



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

Punkt 6 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/8
+EUR/RC55/Conf.Doc./4
6. Juni 2005
53652
ORIGINAL: ENGLISCH

**Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die
Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005**

Die Europäische Region der WHO billigte erstmals 1980 eine Strategie für Gesundheit für alle. Gleichzeitig verpflichtete sie sich zum regelmäßigen Monitoring von Umsetzung und Wirksamkeit der Strategie. 1991 und 1998 wurde das regionale Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ aktualisiert. Das jetzt vorliegende Dokument ist somit die dritte Aktualisierung, wie sie vom Regionalkomitee gefordert wurde.

Die Vorbereitung dieser Aktualisierung begann Anfang 2003. Das Regionalkomitee und der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees leiteten den Prozess und beaufsichtigten die Herangehensweise, die Methode und die vom Regionalbüro eingeschlagene Richtung. Die Vorgaben waren klar: Kein neues Grundsatzpapier sollte erstellt, sondern die vorangegangene Aktualisierung überprüft und ihre Relevanz für die gegenwärtigen Bedürfnisse der Mitgliedstaaten der Region skizziert werden. Diese Aktualisierung ist also kein neues Konzept, sondern eine Revision der Aktualisierung von 1998, GESUNDHEIT21, die den seitdem gewonnenen Wissens- und Erfahrungsschatz mit einbezieht. Letztlich soll sie den nationalen Entscheidungsträgern ein konkretes Instrumentarium an die Hand geben, mit dem sich die Einhaltung und Verwirklichung der GFA-Wertprinzipien durch ihre gesundheitspolitischen Maßnahmen sicherstellen lässt.

Diese Aktualisierung baut auf einen Survey des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und auf Beiträge eines breiten Spektrums aus Experten auf, von denen sich viele an einer hierfür einberufenen Denkfabrik beteiligten. Die Konsultation mit den 52 Mitgliedstaaten der Region und wichtigen internationalen Partnern erfolgte auch durch Rückmeldungen auf einen Anfang 2005 vier Monate lang in den vier Arbeitssprachen der Europäischen Region der WHO ausliegenden Entwurf. Vielfältige Kommentare, Ideen und Empfehlungen erreichten das Regionalbüro in dieser Zeit. Das Dokument spiegelt viele davon wider. Die allgemeineren oder mehr Ausarbeitungszeit erfordernden Anregungen sind Ausgangspunkt für den in der Aktualisierung angeregten unbefristeten GFA-Prozess, der es einzelnen Ländern ermöglicht, aktuelle Beispiele, Fallstudien und neues Wissen mit anderen Mitgliedstaaten bei der kontinuierlichen Fortentwicklung des GFA-Konzepts auszutauschen.

Inhalt

Abschnitt

1.	Hintergrund und Begründung.....	1–23
1.1	Begründung	1–9
1.1.1	Pflicht und Chance	2
1.1.2	Konsultation und Beratung.....	3–4
1.1.3	Ansatz und Methode.....	5–9
1.2	Was die Aktualisierung leistet – und was nicht.....	10–16
1.3	Kontinuität zu verwandten Initiativen.....	17–23
1.3.1	Kontinuität zu GESUNDHEIT21.....	17–20
1.3.2	Übereinstimmung mit anderen wichtigen gesundheitspolitischen Strategien.....	21–23
2	Die Geschichte der Gesundheit für alle	24–32
2.1	Die globale GFA-Bewegung	24–27
2.2	„Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region	28–32
3	Hauptmerkmale eines GFA-Rahmenkonzepts.....	33–51
3.1	Auf Werten beruhend und von Werten geleitet.....	34–38
3.2	„Gesundheit für alle“ verwendet eine breit angelegte Vision von Gesundheit	39–45
3.2.1	Eine breit angelegte Vision innerhalb des Gesundheitssektors	40–42
3.2.2	Eine breit angelegte Vision jenseits des Gesundheitssektors	43–45
3.3	Das Gesundheitssystem als Kulisse der „Gesundheit für alle“	46–48
3.4	Gesundheit in aller Politik.....	49–51
4	„Gesundheit für alle“ in den Ländern der Europäischen Region der WHO.....	52–80
4.1	GFA-Konzepte in den Mitgliedstaaten.....	54–70
4.1.1	Nationale und teilnationale Konzepte.....	54–55
4.1.2	Zeitpläne	56
4.1.3	Kontinuität und Diskontinuität der Konzepte.....	57
4.1.4	Rechtliche Durchsetzung von Konzepten und rechtlicher Status.....	58–65
4.1.5	Die Werte.....	66–67
4.1.6	Gesundheitsziele.....	68–70
4.2	Wie hat das GFA-Konzept für die Europäische Region die Formulierung nationaler Gesundheitskonzepte beeinflusst?.....	71–74
4.2.1	Einfluss im Selbsturteil.....	71
4.2.2	Die Umsetzung des Rahmenkonzepts für die Europäische Region in einen nationalen Kontext.....	72
4.2.3	Die Funktionen des GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region bei der Formulierung nationaler Gesundheitskonzepte	73
4.2.4	Beeinflussung der teilnationalen Ebene	74
4.3	Planung von Finanzierung, Infrastruktur und Überwachung eines Konzepts	75–76
4.4	Haben nationale GFA-Konzepte die Umsetzung von Gesundheitsinitiativen beeinflusst?.....	77–80
4.4.1	Geringer oder kein unmittelbarer Einfluss	77
4.4.2	Viele Beispiele für eine weiche Umsetzung.....	78–79
4.4.3	Unabhängige Umsetzung einzelner Elemente	80

5.	Ethische Führung und die GFA-Werte	81–127
5.1	Einleitung	81–89
5.1.1	Gemeinsame Werte	81–83
5.1.2	Die Werte in ihrem politischen Kontext.....	84
5.1.3	Der weitere Weg.....	85–89
5.2	Gesundheit im rechtlichen Bezugsrahmen der Menschenrechte	90–97
5.2.1	Das Recht auf Gesundheit	90–91
5.2.2	Der allgemeine Menschenrechtskontext.....	92–97
5.3	Gesundheit im gemeinsamen ethischen Bezugsrahmen: Die GFA-Wertprinzipien	98–121
5.3.1	Chancengleichheit	100–109
5.3.2	Solidarität	110–114
5.3.3	Bürgerbeteiligung	115–121
5.4	Ethische, auf Werten beruhende Führung	122–127
6	GFA-Instrumentarium: praktische Wege zur Umsetzung der GFA-Wertprinzipien.....	128–180
6.1	Wie können Gesundheitspolitiker einen Rahmen für ethische Führung schaffen? ...	132–153
	Eins – Pflichten in Chancen wandeln: internationale Menschenrechtsinstrumente .	132–144
	Zwei – Internationale Zielsetzung: die Millenniums-Entwicklungsziele (MDG)....	145–150
	Drei – Öffentliche Beteiligung durchsetzen	151–153
6.2	Wie können Politiker aktuelle Daten in ihre Gesundheitspolitik einfließen lassen?.....	154–167
	Vier – Gesundheitsdaten erfassen und Gesundheitserkenntnisse herausarbeiten	155–156
	Fünf – Krisenüberwachungssysteme entwickeln und unterhalten.....	157–161
	Sechs – Gesundheitsdeterminanten überwachen	162–167
6.3	Wie können Gesundheitspolitiker die Umsetzung der Wertprinzipien beurteilen? ...	168–174
	Sieben – Leistung eines Gesundheitssystems bewerten	168–170
	Acht – Qualität bewerten: Akkreditierung	171–174
6.4	Wie können Politiker Gesundheitspolitik und -maßnahmen weiter rationalisieren? .	175–180
	Neun – Base Gesundheitspolitik auf Erkenntnisse aufbauen	175–176
	Zehn – Gesundheitsverträglichkeit prüfen.....	177–180
7	Der Weg zur Gesundheit für alle: eine Prüfliste für Politiker	181–195
7.1	Unterstützt die nationale Politik die zentralen GFA-Wertprinzipien?	183–184
7.2	Spiegelt die Politik eine breit angelegte Vision von Gesundheit wider?.....	185–186
7.3	Wie gut spiegelt das Gesundheitssystem die Verpflichtung zur Gesundheit für alle wieder?	187–192
7.4	Wie beeinflussen andere Faktoren die Annahme und Umsetzung einer Politik der Gesundheit für alle?	193–195
	7.4.1 Inhaltliche Analyse eines GFA-Konzepts	194
	7.4.2 Den Zusammenhang analysieren: die Fähigkeit eines Mitgliedstaates ein GFA-Konzept aufzunehmen, anzunehmen und umzusetzen.....	195
	Schlussfolgerung	196
	Literatur	
Anhang 1	Regionalkomitee für Europa – Wichtige Grundsatzpapiere von Bedeutung für den GFA-Prozess	

1. Hintergrund und Begründung

1.1 Begründung

1. Seit die Europäische Region der WHO 1980 ihre erste Regionalstrategie für Gesundheit für alle vorlegte, war sie stets einer periodisch wiederkehrenden Aktualisierung derselben verpflichtet. Zu einer solchen Aktualisierung gehört das regelmäßige Beobachten, Auswerten, Überdenken und Überprüfen der Art des Herangehens und der Umsetzung ihres Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ durch die Region.

1.1.1 Pflicht und Chance

2. Einerseits ist die gegenwärtige Aktualisierung eine Pflicht – das Regionalkomitee hat für das Jahr 2005 die Vorlage des überarbeiteten Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA) erbeten (1). Andererseits ist die Pflicht auch eine Chance – sie bietet eine gute Gelegenheit zu untersuchen, wie die Arbeitsweisen von Gesundheitssystemen sich zu ethischen Prinzipien und Menschenrechten verhalten. Darüber hinaus erhalten wir hierdurch die Möglichkeit, Verbindungen zwischen den gängigen WHO- und GFA-Konzepten und der Gesundheitspolitik zu Beginn des 21. Jahrhunderts herzustellen.

1.1.2 Konsultation und Beratung

3. Der Zehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) war fortlaufend an der Überprüfung des GFA-Rahmenkonzepts der Europäischen Region beteiligt. Der SCRC gab bei Konzeption, Verfahren und Methodik der Aktualisierung die Richtung an. Er regte an, Ethik im Gesundheitssystem zum zentralen Thema der Aktualisierung zu machen, und unterstützte die Grundwerte aus GFA und GESUNDHEIT21: *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*, Aktualisierung 1998 (2). Der SCRC forderte auch, dass die Aktualisierung die politisch und wirtschaftlich veränderte Lage und das wachsende Bedürfnis nach einer Übersetzung der Werte in Leitlinien und praktische Instrumente berücksichtigen sollte, auch wenn dies ein sehr komplexes Unterfangen sei. Schließlich bat er eindringlich um die Ausarbeitung des Konzepts ethischer Führung (ethical governance) als neuen Weg, die Umsetzung mit Werten zu verknüpfen (3).

4. Das Regionalkomitee erörterte diese Aktualisierung des Rahmenkonzepts vor und während ihrer Erstellung auf zwei seiner Tagungen. Bei der 53. Tagung kamen die Mitgliedstaaten überein, dass die Aktualisierung die Kontinuität zu GESUNDHEIT21 wahren sollte und gleichzeitig neue Erkenntnisse und Entwicklungen widerspiegeln. Der Kern der Aktualisierung sollte ein wissensbasiertes Vorgehen in der Gesundheitspolitik und die Ethik der Gesundheitssysteme betonen (4, 5). Das Regionalkomitee billigte auch die vom Regionalbüro bei der Aktualisierung einzuschlagende Herangehensweise und Methode. Auf der 54. Tagung wurde den Mitgliedstaaten dann ein Sachstandsbericht vorgelegt (6).

1.1.3 Ansatz und Methode

5. Das Regionalbüro hat die vorliegende Aktualisierung auch als eine Chance begriffen. Es initiierte den Prozess früh, sodass Gelegenheit zu ausreichender Zusammenarbeit und Beratung mit den Mitgliedstaaten bestand. Zu Beginn der Arbeit im Jahr 2003 befand das Regionalbüro eine Entwicklung des Dokuments entlang drei analytischer Stränge für sinnvoll. Diese umfassen die drei Säulen der Aktualisierung, die jede auf eine Kernfrage antworten.

Säule eins: Wie haben GFA-Konzepte die Politikgestaltung in den Mitgliedstaaten beeinflusst?

6. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik antwortete auf diese Frage mit einer umfassenden Übersicht darüber, wie das GFA-Rahmenkonzept bisher in der Europäischen Region angewandt wird. Dafür initiierte das Observatorium im Jahr 2003 zwei Studien. Die erste Studie bietet einen Überblick über die tatsächliche Annahme und Verwendung von GFA-Konzepten in den Mitgliedstaaten. Die zweite, die bei Veröffentlichung dieser Aktualisierung noch andauerte, bewertet die Erfahrungen der Länder mit Gesundheitsziele enthaltenden Programmen und schildert, wie nationale

Gesundheitsziele entworfen und umgesetzt werden. Einige der Studienergebnisse werden in Kapitel 4, Gesundheit für alle in den Ländern der Europäischen Region der WHO vorgestellt.

Säule zwei: Welche GFA-Wertprinzipien liegen der Politikgestaltung zugrunde und treiben sie voran?

7. Zur leichteren Beantwortung dieser Frage wurde eine mit internationalen Experten besetzte Denkfabrik eingerichtet, in der breites Fachwissen und umfassende Erfahrung in der Formulierung, Bewertung und Umsetzung von Gesundheitspolitik auf internationaler, nationaler und teilnationaler Ebene zusammentrafen. Die wichtigsten Herausforderungen für diese Gruppe bestanden darin:

- die in der Region für die Entscheidungsfindung im Bereich Gesundheit eine Rolle spielenden und weithin anerkannten Werte zu ermitteln und zu beschreiben und dabei die unterschiedlichen Zusammenhänge zu berücksichtigen, in denen sie auftreten,
- Definitionen dieser gemeinsamen Werte zu erarbeiten, um sie in praktischer und ethischer Hinsicht besser zu verstehen,
- die Werte mit den Faktoren zu verknüpfen, die Gesundheitspolitik und -maßnahmen formen,
- den internationalen rechtlichen Rahmen (bestehende internationale Instrumente für Menschenrechte wie Übereinkommen, Erklärungen und Verträge) der Werte zu prüfen und
- die Vision einer ethischen Führung im Bereich Gesundheit als einen Weg vom Wert zur Tat herauszuarbeiten.

Die Schlussfolgerungen der Denkfabrik werden in Kapitel 5, Ethische Führung und die GFA-Wertprinzipien vorgestellt.

Säule drei: Wie lassen sich die GFA-Wertprinzipien in die Praxis umsetzen?

8. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die verfügbaren Instrumente geprüft, die es Entscheidungsträgern ermöglichen könnten, nationale GFA-Konzepte und -Programme zu konstruieren. In vielen Ländern gibt es bereits eine große Auswahl an solchen Instrumenten. Auch wenn sie nicht ausdrücklich für die Umsetzung oder Einschätzung von Werten entwickelt wurden, so lassen sie sich doch hierfür nutzen. Aus den geprüften Instrumenten wurden zur Veranschaulichung der Möglichkeiten zehn Prototypen ausgewählt. Die Auswahl erfolgte danach, ob sich ein bestimmter Typ auf nationaler Ebene bewährt hatte, ob er ganzheitlich, anpassungsfähig und erprobt war, ob an seiner weiteren Verbesserung gearbeitet wurde und ob er verfügbar war. Die Methodik und die vorgeschlagenen Instrumente werden in Kapitel 6, *GFA-Instrumentarium: praktische Wege zur Umsetzung der GFA-Wertprinzipien* vorgestellt.

9. Das abschließende Kapitel 7, *Der Weg zur Gesundheit für alle: eine Prüfliste für Politiker* enthält Leitlinien, anhand derer Politiker bestimmen können, wie gut die Gesundheitspolitik ihres Landes Gesundheit für alle fördert.

1.2 Was die Aktualisierung leistet – und was nicht

10. Diese Aktualisierung des GFA-Rahmenkonzepts sollte eher Inspirationsquelle, denn Vorschrift sein. Sie bietet kein fertiges Modell, das Mitgliedstaaten annehmen oder nachahmen können, sondern nur die mögliche Architektur für eine auf Visionen und Werten beruhende Gesundheitspolitik. Bei der Entwicklung ihrer eigenen Konzepte sind die Länder zur Nutzung dieses Rahmens eingeladen, soweit ihnen dies sinnvoll erscheint. Dabei können sie ihn an ihre besonderen gesundheitlichen, wirtschaftlichen, kulturellen und geschichtlichen Bedürfnisse anpassen. Letztlich entscheidet nur die Art und Weise, wie ein Land an diesen Prozess herangeht, über dessen Erfolg. Die Politiker müssen selbst bestimmen, welche GFA-Elemente ihre nationale Gesundheitspolitik aufnehmen soll. Mit anderen Worten: Die vorliegende Aktualisierung soll ist als ein Rahmen gedacht, der zu Entscheidungen ermutigt.

11. So muss zum Beispiel jedes Land selbst entscheiden, ob es eigens Gelder für die Umsetzung der GFA-Vision bereitstellt. Wo die finanziellen Mittel begrenzt sind, kann eine solche Zuweisung als Instrument genutzt werden, die Respektierung der GFA-Wertprinzipien im gesamten Gesundheitssektor sicherzustellen. Allerdings muss die Annahme eines solchen finanziellen Instruments länderspezifisch erfolgen, eine Empfehlung der Region ist nicht möglich. Eine weitere national zu entscheidende Frage ist die, ob ein einzelner GFA-Rahmen angenommen werden oder GFA in jede nationale sich auf Gesundheit auswirkende Politik integriert werden soll, um so für ihre Respektierung der GFA-Wertprinzipien und die Einhaltung des Konzepts der ethischen Führung zu sorgen.

12. Dabei ist wichtig zu betonen, dass das vorliegende Dokument nur eine Aktualisierung des GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region der WHO ist und kein neues Konzept. Seit der Annahme von GESUNDHEIT21 sind lediglich sieben Jahre vergangen. Der SCRC war der Auffassung, dass es angesichts der Kürze der verstrichenen Zeit verfrüht wäre, ein vollkommen neues Rahmenkonzept für die Region zu erarbeiten.

13. Das Setzen von Zielen war traditionell die Herangehensweise der Europäischen Region für die Formulierung des GFA-Rahmenkonzepts. In jüngerer Zeit bestand dagegen Einigkeit darin, dass das Aufstellen gemeinsamer Ziele für alle Länder der Region oft künstlich, ungerecht oder einfach wenig anregend wirken kann. So berücksichtigt es wesentliche Unterschiede bezüglich Bevölkerungsgesundheit und wirtschaftlicher Entwicklung der Mitgliedstaaten nicht. Dennoch, das Setzen von Zielen kann auf nationaler und manchmal teilnationaler Ebene eine wichtige Übung sein. Nationale Ziele können eine hervorragende Umsetzungs- und Leithilfe sein sowie ein Weg zur Formulierung des Ambitionsniveaus eines Landes. Und wenn alle Akteure beteiligt werden, kann die Formulierung nationaler Gesundheitsziele die gemeinsame Teilhabe an der Gesundheitspolitik sichern helfen.

14. Die Empfehlungen in dieser Aktualisierung sind weder erschöpfend, noch decken sie jeden Bereich der öffentlichen Gesundheit ab. Stattdessen ist der Fokus auf Bereiche und Methoden gerichtet, die entweder neu sind oder sich seit dem Jahr 2000 wesentlich verändert haben. Auch wenn GESUNDHEIT21 erst vor kurzem angenommen wurde, so sind in der Zwischenzeit viele wichtige Veränderungen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten erfolgt. Einige der Erfahrungen damit und etwas von dem erworbenen Wissen werden hier vorgestellt.

15. Anders ausgedrückt: Statt sich an einem verbindlichen Dokument zu versuchen, das das GFA-Rahmenkonzept der Region vollenden würde, ist diese Aktualisierung bestrebt, einen unbefristeten GFA-Prozess anzuregen. Das GFA-Rahmenkonzept kann dann fortlaufend durch das breite Spektrum aus GFA-Aktivitäten bereichert werden, zu deren Durchführung sich die einzelnen Ländern selbst entschließen. Einige Länder mögen beschließen, nationale Fallstudien zu erstellen und zu analysieren. Andere Länder können in dieser Aktualisierung eine Einladung zum Überprüfen und Überdenken ihrer Gesundheitspolitik sehen. Wiederum andere könnten der schwierigen Vermittlungsfrage besondere Aufmerksamkeit schenken – wie werden die GFA-Wertprinzipien, das Konzept von Gesundheit und Menschenrechten und das Modell der ethischen Führung am besten an unterschiedliche Zielgruppen und Akteure vermittelt? Es mag auch Länder geben, die sich für die Entwicklung eines Maßstabs entscheiden, anhand dessen sich die Umsetzung der GFA-Konzepte ermessen lässt. Derweil konzentriert sich ein bestimmtes Land vielleicht auf die lokale Ebene, weil es in Dezentralisierung und der Befriedigung von Gesundheitsbedürfnissen vor Ort ein wesentliches Kriterium für die erfolgreiche Umsetzung von „Gesundheit für alle“ erblickt. Schließlich könnte eine Gruppe von Ländern sich um die Entwicklung nationaler und teilnationaler Gesundheitsziele und ihre Verknüpfung mit den Millenniums-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen bemühen.

16. Die meisten dieser Gedanken gehen auf Anregungen einzelner Länder im Laufe der Konsultation der vorliegenden Aktualisierung zurück. Sie stehen nur für einige von vielen möglichen nationalen Aktivitäten und Entwicklungen, die dem GFA-Prozess in der Europäischen Region zu einer neuen zeitlosen Dynamik verhelfen könnten. Der Prozess könnte als Forum für den Austausch aktueller Informationen, Erfahrungen und Ideen im Bereich Gesundheitspolitik dienen. Nationale und teilnationale Aktualisierungen könnten im Gegenzug Elemente und Ideen zur fortlaufenden Entwicklung des GFA-Rahmenkonzepts

der Region in einem ständigen Prozess der Erneuerung und Verbesserung beitragen. Eine solche Entwicklung wäre das beste Zeugnis für die Relevanz und Nützlichkeit dieses Dokuments. Es ist zu hoffen, dass die vorliegende Aktualisierung auch als Instrument zur Förderung der ethischen Weiterentwicklung von Gesundheitskonzepten seinen Wert erweisen wird.

1.3 Kontinuität zu verwandten Initiativen

1.3.1 Kontinuität zu GESUNDHEIT21

17. Die GFA-Bewegung in der Europäischen Region der WHO ist von Kontinuität geprägt. Die vorliegende Aktualisierung ist der letzte Schritt in einer kumulativen Entwicklung. Seit der Annahme 1998 ist GESUNDHEIT21 in der gesamten Region auf breite Akzeptanz gestoßen. Das damals aktualisierte Rahmenkonzept stützte sich auf die zentralen Wertprinzipien der weltweiten GFA-Bewegung und vermittelte eine breit angelegte Vision von Bevölkerungsgesundheit. Dabei skizzierte es einen allgemeinen Ansatz und die Richtung, die das einzelne Land dabei verfolgen konnte. GESUNDHEIT21 bleibt weiterhin gültig. Die vorliegende Aktualisierung bestätigt es als das breite Rahmenkonzept, das das Regionalbüro in seiner Arbeit und Unterstützung für die Mitgliedstaaten leitet.

