 8 Juli 2015).
- (8) Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy Summary 12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy>, accessed 8 June 2015).

- (9) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Regional: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013, updated reprint 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, accessed 8 June 2015).
- (10) Health systems for health and wealth in the context of Health 2020: follow-up meeting on the 2008 Tallinn Charter. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020follow-up-meeting-on-the-2008-tallinn-charter>, accessed 8 June 2015).
- (11) Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf, accessed 8 June 2015).
- (12) Tello J and Baez-Camargo C, editors. Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/277990/Strengthening-health-system-accountability-multi-country-study.pdf, accessed 8 June 2015).
- (13) Health systems performance assessment: a tool for health governance in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2012/health-systems-performance-assessment.-a-tool-for-health-governance-in-the-21st-century>, accessed 8 June 2015).
- (14) Case studies on health system performance assessment: a long-standing development in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications3/case-studies-on-health-system-performance-assessment.-a-long-standing-development-in-europe>, accessed 8 June 2015).
- (15) WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996: proceedings of the conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108068/1/EUR_ICP_CARE_01_02_01.pdf?ua=1, accessed 8 June 2015).
- (16) The Regions for Health Network: accelerating the delivery of improved population health. In: WHO/Europe/About us/Networks/Regions for Health Network/About RHN [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn>, accessed 8 June 2015).
- (17) South-eastern Europe Health Network (SEEHN). In: WHO/Europe/About us/Networks [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/south-eastern-europe-health-network-seehn>, accessed 8 June 2015).

- (18) Evidence-informed Policy Network (EVIPNet). In: WHO/Europe/Data and evidence/Evidence-informed policy-making [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/evidence-informed-policy-network-evipnet>, eingesehen am 8. Juli 2015).
- (19) WHO European Healthy Cities Network. In: WHO/Europe/Health topics/Environment and health/Urban health/Healthy cities [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 8 June 2015).
- (20) *Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/12 Rev.1; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>, eingesehen am 8. Juli 2015).

= = =