18. Die Aktualisierung 2005 enthält und bestärkt die Wert- und Grundprinzipien, den Anwendungsbereich und die Vision aus GESUNDHEIT21. Besonders wiederholt sie die nachstehend aufgeführten zentralen Prinzipien als Grundlage des Rahmenkonzepts:

- Das Endziel von Gesundheitspolitik ist das Erreichen des vollen gesundheitlichen Potenzials für alle.
- Das Schließen gesundheitlicher Klüfte zwischen und innerhalb der Länder (d. h. Solidarität) ist für die öffentliche Gesundheit in der Region entscheidend.
- Teilhabe der Menschen ist ausschlaggebend für eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus.
- Eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus lässt sich nur durch multisektorale Strategien und sektorübergreifende Investitionen erreichen, die die Gesundheitsdeterminanten angehen.
- Jeder Sektor ist für die gesundheitlichen Wirkungen seiner eigenen Aktivitäten verantwortlich.

19. Insbesondere greift die Aktualisierung die Forderung aus GESUNDHEIT21 auf, „aktuelle, wissenschaftlich erhärtete Instrumente zu bieten, die die Länder nutzen können, um GFA-orientierte Konzepte in konkrete Handlungsansätze umzumünzen“. Und schließlich hebt sie erneut die Bedeutung der 21 Ziele aus GESUNDHEIT21 hervor, weil „sie für die gesamte Region einen Rahmen und eine Inspirationsquelle für die Konstruktion von Zielen auf nationaler und lokaler Ebene bieten.“ Die Ziele von GESUNDHEIT21 werden nicht im Sinne von Vorschriften, sondern zusammengenommen als das Wesen des Rahmenkonzepts der Region dargestellt (7). Die vorliegende Aktualisierung bewahrt diese flexible Herangehensweise.

20. Kurz gesagt: Das vorliegende Dokument erweitert die Rolle von GESUNDHEIT21 im Grunde in die einer Charta für soziale Gerechtigkeit, die wissenschaftlich begründeten Rat für eine bessere Förderung des Gesundheitsniveaus bereitstellt und einen Prozess skizziert, der zu einer zunehmenden Verbesserung der Gesundheit der Menschen führt.

1.3.2 Übereinstimmung mit anderen wichtigen gesundheitspolitischen Strategien

21. Die vorliegende GFA-Aktualisierung stimmt auch mit anderen wichtigen gesundheitspolitischen Papieren überein. Die Aktualisierung wurde zum Beispiel parallel zum Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO (GPW) ausgearbeitet, das gerade in Vorbereitung ist und nach seiner Annahme im Jahr 2006 die Ausrichtung der Arbeit der Organisation bis 2015 skizzieren wird. Die beiden Dokumente weisen eine Reihe gemeinsamer Schlüsselmerkmale auf, vor allem die Gründung auf zentrale WHO- und GFA-Wertprinzipien, eine Bekräftigung ihrer Orientierungsfunktion für die Arbeit der WHO, eine besondere Konzentration auf die Rechte und Bedürfnisse vulnerabler Bevölkerungsgruppen sowie ein flexibles Vorgehen entsprechend nationaler Gegebenheiten bei der Umsetzung der Konzepte.

22. Die Aktualisierung ist auch eng mit verschiedenen zentralen Konzepten des Regionalbüros verknüpft. Insbesondere die Anerkennung der Notwendigkeit einer länderspezifischen Herangehensweise an Gesundheit und einer nationalen Auslegung und Umsetzung von Konzepten der Regionsebene bestätigt die Vision, die auch von der Länderstrategie des Regionalbüros *Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen* unterstützt wird (8). GFA-Aktualisierung und Länderstrategie sind auch vereint in der Forderung nach dem Ausbau von Partnerschaften jenseits des Gesundheitssektors. Außerdem wird in der Aktualisierung – im Einklang mit der auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme konzentrierten nächsten Phase der Länderstrategie – mit Nachdruck auf Gesundheitssysteme als geeignetem Umfeld für nationale Bemühungen um Gesundheit für alle hingewiesen.

23. Schließlich stimmt die Aktualisierung auch mit der vom Regionalbüro eingenommenen Haltung zu den Millenniums-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen (MDG) überein (9). Die Werte Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe sind ebenso zentral für die GFA-Aktualisierung wie für die MDG-Strategie des Regionalbüros. Diese drei Werte sind von besonderer Bedeutung wegen der wirtschaftlichen Heterogenität der Region, in welcher Armut weiterhin einen Großteil der Aufmerksamkeit fordert – nicht nur in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens, sondern auch in den reichsten Ländern. Die Werte werden in der MDG-Strategie durch die Betonung zweier Probleme hervorgehoben: wie sich die MDG selbst in Ländern erreichen lassen, wo dies am aussichtslosesten erscheint, und wie sich aus den aggregierten Daten der einzelnen Länder die vulnerablen Bevölkerungsgruppen, für die die MDG am relevantesten sind, herauslesen lassen, damit die Bemühungen entsprechend ausgerichtet werden können.

2 Die Geschichte der Gesundheit für alle

2.1 Die globale GFA-Bewegung

24. Die Satzung der Weltgesundheitsorganisation von 1946 stellt fest: „Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundvoraussetzung für Frieden und Sicherheit“ (10). In der Satzung wird zudem das Grundrecht eines jeden Menschen anerkannt, „sich des bestmöglichen Gesundheitszustands zu erfreuen“. Gegen Ende der 1970er Jahre war der weit verbreitete Genuss dieses Rechts noch lange nicht erzielt. Über eine Milliarde Menschen lebten in so großer Armut, dass akzeptable Gesundheitsstandards unerreichbar waren. In Erkenntnis der Herausforderung machten sich die WHO und ihre Mitgliedstaaten daran, einen Rahmen zu schaffen, der helfen sollte, die Vision der universellen Gesundheit in eine Strategie und ein Konzept umzusetzen. Der Prozess begann 1977 mit der Aufforderung an die nationalen Regierungen und die WHO auf ein Ziel hinzuarbeiten: die Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 in die Lage zu versetzen, ein Gesundheitsniveau zu genießen, das ihnen ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben ermöglichte (11). Diese Vision und Bewegung wurde bekannt unter dem Begriff Gesundheit für alle.

25. Das Konzept Gesundheit für alle wurde hieran anschließend 1978 auf der Internationalen Konferenz Primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata (in der ehemaligen UdSSR) vorgestellt. Die Erklärung von Alma-Ata stellt fest, dass das Erreichen von Gesundheit für alle als Teil der übergeordneten Entwicklung mit einer primären Gesundheitsversorgung beginnt, „die allen Einzelpersonen und Familien der Gemeinschaft zugänglich gemacht wird, und zwar durch für sie akzeptable Mittel und Wege, mit ihrer vollständigen Beteiligung und zu einem Preis, den sich die Gemeinschaft und das Land leisten können.“ (12)

26. Seither wurden die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten, das GFA-Konzept bei der Formulierung ihrer Konzepte und Aktionspläne zu berücksichtigen. Man glaubte, dass jedes Land durch die Auslegung des Konzepts in seinem nationalen, gesellschaftlichen, politischen und entwicklungsbezogenen Zusammenhang zum globalen Ziel der Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 beitragen könne.

27. Die Forderung nach Gesundheit für alle war und bleibt grundlegend eine Forderung nach sozialer Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Solidarität sowie ein Streben der Gesellschaft nach Einheit in der Verschiedenheit. Statt eines einzigen endgültigen Ziels beinhaltet „Gesundheit für alle“ einen Prozess, der die Länder zur fortlaufenden Verbesserung der Gesundheit ihrer Bürger bringt. Weltweit hat die WHO ihre eigene Verpflichtung zur Förderung von Gesundheit für alle weiter verfolgt, indem sie:

- 1981 die *Globale Strategie Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* (13) billigte und ein Jahr später einen globalen Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie annahm (14),
- die GFA-Strategie 1995 (15) durch eine ganzheitliche Gesundheitspolitik erneuerte – weiterhin auf der Grundlage von Chancengleichheit und Solidarität, doch mit größerer Betonung der Verantwortung des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft für die Gesundheit – und Gesundheit in einem übergeordneten Rahmen platzierte,
- die erneuerte Strategie mit Programmhauhalten und -evaluierungen (16) verknüpfte und
- 1999 nach Konsultationen mit und in den Mitgliedstaaten ein globales GFA-Konzept für das 21. Jahrhundert auf den Weg brachte (17).

2.2 „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region

28. 1980 billigte das Regionalkomitee für Europa eine europäische Strategie für die Verwirklichung der Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 (18). Es beschloss ebenfalls die Umsetzung der Strategie alle zwei Jahre (erstmal 1983) zu überprüfen und ihre Wirksamkeit alle sechs Jahre (erstmal 1985) auszuwerten.

29. Nach der Lancierung des GFA-Rahmenkonzepts bat das Regionalkomitee um die Formulierung konkreter regionaler Ziele, um die Umsetzung der regionalen Strategie zu unterstützen. Solche Ziele wurden als notwendig erachtet, um die Mitgliedstaaten für das GFA-Konzept zu motivieren und sie aktiv an den Bemühungen zu beteiligen. Das erste GFA-Rahmenkonzept mit Zielen zur Unterstützung der regionalen Strategie wurde 1984 angenommen (19). Die Ziele boten eine breit angelegte, aber exakt beschriebene Vision für die Verbesserung des Gesundheitsniveaus in der Region. Sie umrissen auch einen klaren ethischen Rahmen für die konzeptionelle Weiterentwicklung. Anstatt sich ausschließlich auf Beiträge zu den Gesundheitsdiensten zu konzentrieren (was charakteristisch für einen nach innen blickenden, am Krankenhaus orientierten Gesundheitssektor gewesen wäre), legten sie auch Gewicht auf die Ergebnisse und ermutigten zu einer Umstellung auf einen auf Primärversorgung ausgerichteten, aufsuchenden Gesundheitssektor. Daneben wurde eine Liste mit 65 Indikatoren erstellt, die zur Messung des Fortschritts mit den 38 regionalen Zielen verknüpft wurden.

30. Im gleichen Jahr nahm das Regionalkomitee einen Aktionsplan zur Umsetzung der regionalen Strategie an. In ihm wurden die unterschiedlichen Aufgaben der Mitgliedstaaten, des Regionalkomitees und des Regionalbüros und die jeweils von ihnen zu ergreifenden Maßnahmen beschrieben. Der Plan war zwar direkt mit den regionalen Zielen verknüpft, ließ aber dem einzelnen Land Platz für die Festlegung eigener Prioritäten und Strategien.

31. Mit der Annahme dieser drei Dokumente schuf das Regionalkomitee im Jahr 1984 einen Rahmen für die Gesundheitspolitik in der Region. Gleichzeitig schuf es einen Mechanismus zur regelmäßigen Überwachung und Auswertung des Fortschritts auf dem Weg zur Gesundheit für alle in der Region bis zum Jahr 2000. Als Konsequenz aus dieser Verpflichtung erfolgte 1991 eine Aktualisierung des regionalen Konzepts, der Strategie und der Ziele (20). In der Zwischenzeit beurteilte das Regionalkomitee auch alle drei Jahre den erzielten Fortschritt in Bezug auf die regionalen Ziele (1985, 1988, 1991, 1994 und 1997).

32. 1998 wurde ein überarbeitetes GFA-Rahmenkonzept unter dem Titel GESUNDHEIT21 angenommen (1). In ihm spiegelten sich die außergewöhnlichen Änderungen wider, die die Region seit dem vorangegangenen Rahmenkonzept durchgemacht hatte, u. a. das Hinzukommen von 20 neuen pluralistischen Gesellschaften mit ihren hörbar werdenden Stimmen, außerdem steile wirtschaftliche Abwärtstrends, die trotz aller positiven Entwicklungen zu großen Krisen im Gesundheitssektor geführt hatten. GESUNDHEIT21 artikuliert zwei primäre Ziele, drei Grundwerte und vier wichtige Strategien. Die darin enthaltenen 21 Ziele bilden den Maßstab zur Beurteilung der Fortschritte hinsichtlich Gesundheitsverbesserung und Gesundheitsschutz sowie Reduzierung von Gesundheitsrisiken.

3. Hauptmerkmale eines GFA-Rahmenkonzepts

33. Eine dem GFA-Rahmenkonzept entsprechende Gesundheitspolitik hat mehrere wichtige Merkmale. Dieses Kapitel fasst sie kurz zusammen.

3.1 Auf Werten beruhend und von Werten geleitet

34. Gesundheit für alle handelt und handelte immer von Werten. Das GFA-Rahmenkonzept verknüpft eine Reihe von Grundwerten mit der Entwicklung von Gesundheitspolitik. Chancengleichheit ist eines der zentralen GFA-Wertprinzipien. Im GFA-Zusammenhang bedeutet Chancengleichheit, dass jedem eine faire Chance auf das Erreichen seines vollen Gesundheitspotenzials erhält.

35. Das Anliegen Chancengleichheit hat direkte Auswirkungen auf die Prioritätensetzung der Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik – wie sie entscheiden, welche Themen der Bevölkerungsgesundheit und welche Bevölkerungsgruppen die größte Aufmerksamkeit verdienen. Gesundheitspolitik, die Chancengleichheit zum Anliegen hat, wird dafür sorgen, dass die Gesundheitsdienste gerecht auf die Bevölkerung verteilt sind. Das bedeutet, dass arme und andere vulnerable sowie gesellschaftlich an den Rand gedrängte Gruppen Priorität erhalten. Auf Chancengleichheit beruhende Gesundheitssysteme tragen zur Selbstbestimmtheit und zur gesellschaftlichen Einbeziehung solcher benachteiligten Gruppen bei.

36. „Gesundheit für alle“ enthält auch den eng verwandten Wert Solidarität, der üblicherweise als das Bewusstsein einer Gesellschaft für die gemeinsame Verantwortung gedeutet wird. Im GFA-Zusammenhang bedeutet Solidarität, dass jeder nach seinen Fähigkeiten zum Gesundheitssystem beiträgt. Solidarität kann als ein Weg zur Sicherung von Chancengleichheit gesehen werden. Eine Solidarität fördernde Gesundheitspolitik kann den ungleichen Einfluss von Gesundheitsdeterminanten auf den Zugang zu Diensten und auf Gesundheitsergebnisse besser ausgleichen. Im Gegensatz dazu wird eine Solidarität nicht achtende Gesundheitspolitik in der Regel diejenigen privilegieren, die bereits wohlhabend und besser ausgebildet sind und die die ihnen zustehenden Gesundheitsangebote besser ausnutzen.

37. Chancengleichheit und Solidarität sind direkt mit einem dritten Wert verknüpft, der in der GFA-Bewegung immer wichtiger geworden ist: Teilhabe. Die aktive Beteiligung von Akteuren des Gesundheitssystems, darunter sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen, verbessert die Qualität der Entscheidungsfindung im Bereich öffentliche Gesundheit.

38. Die drei Werte Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe wirken sich direkt auf die Finanzierung des Gesundheitssystems, den Zugang zu Gesundheitsdiensten, die Bemühungen um die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und die Entwicklung qualitativ hochwertiger Programme in diesem Sektor aus. Sie wirken sich auch auf die Verbreitung von Gesundheitsinformationen aus, da die ungleiche Verbreitung der Informationen zu Chancenungleichheit beiträgt und, umgekehrt, Aufklärung ein wichtiges Werkzeug zu ihrer Bekämpfung ist. Zwar wird es immer einen Bedarf an abgestimmter Gesundheitskommunikation für die breite Bevölkerung geben, doch darf die Konzentration auf bestimmte, individuelle Entscheidungen in Bezug auf Lebensweise und Verhalten nicht die Bedeutung der Gesundheitspolitik und der strukturellen, sektorübergreifenden Initiativen unterminieren. Respekt vor den zentralen gesellschaftlichen Werten – ebenso wie dessen Fehlen – wirkt sich auf Gesundheitspolitik und Initiativen genauso aus wie auf die Bevölkerung, der sie dienen.

3.2 „Gesundheit für alle“ verwendet eine breit angelegte Vision von Gesundheit

39. In der Präambel der WHO-Satzung wird Gesundheit beschrieben als „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“. Gesundheit für alle weitet diese Sicht von Gesundheit sogar noch aus.

3.2.1 Eine breit angelegte Vision innerhalb des Gesundheitssektors

40. Gemäß dem GFA-Rahmenkonzept sollte Gesundheitspolitik mehr aufgreifen als nur die Versorgung der Patienten. Heute ist diese Überzeugung weit verbreitet, insbesondere in Ländern, die nationale GFA-Konzepte angenommen und fortentwickelt haben. Dennoch finden es die Verantwortlichen in der Europäischen Region oft schwierig, andere Elemente in ihre Gesundheitspolitik aufzunehmen. In mehreren Ländern handelt Gesundheitspolitik hauptsächlich von Gesundheitsversorgung. Obwohl das GFA-Rahmenkonzept anerkennt, dass die Qualität der Patientenversorgung wesentlich zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung beiträgt, betrachtet es dies nur als einen von vielen Faktoren für die Verbesserung der Gesundheit. Zu den weiteren wichtigen Einflüssen zählen die vielfältigen sozialen und ökonomischen Umstände, unter denen die Menschen leben und arbeiten. Es gibt hinreichend Belege dafür, dass diese strukturellen Elemente der Bevölkerungsgesundheit in dieser sich rapide verändernden Region eine Schlüsselrolle einnehmen. Das ist auch der Grund, warum das GFA-Rahmenkonzept die politischen Entscheidungsträger dazu auffordert, über den Tellerrand der Gesundheitsversorgung hinauszublicken, und eine ausgewogenere Politik für alle zur Bevölkerungsgesundheit beitragenden Schlüsselfaktoren empfiehlt. Bei einem GFA-Konzept schlägt sich eine solche Ausgewogenheit notwendigerweise in den Haushaltszuweisungen nieder. Das steht auch im Einklang mit den Bemühungen einiger Länder, die Wirksamkeit krankheitsspezifischer Programme durch eine allgemeinere Herangehensweise an die Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme zu erhöhen.

41. In der GFA-Vision tragen vier Arten von Programmen zur Verbesserung der Gesundheit bei:

- Die **Patientenversorgung** ist ein wesentliches, aber nicht ausschließliches Element eines GFA-Ansatzes.
- Die **Prävention** schließt Aktivitäten wie Impfungen, Gesundheitsüberwachung und Früherkennungsprogramme mit ein, alle diese sind in der Regel Teil der gesundheitlichen Routineversorgung.
- Die **Förderung gesunder Lebensweisen** greift Themen wie Ernährung, Bewegung und den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen auf. Die Notwendigkeit der Förderung gesunder Lebensweisen ist weithin anerkannt, doch oft nur auf eine abstrakte Weise. Wenn es zu dem Punkt kommt, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu einem Teil der Politik zu machen und zu finanzieren, gestaltet sich der Fortschritt bisweilen langwierig.
- Das **Aufgreifen von Gesundheitsdeterminanten** ist eng mit dem Thema Gesundheitsförderung verwandt, geht aber bei der Bewältigung von Auswirkungen der physischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umwelt auf die Gesundheit über das Verhalten des Einzelnen hinaus. Zu den die Gesundheitsdeterminanten aufgreifenden Maßnahmen zählen Gesetzgebung, Politikgestaltung und sektorübergreifendes anwaltschaftliches Auftreten.

Gesundheitsdeterminanten aufgreifen

Ein wichtiger Maßnahmenbereich für das Aufgreifen von Gesundheitsdeterminanten ist der umweltbezogene Gesundheitsschutz. Die meisten Länder erkennen seine Bedeutung an, ihr Bewusstsein setzt sich jedoch nicht durchgängig in die Praxis um. Eine allgemeine Verpflichtung zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz ist nicht genug. Die besten Ergebnisse erwachsen aus starkem öffentlichem Bewusstsein und politischer Entschlossenheit zum Handeln.

Ein weiterer Schlüsselbereich ist Armut. Da Armut eine wichtige Quelle der Chancenungleichheit ist, muss ein GFA-Konzept die Armutsbekämpfung aufgreifen und sicherstellen, dass das Gesundheitssystem die Bedürfnisse armer, randständiger und vulnerabler Bevölkerungsgruppen erfüllt. Mit einer GFA-Perspektive betrachtet ist Handeln gegen Armut und andere Gesundheitsdeterminanten sektorübergreifend im eigentlichen Sinne. Der Gesundheitssektor spielt dabei eine Führungsrolle.

42. Damit die Politikgestaltung so gut informiert und ausgewogen wie möglich erfolgen kann, betont „Gesundheit für alle“, wie wichtig es ist, Gesundheitsfachkräften bei der Erörterung, Auswertung und Verbesserung der Gesundheitspolitik eine Aufgabe zuzuteilen. Die meisten Gesundheitsfachkräfte arbeiten in

erster Linie selbst in der Versorgung und können nicht nur ihr medizinisches Wissen und Können, sondern auch Glaubwürdigkeit beisteuern. Einige von ihnen können auch aus ihren Erfahrungen mit anderen Gesundheitsaktivitäten beitragen (z. B. Krankenpflege und Gesundheitsförderung).

3.2.2 Eine breit angelegte Vision jenseits des Gesundheitssektors

43. In der GFA-Vision ist die Verbesserung des Gesundheitsniveaus nicht eine ausschließliche Aufgabe des Gesundheitssektors. Es gibt all zu viele Beispiele dafür, dass die Politik anderer Sektoren zu einer Schwächung der Gesundheit führen kann, um die sich dann der Gesundheitssektor kümmern muss. Solche Probleme lassen sich vermeiden, indem andere Sektoren in die Verbesserung der Gesundheit einbezogen werden. Tabak, Alkohol und Ernährung sind nur drei Themenbeispiele, bei denen eine Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren wie Umwelt, Bildung, Landwirtschaft und Industrie von Vorteil ist. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit steigert die Wirksamkeit und bietet viele zusätzliche Möglichkeiten für Gesundheitsmaßnahmen. So sollte zum Beispiel Gesundheitssystementwicklung hoch auf den lokalen, regionalen und nationalen Entwicklungsplänen rangieren, statt als Gegenstand öffentlicher Ausgaben auf den Gesundheitssektor beschränkt zu sein.

44. Das Humankapital gesünderer Menschen ist größer. Darum besitzt der Gesundheitssektor ein entscheidendes Potenzial zur Beeinflussung der Gesamtentwicklung und des wirtschaftlichen Wachstums eines Landes. Diese Interaktion zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Sektoren verläuft in beide Richtungen.

45. Fachleute außerhalb des Gesundheitssektors wie Lehrer und Ökonomen können auch in Gesundheitsfragen eine bedeutende Rolle spielen. Es ist allerdings wichtig daran zu denken, dass solche Fachleute oft nur die sichtbarsten Exponenten anderer sich auf die Gesundheit auswirkender Sektoren sind. Daher müssen Werte wie Chancengleichheit mit der gesamten Struktur dieser Sektoren verknüpft sein.

3.3 Das Gesundheitssystem als Kulisse der „Gesundheit für alle“

46. Gesundheitssysteme sind gesellschaftliche Einrichtungen. Daher muss ihre Entwicklung auf Werten beruhen und von Werten geleitet sein. Damit ein nationales Gesundheitssystem mit der GFA-Vision übereinstimmt, muss es verschiedene wichtige Merkmale besitzen (21):

- **Universelle Verfügbarkeit.** Es müssen neben Sachgütern und Dienstleistungen genügend funktionstüchtige Gesundheitseinrichtungen für den Einzelnen und die Öffentlichkeit vorhanden sein, damit den Bedürfnissen jedes Einzelnen in dem Land Genüge getan werden kann. Die Programmkapazitäten müssen in ähnlicher Weise ausreichend sein. Die Festlegung dessen, was in einem bestimmten Land erforderlich ist, hängt von dem nationalen Kontext und dem Entwicklungsstand ab.
- **Universelle Zugänglichkeit.** Das Erfordernis der Zugänglichkeit gilt für jeden Teil des Gesundheitssektors, es ist jedoch besonders wichtig für die Primärversorgung. Zugänglichkeit besitzt eine wirtschaftliche Dimension (Erschwinglichkeit), eine geografische Dimension (räumliche Erreichbarkeit), eine Dimension der Ethik und der Menschenrechte (gleiche, nicht diskriminierende Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen) und eine Dimension der Verständigung (Zugänglichkeit von Informationen).
- **Universelle Annehmbarkeit.** Alle Gesundheitseinrichtungen, Sachgüter und Dienstleistungen einschließlich von Mitteilungen und Informationen sollten kulturell angemessen sein und Respekt vor kulturellen Unterschieden und Traditionen aufweisen.
- **Qualitätsverbesserung.** Mechanismen zur Sicherung einer fortlaufenden Verbesserung und Modernisierung der Gesundheitsdienste sind für die GFA-Konzepte immer wichtiger geworden. Der Nutzen solcher Änderungen sollte allen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen und nicht allein denen zukommen, die dafür bezahlen können. Die Bemühungen sollten sich nach dem potenziellen Zugewinn für die Gesundheit ausrichten. So ist zum Beispiel die Einführung von Verfahren für die Patientensicherheit eine äußerst wirksame Art der Qualitätssteigerung. Zu den Nutzen solcher

Verbesserungen zählen eine bessere Gesundheit, ein besseres Verhältnis zwischen Öffentlichkeit und Gesundheitsfachkräften und eine Abnahme teurer Behandlungsmisserfolge.

47. In der Europäischen Region lassen sich Gesundheitssysteme anhand von drei wesentlichen Zielen beschreiben: Zugewinn an Gesundheit, Gerechtigkeit und Bedarfserfüllung. Alle drei harmonisieren mit dem GFA-Konzept. Eine bessere Gesundheit ist nicht nur ein selbstständiges Ziel, sondern auch ein wichtiger Faktor für die Gesamtentwicklung, und das ist ein weiterer Grund, warum ein Zugewinn an Gesundheit auf alle Bevölkerungsgruppen gleich verteilt werden sollte. Fairness bei den finanziellen Beiträgen zur Gesundheit erfordert eine ausreichende Finanzierung des universellen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, ohne dass Einzelne oder Familien hierdurch in die Armut getrieben werden. Ein von den GFA-Zielen geleitetes Gesundheitssystem muss auch nichtmedizinische Erwartungen von Einzelpersonen wie Gesellschaft erfüllen. Zum Beispiel indem es Patientenwürde, -geheimnis und -autonomie schützt, feinfühlig für bestimmte Bedürfnisse und Anfälligkeiten der gesamten Bevölkerung ist und die gesellschaftliche Einbeziehung fördert und Armut bekämpft. Letztlich ist ein „Gesundheit für alle“ respektierendes Gesundheitssystem effizient, indem es aus den verfügbaren Mitteln die besten Gesundheitsresultate hervorbringt.

48. Die Funktionsweise eines Gesundheitssystems spiegelt ethische Entscheidungen wider. Dies gilt für seine vier Kernfunktionen: Dienstleistung, Finanzierung, Mittelgenerierung, Aufsichts- und Schutzfunktion und Führung. Die größte Herausforderung in Bezug auf Solidarität und Chancengleichheit liegt dabei in der Finanzierung des Gesundheitssystems. In einem auf GFA-Wertprinzipien bauenden Gesundheitssystem sollten die Etats so gestaltet werden, dass sie die relativen Beiträge der einzelnen Posten zur Verbesserung des Gesundheitsniveaus widerspiegeln. Zum Beispiel sollte eine Investitionen in raffinierte Hochtechnologie bevorzugende Politik sicherstellen, dass alle Bevölkerungsgruppen daraus Nutzen ziehen.

3.4 Gesundheit in aller Politik

49. Das GFA-Konzept fordert einen Ansatz breiter Partnerschaften für Gesundheit. Das Regionalbüro für Europa arbeitet mit einer Reihe internationaler Partner zusammen, darunter dem Europarat, der Weltbank, der Europäischen Kommission, nichtstaatlichen und privaten Organisationen. Diese Kooperation hilft sicherzustellen, dass die vom Regionalbüro geleistete Unterstützung für einzelne Länder im Verhältnis zu der Unterstützung anderer Akteure im Bereich Bevölkerungsgesundheit stimmig ist. Ein solcher Ansatz der Zusammenarbeit ermöglicht auch dadurch bessere Gesundheitsresultate, dass die Kräfte getrennter Partner vereint und gemeinsame Pläne aufgestellt werden, wobei die jeweiligen Stärken und Fähigkeiten ausgenutzt werden. Mit Blick auf das GFA-Rahmenkonzept sind solche Synergieeffekte entscheidend.

50. Die Europäische Region hat gewisse gemeinsame gesellschaftliche Werte und der Respekt für diese Werte ist in den Konzepten und Maßnahmen aller internationalen Akteure erkennbar. Ein gutes Beispiel hierfür ist die mit der Europäischen Union (EU) ausgeführte Arbeit. Durch ihre normativen und finanziellen Mechanismen hat die EU in der gesamten Europäischen Region der WHO für die öffentliche Gesundheit viel erreicht, z. B. sind Umweltnormen nicht nur in EU-Recht eingebettet, sie werden auch automatisch in Länder eingeführt, die der EU beitreten, und sie werden als Referenznormen durch Anrainernstaaten genutzt. Außerdem tragen zahlreiche EU-Einrichtungen zu gesundheitsrelatierten Aktivitäten bei. Zum Beispiel die europäischen Entwicklungsbanken und die Europäische Kommission mit ihren Programmen für öffentliche Gesundheit, Fachunterstützung für die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (TACIS) und PHARE (22). Allgemein stärkt die EU-Gesetzgebung die Sache der Gesundheit in jedem Politikfeld, das die soziale und ökonomische Entwicklung ihrer Mitgliedstaaten angeht.

51. Ein Unterbau aus gemeinsamen Werten erleichtert die Initiierung und Erhaltung internationaler Partnerschaften für Gesundheit. Gegenwärtig durchdringen das GFA-Konzept und die GFA-Wertprinzipien eine Vielzahl der Fachkonzepte der Europäischen Region. Sie bezeichnen auch die Verpflichtungen, die die Mitgliedstaaten beim Regionalkomitee eingegangen sind (vgl. Anhang 1). Es würde für die Region einen großen Schritt vorwärts bedeuten, wenn die wichtigsten Akteure der öffentlichen

Gesundheit das Konzept der ethischen, auf Werte beruhenden Führung in ihre Politik einbauten (vgl. Abschnitt 6.1).

4. „Gesundheit für alle“ in den Ländern der Europäischen Region der WHO

52. Dieses Kapitel präsentiert die Ergebnisse einer vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im Zeitraum 2003/2004 durchgeführten Explorationsstudie. Sie diente der Analyse des Einflusses des GFA-Rahmenkonzepts auf die nationalen Gesundheitskonzepte der 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO. (Um den von einigen Ländern verfolgten Dezentralisierungsprozess sichtbar zu machen, wurden auch teilnationale Konzepte berücksichtigt. Sie werden unten gesondert beschrieben.) Für die Zwecke dieser Studie wurde ein nationales Gesundheitskonzept als dem GFA-Rahmenkonzept entsprechend eingestuft, wenn es vier Kriterien genüge:

- es bekennt sich in einem Dokument zu dem Ziel der „Gesundheit für alle“
- es führt einen multisektoralen Blickwinkel ein
- es ist explizit wertorientiert
- es enthält Gesundheitsziele.

53. Die Vorgehensweise der Studie umfasste Dokumentenanalyse, eine Sichtung der Literatur, Länderfallstudien und Expertenbefragungen. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie waren die folgenden:

- Das GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO hat in den meisten Mitgliedstaaten die Formulierung von Gesundheitskonzepten beeinflusst.
- Die Rolle des Rahmenkonzepts bei der nationalen Formulierung von Gesundheitskonzepten reichte von „kein Einfluss“ über „Inspirationsquelle“ bis zu „Vorlage“.
- Die zentralen GFA-Wertprinzipien wurden in der gesamten Region allgemein angenommen.
- Gleichzeitig hat fast jedes Land seinen eigenen Ansatz verfolgt, insbesondere im Hinblick auf die Festlegung eigener nationaler Gesundheitsziele.
- Es besteht weiterhin eine große Kluft zwischen der Formulierung von GFA-Konzepten und ihrer Umsetzung in die Praxis.

4.1 GFA-Konzepte in den Mitgliedstaaten

4.1.1 Nationale und teilnationale Konzepte

54. Von den 52 analysierten Konzepten erfüllten 40 alle vier oben genannten GFA-Kriterien. Neun von diesen existieren nur als Entwurf, allerdings wurden in den sie verfassenden Mitgliedstaaten bereits vorher andere GFA-Konzepte angewandt. Von den zwölf Mitgliedstaaten ohne GFA-Konzepte verfügten zwei über sektorale Konzepte, die allen Kriterien außer dem der Multisektoralität genügten. Die Russische Föderation bildet einen Sonderfall: Sie hat eine Reihe von GFA-Grundsatzdokumenten veröffentlicht, die sich auf einzelne Sektoren konzentrieren (besonders zur Praxis der Gesundheitsversorgung).

55. Teilnationale GFA-Grundsatzdokumente wurden in 22 Mitgliedstaaten ermittelt. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Daten über sie nicht so vollständig sind wie bei den nationalen Konzepten. Manche Länder, die keine nationalen GFA-Konzepte formuliert haben, besitzen teilnationale Konzepte und umgekehrt. Die überwiegende Mehrzahl der Länder verfügt auf wenigstens einer Ebene über GFA-Konzepte.

4.1.2 Zeitpläne

56. Ein Zeitplan für ein GFA-Konzept läuft von seinem Anfangs- bis zum Enddatum, wenn die darin enthaltenen Gesundheitsziele erreicht sein sollten.

- **Anfangsdatum.** 36 der GFA-Dokumente beginnen zwischen 1994 und 2003.
- **Geltungsdauer.** Die meisten Zeitpläne gelten für sieben bis zehn Jahre. Die kürzesten gelten für drei Jahre, manche 20 Jahre. In drei Fällen wurde kein Endpunkt des Zeitplans festgelegt.
- **Varianten.** In elf Grundsatzdokumenten sind für die Gesundheitsziele mehrere Enddaten vorgesehen statt nur eines einzigen.

4.1.3 Kontinuität und Diskontinuität der Konzepte

57. Viele Mitgliedstaaten haben ein dauerhaftes Interesse an der Formulierung von GFA-Konzepten gezeigt. 27 Mitgliedstaaten haben bereits vor ihren jüngsten Bemühungen GFA-Konzepte formuliert. Die Form dieses anhaltenden Engagements kann sich im Lauf der Zeit verändern – oder auch nicht. Dies machen die Beispiele in den folgenden Kästen deutlich.

Finnland: Kontinuität sowohl in Bezug auf die Konzeptformulierung als auch hinsichtlich der strategischen Ausrichtung

Finnland liefert ein Fallbeispiel für ein Bekenntnis zu „Gesundheit für alle“, das unabhängig von politischen Veränderungen zu sein scheint. Sein GFA-Konzept von 1987 wurde in der Folgezeit überprüft, ausgewertet und überarbeitet. Nach seinem Enddatum wurde 2001 auf der Grundlage der früheren Erfahrungen ein neues Konzept formuliert (23–25).

Vereinigtes Königreich: Kontinuität bei der Konzeptformulierung, aber Änderung in der strategischen Ausrichtung

Das 1992 eingeführte Konzept „Health of the Nation“ wurde nach den Wahlen von 1997 aufgegeben. Die Auswertung des Konzepts deckte eine Reihe von Schwächen auf: Zentrale Akteure stellten seine Glaubwürdigkeit und die Relevanz von Zielen in Frage; es gab Berichte über mangelnde Eigenverantwortung; und das Konzept hatte keine Auswirkungen auf die Ressourcenallokation. Trotz dieser Mängel entschied sich die Regierung, an einem Konzeptansatz festzuhalten, und übertrug England, Nordirland, Schottland und Wales die Zuständigkeit für die Entwicklung eigener Konzepte. Vergleicht man die resultierenden vier neuen Konzepte mit dem früheren nationalen Konzept, wird eine klare Akzentverschiebung erkennbar: Chancengleichheit und Gesundheitsdeterminanten sind jetzt in den Vordergrund gerückt (26,27).

Deutschland: Lücke in der Konzeptformulierung

Nach der Verabschiedung des ersten GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region durch die Mitgliedstaaten wurde in der Bundesrepublik Deutschland versucht, ein eigenes GFA-Konzept zu entwickeln. Die Gesundheitsministerin prägte die Parole „Kostendämpfung reicht nicht“ und gab einen Bericht zu vorrangigen Gesundheitsproblemen in Auftrag. Dieser Bericht wurde 1987 veröffentlicht. Eine zweite Ausgabe folgte 1990 nach der Wiedervereinigung, um Materialien zum östlichen Landesteil (der früheren Deutschen Demokratischen Republik) einbeziehen zu können (28,29). Trotz seiner Vorzüge und der unbestrittenen Qualität wurde der Bericht wegen seines politischen Ansatzes kritisiert. Es wurde behauptet, der GFA-Ansatz sei für Industrieländer unangemessen. Darüber hinaus wurde argumentiert, ein GFA-Konzept ähnele mit seinen Zielen einem sozialistischen Wirtschaftsplan. Es dauerte fast zehn Jahre, bis das Bundesgesundheitsministerium eine neue Initiative für ein Konzept mit Zielen startete und dabei Beiträge von 70 Institutionen und mehr als 200 Fachleuten für Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheit einbezog. Das Konzept wurde schließlich 2003 als Bericht *gesundheitsziele.de* angenommen (30).

4.1.4 Rechtliche Durchsetzung von Konzepten und rechtlicher Status

58. Von den 40 analysierten GFA-Konzepten waren 35 als offizielle Dokumente angelegt, während 5 als inoffizielle Berichte veröffentlicht wurden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Nationale GFA-Konzepte in der Europäischen Region nach rechtlichem Status und Dokumententyp

	Offizielle Dokumente	Inoffizielle Berichte	Insgesamt
In Kraft	28	3	31
Entwurf	7	2	9
Insgesamt	35	5	40

59. Aus der Quelle der Dokumente geht im Allgemeinen hervor, wer die Federführung bei der Konzeptentwicklung hatte. Gewöhnlich ist das entweder die Regierung oder das zuständige Ministerium. In zwei Fällen war jedoch die gesetzgebende Körperschaft beteiligt, und in einem Fall nutzte der Staatschef die Gelegenheit, das Konzept mit seiner Führungsrolle in Verbindung zu bringen.

60. Hinsichtlich des rechtlichen Status der diversen GFA-Konzepte bestehen große Unterschiede. Manche Länder machen aus ihren Gesundheitskonzepten geltendes Recht. Dazu zählt beispielsweise Frankreich, das nach langer Vorlaufzeit ein Konzept zügig als Gesetz verabschiedete. In Italien ist das nationale GFA-Konzept in hohem Grad rechtsverbindlich: Obwohl es politisch nicht durch Gesetzgebung unterstützt wurde, bildet es einen wichtigen Bezugsrahmen für viele nationale Grundsatzdokumente wie den Nationalen Gesundheitsplan und den Bericht über den Gesundheitszustand der italienischen Bevölkerung.

61. Manche Länder haben ihr Konzept als Verordnungen verabschiedet, um seine Bedeutung zu unterstreichen. 2003 nahm das schwedische Parlament ein nationales GFA-Konzept für Bevölkerungsgesundheit an, das sich mit allen wichtigen Gesundheitsdeterminanten befassen sollte. So rückte die Bevölkerungsgesundheit auf der politischen Tagesordnung nach oben und es wurde ein besonderer Minister für Bevölkerungsgesundheit ernannt. Zusätzlich wies eine Gesetzesvorlage der Regierung dem schwedischen Institut für Bevölkerungsgesundheit eine besondere Aufgabe bei der Umsetzung der Gesundheitspolitik des Landes zu. 1998 nahm die Türkische Große Nationalversammlung förmlich das GFA-Rahmenkonzept der Europäischen Region an und gab ein klares Bekenntnis zu ihm durch ein nationales Programm ab, das einen Aktionsplan bis zum Jahr 2020 beinhaltet. Auf der Grundlage dieses Programms wurden 10 konkrete nationale Gesundheitsziele formuliert.

62. Für eine Reihe Mitgliedstaaten wäre es ziemlich ungewöhnlich, ein Konzept durch ein offizielles Dokument zu formulieren. Das am ehesten artverwandte Grundsatzinstrument ist das Weißbuch, das Regierungen in Großbritannien und anderen Ländern verwenden, um ein Konzept oder einen Konzeptvorschlag zu unterbreiten. Ein Weißbuch signalisiert gewöhnlich die klare Absicht der Regierung, eine Politik in Gesetzesform zu gießen. Zu anderen Methoden Absichten in Bezug auf ein Konzept kundzutun gehören Partei- und Wahlprogramme. Solche Absichten geraten allerdings bei veränderter politischer Lage leicht aus dem Blick.

63. Grundsätze, die unverbindlich Orientierung geben, sind als Selbstverpflichtung einzustufen. Selbst wenn sie keinen Einfluss auf Gesetzesentwürfe haben, können sie motivierend und inspirierend wirken. Allerdings bleibt die Frage, ob ihr unverbindlicher Charakter positiv zu bewerten ist. Die Antwort variiert von Situation zu Situation.

64. Die konkrete Form eines GFA-Grundsatzdokuments kann auch widerspiegeln, wer es verbreitet. Die politische Verantwortung für „Gesundheit für alle“ kann beim Regierungschef, dem Kabinett oder dem zuständigen Minister ruhen. Im Prinzip gibt der Regierungschef die grundsätzliche Ausrichtung der Politik in wichtigen Bereichen vor, das Kabinett beschließt die Regierungspolitik, und die Minister setzen sie um. Diese Rollen können jedoch stark variieren.

65. Schließlich sollte vermerkt werden, dass einem Konzept aus Gründen der politischen Zweckmäßigkeit eine bestimmte Form gegeben werden kann, beispielsweise um Allianzen zu stärken, die politische Legitimation zu sichern oder die Umsetzung zu erleichtern.

4.1.5 Die Werte

66. GESUNDHEIT21 beschreibt die drei Grundwerte: Gesundheit als fundamentales Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen sowie Partizipation und Rechenschaftspflicht. Von den 40 nationalen GFA-Konzepten, die in der Studie des Observatoriums ermittelt wurden, beziehen sich 20 explizit auf alle drei Werte, 12 auf zwei, 6 auf nur einen und 2 auf keinen. Anders betrachtet beziehen sich 25 Konzepte ausdrücklich auf Gesundheit als Menschenrecht, 34 auf Chancengleichheit und Solidarität und 31 auf Partizipation und Rechenschaftspflicht.

67. Die Belege zeigen eindeutig, dass sich die in GESUNDHEIT21 formulierten Ziele bereits in nationalen Grundsatzdokumenten finden, die vor der Abfassung von GESUNDHEIT21 entwickelt wurden. Dies weist darauf hin, dass diese Werte keine Neuerung von GESUNDHEIT21 sind, sondern dass vielmehr GESUNDHEIT21 mit der allgemeinen ethischen Ausrichtung der Europäischen Region übereinstimmt.

4.1.6 Gesundheitsziele

68. Die Europäische Region hatte in ihrem ersten GFA-Konzept 1984 und erneut 1991 bei dessen Aktualisierung 38 Ziele vorgeschlagen, dagegen empfiehlt GESUNDHEIT21, das Rahmenkonzept von 1998, 21 Ziele. In den 40 analysierten GFA-Konzepten reicht die Zahl der Ziele von 4 bis 100. Acht Konzepte überschreiten die 38 in dem GFA-Konzept für die Europäische Region von 1984 vorgeschlagenen Ziele und 16 Konzepte enthalten mehr als die 21 Ziele aus GESUNDHEIT21. Vier Mitgliedstaaten haben alle Ziele aus GESUNDHEIT21 Wort für Wort übernommen.

69. Es wurde behauptet, dass bei der Festlegung von Gesundheitszielen der Trend in Richtung mehr Pragmatismus gehe und man sich wegen der schwierigen Umsetzung einer großen Zahl von Zielen auf nur wenige konzentriere. Die Belege für diese Feststellung sind jedoch nicht eindeutig, und selbst in Fällen, in denen nur wenige Ziele definiert sind, können die Teilziele recht zahlreich sein.

70. Die Mitgliedstaaten haben im Allgemeinen GESUNDHEIT21-Ziele ausgewählt, die dem fachlichen Schwerpunkt ihrer Konzepte entsprechen. Die Analyse der Ziele in den 40 nationalen GFA-Konzepten hat einige interessante Punkte aufgedeckt:

- Drei Ziele erscheinen in drei Viertel aller Konzepte: „Verbesserung der psychischen Gesundheit“, „Gesünder leben“ und „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“.
- Drei Ziele finden sich in weniger als einem Viertel der Konzepte: „Solidarität für Gesundheit in der Europäischen Region“, „Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange“ und „Konzepte und Strategie für Gesundheit für alle“.
- Die Mitgliedstaaten haben viele GESUNDHEIT21-Ziele an ihre eigenen Bedürfnisse und Umstände angepasst.
- Einige nationale Konzepte führen auch Gesundheitsziele ein, die von „Gesundheit für alle“ noch nicht abgedeckt sind und in denen sich besondere nationale und teilnationale Prioritäten widerspiegeln.

4.2 Wie hat das GFA-Konzept für die Europäische Region die Formulierung nationaler Gesundheitskonzepte beeinflusst?

4.2.1 Einfluss im Selbsturteil

71. Der offensichtlichste Indikator für den Gesamteinfluss des GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region auf die nationalen Gesundheitskonzepte sind die von den Grundsatzdokumenten selbst genannten Einflüsse. Von den 40 analysierten GFA-Konzepten:

- beziehen sich 32 Dokumente explizit auf das GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region als Bezugsrahmen oder Inspirationsquelle,

- nennen 14 Dokumente eine Version des Konzepts von 1991 oder früher, 14 GESUNDHEIT21 (1998) und vier beide und
- erwähnen sechs Dokumente die Beteiligung von WHO-Experten in der Entwurfsphase.

Kein Bezug auf „Gesundheit für alle“

Die nationalen GFA-Grundsatzpapiere aus acht Ländern weisen keine explizite Verbindung zum GFA-Konzept für die Europäische Region auf: Dänemark, Estland, Frankreich, Irland, Italien, Niederlande, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Weißrussland.

4.2.2 Die Umsetzung des Rahmenkonzepts für die Europäische Region in einen nationalen Kontext

72. Die vorhergehenden Abschnitte beschrieben Belege für Ähnlichkeiten zwischen dem GFA-Grundsatzdokument für die Europäische Region und den nationalen GFA-Grundsatzdokumenten. Die Studie widmete sich auch der Frage der Kausalität: Wurden nationale Gesundheitskonzepte wirklich vom GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region beeinflusst, und wenn ja, durch welche Mittel? Drei Mechanismen wurden ermittelt:

- **Konzepttransfer.** Ein Land oder eine teilnationale Einheit kann bewusst ein ursprünglich andersorts entwickeltes Gesundheitskonzept übernehmen. Der Transfer kann institutionelle Strukturen, Ideologien, Einstellungen und Ideen betreffen. Konzepttransfers können direktes Kopieren und Gesetze umfassen, wenngleich das Vorhandensein von GFA-Elementen nicht zwangsläufig bedeutet, dass das GFA-Konzept der WHO ausdrücklich Modell stand.
- **Konzeptdiffusion.** Ein Gesundheitskonzept kann eher auf der Verbreitung innovativer Praktiken als auf der bewussten Übernahme und Anpassung anderer Konzepte beruhen. Ein solches Durchsickern ist ein komplexer Prozess, durch den eine Strategie (wie Management durch Zielvereinbarungen, ergebnisorientiertes Management oder ein neues Steuerungsmodell) den öffentlichen Sektor durchdringt und schließlich zur Entwicklung eines neuen Gesundheitskonzepts führt.
- **Konzeptionelle Annäherung.** Mitgliedstaaten können auch GFA-Konzepte vollkommen unabhängig von der WHO und ihren Rahmenkonzepten formulieren. Diesen Weg beschreiten gewöhnlich Länder mit einer tragfähigen Tradition, die es ihnen ermöglicht, unabhängig auf gemeinsame Herausforderungen zu reagieren.

Konzepttransfer in Kasachstan – eine direkte Verknüpfung

Nach Erlangung der Unabhängigkeit 1991 bemühte sich Kasachstan um die Einführung eines GFA-Konzepts. Das Land benötigte aus einer Reihe von Gründen ein neues Gesundheitskonzept: wirtschaftlichen Schwierigkeiten durch den Übergang zur Unabhängigkeit, der sich verschlechternden Gesundheit der Bevölkerung und der dringenden Notwendigkeit, sich den Problemen der Armut und der gesundheitlichen Chancengleichheit zu widmen. Außerdem bestanden grundlegende Probleme der Funktionsweise des alten Gesundheitssystems. Reformen waren notwendig, um es von einem krankenhauszentrierten Dienst in einen stärker auf die Primärversorgung ausgerichteten Dienst umzuwandeln und um einen sektorübergreifenden Ansatz für öffentliche Gesundheit unter Einschluss von Gesundheitsförderung einzuführen. Schließlich mussten einige dringende gesundheitliche Probleme gelöst werden. Dazu zählten unter anderem Umweltprobleme wie die radioaktiv und mit toxischen Chemikalien verseuchten Standorte der früheren Rüstungsindustrie, die Austrocknung des Aralsees und die von starker Umweltverschmutzung betroffenen Industriegebiete im Osten. Das GFA-Modell versetzte das Land in die Lage, sich diesen Themen zu stellen, und WHO-Fachleute waren bei dem Entwurf des Konzepts schon zu einem frühen Stadium beteiligt. Im Verlauf des Prozesses entwickelte sich ein Konsens, das kasachische Gesundheitskonzept unter Führung der Regierung in einen weiter gefassten politischen Kontext zu stellen. Die Gesundheit ist jetzt Bestandteil des allgemeinen strategischen Konzepts mit der Bezeichnung Kasachstan 2030 und der Staatspräsident unterstützt das GFA-Konzept des Landes.

Konzeptdiffusion in Deutschland – eine indirekte Verknüpfung

In Deutschland nahm die Umsetzung von „Gesundheit für alle“ von der internationalen auf die nationale Ebene einen umständlichen Weg und wurde vorrangig von der Verbreitung eines innovativen Ansatzes zur Gesundheit der Bevölkerung geprägt. Der erste Versuch zur Formulierung eines GFA-Konzepts scheiterte aufgrund der politischen Umstände Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre. Dennoch führten viele deutsche Bundesländer GFA-Konzepte ein. Das erste war Hamburg (31,32), das 1992 ein Konzept verabschiedete, 1995 gefolgt von Nordrhein-Westfalen, das für sich zehn der 38 Ziele im aktualisierten Konzept für die Europäische Region von 1991 auswählte (33).

Der zweite deutsche Versuch zur Definition von Gesundheitszielen auf Bundesebene datiert von 2003 und war erfolgreicher. Es gab jedoch keine bewussten oder systematischen Bemühungen zur Verabschiedung von GFA-Prinzipien und das WHO-Konzept wurde nur als eine von vielen Informations- und Inspirationsquellen berücksichtigt. Für den Entwurf des Konzepts auf Bundesebene verglichen die Teilnehmer beispielsweise, wie die verschiedenen Mitgliedsländer der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) Gesundheitsziele formuliert und umgesetzt hatten. Sie sichteten auch die vielfältigen internationalen Erfahrungen mit der Festlegung von Prioritäten und der Formulierung eines evidenzbasierten Gesundheitskonzepts.

Konzeptionelle Annäherung in Frankreich – keine Verknüpfung

Frankreich liefert das Beispiel eines Mitgliedstaats, der ein nationales GFA-Konzept ohne Bezugnahme auf das Konzept für die Europäische Region und die GFA-Bewegung in der Europäischen Region eingeleitet hat. 1991 wurde per Verordnung das Haut Comité de la Santé Publique eingerichtet, das der Dienstaufsicht des für Gesundheit zuständigen Ministers unterstellt ist. Das Komitee sollte durch die Bereitstellung von Informationen als Grundlage von Entscheidungsprozessen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Eine seiner konkreten Aufgaben bestand darin, die Gesundheit der Bevölkerung zu beobachten und an der Definition von Zielen von Gesundheitskonzepten mitzuwirken. Es erstellte mehrere Einzelberichte, die als Grundlage für einen 1994 erschienenen allgemeinen Bericht dienten, der ein Konzept mit quantifizierten Gesundheitszielen enthielt (34). 1998 und 2002 folgten weitere Berichte, die zur Vorbereitung eines 2004 vom französischen Parlament verabschiedeten Gesetzes für Bevölkerungsgesundheit beitrugen. Das Gesetz soll vorrangig der Reorganisation des unzusammenhängenden Entscheidungssystems im Bereich der öffentlichen Gesundheit dienen. Es enthält auch Ziele für die öffentliche Gesundheit und nationale Strategiepläne. Einige dieser Dokumente beziehen sich in der Tat auf die WHO-Gesundheitsdefinition und nutzen von der WHO definierte und propagierte fachliche Konzepte und Normen. Die konzeptionelle Dimension der WHO, insbesondere in Bezug auf das GFA-Konzept, wird jedoch nicht erwähnt. Dies wurde in Befragungen mit Verantwortlichen in Frankreich bestätigt, die im GFA-Konzept für die Europäische Region nur eine geringe Inspirations- oder Einflussquelle sahen.

4.2.3 Die Funktionen des GFA-Rahmenkonzepts für die Europäische Region bei der Formulierung nationaler Gesundheitskonzepte

73. Bei den Bemühungen der Mitgliedstaaten zur Formulierung von Gesundheitskonzepten hat das GFA-Konzept für die Europäische Region mehrere Funktionen erfüllt. In manchen Fällen war das Konzept für die Europäische Region ein Antriebsfaktor, der die Entwicklung eines nationalen Gesundheitskonzepts in Bewegung gesetzt hat. In anderen Fällen erleichterte es die Debatte während der Entstehung. Darüber hinaus hat es auch zur Legitimierung eines bereits geplanten Konzepts gedient.

Lettland: Einleitung der Entwicklung eines Gesundheitskonzepts

Ende der 1990er Jahre wurde ein Entwurf von GESUNDHEIT21 übersetzt und an alle Akteure im lettischen Gesundheitssektor verteilt. Nach öffentlichen Konsultationen wurde auf einer Sondersitzung des Kabinetts die Notwendigkeit einer lettischen GFA-Strategie erörtert. Die Regierung bekannte ihre Verpflichtung und eine Strategie für die öffentliche Gesundheit wurde erarbeitet. Dieser Verlauf war nicht allerdings nicht einmalig, denn schon vorher war das ebenfalls von GFA inspirierte Konzept „Bessere Lebensumstände, besseres Lettland“ entwickelt worden.

Tschechische Republik: Auslöser für die Diskussion und Entlastung bei der Konzeptformulierung

In der Tschechischen Republik löste das GFA-Rahmenkonzept eine Diskussion über die Formulierung eines Gesundheitskonzepts aus. Fast 20 Jahre lang beeinflusste es den Prozess maßgeblich. In den 1980er Jahren legte sich das Land auf die Umsetzung eines GFA-Konzepts fest, und die 38 Ziele für die Europäische Region wurden in die tschechische Sprache übersetzt. In den 1990er Jahren wurden mehrere Konzepte auf der Grundlage der GFA-Prinzipien erarbeitet, einschließlich des Vorschlags zur Reform der Gesundheitsversorgung (der einen multisektoralen Ansatz zur Gesundheitsförderung widerspiegelte) und des Nationalen Programms zur Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit. 2002 verabschiedete die Regierung eine langfristige Strategie zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung mit dem Titel GESUNDHEIT21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Das Dokument beschreibt die Hauptziele für die nationale gesundheitliche Entwicklung einschließlich Zielen und der Mittel, um sie zu erreichen.

Finnland: Legitimation der Formulierung von Gesundheitskonzepten

Der am besten dokumentierte Einfluss des GFA-Konzepts für die Europäische Region auf die Formulierung eines nationalen Konzepts findet sich in Finnland, wo große Anstrengungen zur Etablierung eines Gesundheitskonzepts unternommen wurden. Das Konzept der Region war ein Instrument zur Mobilisierung von Unterstützung. Bereits 1982, nur wenige Jahre nach der Erklärung von Alma-Ata und vor der Vorstellung des ersten Konzepts für die Europäische Region, diskutierten finnische Behörden Pläne für ein umfassendes Gesundheitskonzept. Mit Unterstützung des Regionalbüros wurde Finnland das erste Land, das das Konzept für die Region auf nationaler Ebene erprobte. Aus dem finnischen Blickwinkel bestand die Rolle des Konzepts für die Europäische Region darin, ein bereits geplantes Konzept zu legitimieren und seine Kritiker dafür einzunehmen.

Polen: Beeinflussung der nationalen Gesundheitsstrategie

Nach der Erarbeitung einer Gesundheitspolitik innerhalb des GFA-Rahmens in den 1980er Jahren hat Polen gerade ein 10-jähriges nationales Gesundheitsprogramm vollendet. Das Programm erstreckte sich über den Zeitraum 1996–2005 und umfasste auch die Überwachung des Fortschritts in 18 unterschiedlichen Bereichen. Eine Auswertung des Programms zeigt, dass es Polen gelang, trotz der Einschränkungen durch die schwierige wirtschaftliche Lage Fortschritte bei der Bevölkerungsgesundheit zu erzielen. Die Umsetzung setzte in hohem Maße auf örtliche Verwaltungen, die mehr als 400 lokale Gesundheitsprogramme initiierten. Die gewonnenen Erfahrungen spiegeln sich in dem neuen nationalen Gesundheitsprogramm für 2006–2015 wider.

4.2.4 Beeinflussung der teilnationalen Ebene

74. Die Ausbreitung von GFA-Konzepten auf die teilnationale Ebene sollte nicht verwundern. Schließlich verfügen teilnationale Instanzen in vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Region über die politischen Befugnisse, die Verwaltungskompetenz und die finanzielle Zuständigkeit für zentrale Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Trotz mancher Ähnlichkeiten wird die Formulierung teilnationaler GFA-Konzepte jedoch stark von den individuellen Umständen beeinflusst und ihre Entstehung weist verschiedene Muster auf.

Teilnationale Gesundheitskonzepte

Im Vereinigten Königreich entstanden durch die Dezentralisierungsvereinbarungen von 1998 eigene gesetzgebende Körperschaften in Schottland, Wales und Nordirland. Es bestehen zwar gewisse Abweichungen in den Befugnissen jeder Körperschaft, das Gesundheitswesen zählt jedoch in allen drei Regionen zu den dezentralisierten Bereichen. In Spanien hatte die Dezentralisierung ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitspolitik. Obwohl die tatsächliche Aktivität stark zwischen den Regionen variiert, so verpflichtet das nationale Recht jede autonome Region zur Formulierung einer Gesundheitspolitik. Auch in Italien sind die regionalen Gesundheitskonzepte eng mit dem nationalen Konzept verknüpft. In Deutschland hat die Hälfte aller Bundesländer Gesundheitskonzepte oder Gesundheitsziele formuliert oder arbeitet daran. Die Bundesländer haben die Bundesregierung aufgefordert, ein eigenes Gesundheitskonzept und eigene Gesundheitsziele zu formulieren, um die Zuständigkeiten der Bundesländer im Gesundheitsbereich zu ergänzen.

4.3 Planung von Finanzierung, Infrastruktur und Überwachung eines Konzepts

75. Die Studie des Observatoriums untersuchte auch Verknüpfungen zwischen Konzeptformulierung und -umsetzung. Eine solche Verknüpfung ist die Planung der benötigten Infrastruktur und finanziellen Mittel zur Umsetzung eines GFA-Konzepts sowie der benötigten Systeme für seine Überwachung. Die Planung dieser Erfordernisse beschwört zwangsläufig eine Diskussion über die potenziellen nicht gesundheitsbezogenen Konsequenzen eines solchen Konzepts herauf. Ein tragfähiges Konzept erfordert eine beträchtliche administrative, medizinische und wissenschaftliche Infrastruktur sowie ausreichende Mittel zur Umsetzung und Überwachung der aus dem Konzept resultierenden Maßnahmen und Interventionen. Ohne Planung all dieser Punkte kann selbst ein noch so gut formuliertes GFA-Konzept wahrscheinlich nicht erfolgreich umgesetzt werden.

76. Von den 40 untersuchten GFA-Konzepten enthalten 32 Vorkehrungen für die Umsetzung. Diese beziehen sich konkret auf Fragen der Finanzierung, der Infrastruktur sowie der Überwachung von Prozessen oder Ergebnissen.

4.4 Haben nationale GFA-Konzepte die Umsetzung von Gesundheitsinitiativen beeinflusst?

4.4.1 Geringer oder kein unmittelbarer Einfluss

77. Die Studie des Observatoriums fand keine Belege dafür, dass nationale GFA-Konzepte Reformen, Programme oder Projekte im Gesundheitswesen unmittelbar beeinflussen. Während das GFA-Konzept für die Europäische Region einen großen und häufig unmittelbaren Einfluss auf die Formulierung nationaler Gesundheitskonzepte durch die Mitgliedstaaten hatte, haben nationale GFA-Konzepte nur einen sehr geringen Einfluss auf die Umsetzung von Aktivitäten im Gesundheitswesen gehabt. Eine unmittelbare Beteiligung der WHO scheint auf ihre Fachprogramme, Beratung und Unterstützung fachlicher, nicht konzeptioneller Art beschränkt gewesen zu sein. Vielleicht haben die Vorgehensweise der Studie und die Länderauswahl dazu beigetragen, dass keine Beispiele für einen solchen Einfluss ermittelt wurden. Neuere Entwicklungen wie die neuen Gesundheitskonzepte aus Frankreich und Schweden könnten in der nahen Zukunft größere Wirkung zeigen.

4.4.2 Viele Beispiele für eine weiche Umsetzung

78. Der Einfluss des GFA-Konzepts ist jenseits von Grundsatzdokumenten spürbar. In manchen Mitgliedstaaten ist das GFA-Konzept nicht das einzige Grundsatzdokument, und mehrere Dokumente beziehen sich bisweilen aufeinander und befruchten sich gegenseitig. Auch wenn Reformen, Programme und Projekte im Gesundheitswesen nicht unmittelbar von dem GFA-Konzept abgeleitet werden, kann das Konzept doch zur Schlüssigkeit solcher Aktivitäten und dem Gesamtkontext beitragen, in dem sie stattfinden.

Norwegen: Grundsatzdokumente, Programme und Projekte mit Bezug auf das nationale GFA-Konzept (35)

- Rauchverbot in Schankräumen, Restaurants usw. (ab 1. Juni 2004)
- Aktionsplan zur Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften und Abtreibungen (2004–2008)
- „Gemeinsam für die psychische Gesundheit in Norwegen“ – der strategische Plan der Regierung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- Maßnahmenplan mit Einzelschritten für den Bereich der psychischen Gesundheit
- Reform zur freien Wahl des Hausarztes durch den Patienten
- Kommunale Pflegedienstleistungen
- Krankenhausreform
- Wahlfreiheit in Bezug auf Krankenhausprogramme
- Neues Gesetz zur Behandlung von Krankheiten mit Alternativmedizin

79. Nationale GFA-Konzepte können die Konzeptumsetzung in der Tat unterstützen; diese Unterstützung ist jedoch gewöhnlich diffus und steht nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang zu einem bestimmten Programm oder Projekt. Ein nationales GFA-Konzept kann folgende Dinge bewirken:

- **Es kann die Wahrnehmung zu bestimmten Fragen auf nationaler Ebene verändern.** Über diesen Effekt wird aus Finnland berichtet, obwohl das Land über eine lange Tradition der Formulierung und Umsetzung von Gesundheitskonzepten verfügt und als erstes Land in der Europäischen Region ein GFA-Konzept entwickelt hat. Wahrnehmungen zu verändern, kann ein wichtiger erster Schritt für die Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse sowie die Umsetzung neuer Programme und Projekte sein.
- **Es kann Entscheidungsprozesse beeinflussen.** Ebenfalls in Finnland stellten Verfechter der öffentlichen Gesundheit fest, dass es ihnen nutzte, sich auf das Konzept für die Europäische Region zu beziehen, weil es von einer angesehenen internationalen Organisation entwickelt und von deren Mitgliedstaaten unterstützt wurde.
- **Es kann als gemeinsame Plattform für Akteure, die sich für die öffentliche Gesundheit einsetzen, Fachpersonal aus dem Gesundheitswesen und Akademiker aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit dienen.** Diese wichtige, wenngleich unmittelbare Art des Einflusses erwies sich in Großbritannien zu einer Zeit als wertvoll, als Fragen der gesundheitlichen Chancengleichheit auf nationaler Ebene nicht auf der politischen Tagesordnung standen. Das nationale GFA-Konzept lieferte einen Bezugsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung lokaler Gesundheitskonzepte in England. In Schweden wird eine nationale Initiative, die alle Schlüsseldeterminanten der Bevölkerungsgesundheit aufgreift, dazu genutzt die Gesundheitspolitik und die sektorübergreifende Zusammenarbeit neu auszurichten.
- **Es kann dazu beitragen, Infrastrukturverbesserungen im Gesundheitssystem zu rechtfertigen.** In Kasachstan war das nationale Konzept förderlich für die Einrichtung des Kasachischen Instituts für Öffentliche Gesundheit.

4.4.3 Unabhängige Umsetzung einzelner Elemente

80. Dazu kann es kommen, wenn ein GFA-Konzept existiert und manche seiner Elemente erfolgreich umgesetzt werden, obwohl das Konzept selbst die Umsetzung nicht beeinflusst hat. Wenngleich es paradox erscheinen mag, gibt es mehrere Fälle, die eine solche ungekoppelte Umsetzung veranschaulichen. Beispielsweise wird manchmal ein Programm, Projekt oder Gesetz vor der Formulierung des eigentlichen Konzepts umgesetzt.

5. Ethische Führung und die GFA-Wertprinzipien

5.1 Einleitung

5.1.1 Gemeinsame Werte

81. Bei Entscheidungen im Gesundheitswesen spielen in der gesamten Europäischen Region bestimmte gemeinsame Werte eine zentrale Rolle. Zweifellos bestehen große Unterschiede zwischen den europäischen Gesellschaften und innerhalb von ihnen, und es ist auch richtig, dass sich der Gesundheits- und Sozialsektor des modernen europäischen Wohlfahrtsstaats ständig verändert. Dennoch gehen diese gemeinsamen Kernwerte über den Gesundheitssektor hinaus und durchdringen alle Bereiche der Gesellschaft. Zusammengenommen machen sie einen gesellschaftlichen Konsens aus – ein Gefühl für Gemeinsinn und ein Glaube an Gerechtigkeit – der ein solides Fundament für einen gerechten und sozial verantwortlichen Staat schafft. Dazu gehört auch die Verpflichtung auf das Gemeinwohl, Solidarität, umfassende Bürgerbeteiligung und der Glaube an die Notwendigkeit strenger öffentlicher Regulierung (36,37)

82. Es dürfte kaum ein Land in der Europäischen Region geben, in dem es für eine nationale Gesundheitsbehörde akzeptabel oder zweckdienlich wäre, zu erklären, dass sie nicht für Gerechtigkeit, Chancengleichheit, Solidarität oder umfassende Bürgerbeteiligung eintritt, oder Maßnahmen zu ergreifen, die diese Werte gefährden würden. Ebenso wenig fasst irgendeine europäische Gesellschaft Gesundheitswesen und Gesundheitsleistungen als marktgängige Wirtschaftsgüter auf, die gewinnorientiert privatisiert werden können. Diese weit verbreiteten Vorstellungen darüber, was akzeptabel ist und was nicht, bildeten einen Bezugsrahmen für die nationalen Debatten zum Gesundheitssektor und haben starke internationale Bindungen innerhalb der Region gefördert. Natürlich trifft jedes Land seine eigene Entscheidung darüber, wie es diese Werte in die Praxis umsetzen will. Allgemein besitzen auch gewinnorientierte Anbieter von Gesundheitsleistungen ein Gespür für den nationalen ethischen Kontext. Dies gilt aufgrund des wachsenden Trends zur gelegentlichen Verwischung der Grenzen zwischen öffentlich und privat im Gesundheitssektor (z. B. indem der Privatsektor in Aktivitäten für die Bevölkerungsgesundheit involviert wird) besonders in Bezug auf die Funktionsweise der Gesundheitssysteme.

Gesundheitsversorgung im Ausverkauf?

Europäer betrachten die meisten Leistungen in den Bereichen der kurativen und präventiven Gesundheitsversorgung im Allgemeinen nicht als gewöhnliche marktgängige Wirtschaftsgüter, sondern vielmehr als ein soziales Gut – ausgehend von der Vorstellung, dass die allgemeine Bereitstellung solcher Leistungen vermittels eines höheren Lebensstandards und größerer sozialer Kohäsion der Gesellschaft nutzt. In Spanien beispielsweise anerkennt Art. 43 der Verfassung von 1978 das Recht auf den Schutz der Gesundheit und verpflichtet die öffentlichen Behörden, öffentliche Gesundheitsaktivitäten einschließlich Präventivmaßnahmen zu organisieren und zu überwachen. Und das kürzlich verabschiedete Gesetz über Kohäsion und Qualität im nationalen Gesundheitssystem verlangt die Koordinierung der öffentlichen Stellen im Gesundheitswesen, um das Recht der Bürger auf den Schutz der Gesundheit zu gewährleisten. Beide Rechtsinstrumente zielen darauf ab, Chancengleichheit und Qualität im spanischen Gesundheitswesen sicherzustellen.

83. Ein wichtiges Problem bei der Umsetzung dieser gemeinsamen Werte in die Praxis ist die Sicherung einer vernünftigen Finanzierung der Gesundheitssysteme, damit sie in einer die GFA respektierenden Art und Weise funktionieren können. In vielen Ländern stehen die Politiker vor der Notwendigkeit, die Gelder in sozial gerechter Weise in einen Topf zu dirigieren, sodass die Wohlhabenden zur Unterstützung der Mittellosen beitragen.

5.1.2 Die Werte in ihrem politischen Kontext

84. Die Art und Weise, wie Werte die politischen Entscheidungsprozesse durchdringen, ist aus mehreren Gründen komplex.

- Einen Konsens über allgemeine ethische Vorstellungen herbeizuführen kann eine komplizierte Angelegenheit sein, insbesondere in einem sich rasch wandelnden Europa Werte unterliegen der Interpretation, und es gibt keine allgemeinen Definitionen, die von Mitgliedstaaten und Akteuren im Gesundheitswesen sämtlich als exakte Norm anerkannt würden. Es gibt zahlreiche Beispiele für Begriffe (einschließlich „Chancengleichheit“ und „Solidarität“), die im Raum der Europäischen Region mehrere, voneinander abweichende Bedeutungen haben. Das verursacht Probleme, wenn Werte in konkreten Umfeldern angewendet werden müssen. Ein Ausweg besteht darin, Werte in einem Menschenrechtsrahmen zu analysieren – ein solches Vorgehen kann den Verantwortlichen helfen fundamentale, unveränderliche und allgemein anerkannte Grundwerte festzulegen.
- Die Achtung von Werten kann die Verantwortlichen in entgegengesetzte Richtungen ziehen. Ethische Führung bedeutet kontinuierlich abwägen zu müssen – beispielsweise zwischen Chancengleichheit und Kostenwirksamkeit. Insofern Werte nur einer von vielen Einflussfaktoren auf politische Entscheidungsprozesse sind, müssen die Verantwortlichen schwierige Entscheidungen darüber fällen, welche Werte aufrechterhalten werden und Vorrang haben sollen und inwieweit Kompromisse annehmbar sind.

- Werte bleiben bisweilen außen vor, weil die Vorhersage schwierig ist, wie sie die praktische Umsetzung von Konzepten beeinflussen. Wengleich die Präambeln vieler nationaler Grundsatzdokumente Aussagen zu Werten enthalten, so ist die Übertragung aus Willensbekundungen in eine Grundlage für praktisches Handeln eine ganz andere Sache. Werte mögen interessant sein, sie können aber auch abstrakt und praxisfern erscheinen, und ihre Umsetzung lässt sich schwer verifizieren, überwachen und messen.

5.1.3 Der weitere Weg

85. Mit der Überprüfung der GFA-Wertprinzipien im Rahmen dieser Aktualisierung verbindet sich die Hoffnung, die Werte nützlicher und zweckdienlicher zu machen und auf diese Weise ihre Umsetzung in die Praxis zu fördern. Die Werte scheinen von den Mitgliedstaaten der Region unterstützt zu werden und, wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt, eine große Zahl von Regierungen hat sich bei der Formulierung ihrer nationalen Gesundheitskonzepte explizit auf diese Werte bezogen. Aus dem Bekenntnis zu den Werten folgt jedoch nicht zwangsläufig, dass sie treibende Kräfte der Gesundheitssysteme sind. Mehrere wichtige Fragen sind noch zu stellen:

- Welche Rolle spielen Werte in den nationalen Gesundheitssektoren der Region?
- Welche Werte gelten für den Gesundheitssektor in der Europäischen Region im 21. Jahrhundert?
- Sind die Werte auch für die in anderen Sektoren formulierte Politik von zentraler Bedeutung – insbesondere in den bedeutenden Bereichen der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung der Nation?
- Wie können diese Werte besser verstanden werden und wie kann ihr Nutzen für die Verantwortlichen gesteigert werden?
- Welche Arten von Mechanismen würden zur Umsetzung der Werte in die Praxis beitragen?

86. Zur Beantwortung dieser Fragen bietet die vorliegende Aktualisierung zwei mögliche Ansätze – zwei Bezugsrahmen für den Umgang mit Werten in Gesundheitskonzepten.

- **Recht.** Werte bilden die Grundlage für den Bezugsrahmen Menschenrechte. Dazu gehören die internationalen Verpflichtungen, die Staaten in Verhandlungen über diverse Menschenrechtsinstrumente und mit deren Verabschiedung eingehen. Die Europäische Region ist in diesem Bereich relativ weit vorangeschritten und verfügt über starke regionale Instrumente, zu denen sich ihre Mitgliedstaaten bekannt haben.
- **Ethik.** Werte spielen auch eine wichtige Rolle in dem gemeinsamen ethischen Bezugsrahmen aus moralischen Normen und Verhaltensregeln, die in allen Ländern anerkannt sind und von allen Akteuren in jedem einzelnen Land allgemein geachtet werden. Entscheidungen und Handlungen können deshalb an diesem Bezugsrahmen gemessen werden.

87. Es gibt mehrere gute Gründe dafür, nicht den einen Bezugsrahmen dem anderen vorzuziehen, sondern sie stattdessen miteinander zu verbinden. Beide schließen sich nicht gegenseitig aus, sie ergänzen einander. Beide können schrittweise realisiert, verhandelt, interpretiert und angepasst werden. Keiner von beiden sollte in modernen Gesellschaften den anderen überragen oder wichtiger oder einflussreicher sein als der andere.

88. Werte innerhalb beider Bezugsrahmen gleichzeitig zu prüfen, kann den Verantwortlichen bei der Entwicklung ethischer, auf Werten basierender Führung helfen. Diese Herangehensweise geht davon aus, dass ein Gesundheitssystem auf jeder Ebene unter Bezugnahme auf sowohl gemeinsam anerkannte ethische Normen als auch auf rechtlich verbindliche Menschenrechtsnormen beurteilt werden kann. Werte können demnach dazu verwendet werden die Leistung des Gesundheitssystems zu überprüfen, zu beurteilen und zu verbessern. Gleiches gilt für die Beurteilung der Führung im Allgemeinen. Eine solche Beurteilung erbringt den größten Nutzen, wenn sie von den einzelnen Ländern selbst durchgeführt wird. Unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Konsenses in der Region wird manches Land sein eigenes Bekenntnis vielleicht auch bekräftigen. Die Einhaltung solch grundlegender allgemein geteilter Werte ist

heute von besonderem Nutzen, wo nationale Politiker oft widersprüchliche Signale über die wirksamste Methode zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme empfangen.

89. Die Verknüpfung von rechtlichem und ethischem Ansatz bietet auch einige praktische Möglichkeiten, die GFA-Wertprinzipien zu verstehen und umzusetzen. Dieser kombinierte Ansatz nutzt vor allem den Verantwortlichen, kann aber auch für eine Reihe anderer Akteure in dem Sektor vorteilhaft sein: für nichtstaatliche Organisationen, die allgemeine Bevölkerung, Berufsorganisationen, politische Parteien, den akademischen und Forschungsteilsektor und sogar für private Unternehmen.

5.2 Gesundheit im rechtlichen Bezugsrahmen der Menschenrechte

5.2.1 Das Recht auf Gesundheit

90. Wie bereits erwähnt, heißt es in der WHO-Satzung: „Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen...sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen.“ Diese Vorstellung leitet die Zusammenarbeit der WHO mit ihren Mitgliedstaaten. Für den Einzelnen ist das Recht auf Gesundheit nicht gleichbedeutend mit dem Recht, gesund zu sein. Es begründet vielmehr einen Anspruch auf ein Bündel gesellschaftlicher Vereinbarungen, Normen und Gesetze, die geeignet sind jeden Menschen in die Lage zu versetzen, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen. Für eine Regierung impliziert das Recht auf Gesundheit, dass sie die Verpflichtung hat, jeden Menschen in ihrem Hoheitsbereich in die Lage zu versetzen, dieses Recht so vollständig wie möglich wahrnehmen zu können. Diese Verpflichtung kann durch zahlreiche einander ergänzende Ansätze erfüllt werden. Dazu zählen die Formulierung von Gesundheitskonzepten, die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen und die Verabschiedung konkreter Rechtsinstrumente. Regierungen sind nicht nur verpflichtet, auf positive Gesundheitsergebnisse hinarbeiten, sondern müssen auch sicherstellen, dass Gesundheitseinrichtungen, Güter und Dienstleistungen allgemein verfügbar, zugänglich, erschwinglich sowie qualitativ hochwertig sind, besonders in Bezug auf die anfälligsten und am stärksten marginalisierten Bevölkerungsgruppen (23,38). Schlussendlich impliziert das Recht auf Gesundheit nicht nur ein Recht auf Gesundheitsversorgung, sondern auch auf Krankheitsprävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung.

91. In einem nationalen Kontext nimmt das Recht auf Gesundheit in der Praxis oft die Form bestimmter Rechtsansprüche an – konkrete Gesundheitsleistungen, die die Gesetze eines Landes seinen Bewohnern garantieren.

5.2.2 Der allgemeine Menschenrechtskontext

92. Obwohl das Recht auf Gesundheit als das Paradebeispiel bei der Formulierung von Gesundheitskonzepten gelten kann, stützt sich der Menschenrechtsansatz zu Gesundheit auch auf andere Menschenrechte, Normen und Prinzipien. Die meisten von diesen sind dargelegt in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte – Gründungsdokument der Menschenrechtsbewegung und fast universell anerkannte Erklärung. Die Anwendung des Menschenrechtsansatzes auf die Praxis der Gesundheitssysteme ist für den Gesundheits- und für den Menschenrechtsbereich relativ neu. Es impliziert die Anerkennung einiger allgemeiner Rechte, die sich nicht explizit auf Gesundheit beziehen:

- das Recht auf Gleichbehandlung und Freiheit von Diskriminierung,
- das Recht auf freie, bedeutungsvolle und wirksame Teilhabe,
- das Recht, Informationen zu verlangen und zu erhalten,
- das Recht, vom wissenschaftlichen Fortschritt und seinen Anwendungen zu profitieren
- das Recht auf eine gesunde physische und soziale Umwelt,
- das Recht auf reines Wasser, sichere Nahrung und geeignete Wohnung und
- das Recht auf Privatsphäre.

93. Der Menschenrechtsansatz ist für den Gesundheitssektor von besonderer Relevanz, weil die Berücksichtigung jedes dieser Rechte unmittelbare Konsequenzen für die Gestaltung, Überwachung, Umsetzung und Beurteilung der Gesundheitskonzepte und -programme eines Landes hat (39).

94. Zwischen Gesundheit und Menschenrechten besteht ein enger Zusammenhang. Die Gesundheit wird von vielen sozialen, ökonomischen, ökologischen, kulturellen und politischen Faktoren beeinflusst und, wie oben bereits bemerkt, die Achtung des Rechts auf Gesundheit erfordert auch die Achtung anderer Menschenrechte. Diese Beziehung lässt sich dreifach darstellen:

- Direkte Menschenrechtsverletzungen können eindeutige und oft schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen haben.
- Die Art der Gestaltung oder Umsetzung mancher öffentlicher Gesundheitskonzepte und -programme kann zu indirekten Menschenrechtsverletzungen führen.
- Gesundheit ist direkt oder indirekt eine Voraussetzung für die meisten anderen in internationalen Verträgen anerkannten Menschenrechte. Bei beeinträchtigter Gesundheit, kann es für Menschen schwierig sein, ihre Rechte als vollwertige Mitglieder ihrer Gemeinschaft auszuüben.

95. Jeder Mitgliedstaat in der Europäischen Region der WHO hat mindestens einen Vertrag, ein Abkommen oder ein anderes völkerrechtliches Instrument unterzeichnet, das ihn zur Achtung der Menschenrechte verpflichtet.

96. Eine sofortige und vollständige Garantie der Rechte, auf die sich solche Instrumente beziehen, fällt jedem Land schwer, weil dafür nicht nur die entsprechenden Gesetze verabschiedet, sondern auch zahlreiche Verwaltungs-, Finanz-, Bildungs- und Sozialmaßnahmen durchgeführt werden müssten. Daher ist allgemein anerkannt, dass das Ideal der Menschenrechte eine „progressive Realisierung“ erfordert, was so viel bedeutet wie so rasch wie möglich kontinuierliche Fortschritte bei den Menschenrechten zu erzielen. Diese Vorgehensweise ist auch für die Gesundheitspolitik von außerordentlich großer Relevanz, obwohl viele an der Entwicklung von Gesundheitssystemen und -konzepten beteiligte Fachleute sich der Vorteile nicht ausreichend bewusst sind.

97. Für die Gesundheitsministerien ist die Bezugnahme auf internationale Verpflichtungen, die ihr Land eingegangen ist, mit mehreren substanziellen Vorteilen verbunden.

- Solche internationalen Verpflichtungen stützen die Werte, die für die Gestaltung von Gesundheitspolitik von Belang sind, durch Rechtsansprüche und internationale Normen.
- Die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich sind besser gerüstet als irgendjemand sonst, der Regierung verständlich zu machen, in welchem Bezug die internationalen Verpflichtungen ihres Landes zur Gesundheit stehen.
- Bei der Ratifizierung internationaler Verträge entwickeln und beschließen Länder häufig nationale Menschenrechtsmaßstäbe, um Fortschritte im Vergleich zu diesen zu messen. Die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich können diese Maßstäbe übernehmen und nutzen.
- Die in internationalen Rechtsakten und nationalen Gesetzen festgeschriebenen Grundrechte und Grundwerte liefern wichtige Orientierungsmaßstäbe für die Strukturierung und Verbesserung des Gesundheitssystems eines Landes und für den respektvollen Umgang mit der Bevölkerung.
- Der Menschenrechtsansatz kann Regierungen helfen, Diskriminierung – insbesondere von Angehörigen vulnerabler und marginalisierter Gruppen – infolge schlechter Zielgruppenauswahl von Gesundheitskonzepten und -programmen zu vermeiden.
- Wie andere Menschenrechte gilt auch das Recht auf Gesundheit nicht für irgendeine bestimmte Gruppe. Genauer gesagt: Es gilt nicht nur für Patienten, sondern für die gesamte Bevölkerung.

5.3 Gesundheit im gemeinsamen ethischen Bezugsrahmen: Die GFA-Wertprinzipien

98. Im gemeinsamen ethischen Bezugsrahmen gibt es keine ultimative, jetzt und für alle Zeit gültige Antwort auf die Frage, welche Werte wichtig sind. In einem bestimmten Land kann es in einem bestimmten Zeitabschnitt dazu kommen, dass bestimmte Werte allgemein als Grundwerte akzeptiert werden. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass die gleiche Übereinkunft überall getroffen wird. In der Europäischen Region gibt es zahlreiche Beispiele für das Auftreten von Missverständnissen, als verschiedene Akteure dieselben Begriffe verwendeten, um vollkommen unterschiedliche Dinge zu bezeichnen. In einer sich so rasch wandelnden Region, zudem mit so vielen unterschiedlichen Sprachen, lässt sich nur schwer Übereinstimmung über allgemein formulierte ethische Vorstellungen erzielen. Aus diesem Grund wird in dieser Aktualisierung gefordert, dass auf Werte in ihrem konkreten Kontext Bezug genommen wird. Für die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich bedeutet dies per se die ethische Entscheidung, bei der Auseinandersetzung mit der schwierigen Umsetzung von Werten auf politisch bequeme Rhetorik zu verzichten. Sie sollten stattdessen ernsthaft untersuchen, in welcher Beziehung Werte zu den Anforderungen der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten in der Praxis stehen.

99. In Übereinstimmung mit der in dieser Aktualisierung artikulierten Vision und den neuesten und besten wissenschaftlichen Überlegungen zu Gesundheitssystemen wurden drei grundlegende Werte als unverzichtbare GFA-Wertprinzipien ermittelt: Chancengleichheit, Solidarität und Bürgerbeteiligung. Nationale Entscheidungsträger im Bereich Gesundheit haben zahlreiche Möglichkeiten präzise zu entscheiden, wie sie diese Werte in die Praxis umsetzen wollen. In der Art und Weise, wie jedes nationale Gesundheitskonzept den gesundheitlichen Bedürfnissen sowie den politischen und wirtschaftlichen Realitäten Rechnung trägt, spiegelt sich eine nationale Agenda wider. Wenn es sich um ein echtes GFA-Konzept handelt, kann es diese drei Kernwerte nicht vernachlässigen.

5.3.1 Chancengleichheit

100. Im GFA-Kontext impliziert Chancengleichheit, dass jeder eine faire Chance erhält, sein gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen, und dass – wenn irgend möglich – niemand daran gehindert ist, dieses Potenzial zu erreichen. Auf Grundlage dieser Definition würde ein auf Chancengleichheit basierendes Gesundheitskonzept danach streben, vermeidbare Unterschiede bei den Gesundheitsergebnissen zu beseitigen oder zu minimieren – d. h. es würde die Chancengleichheit in Bezug auf das Ausschöpfen des vollen gesundheitlichen Potenzials fördern. Es würde sicherstellen, dass allen Patienten unabhängig von Faktoren wie Geschlecht, Alter, sozialer Situation, finanziellen Ressourcen, Ethnizität, religiösen Überzeugungen, sexueller Orientierung, nationaler Herkunft, Bildungsstand, Wohnort, politischen Anschauungen und Staatsangehörigkeit eine Heilbehandlung zur Verfügung steht. Chancengleichheit erstreckt sich auch auf zahlreiche Aspekte der Erbringung und Verteilung von Gesundheitsleistungen, von Gesundheitsgewinnen und Ressourcen sowie von Gesundheitsinformationen. Wie bereits erwähnt umfassen solche Dienste nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern auch Prävention, Gesundheitsförderung und Maßnahmen, die die öffentliche Gesundheit betreffen.

101. Im Gesundheitswesen kann Chancengleichheit auf zwei Weisen verstanden werden:

- **Chancengleichheit in Bezug auf den Prozess** bedeutet, der Staat sorgt dafür, dass alle Menschen unabhängig von ihrer Fähigkeit zum System beizutragen die gleiche Chance auf den Zugang zu Gesundheitsdiensten haben, die auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sind.
- **Chancengleichheit in Bezug auf das Ergebnis** bedeutet, dass der Staat soweit möglich alles unternimmt, um das gesundheitliche Potenzial von Angehörigen benachteiligter Gruppen auf das Niveau der übrigen Bevölkerung zu bringen. Die ergebnisbezogene Chancengleichheit kann beispielsweise erhöht werden, indem konkrete Entschädigungsmechanismen für Gruppen geschaffen werden, die aufgrund verschiedener Anfälligkeiten unterprivilegiert sind, sofern solche Mechanismen für diese Gruppe akzeptabel sind.

102. Es ist unumgänglich, Chancengleichheit im Kontext der Gesundheitssysteme zu deuten und umzusetzen. Bei der Verfolgung des grundlegenden Ziels eines Zugewinns an Gesundheit bedeutet Chan-

cengleichheit den Abbau ungerechter Unterschiede im Gesundheitszustand Einzelner, gesellschaftlicher Gruppen, Regionen usw.

Chancengleichheit und Menschenrechte

103. Chancengleichheit ist eng mit den Menschenrechten verknüpft. Die Betrachtung der Chancengleichheit im Bezugsrahmen Menschenrechte verdeutlicht, wie wichtig es ist, allen Menschen gleiche Chancen auf Gesundheit zu eröffnen. Gesundheitliche Chancenungleichheit bezieht sich auf Unterschiede, die nicht nur systematisch und quantifizierbar, sondern auch vermeidbar sind. Chancenungleichheit bezieht sich also auf ungerechte und vermeidbare Unterschiede. Chancengleichheit ist ein normativer ethischer Wert, der eine gerechte Verteilung von Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten in und unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit sich bringt.

104. Im Gesundheitsbereich zählt zu den die Chancengleichheit sichernden Maßnahmen die Verringerung jeglicher Form von Diskriminierung beim Ausnutzen von Gesundheitsinitiativen. Ein umfassendes Programm zur Förderung der Chancengleichheit macht eine Ausgewogenheit zwischen zwei Perspektiven erforderlich – der Berücksichtigung von Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsbedürfnissen. Von den Gesundheitsdeterminanten aus gesehen sollte ein Programm für Chancengleichheit darum bemüht sein, die Wirkung aller grundlegenden Gesundheitsdeterminanten zu minimieren, die ungleiche Möglichkeiten für Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen schaffen. Das ist auch als horizontale Chancengleichheit bekannt. Von den Gesundheitsbedürfnissen aus gesehen müsste ein Chancengleichheitsprogramm sich auf die Menschen mit den größten medizinischen Bedürfnissen konzentrieren – vertikale Chancengleichheit (40,41). Wie bereits in Artikel 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (42) aufgeführt ist, verstärkt Chancengleichheit deshalb den Anspruch jedes Menschen auf Menschenrechte und Freiheiten „ohne irgendeine Unterscheidung“.

105. Bisweilen führt das Bemühen um Chancengleichheit zur Anwendung abweichender Standards für unterschiedliche Gruppen, um bestehende Ungleichheiten zu kompensieren. (Diese Praxis wird gelegentlich als „positive Diskriminierung“ bezeichnet, aufgrund seiner negativen Konnotationen ist bei der Verwendung dieses Begriffs jedoch Vorsicht angebracht.) Bemühungen um Chancengleichheit können daher als Kompensationsmechanismus zur Verringerung bestimmter bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen mehr und weniger bevorzugten Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und länderübergreifend gesehen werden.

Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik

106. Um den Grad zu ermitteln, bis zu dem gesundheitliche Chancengleichheit verwirklicht wurde, müssen die Verantwortlichen eine Mischung sozioökonomischer, kultureller und ökologischer Faktoren berücksichtigen. Weiter oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass dies die Untersuchung des breiteren Kontextes aller potenziellen Gesundheitsdeterminanten erfordert, welche dazu führen können, dass Menschen unterschiedlichen sozialen Schichten angehören und deshalb manche Gruppen benachteiligen. Ein erstklassiges Beispiel für eine solche zu berücksichtigende Gesundheitsdeterminante ist Armut in ihren verschiedenen Erscheinungsformen – unsichere Versorgung mit Lebensmitteln, gesellschaftliche Ausgrenzung und Diskriminierung, ungeeignete Wohnung, unzureichender Schutz der frühen kindlichen Entwicklung und unsichere Arbeitsbedingungen, von qualitativ minderwertigen Gesundheitsdiensten ganz zu schweigen. Armut ist verantwortlich für den überwiegenden Teil der weltweiten Last aus Krankheit und Tod und für den Großteil der Chancenungleichheiten in Bezug auf Gesundheit zwischen und in den Ländern. Diese Wirkungen sind gesellschaftlich bedingt und lassen sich am besten durch konkrete Armutsbekämpfung und eine Gesundheitspolitik angehen, die Armut als eine Ursache von Erkrankungen ansieht.

107. Um Erkenntnisse über die komplexen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten zu erhalten, können die politischen Akteure Mechanismen zur Erfassung und Beurteilung des Grads gesundheitlicher Ungleichheit zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen schaffen. Auf die gleiche Weise lässt sich erfassen und beurteilen, inwieweit Gesundheitskonzepte und -programme erfolgreich zur Verbesserung der Gesundheit anfälliger und benachteiligter Gruppen beigetragen haben.

108. Im Gesundheitssektor sollte Chancengleichheit nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern auch in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit von Belang sein. Dies ist notwendig bei der Bewertung, welche Gesundheitsleistungen von der öffentlichen Hand finanziert werden sollten und wie der Gesamtetat für Gesundheitsleistungen aufgeteilt werden sollte. Dazu sollte eine die Chancengleichheit fördernde Politik sich nicht mit einem Fokus auf individuelle Lebensweisen oder auf die Bedürfnisse marginalisierter und vulnerabler Gruppen zufrieden geben. Die große Mehrheit der Bevölkerung ist durch wenigstens eine Gesundheitsdeterminante negativ betroffen und die vorhandenen gesundheitlichen Chancengleichheiten verlangen, dass die Gesundheitspolitik alle gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten in Angriff nimmt.

109. Allerdings kann gesundheitliche Chancengleichheit nicht als Aufgabe des Gesundheitssektors allein betrachtet, sondern muss als ein sektorübergreifendes Problem behandelt werden. Soziale Parameter wie Einkommen, Wohnsituation, Bildung usw. haben einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand, und gesundheitliche Chancengleichheit hängt in hohem Maße von der Umsetzung geeigneter Konzepte in allen öffentlichen Sektoren ab. Infolgedessen sollten Konzepte und Programme im Gesundheitssektor, die der Verbesserung der Gesundheit aller Bürger dienen, die Zusammenarbeit mit allen relevanten staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren in den Bereichen Soziales, Bildung, Umwelt oder Gesetzgebung in Betracht ziehen.

5.3.2 Solidarität

110. Solidarität wird gewöhnlich definiert als das Bewusstsein einer kollektiven Verantwortung der Gesellschaft. Im Gesundheitssektor bedeutet Solidarität, dass jeder gemäß seiner finanziellen Leistungsfähigkeit und nicht nach seiner Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum Gesundheitssystem beiträgt. Solidarität ist folglich eine Frage der Ressourcenverteilung: Wer zahlt wie viel für was und wann? Die Verteilung des gesundheitlichen Zugewinns erfolgt selbst in den reichsten Ländern noch nicht gleich, Solidarität sichert eine faire und gerechte Verteilung der Finanzierungslast. In dieser Hinsicht bedeutet Solidarität die Verminderung des direkten Zusammenhangs zwischen dem, was der Einzelne zahlt, und dem, was er an Leistungen empfängt. In einem GFA-System ist das Bekenntnis zur Solidarität entscheidend, da es bedeutet, dass das System Gesundheitsdienste für jeden zugänglich macht, auch für Bürger, deren finanzielle Mittel begrenzt sind. Solidarität ist der Wert, der sichert, dass die finanzielle Last in einer fairen und gerechten Weise verteilt wird. Faire Prozesse werden zunehmend als eine Notwendigkeit für verschiedene Einrichtungen auf unterschiedlichen Entscheidungsebenen angesehen (43).

Solidarität und individuelle Verantwortung

111. Viele Gesellschaften in der Europäischen Region erkennen an, dass Menschen zum Teil selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sind. Weil es Grenzen für die erreichbare Gesundheit gibt, gibt es auch Grenzen der Solidarität. Ein typisches Beispiel bietet die Debatte, ob als „Luxus“- oder „Zusatz“-Versorgung eingestufte Leistungen von der öffentlichen Hand finanziert werden sollten. Die Antworten variieren von Land zu Land. Selbst zwischen sich eindeutig zur Solidarität bekennenden Ländern bestehen große Unterschiede in Bezug auf den Versicherungsschutz für derartige Leistungen. Entscheidungen über die Grundsicherung eines solidarischen Gesundheitswesens sind in der Tat vornehmlich politische Entscheidungen, bei denen gewöhnlich nicht nur die Bedürftigkeit, sondern auch die Ressourcenverfügbarkeit berücksichtigt wird. Bisweilen schließt ein sich zur Solidarität bekennendes Land bestimmte Heilbehandlungen und Präventivmaßnahmen, die im konkreten Fall oder Umfeld aber nicht im großen Maßstab kostenwirksam sein mögen, aus seinem Leistungskatalog aus. Somit ist die Festlegung des Leistungskatalogs ein auf ethischen Normen gründender gesamtgesellschaftlicher Prozess. Das schwächt nicht die zentrale Bedeutung der einzelnen Person beim Schutz ihrer eigenen Gesundheit durch eine gesunde Lebensweise, die Befolgung ärztlichen Rats usw.

Zervixkarzinom-Screening in Slowenien

In Slowenien wurde das Zervixkarzinom-Screening 1960 in die gynäkologische Standardversorgung aufgenommen. Dennoch verzeichnete das Land ab 1994 einen Aufwärtstrend bei der nationalen Inzidenz dieser Krankheit und zählte 2000 zu den Ländern mit dem höchsten Stand in Europa. Einer der Gründe war, dass nur 30 Prozent aller slowenischen Frauen an dem Screening teilnahmen, obwohl auf dem Papier jede von ihnen den gleichen Zugang zu dem Verfahren hatte. Insbesondere, wenn die Teilnahme an dem Screening der Initiative der einzelnen Frau überlassen blieb, erfasste das System ältere Frauen und Frauen aus niedrigen sozioökonomischen Schichten häufig nicht, obwohl beide Gruppen ein höheres Erkrankungsrisiko aufwiesen.

1998 wurde zur Lösung des Problems ein Pilotprojekt gestartet. Durch Anbindung an das zentrale Bevölkerungsregister Sloweniens wurde das Zervixkarzinom-Screening überwacht und alle Frauen im Zielalter von 20 bis 64 Jahren wurden schriftlich zur Teilnahme aufgefordert. Dadurch erhöhte sich die Teilnahmequote bei zuvor nicht regelmäßig untersuchten Frauen auf fast 50 Prozent. 2003 nahm das Nationale Programm für organisiertes Zervixkarzinom-Screening seine Arbeit auf. Es tritt für aktive auf die ganze Bevölkerung zielende Präventionsmaßnahmen auf Grundlage wissenschaftlicher Methoden und Qualitätssicherungsverfahren ein. Dadurch, dass die slowenische Pflichtkrankenversicherung die Teilnahme finanziert, sichert das Gesundheitssystem den universellen Zugang zum Programm und demonstriert so seine Verpflichtung zu Chancengleichheit und Solidarität.

Der Zusammenhang von Solidarität und Chancengleichheit

112. In Gesundheitssystemen kann die Unterscheidung zwischen Solidarität und Chancengleichheit bisweilen künstlich wirken. Solidarität ist ein Mittel zur Erreichung von Chancengleichheit. Chancengleichheit impliziert, dass der Staat Kompensationsmechanismen geschaffen hat, damit alle Bevölkerungsgruppen bedarfsgerechte Leistungen erhalten. Maßnahmen für mehr Solidarität können zu ähnlichen Resultaten führen. Die Umsetzung beider Kernwerte lässt sich auch danach bewerten, wie fair ein System ist. Hierzu muss ermittelt werden, ob die Gesellschaft insgesamt die Politik, die Entscheidungen und die Handlungsweisen der Regierung als fair einstuft.

113. In diesem Zusammenhang bedeutet Fairness, dass die Armen prozentuell nicht mehr als die Reichen von ihrem verfügbaren Einkommen bezahlen sollten - d. h. Menschen tragen zu einem auf Solidarität beruhenden System anteilig nach ihrem Vermögen bei. Solche Fairness bei den Finanzierungsbeiträgen ist eines der Kernziele von GFA-Systemen und auch ein weiteres Beispiel dafür, wie grundsätzlich die Werte die Funktionsweise von Gesundheitssystemen durchdringen. Dieses Konzept ist besonders für die Länder im wirtschaftlichen Übergang relevant, die große Gesundheitsreformen durchführen. In solchen Situationen besteht stets die Versuchung für die unmittelbare Aussicht auf maximale Kostenwirksamkeit Kompromisse zulasten der Chancengleichheit und Solidarität einzugehen und die größtmöglichen gesundheitlichen Gewinne aus sehr begrenzten finanziellen Mitteln zu erstreben – diese Versuchung ist eine der größten Herausforderungen für eine ethische, auf Werten beruhende Führung. In Systemen mit mehreren Krankenversicherern erfordert die Wahrung von Solidarität in der Gesundheitsversorgung eine strenge Regulierung und ausdrückliche Schutzleitlinien, damit das Prinzip der Chancengleichheit nicht durch einen Wettbewerb um gesündere Gruppen mit niedrigerem Risiko verletzt wird.

Solidarität als eine treibende Kraft für Bürgerbeteiligung

114. Eine Solidarität praktizierende Gesellschaft erfordert die Beteiligung aller. Wenn Solidarität gesetzlich verbrieft ist, zeigt sich hieran oft die Beteiligung von Menschen an, die ihr Gefühl für soziale Gerechtigkeit gesetzlich verankern wollen. In dieser Hinsicht ist öffentliche Rechenschaftspflicht unabdingbar – in einer Solidarität respektierenden Gesellschaft sollten die Gesundheitsbehörden für die Umsetzung von Solidarität zur Verantwortung gezogen werden und auch für den Nachweis, ob und wie Solidarität den erwünschten gesellschaftlichen Nutzen bringt.

5.3.3 Bürgerbeteiligung

115. Für den Zweck dieser Aktualisierung wird Bürgerbeteiligung definiert als die direkte Einbeziehung von Menschen auf individueller oder kollektiver Ebene, um den Gesundheitsbereich betreffende Entscheidungsprozesse im öffentlichen Sektor zu beeinflussen.

116. Die breite Öffentlichkeit zu informieren und sie nach ihren Ansichten zu befragen, sind die zwei grundlegendsten Formen der Bürgerbeteiligung. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region haben zunehmend innovative Methoden entwickelt, um die Öffentlichkeit in Bereichen wie der Festlegung von Gesundheitsprioritäten und der Erforschung des Zufriedenheitsgrads mit dem Gesundheitswesen einzubeziehen.

117. Eine andere Form kollektiver Bürgerbeteiligung findet über Patienten- und Verbrauchergruppen statt. Diese Gruppen haben in den Ländern der Europäischen Region starken Zulauf und scheinen positiv und effektiv zur öffentlichen Diskussion in pluralistischen Gesellschaften beizutragen. In manchen Fällen vertritt eine Gruppe allerdings die Partikularinteressen bestimmter Kunden oder Patientengruppen, die nicht die allgemeinen gesellschaftlichen Bedürfnisse und Interessen widerspiegeln.

Bürgerbeteiligung in Lettland

Ein Negativbeispiel.

In Lettland bemühen sich viele Gruppen darum Patienten zu organisieren, zu unterstützen und aufzuklären und Entscheidungsprozesse im Bereich der Gesundheitsversorgung zu beeinflussen. Ärzte sind häufig Mitglieder solcher Organisationen und üben leitende Funktionen aus. Die Hauptsponsoren vieler solcher Organisationen sind jedoch Pharmaunternehmen, manchmal weniger aus philanthropischen Motiven. Beispielsweise warb eine lettische Beratungsgruppe für Frauen in den Wechseljahren aktiv für die Hormonersatztherapie, verschwieg jedoch, dass diese Therapie von der internationalen Forschungsgemeinschaft nicht mehr allgemein anerkannt ist. Die Gruppe scheint folglich eher im Interesse eines Pharmaunternehmens zu handeln, als den Interessen der vorgeblich von ihr vertretenen Patientinnen zu dienen.

Ein Positivbeispiel.

Das Lettische Büro für Patientenrechte wurde von Anwälten gegründet. Da die Mitglieder nicht selbst Patienten sind, bezeichnet es sich als nichtstaatliche Organisation von Patientenvertretern und als eine professionelle neutrale Partei, die uneigennützig Patienten vertritt. Das Büro versucht primär auf nationaler Ebene bessere Kenntnis von internationalen Instrumenten für Menschenrechte und Patientenrechte zu fördern und es hat Entscheidungsprozesse im Bereich der Gesundheitsversorgung, Gesetzgebungsverfahren und die Berichterstattung in den Massenmedien positiv beeinflusst.

Mehr Bürgerbeteiligung bei Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung.

118. Patienten werden mehr und mehr in Behandlungsentscheidungen einbezogen; der Trend ist allerdings komplex. Es muss ein Ausgleich zwischen der Einbeziehung des Patienten und der fachlichen ärztlichen Meinung gefunden werden. Einerseits hat es sich als vorteilhaft erwiesen, Patienten über ihre Erkrankung zu informieren und sie in klinische Entscheidungen einzubeziehen. Dies gilt insbesondere, wenn die Diagnose oder Prognose bis zu einem gewissen Grad unsicher ist oder es zwischen Behandlungsalternativen abzuwägen gilt. In solchen Fällen sollten die Werte, Erwartungen und Prioritäten des Patienten eine zentrale Rolle bei der Entscheidung spielen. Andererseits trägt das qualifizierte Personal im Gesundheitswesen weiterhin die Verantwortung für die Auswahl der besten Behandlungsform und der Fachmeinungen sollte besonderes Gewicht zukommen. Dem Fachpersonal Verantwortung zu übertragen, sollte jedoch weder die Patientenbeteiligung ausschließen noch so verstanden werden, als würde damit dem Fachpersonal ein höherer Stellenwert als dem Patienten eingeräumt. Klar vorgelegte Beiträge des Fachpersonals erleichtern in der Tat die Patientenbeteiligung. Außerdem sind Äußerungen der Standpunkte und Erfahrungen von Patienten nicht nur bei der klinischen Versorgung nützlich, sondern auch für die Formulierung von Gesundheitskonzepten.

Mehr Entscheidungsfreiheit für Verbraucher: Nutzen und Risiken

119. Zunehmend gewähren Länder in der Europäischen Region Patienten die freie Wahl des Anbieters von Primärversorgung und Krankenhausversorgung. Viele Bürger in der Europäischen Region sehen in Wahlmöglichkeiten für Patienten die beste Möglichkeit, wirksam Einfluss auf das Gesundheitswesen zu nehmen. Als partizipatorischer Mechanismus kann dies zwar tatsächlich die Politik beeinflussen und zur Schaffung aufgeschlossener Gesundheitssysteme beitragen, Patientenentscheidungen können aber auch zusätzliche Kosten bedeuten. Außerdem können sie die Solidarität untergraben und gesundheitliche Ungleichheiten vergrößern. Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass die höheren und besser informierten sozialen Schichten den größten Nutzen aus Wahlmöglichkeiten für Patienten ziehen, während dies für anfällige oder stärker benachteiligte Gruppen keinen großen Unterschied ausmacht.

Die Herausforderung für die Politik

120. Selbst mit guten Absichten geschaffene partizipatorische Mechanismen vernachlässigen bisweilen den Bedarf anfälliger Gruppen wie geistig Behinderter, Migranten, älterer oder allein stehender Menschen oder HIV-positiver Menschen. Die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich müssen den Interessen solcher besonderer Gruppen Rechnung tragen und dürfen auf Befürchtungen über negative Effekte partizipatorischer Mechanismen nicht reagieren, indem sie diese wieder beschneiden (beispielsweise die Wahlmöglichkeiten verringern). Stattdessen sollten die Verantwortlichen ihre Bemühungen auf die Verbesserung des Informationszugangs konzentrieren. Insbesondere sollten sie aktiv die Beteiligung der unterprivilegiertesten und anfälligsten Gruppen unterstützen, denen häufig die Erfahrung und das Vertrauen fehlen, ihrer Stimme Gehör zu verschaffen. Zu diesem Zweck kann unter anderem die Förderung der Bürgerbeteiligung und der Patientenrechte in Konzepte und Rechtsinstrumente aufgenommen werden. Eine weitere solche Gelegenheit liegt in regionalen politischen Maßnahmen, die bereits von einzelnen Mitgliedstaaten angenommen wurden: zum Beispiel das Recht der Bürger auf öffentliche Partizipation und Information in Bezug auf den Zustand der Umwelt.

121. Ein Zeichen für die tatsächliche Wirksamkeit der Bürgerbeteiligung besteht darin, dass Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich für ihre Entscheidungen zur Verantwortung gezogen werden. Zu den Mechanismen, mit denen die Rechenschaftslegung durchgesetzt und gewährleistet werden kann, zählen:

- die formelle Vertretung von Verbrauchern im Vorstand von beispielsweise Versicherungsunternehmen, Gesundheitsbehörden und Krankenhausbetreibern,
- die Auflistung der Rechte und Pflichten von sowohl Anbietern im Gesundheitssektor als auch Bürgern,
- die Einrichtung von Beschwerdeverfahren und
- die verstärkte Einbeziehung von Gesundheitsfachpersonal in die Beurteilung des tatsächlichen gesundheitlichen Nutzens von Konzepten und die Überwachung ihrer Auswirkungen auf die Zugänglichkeit, die Akzeptanz und die Qualität der Versorgung, insbesondere für Angehörige benachteiligter und anfälliger Gruppen.

5.4 Ethische, auf Werten beruhende Führung

122. Im europäischen Wohlfahrtsstaat ist traditionell der Staat dafür verantwortlich, dass Gesundheitssysteme unter ethischen Gesichtspunkten entwickelt und geführt werden. In der vorliegenden Aktualisierung wird dies als eine Aufforderung an die Verantwortlichen gedeutet sicherzustellen, dass

- die grundlegenden Menschenrechte in ihrem jeweiligen Land geachtet werden und
- den Werten von Chancengleichheit, Solidarität und Bürgerbeteiligung eine herausragende Bedeutung beigemessen wird und sie unterstützt und umgesetzt werden.

Die Verknüpfung dieser Werte mit dem tatsächlichen Handeln erfolgt durch ethische Führung.

123. Natürlich variiert die Führungspraxis stark von Land zu Land. Außerdem wird der Grad, in dem sie ethisch ist, oft von Faktoren beeinflusst, die wie Frieden und soziale und politische Stabilität außerhalb des Gesundheitssystems liegen. Dazu zählen auch das Vorhandensein (und die Art) erworbener Rechte und finanzieller Ressourcen sowie der Führungsstil. Die Situation wird zusätzlich durch den Umstand kompliziert, dass viele Gesundheitssysteme in der Europäischen Region in der jüngeren Vergangenheit radikale Veränderungen durchlaufen haben.

124. Ethische Führung in den Gesundheitssektoren ist eine natürliche Nebenerscheinung der GFA-Bewegung in der Europäischen Region. Sie kann mehrere Erscheinungsformen annehmen: evidenzbasierte Entscheidungsfindung, das Primat der Primärversorgung, multisektorale Zusammenarbeit oder eine besondere Gewichtung der Bedürfnisse benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Auf Rechenschaftspflicht und Transparenz sollte in keinem Fall verzichtet werden, denn ethische Führung müsste Mechanismen schaffen, die diese Werte auf jeder Ebene stärken. Rechenschaftslegung und Transparenz würden auch die Einschätzung erleichtern, wie gut nationale Gesundheitskonzepte, -programme und -initiativen mit nationalen Werten übereinstimmen.

Der Wert von Werten

125. Ein solides ethisches Fundament kann sich bei dem Versuch die Systemleistung zu verbessern als unschätzbar erweisen und Erfahrungen aus den Gesundheitssystemen mehrerer Mitgliedstaaten der Europäischen Region lassen darauf schließen, dass in Reformphasen Loyalität gegenüber den zentralen GFA-Wertprinzipien ein erstrebenswertes Ziel sein kann. In manchen Ländern gilt die ethische zusammen mit der klinischen und finanziellen Bilanz jetzt als zentrales Element der Gesamtbilanz eines Gesundheitssystems. Diese Entwicklung markiert eine Verlagerung zu einer Anerkennung von Werten als zunehmend wichtige Elemente der Umsetzung eines Gesundheitskonzepts in die Praxis, denn die Verbesserung der Systemleistung erfordert eine Kombination aus Vision, Fachwissen und der Fähigkeit zur Gestaltung des Wandels. Anders ausgedrückt: ethische, auf Werten beruhende Führung kann helfen, die notwendige Vision und Grundlage für Änderungen bereitzustellen, durch die Leistung des Gesundheitssystems gesteigert wird.

126. Ethische Führung im Gesundheitsbereich bedeutet, dass sowohl der rechtliche Bezugsrahmen der Menschenrechte als auch der gemeinsame ethische Bezugsrahmen bei Entscheidungsprozessen in den Vordergrund gerückt werden und bei der Entwicklung und Beurteilung von Gesundheitskonzepten, -programmen und -initiativen verwendet werden. Um diesen Forderungen wirksam genügen zu können, können den Verantwortlichen in den nationalen Gesundheitsbereichen Instrumente sinnvoll erscheinen, die ihnen zu beurteilen helfen, ob und in welchem Umfang die von ihnen getroffenen Entscheidungen mit den zentralen GFA-Wertprinzipien übereinstimmen (s. Abschnitt 6.3).

127. Und zum Schluss: Da ein ethischer Ansatz besonders wichtig für die wirksame Aufsichts- und Schutz- sowie Führungsrolle der Gesundheitssysteme ist, sollte er auf jede die öffentliche Gesundheit betreffende Politik oder Maßnahme Einfluss nehmen, unabhängig davon, aus welchem Bereich sie stammen. Der Gesundheitssektor einer Nation muss mit den anderen öffentlichen Sektoren zusammenarbeiten und in dieser Koordination liegt eine ethische Dimension. In der Europäischen Region würden die politischen Akteure aus anderen als dem Gesundheitssektor kaum die Bedeutung von Solidarität und Chancengleichheit für eine Gesundheitsinitiative in Frage stellen. Sie sollten daher gleichermaßen angehalten werden, jede Entscheidung in ihrem Zuständigkeitsbereich nicht nur auf die potenziellen Auswirkungen auf Gesundheit, sondern auch auf eine Stärkung der GFA-Wertprinzipien zu beurteilen.

6. GFA-Instrumentarium: praktische Wege zur Umsetzung der GFA-Wertprinzipien

128. Dieses Kapitel beschreibt aus Anlass der Aktualisierung einige Instrumente, Maßnahmen, Methoden und Techniken eines GFA-Instrumentariums. Die Gesundheitsministerien können diese praktischen Instrumente zur Gestaltung und Umsetzung eines GFA-Konzepts verwenden. Sie können den

Verantwortlichen dabei helfen, traditionelle Bereiche öffentlicher Gesundheit aus neuen Perspektiven zu betrachten, eine Übersicht der Werte zu erstellen, anhand derer sie ihre Politik ausrichten wollen, und diese Werte in der Praxis auch einzuhalten. Das Instrumentarium enthält Grundsatzdokumente, Verträge, Organisationen und Einrichtungen, Netzwerke, Praktiken und Konzeptionen, Methoden, Datenbanken und Initiativen.

129. Keines der nachstehend beschriebenen Instrumente wurde ausdrücklich für die Umsetzung der GFA-Wertprinzipien entwickelt. Die meisten von ihnen haben bereits ihre Nützlichkeit auf Länderebene erwiesen und werden heute von Entscheidungsträgern verwendet. Je nach den Umständen können die Instrumente unverändert, an besondere Bedingungen und Bedürfnisse angepasst oder als Inspirationsquelle für die Entwicklung weiterer Ansätze verwendet werden.

130. Statt einer umfassenden Liste aller derartigen Instrumente stellt dieses Kapitel lediglich zehn Instrumente vor, die den Politikern, welche im Rahmen ethischer Führung für Gesundheit für alle arbeiten wollen, das zur Verfügung stehende Spektrum verdeutlichen.

131. Zur vereinfachten Nutzung sind die zehn Beispiele in vier Gruppen eingeteilt worden, die vier grundlegenden Fragen zur Vorgehensweise entsprechen:

- Wie können Gesundheitspolitiker einen Rahmen für ethische Führung schaffen?
- Wie können sie aktuelle Daten in ihre Gesundheitspolitik einfließen lassen?
- Wie können sie die Umsetzung der Wertprinzipien beurteilen?
- Wie können sie die Wirksamkeit von Konzepten und Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit erhöhen?

6.1 Wie können Gesundheitspolitiker einen Rahmen für ethische Führung schaffen?

EINS – Pflichten in Chancen wandeln: internationale Menschenrechtsinstrumente

132. Internationale Verträge und Vereinbarungen enthalten rechtlich bindende Verpflichtungen für die Regierungen der Unterzeichnerstaaten und sind damit ein wichtiges Instrument in den Händen der Gesundheitsministerien. Jedes Land muss seine nationale Gesetzgebung nach den Erfordernissen dieser Verpflichtungen ändern und die mit ihnen vertrauten Gesundheitsvertreter können sich aktiv auf sie beziehen. Sie können diese internationalen Instrumente verwenden, um vorhandene politische Maßnahmen zu beurteilen, Änderungen vorzuschlagen und andere Akteure des Sektors in eine aktive Erörterung einzubeziehen. Entscheidungsträger, Gesetzgeber und nichtstaatliche Organisationen können die Instrumente auch dazu verwenden, gesundheitsbezogene Änderungen in Bereichen wie Finanzen, Justiz und Bildung zu bewirken.

A. Die globale Perspektive: Verträge der Vereinten Nationen

133. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte ist der Rahmen für alle Menschenrechtsfragen im internationalen Recht. Nach Artikel 25 hat jeder „das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen gewährleistet“. Dieser Artikel bildet die Grundlage der gesamten Konstruktion eines Rechts auf Gesundheit. Das Recht auf Gesundheit wird in sieben wichtigen rechtsverbindlichen Vereinbarungen und Übereinkommen der Vereinten Nationen weiter ausgeführt (s. u., Kasten). Jede Vereinbarung enthält mindestens einen direkt das Recht auf Gesundheit betreffenden Artikel sowie weitere Artikel, die sich indirekt auf Gesundheit und die Bedingungen für Gesundheit beziehen.

134. Die Umsetzung dieser für die Menschenrechte grundlegenden Verträge wird von mit unabhängigen Experten besetzten Ausschüssen überwacht („Organe zur Überwachung der Einhaltung der internationalen Menschenrechtsverträge“), die unter Federführung der Vereinten Nationen geschaffen wurden und von diesen unterstützt werden. Die Staaten, die Parteien eines Vertrags sind, sind aufgefordert regelmäßig

Berichte darüber vorzulegen, wie sie ihren vertraglich vereinbarten Verpflichtungen nachkommen. Einige Übereinkommen ermöglichen auch Einzelpersonen und Organisationen, Klagen gegen Rechtsverletzungen vorzubringen.

Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) enthält die bedeutendste Auslegung des Rechts auf Gesundheit. In einer Allgemeinen Bemerkung zum Recht auf Gesundheit werden die maßgeblichen Rechte des Individuums und der Pflichten des Staats erläutert (21). Die Allgemeine Bemerkung definiert das Recht auf Gesundheit als ein inklusives Recht, das nicht nur das Recht auf rechtzeitige und angemessene Gesundheitsversorgung umfasst, sondern auch die der Gesundheit zugrunde liegenden Determinanten, darunter angemessene Wassergüte, Wohnung, Nahrung, Umweltqualität, Lebens- und Arbeitsbedingungen und Informationen. Sie besagt auch, dass das Recht auf Gesundheit nicht als ein Recht auf Gesundheit zu verstehen ist, sondern eher bestimmte Freiheiten (Bestimmung über den eigenen Körper, sexuelle und reproduktive Rechte und Freiheit von Folter und medizinischen Versuchen) und Rechte (auf ein System für Gesundheitsschutz) umfasst. Schließlich stellt sie fest, dass der Staat für die Beteiligung der Bevölkerung an jeder gesundheitsrelatierten Entscheidungsfindung auf allen Verwaltungsebenen sorgen sollte.

135. Weitere wichtige Menschenrechtsinstrumente der Vereinten Nationen sind u. a. der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD), das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (CRC), das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT) und die Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen (CMW).

B. Die europäische Perspektive

Das Menschenrechtssystem des Europarats

136. **Die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, auch bekannt als die Europäische Menschenrechtskonvention, kurz ECHR (44).** Ein wichtiges Postulat dieser Konvention lautet, dass das Recht auf Gesundheit vom Recht auf Leben herrührt. Sie greift auch eine Reihe verwandter Rechte auf: Menschenwürde, Schutz der Privatsphäre und der persönlichen Daten, Achtung des Privat- und Familienlebens. Die Vertragsparteien der ECHR unternehmen alles zur Sicherung der Rechte und Freiheiten aller ihrer Hoheitsgewalt unterstehenden Personen. Die ECHR hat auch internationale Mechanismen zu ihrer Durchsetzung geschaffen.

137. **Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (Straßburg).** Der Gerichtshof nimmt Beschwerden von Einzelpersonen, Gruppen und Staaten über Verstöße gegen die ECHR durch Vertragsparteien an. Durch seine Stellungnahme zu konkreten Fällen formuliert der Gerichtshof manchmal den Inhalt des Rechts auf Gesundheit weiter aus. So hat er zum Beispiel festgestellt, dass das Recht auf Gesundheit den Staat implizit dazu verpflichtet, seine Einwohner vor unnötigen Gesundheitsrisiken zu schützen durch die Durchführung präventiver Maßnahmen, die Aufstellung wirksamer Mechanismen, die Sicherung eines angemessenen Gleichgewichts zwischen individuellen und kollektiven Rechten und die Vermeidung jeder entwürdigenden oder unmenschlichen Behandlung.

138. **Europäische Sozialcharta.** Die durch die Charta garantierten Rechte aller Einzelpersonen involvieren Vorkehrungen für zugängliche und wirksame Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Präventionsmaßnahmen, Beseitigung berufsbedingter Gefährdungen und Mutterschutz (45).

139. **Europäischer Ausschuss für soziale Rechte.** Dieses Organ stellt fest, ob die nationale Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedstaaten des Europarates deren Verpflichtungen aus der Europäischen Sozialcharta erfüllt. Jeder Staat, der Vertragspartei der Charta ist, muss einen jährlichen Bericht über die gesetzgeberische und administrative Umsetzung der Charta vorlegen.

Die Europäische Union (EU)

140. **Vertrag von Amsterdam.** Artikel 152 legt fest: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“ (46)

141. **Charta der Grundrechte der Europäischen Union.** Trotz fehlender Rechtsverbindlichkeit ist die Charta eine bedeutende Erklärung der EU-Mitgliedstaaten, insofern sie in einem einzigen Dokument alle zivilen, politischen und sozialen Rechte zusammenfasst, die den EU-Bürgern garantiert werden (47). Kapitel 4 zur Solidarität legt das Recht auf soziale Sicherheit und soziale Unterstützung, auf Schutz bei Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfällen und im Alter dar, ebenso das Recht auf Gesundheitsvorsorge und ärztliche Versorgung.

142. Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft. Der Gerichtshof kann sich aufgrund verschiedener Anlässe mit gesundheitsrelatierten Fälle befassen und Urteile unter Bezug auf internationale oder europäische Rechtsinstrumente fällen, die die EU-Mitgliedstaaten angenommen haben. Der Gerichtshof basiert seine Entscheidungen auf den in der ECHR ausgeführten Prinzipien. Zu weiteren wichtigen Vereinbarungen, auf die sich der Gerichtshof bezieht, zählen die Konventionen der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO), die Europäische Sozialcharta und der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR).

C. Wirksamkeit und Grenzen internationaler Rechtsvereinbarungen

143. Die allgemein anerkannte größte Schwäche der internationalen Vereinbarungen ist das Fehlen von Sanktionsmechanismen. Innerhalb des Systems der Vereinten Nationen zur Überwachung der Verträge gibt es ein System von Länderberichten, das breit angelegte Möglichkeiten für die Veröffentlichung und Erörterung grundlegender Menschenrechtsthemen bietet. Länderberichte der Vereinten Nationen können als wichtige Katalysatoren für solche Debatten dienen. Letztlich haben die Überwachungsgremien jedoch keine Handhabe gegenüber einem Land, das sich passiv verhält und erforderlichen Änderungen zögerlich durchführt. Sie können ein Land auch nicht dazu verpflichten, Berichte für die Öffentlichkeit frei zu geben. Was Entscheidungen des Gerichtshofes angeht, so haben diese langfristig (wenn auch mit einiger Verzögerung) erhebliche Wirkung gezeigt – in den meisten Fällen wurden sie schließlich in nationales Recht aufgenommen.

144. Es gibt auch in bestimmten Fachgebieten wie Tabaksbekämpfung und Umwelt weitere internationale Rechtsakte, die sich ähnlich anwenden lassen.

ZWEI – Internationale Zielsetzung: die Millenniums-Entwicklungsziele (MDG)

145. Im Jahr 2000 nahmen die Vertreter von 189 Ländern die Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen an. In ihr werden bestimmte Prinzipien und Werte als grundlegend für die internationalen Beziehungen des 21. Jahrhunderts erklärt und acht Entwicklungsziele aufgestellt, die jedes Land bis 2015 erreichen soll. Die Ziele 4, 5 und 6 sind direkt mit Gesundheit verbunden und greifen jeweils Kindersterblichkeit, Gesundheit der Mütter sowie HIV und andere Krankheiten auf. Nach Annahme der Erklärung haben das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), der Internationale Währungsfonds (IWF) und die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) dabei geholfen, 18 präzise Ziele und 48 quantifizierte Bewertungsindikatoren für die acht Ziele zu entwickeln.

146. Fortschritte in Richtung auf die Millenniums-Entwicklungsziele werden mittels Länderberichten überwacht, die Veränderungen bei den Indikatoren analysieren. Die Indikatoren sind so gestaltet, dass sie Ziel für Ziel die Verbesserung des Gesundheitsniveaus jeder Bevölkerung bestätigen oder widerlegen und so als Mechanismus für mehr Gerechtigkeit und Solidarität dienen und es ermöglichen, den Erfolg verschiedener Staaten und Regionen bei Erfüllung der Ziele zu vergleichen. Vom fachlichen Standpunkt aus sind die Indikatoren selbst aber noch nicht perfekt und die Entscheidungsträger sollten ihre zwei größten Beschränkungen erkennen:

- die Qualität der Informationen variiert von Land zu Land und
- die Indikatoren spiegeln nur den jeweiligen nationalen Durchschnitt wider und enthalten keine Informationen über die benachteiligten Gruppen oder Bevölkerungsteile, auf die sich die Ziele besonders richten.

147. In der Europäischen Region ist weithin anerkannt, dass die MDG-Indikatoren nur ungefähre Zahlen liefern und gewisse Chancenungleichheiten verbergen können. In gleicher Weise eignen sich die national erhobenen Daten besonders für die auf Armut, Kindersterblichkeit und Gesundheit von Müttern gerichteten Ziele oft nicht.

Die Verbindung zu den GFA-Wertprinzipien

148. Der Nachdruck der MDG auf Chancengleichheit, insbesondere durch globale und regionale Armutsbekämpfung, ist im Gleichklang mit der GFA-Vision. Die jüngsten Bemühungen der EU durch Schuldenerlass, neue Finanzierungsmechanismen und höhere Entwicklungshilfe bieten ein gutes Beispiel dafür, wie die internationale Gemeinschaft sich verstärkt um das Erreichen der MDG bemüht.

149. Andere MDG sind auch direkt mit den GFA-Bemühungen verbunden. Dazu gehören Ziel 7 „Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit“, denn Wasserversorgung, Wasserqualität und Abwasserentsorgung sind in einigen Ländern und für einige Bevölkerungsgruppen immer noch problematische Gesundheitsdeterminanten; Ziel 8 „Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft“, denn der Ruf nach einer ganzheitlichen und nachhaltigen Herangehensweise der Entwicklungsarbeit entspricht der GFA-Forderung nach einer breit angelegten Sicht der Gesundheitspartnerschaften, die über den Gesundheitssektor hinausreichen.

150. Eine vollständige Überprüfung der Verbindungen zwischen Gesundheit und Entwicklung erfordert, sich weiter in die Verbindung zwischen Chancengleichheit und Entwicklung zu vertiefen, was die WHO plant im Weltgesundheitsbericht 2006 zu tun.

Europäisches WHO-Büro für Investition für Gesundheit und Entwicklung

Im Januar 2000 richtete die WHO die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit ein, um so Gesundheit auf die Tagesordnung der weltwirtschaftlichen Entwicklung zu bringen. Im Anschluss eröffnete das WHO-Regionalbüro für Europa sein Europäisches WHO-Büro für Investition für Gesundheit und Entwicklung in Venedig, um Gesundheitsdeterminanten in der Europäischen Region besser verstehen zu lernen und dementsprechend handeln zu können. Das Büro in Venedig ist mit der Analyse der konkreten Lage in Ländern der Region mit niedrigem Volkseinkommen betraut sowie mit dem Entwurf von Gesundheitsmaßnahmen, die an diese besonderen Umstände angepasst sind. Einer der Forschungsberichte des Büros in Venedig, ein an die Europäische Region adaptierter Bericht der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, analysiert die Bedeutung der MDG im Kontext der Region. Ein weiteres Projekt konzentriert sich auf den offiziellen Entwicklungsbeitrag (ODA) im Bereich Gesundheit für die Länder Osteuropas und Zentralasiens. Es liefert deutliche Belege dafür, dass der gezielte ODA-Einsatz im Bereich Gesundheit in diesem Bereich der Region im Vergleich zum Bedarf zu niedrig angesetzt ist.

DREI – Öffentliche Beteiligung durchsetzen

151. Das Nutzen der Ansichten und Erwartungen der Öffentlichkeit für die Entwicklung einer Gesundheitspolitik ist eine relativ neue Praxis. Die Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa und die Charta von Ljubljana über die Reform der Gesundheitsversorgung streichen die Vorzüge dieser Praxis deutlich heraus. Nach diesen Dokumenten ist die Beteiligung und Befähigung der Öffentlichkeit das beste Mittel zur Gestaltung eines Gesundheitssystems, das die Bedürfnisse, Werte und Präferenzen der Bevölkerung widerspiegelt und das gleichzeitig die Bevölkerung zur Annahme gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen anregt. Das Ministerkomitee des Europarats hat ebenfalls empfohlen, dass die Regierungen ihren Bürgern eine zentrale Rolle bei den ihre eigene Gesundheit betreffenden Entscheidungen einräumen und es hat sich dabei auf etwas berufen, was es ihr fundamentales Recht auf Bestimmung der Ziele der Gesundheitspolitik nennt.

152. Es obliegt den Mitgliedstaaten der Europäischen Region angemessene Konzepte zu entwerfen, die Beteiligung fördern. Nachdem sie schrittweise die Notwendigkeit einer solchen Beteiligung erkannt hatten, haben mehrere Länder aus dem Westen der Region mit unterschiedlichen Herangehensweisen experimentiert, vor allem durch öffentliche Debatten. Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg dieser Bemühungen ist die Verbreitung des maßgeblichen Wissens in der Gesellschaft. Dafür sind die Beteiligung nicht-staatlicher Organisationen und eine enge Zusammenarbeit mit den Medien unerlässlich geworden.

153. Zur Förderung der Beteiligung der Öffentlichkeit haben Politiker die Möglichkeit:

- unterschiedliche Vertreter repräsentativer Gruppen zu benennen, um sie davon abzuhalten ihre Beiträge durch im Wettstreit liegende private, berufliche oder unternehmerische Interessen zu vernebeln,
- sicherzustellen, dass die vulnerabelsten und unterprivilegiertesten Bevölkerungsgruppen proportional und gerecht im Beratungsprozess vertreten sind,
- dafür zu sorgen, dass die Informationen – und ihre Darstellung – objektiv und transparent sind,
- von Anfang an klar verstehen zu geben, in welchem Maß die Politik wirklich die Ansichten von Teilnehmern einbeziehen kann und
- der Bevölkerung Rückmeldung über das Ergebnis der Beratung und über seine Nutzung zu geben.

Konsenstreffen

Diese Methode wurde in den 1970er Jahren hauptsächlich für Verbände in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Kanada als Instrument zur Herleitung medizinischer Leitlinien entwickelt. Das Vereinigte Königreich und Frankreich haben später in den 1990ern mit Konsensveranstaltungen experimentiert, Dänemark verwendet sie grundsätzlich in der konzeptionellen Entwicklung. Bei einer Konsensveranstaltung wird ein Gremium einbezogen, dessen Mitglieder entweder eine Bevölkerungsgruppe mit einer bestimmten Erkrankung oder die Gesamtbevölkerung repräsentieren. Die Mitglieder erhalten im Voraus Informationen zu dem Diskussionsgegenstand und nehmen dann an einem formlosen Treffen teil, bei dem Sachverständige die potenziell kontroversiellen Gesichtspunkte erläutern. Es folgen Stellungnahmen und Anhörungen und das Gremium gibt nach Art einer Jury ihre Empfehlungen ab. Die Empfehlungen werden in der Regel in den Medien umfassend dargestellt und stimulieren die öffentliche Debatte, vor der Behandlung ihrer Übernahme in Regeln und Vorschriften durch die Entscheidungsträger. Diese Methode hat sich als erfolgreich erwiesen, eine breite Beteiligung der Öffentlichkeit bei der Formulierung einer Politik zu fördern, die die GFA-Wertprinzipien respektiert.

Nationale Gesundheitsforen

Ein nationales Gesundheitsforum ermöglicht den Gedankentausch zu einem Thema, für das die öffentliche Meinung als wesentlich angesehen wird. Die Vorbereitungsphase kann Monate dauern und unterschiedliche Formen annehmen (Workshops, Vollversammlungen, Klausurtagungen von Arbeitsgruppen). Die Presse berichtet in der Regel viel über öffentliche Foren und spornt die Debatte dadurch weiter an. Die Foren bieten Raum für das Zusammentreffen von persönlichen Erfahrungen, fachlichen (und gelegentlich unternehmerischen) Meinungen sowie verschiedenartige Daten (fachliche, finanzielle und wissenschaftliche). In Frankreich fanden die *Etats Généraux de la Santé* unter breiter Beteiligung statt, regelmäßig gab es nationale und regionale Konferenzen. Der Prozess führte 2004 zu einem neuen Gesetz, das die Rollen von Patienten, Betroffenen und repräsentativen Verbänden im Gesundheitssystem regelte. Im Vereinigten Königreich begann das Gesundheitsministerium im Jahr 2004 eine groß angelegte Konsultation. Ein Weißbuch mit dem Titel *Choosing health* [dt. Sich für Gesundheit entscheiden] stellte weitreichende Fragen dazu, wie das Land gegen vermeidbare Probleme wie Adipositas, Rauchen und sexuell übertragene Infektionen vorgehen könne. Das Dokument bildete die Grundlage einer landesweiten Beratung, in deren Rahmen die nationalen und lokalen Gesundheitsbehörden und Gesundheitsverbände hunderte von Veranstaltungen durchführten. Zu den Teilnehmern zählten Einzelpersonen, die Medien, die Industrie, gemeinnützige Organisationen und nationale und lokale Behörden.

6.2 Wie können Politiker aktuelle Daten in ihre Gesundheitspolitik einfließen lassen?

154. Ethische Führung im Gesundheitssektor schließt die kontinuierliche Sammlung und Beobachtung von Daten zu Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsrisiken und -determinanten mit ein, die die Gesundheitsbehörden dazu in die Lage versetzen, ihre Entscheidungen auf die neuesten Fakten und Erkenntnisse zu gründen. Datenerhebung ist zwar kein neues Instrument für die Definition und Umsetzung einer Politik, sie wird aber mit zunehmender Verfeinerung durch die Fachleute immer wirkungsvoller. Eine solche Verbesserung ist die Erhebung disaggregierter Daten, die es den Politikern ermöglicht die Verteilung des gesundheitlichen Zugewinns auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen abzuschätzen – d. h. die Chancengleichheit zu analysieren.

VIER – Gesundheitsdaten erfassen und Gesundheitserkenntnisse herausarbeiten

155. Für eine Gesundheitspolitik, die danach strebt sowohl praktisch (wirksam und finanzierbar) als auch ethisch (bedarfsgerecht und von Werten geleitet) zu sein, ist die genaue Beobachtung des Gesundheitszustands der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Das erfordert die konstante Beobachtung und Deutung einer weit gefassten Reihe von Gesundheitsindikatoren.

156. Bei der Entwicklung eines festen Systems von Gesundheitsindikatoren sollten die Politiker für die Respektierung ethischer Normen Sorge tragen, u. a. für das Recht der Einzelperson auf die Privatsphäre und auf die Wahl der eigenen Lebensweise. Für die Datenerhebung und -beobachtung bedeutet dies die Anonymisierung individueller Daten und die Gewährleistung strenger Vertraulichkeit.

Vom WHO-Regionalbüro für Europa entwickelte Datenwerkzeuge

Die GFA-Datenbank besteht aus Daten zu fast 600 Gesundheitsindikatoren für jeden der 52 Mitgliedstaaten der Region. Sie ist unter <http://www.euro.who.int/hfadb> zugänglich.

Verschiedene themenbezogene Datenbanken (z.B. zu Tabakkonsum und übertragbaren Krankheiten), die internationale Vergleiche ermöglichen, sind ebenfalls auf der Website des Regionalbüros zugänglich (<http://www.euro.who.int>).

Der regelmäßig veröffentlichte Europäische Gesundheitsbericht bietet eine regionsweite Übersicht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie wichtige Gesundheitsindikatoren jedes Mitgliedstaats und nennt mögliche Tätigkeitsbereiche. Der Bericht soll Entscheidungsträger mit aktuellen direkt anwendbaren Informationen versorgen. Einige Länder erstellen für ähnliche Zwecke eigene nationale Gesundheitsberichte.

Von anderen Organisationen entwickelte Datenwerkzeuge

Gesundheitsdaten der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sind die umfangreichste statistische Quelle für Vergleiche des Gesundheitszustands in den OECD-Mitgliedstaaten. Diese einzigartige interaktive Datenbank ist ein elementares Werkzeug für Gesundheitsforscher und gesundheitspolitische Berater der Regierungen, des Privatsektors und der Wissenschaft. Sie beherbergt über 1200 Indikatoren und die Ergebnisse ausführlicher Fragebogenuntersuchungen an einem Ort.

„Key data on health“ [dt. Schlüsseldaten zur Gesundheit] vereint Informationen aus einem umfangreichen Spektrum wissenschaftlicher Quellen und schließt Daten über Gesundheitszustand, Erkrankungen, Gefahren durch Umwelt, Straßenverkehr und Lebensweisen ebenso ein wie solche über das Gesundheitssystem selbst. Dieser von Eurostat (Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften) erstellte Bericht ist als ein Instrument für Gesundheitspolitiker der EU, medizinische Fachleute, Gesundheitsökonomien und Forscher sowie Journalisten und die Öffentlichkeit gedacht.

Weitere in der Gesundheitsdatenarbeit tätige EU-Gremien sind u. a. das EU-Programm im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das in der Abteilung Gesundheitsinformationen aktiv Gesundheitsindikatoren entwickelt, sowie die Untergruppe „Indikatoren“ des Ausschusses für Sozialschutz, die auch mit Gesundheitsindikatoren arbeitet, um bessere Informationen für Gesundheitsdienstinitiativen bereitstellen zu können.

Das Protokoll über Wasser und Gesundheit

Das Protokoll zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen ist ein überzeugender Datenerhebungsmechanismus. Das 1999 bei der Dritten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit angenommene Protokoll ist auch der erste bedeutsame internationale Rechtsakt zur Prävention, Bekämpfung und Verminderung von wasserbedingten Krankheiten. Das Protokoll wird im August 2005 in Kraft treten und damit für die Ratifikationsstaaten rechtsverbindlich. Auf einer Tagung der Protokollparteien wurde die Datenerhebung als entscheidend für die erfolgreiche Überwachung und Schaffung wirksamer Berichtsmechanismen erkannt.

FÜNF – Krisenüberwachungssysteme entwickeln und unterhalten

157. Überwachungssysteme für Gesundheitskrisen sind ein wesentliches Instrument zur Vorhersage, soweit möglich, von katastrophalen Gesundheitsnotlagen und zur baldmöglichsten Einleitung von Gegenmaßnahmen. Zwar überwachen die Gesundheitswarnsysteme hauptsächlich Infektionskrankheiten, Krisenüberwachungssysteme haben ihren Blick jedoch auch zusehends auf wichtige umweltbedingte Gesundheitsrisiken gerichtet. Solche Systeme sind für die Bewältigung von Katastrophen in der zunehmend globalisierten Welt, in der sich Krankheiten immer weiter und schneller ausbreiten, unersetzlich geworden.

158. Überwachungssysteme für Gesundheitskrisen sind nützlich, denn sie können:

- wichtige gesundheitliche Gefahren und Notlagen aufspüren,
- das aktuelle Wissen über Gesundheit sammeln und kritisch beurteilen,
- Notlagen auswerten und analysieren,
- Behörden bei größeren Gefahren alarmieren,
- die Grundlage sowohl für spontane als auch systematische Empfehlungen bilden,
- die Krisenüberwachung durch Fachkräfte der Gesundheitsversorgung verstärken.

159. Um eine größtmögliche Wirksamkeit zu erzielen, müssen solche Systeme sich nationaler, regionaler und globaler Partner bedienen. Eine rasche Reaktion auf Krankheitsausbrüche auf kommunaler Ebene erfordert in der Regel ein zentrales Team, das aber mit den lokalen epidemiologischen Einheiten in Verbindung stehen sollte. Das Team sollte auch an einen Verbund epidemiologischer Forschungslabors und an ein gut organisiertes Verkehrswesen angeschlossen sein.

160. Die Wirksamkeit eines Überwachungssystems für Gesundheitskrisen hängt ab von seiner Flexibilität und von seiner Fähigkeit, unvorhergesehene Risiken aufzuspüren, von dem Ausmaß der sektorübergreifenden Koordination, von der finanziellen Unterstützung, von seiner Unabhängigkeit gegenüber Behörden und Tagespolitik und von der Qualität der Kommunikation.

Die Verbindung zu den GFA-Wertprinzipien

161. In einer Notlage lässt sich nur durch kollektive Maßnahmen sicherstellen, dass lebenswichtige Schutzmaßnahmen zum Nutzen der Schwächsten und Ärmsten (und damit für alle) ausgeführt werden. Wenn Epidemien auftreten, wird der Schutz der öffentlichen Gesundheit in erster Linie durch die schnellstmögliche Herausgabe von Maßregeln für Gesamtbevölkerung garantiert, notfalls durch Zwang. Die Umsetzung solcher Maßnahmen sollte dennoch unter Respektierung der Prinzipien von Gerechtigkeit und Solidarität erfolgen. Die internationale Reaktion auf Gesundheitsnotstände sollte in ähnlicher Weise Respekt vor diesen Werten zeigen.

WHO-Bemühungen

Die überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften wurden von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2005 angenommen. Die Vorschriften bedeuten einen wichtigen Fortschritt für den Schutz der Weltgesundheit vor Erkrankungsrisiken unabhängig ihrer Herkunft oder Quelle.

Das Globale Netzwerk für Warnungen und Gegenmaßnahmen (GOARN) vernetzt Experten, Gesundheitsinstitute und Gesundheitsbehörden untereinander. Dieser elektronische Verbund besteht aus verschiedenen Elementen, darunter:

- dem globalen Informationsnetz für Public Health – einer weltweiten Datenbank mit systemweiter Suchmaschine, in die zur Erkennung der Indikatoren eines Epidemieausbruchs Suchbegriffe in sieben Sprachen eingegeben werden können und
- einem WHO-Verbund aus Labors – zurzeit 110 Labors in 84 Ländern.

GOARN ermöglicht der WHO eine Krisenreaktion in Echtzeit durch schnelle Ausgabe von Gesundheitswarnungen in der ganzen Welt, Versenden von Informationsbulletins, Einzelberatungen, Entwicklung von Krisenstrategien und Unterstützung von Maßnahmen der Regierungen. Seine Leistungsfähigkeit wurde während der SARS-Krise (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) unter Beweis gestellt.

SECHS – Gesundheitsdeterminanten überwachen

162. Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen deutet das Recht auf Gesundheit als ein einschließliches Recht, das sich auf die Gesundheitsdeterminanten ebenso bezieht wie auf Gesundheitsversorgung. Demgemäß sollten die Regierungen danach streben das Recht von Einzelpersonen nicht nur auf eine rechtzeitige und angemessene Gesundheitsversorgung, sondern auch auf sicheres Trinkwasser, eine angemessene Abwasserentsorgung, eine angemessene Versorgung mit sicherer Nahrung und Ernährung, auf sichere und angemessene Wohnungen, auf gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen und auf Aufklärung und Information über Gesundheitsthemen, darunter auch Sexualität und Reproduktion zu schützen.

163. Die Entscheidung über und die Umsetzung von Gesundheitsinitiativen erfolgen am wirksamsten, wenn ihnen ein klares Verständnis der wichtigsten Gesundheitsdeterminanten zugrunde liegt. Die Überwachung von Gesundheitsdeterminanten erfordert eine koordinierte Herangehensweise sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors. Es ist wichtig, dass Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten sowohl relativ als auch absolut beobachtet und dargestellt werden. Diese Herangehensweise ist erforderlich, weil die Interventionen zum Abbau von Erkrankungen und zur Rettung von Leben nur Erfolg haben können, wenn den gesellschaftlichen Gesundheitsdeterminanten angemessen Rechnung getragen wird. Viel wurde über diese Einflussfaktoren aus nationalen und internationalen Projekten und Studien gelernt, doch das gesammelte Wissen ist noch immer zu fragmentiert. Damit es voll genutzt werden kann, muss es vervollständigt und weiter ausgebreitet werden.

164. Das ist auch der Grund, warum die Ausgaben von 2002 wie auch von 2003 des Weltgesundheitsberichts das Thema Krankheitslast ansprechen (48,49). Der Bericht 2002 ist den zehn Risikofaktoren – Unterernährung, unsichere Sexualpraktiken, Bluthochdruck, Tabak- und Alkoholgebrauch, ungesunde Umweltbedingungen, Eisenmangel, Feststoffverbrennung und Innenluftverschmutzung, hohe Cholesterinspiegel und Adipositas – und der durch sie verursachten Krankheitslast gewidmet. Gemeinsam sind diese zehn Risikofaktoren (zu denen Merkmale von Lebensweisen ebenso gehören wie Gesundheitsdeterminanten) für mehr als ein Drittel aller Sterbefälle in der Welt verantwortlich.

165. Der Bericht 2002 berechnet, wie viel Krankheit, Behinderung und Tod in den nächsten 20 Jahren vermieden werden könnte, wenn angemessene Gegenmaßnahmen ergriffen würden. Er zeigt, wie sowohl die ärmsten als auch die reichsten Länder im nächsten Jahrzehnt mit relativ bescheidenen Mitteln einen signifikanten Zugewinn an gesunder Lebenserwartung erreichen können. Durch die Einführung von

WHO-Methoden zur Risikobewertung können Regierungen ihre Bemühungen um die Minderung der nationalen Krankheitslast fördern und die Gesundheit ihrer Bevölkerungen verbessern.

Die Verbindung zu ethischer Führung

166. Eine der wirksamsten Methoden zur Bewältigung der sich öffnenden Kluft im Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist das gezielte Angehen der gesellschaftlichen Gesundheitsdeterminanten, insbesondere der Armut. Solche Maßnahmen verfolgen das weitere Ziel der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsumstände der Menschen, die von überragender Bedeutung für eine Verbesserung der Gesundheit und eine Verminderung der gesundheitlichen Chancenungleichheit sind. Da die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten selbst gesellschaftlich bedingt sind, müssen sie auch gesellschaftlich angegangen werden. Die zur Verschreibung solcher Mittel erforderliche Führung ist demnach bei den öffentlichen Entscheidungsträgern zu verorten, die mit Sozialpolitik und -maßnahmen befasst sind.

167. Strategien, die grundlegende Gesundheitsdeterminanten aufgreifen, haben nicht allein eine positive Wirkung auf die Gesundheit. Im Allgemeinen fördern sie auch eine nachhaltige Entwicklung und vermindern die Chancenungleichheit. Aber um die Gesundheitsdeterminanten bewältigen zu können, muss die Gesundheitspolitik oft individuelles wie kollektives Verhalten aufgreifen. Bei der Entwicklung entsprechender Gesundheitsstrategien sollte eine Regierung die ethischen Konsequenzen berücksichtigen und sicherstellen, dass die individuellen Rechte und Freiheiten respektiert werden, insbesondere wenn es sich um vom Einzelverhalten abhängige Determinanten handelt. Die Entscheidung über den besten Weg kann schwer sein. Manchmal erzielt Aufklärung bessere Ergebnisse für den Wandel ungesunden Verhaltens als gesetzliche Verbote. Manchmal können allerdings auch Verbote wirkungsvoll sein. In Frankreich führte eine Strategie aus Verboten und Strafen im Zeitraum 2002 bis 2004 zu einem dramatischen Rückgang der Autoverkehrsunfälle. Die Nachhaltigkeit dieser Strategie muss sich allerdings noch zeigen.

Die Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit

Die 2005 errichtete Kommission ist die jüngste weltweite Bemühung der WHO, dem Problem der gesellschaftlichen Gesundheitsdeterminanten zu begegnen. Ein Teil des Regionalbüros für Europa – das Europäische WHO-Büro für Investition für Gesundheit und Entwicklung in Venedig – versucht Konzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse, Technologie und Grundsatzmaßnahmen zusammenzubringen, die für die Bewältigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Determinanten der Bevölkerungsgesundheit erforderlich sind. Gemeinsam mit der neuen Kommission arbeitet das Büro in Venedig eng mit den Ländern der Europäischen Region für eine Ausweitung der Aktivitäten in diesem Bereich.

6.3 Wie können Gesundheitspolitiker die Umsetzung der Wertprinzipien beurteilen?

SIEBEN – Leistung eines Gesundheitssystems bewerten

168. In dem Bemühen die signifikanten Ungleichheiten in der Welt in Bezug auf den erzielten gesundheitlichen Nutzen zu verstehen, begann die WHO zunächst die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu analysieren und auszuwerten. Es ist umfassend belegt, dass einerseits ähnliche Investitionen vergleichbarer Länder manchmal zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führten und dass andererseits sehr unterschiedliche Investitionen manchmal sehr ähnliche Ergebnisse hervorbrachten. Dieses Phänomen führte zu Fragen bezüglich der Effizienz von Gesundheitssystemen – ihrer Fähigkeit für ihr Geld nicht nur die besten gesundheitlichen Ergebnisse zu erzielen, sondern auch ein Höchstmaß an Bedarfs- und Finanzierungsgerechtigkeit.

169. Im Weltgesundheitsbericht 2000 stellt die WHO einige Analyseinstrumente vor, die die Schwächen von Gesundheitssystemen zu beleuchten und die Unterschiede in der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu verstehen helfen (50). Die Instrumente messen die Leistung in Bezug auf Ziele der Gesundheitssysteme wie den gesundheitlichen Zugewinn, die Bedarfserfüllung und die Gerechtigkeit. Die Ergebnisse des Berichts enthalten zwei Beobachtungen, die besonders für Systeme von Bedeutung sind, die der „Gesundheit für alle“ verpflichtet sind.

- **Die Armutsfalle.** Die Konsequenzen eines schlecht funktionierenden Gesundheitssystems sind umgekehrt proportional zum Einkommen und in Ländern niedrigen Volkseinkommens erheblich größer. Wenn ein Gesundheitssystem nicht richtig funktioniert, sind die Unterschiede zwischen arm und reich auch in Bezug auf die Würde der Patienten und auf ihre Wahlmöglichkeiten viel größer. Solche Systeme respektieren daher das Recht der ärmsten Nutzer auf Gesundheit nicht vollkommen.
- **Faire finanzielle Beiträge.** Die Kosten eines Gesundheitssystems sollten gerecht verteilt werden. Das heißt: Politiker sollten dafür sorgen, dass die Ärmsten nicht einen höheren Anteil ihres Einkommens auf den Schutz ihrer Gesundheit verwenden müssen als die Reichen.

170. Die Analyse der Leistung von Gesundheitssystemen hat zu einigen interessanten Vergleichen geführt und wichtige Debatten ausgelöst (51). Es ist nützlich für eine Regierung, solche Debatten zu fördern und sich in die Ursachen der Chancenungleichheit zu vertiefen. Darin spiegelt sich ein grundlegendes ethisches Engagement wider. Bis heute leidet diese Art von Analyse aber noch unter gewissen Begrenzungen bezüglich der Verfeinerung der verwendeten Indikatoren und der Qualität der gesammelten Informationen. Für eine Weiterentwicklung der Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen sind bessere Instrumente erforderlich. Dennoch ist die Einschätzung der Leistung des Gesundheitssystems ein wichtiger Schritt bei der Umsetzung der GFA-Wertprinzipien.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

1999 unterstützte die WHO die Schaffung eines Observatoriums, das den Ländern im Umbruch in der Europäischen Region bei der sorgfältigen Untersuchung der Funktion ihrer Gesundheitssysteme im Vergleich zu einander und zu denen der westlichen Länder der Region helfen sollte. Das Observatorium hat seither zahlreiche Studien durchgeführt, u. a. eine Reihe nationaler Untersuchungen, die den Verantwortlichen im Gesundheitswesen helfen, ihre eigenen Systeme unter Verwendung einer einheitlichen Vorgehensweise und Methode zu beschreiben. Diese Übersichten bieten ein Füllhorn vergleichbarer Daten, die für die Gesundheitssysteme bei vielen Arten von internationalen und kooperativen Untersuchungen von unschätzbarem Wert sind.

ACHT – Qualität bewerten: Akkreditierung

171. Akkreditierung der Gesundheitsversorgung ist ein Instrument, das sich auf unterschiedlichen Ebenen anwenden lässt. Im nationalen Rahmen ist es ein Allzweckmittel zur Gewährleistung von Sicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung und zur Förderung einer kontinuierlichen Verbesserung. Akkreditierung wird in der einzelnen Gesundheitseinrichtung auch in Form einer Begutachtung von Funktion und Praxis durch unabhängige Fachleute durchgeführt. Die Fachleute schlagen der Einrichtung Verbesserungen bei Schwachstellen in Organisation, Ausrüstung und Betrieb vor und bringen sie auf den Stand bestehender Normen. Die Normen werden von anderen Gesundheitsfachkräften entweder unabhängig oder in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten unabhängigen Einrichtung entwickelt.

172. Akkreditierung bringt eine Reihe potenzieller Vorteile mit sich.

- Qualität und Sicherheit der ärztlichen Versorgung werden im Verhältnis zu den Erwartungen der Patienten ausgewertet.
- Akkreditierung konzentriert sich auch eine kontinuierliche Verbesserung von Therapie und Diagnose.
- Kollegiale Gutachter geben Gesundheitsfachkräften konkrete Empfehlungen, wie sie ihre Leistung auf den gewünschten Stand bringen können. Da der Akkreditierungsprozess Fachkollegen involviert, sind die der Bewertung unterliegenden Beteiligten tendenziell eher bereit Änderungsvorschläge anzunehmen und umzusetzen.
- Weil die Beurteilungen von unabhängigen Experten durchgeführt werden, können sowohl Gesundheitsfachkräfte als auch Patienten auf sie vertrauen und für ein objektives und informiertes Urteil nutzen.

- Akkreditierungsberichte sind der Öffentlichkeit zugänglich, was das Vertrauen der Patienten erhöht.

173. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Akkreditierung nur eines einer Reihe von Werkzeugen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung ist. Weitere Instrumente sind u. a. klinische Leitlinien, Qualitätsempfehlungen und Audits.

Die Verbindung zu den GFA-Wertprinzipien

174. Akkreditierung gibt einer Regierung die Gelegenheit, Qualitätsnormen im Interesse der Allgemeinheit zu formulieren und zu fördern. Sie kann auch Gesundheitsfachkräfte zusammenbringen und motivieren und der Öffentlichkeit die für einen Leistungsvergleich und eine Entscheidung zwischen verschiedenen Angeboten benötigten Informationen geben. Kurz gesagt: Obwohl sie die Investition von Geld und Arbeit erfordert, kann eine Akkreditierung zu größerer Zugänglichkeit, breiterer Beteiligung und erhöhter Transparenz führen.

Die Erfahrung in der Europäischen Region

Die Gesundheitssektoren Kanadas und der Vereinigten Staaten von Amerika verwenden seit langer Zeit Akkreditierungssysteme. Seit 1980 haben die meisten Länder der Europäischen Region mit dem Verfahren experimentiert, obwohl nur wenige permanente Akkreditierungssysteme eingerichtet haben. Der erste Versuch wurde im Vereinigten Königreich unternommen, doch kam das System nie zur vollen Entfaltung. Das britische Modell wurde später in Finnland, Portugal und Schweden erprobt und einige freiwillige Akkreditierungssysteme von begrenzter Reichweite wurden entwickelt. Einige private Einrichtungen in Polen, Portugal, der Schweiz, Spanien, der Tschechischen Republik und Ungarn warben bei ihren jeweiligen Regierungen für die Einführung der Akkreditierung, doch es wurden andere Wege zur Qualitätssteigerung der Versorgung beschritten. In Deutschland gab es ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, das zur Auswertung der medizinischen und pflegerischen Versorgung und der Verwaltungsverfahren benutzt wurde. Es wendet die besten internationalen Verfahren der Zertifizierung in der Gesundheitsversorgung an und wird von akkreditierten dezentralen Organisationen umgesetzt.

Heute akkreditieren nur wenige Länder der Region ihre Gesundheitseinrichtungen und -programme. In Belgien gibt es ein nationales Akkreditierungssystem für Labors. Frankreich hat eine Akkreditierungsagentur eingerichtet. Alle 3000 öffentlichen und privaten medizinischen Einrichtungen müssen dort eine Qualitäts- und Sicherheitsbewertung durch besonders ausgebildete unabhängige Experten durchmachen. Im Vereinigten Königreich ist Schottland im Begriff gesonderte Akkreditierungsverfahren für vorrangige Programme wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Gesundheit zu errichten. Obwohl weitere Länder in der Europäischen Region der Verbesserung der klinischen und organisatorischen Qualität ihrer Gesundheitssysteme verpflichtet sind, haben sie sich soweit von der Akkreditierung fern gehalten.

6.4 Wie können Politiker Gesundheitspolitik und -maßnahmen weiter rationalisieren?

NEUN – Gesundheitspolitik auf Erkenntnisse aufbauen

175. In einem Zeitalter des exponentiellen Wachstums von Wissen berücksichtigt die Gesundheitspolitik zunehmend wissenschaftliche Kriterien und Erkenntnisse. Aber damit Entscheidungsträger die Wirksamkeit der Gesundheitsprogramme maximieren können, benötigen sie Zugang zu aktuellen Daten und den besten verfügbaren Erkenntnissen. Aktuelle Studien zur Anwendung von Erkenntnissen als Grundlage der Gesundheitspolitik konzentrieren sich auf verfeinerte Verfahren und die erhöhte Anwendbarkeit. Sinnvolle Erkenntnisse im Bereich Gesundheit sind nicht nur Forschungsergebnisse, sondern auch andere Formen des Wissens, die Entscheidungsträger für nützlich ansehen können. Erfreulicherweise gibt es jetzt einige hervorragende Quellen von Ideen und Informationen, die sich ausdrücklich an Gesundheitsbehörden richten (siehe Kästen).

Die Verbindung zu ethischer Führung

176. Auf lange Sicht kann die Entscheidung für eine auf Erkenntnisse gründende Politik nur gesundheitliche Verbesserungen bringen – wobei das leichter gesagt als getan ist. Obwohl wissenschaftliche Resultate eine solide Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen bieten können, so sind evidenzbasierte Methoden nicht immer einfach umzusetzen. Häufig lassen sich Belege für die gesundheitliche Wirkung eines bestimmten Faktors aufgrund der Komplexität verschiedener sich überlagernder Faktoren nicht einfach vorweisen, wenn sie benötigt werden. Und was neue Gesundheitsgefahren angeht, so sind verlässliche prospektive Studien zeitaufwendig und teuer. Zu den sonstigen bekannten Problemen zählen Situationen, in denen die Erkenntnisse eindeutig sind, die Entscheidungsfindung jedoch nicht beeinflussen, oder in denen Entscheidungen getroffen werden müssen, die dafür erforderlichen Erkenntnisse aber fehlen. Die feste Verknüpfung von Politik und Erkenntnis kann ein Durchbruch für die Formulierung einer aufgeklärten Gesundheitspolitik sein, sowohl innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssektors.

Die Cochrane Collaboration

Diese internationale Organisation erstellt systematische Übersichten der aktuellen medizinischen Fachliteratur über die Wirksamkeit bestimmter Gesundheitsmaßnahmen. Gesundheitsfachkräfte, Politiker und Benutzer der Gesundheitseinrichtungen verwenden diese Übersichten, die Mitgliedern im Internet unter <http://www.cochrane.org/> zur Verfügung stehen. Zusammenfassungen der Übersichten sind auf der Website für jedermann frei zugänglich. Die Cochrane Collaboration hat besondere Protokolle erstellt, um eine eventuelle Voreingenommenheit der Prüfer, auch kollegialer (Peer-Reviewer), zu minimieren. Die Organisation führt auch tiefer gehende methodische Forschung durch, die den Stand der Wissenschaft bei Medizin und Gesundheit zusammenfasst.

WHO-Regionalbüro für Europa

Das Health Evidence Network (HEN), ein vom WHO-Regionalbüro für Europa entwickelter Online-Dienst, richtet sich in erster Linie an Entscheidungsträger im öffentlichen Gesundheitswesen, doch können auch andere von den hier angebotenen Informationen profitieren. Eine internationale Redaktionsgruppe erörtert die vorgeschlagenen Fragestellungen und sucht die Themen, die am besten die Interessen der Politikgestalter widerspiegeln. Danach fasst eine sachverständige Person die Antworten auf eine ausgewählte Frage in einer Synthese zusammen und nutzt dabei eine Vielzahl von Dokumenten, Übersichten und Untersuchungen, um den gegenwärtigen Erkenntnisstand, die wissenschaftliche und die ethische Dimension und dergl. zu beschreiben. Alle HEN-Forschungsberichte sind Gegenstand von kollegialer Überprüfung und werden regelmäßig aktualisiert. Ein Handbuch für evidenzbasiertes Arbeiten und Verfassen von Fallstudien ist beim Regionalbüro erhältlich.

International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

Dieses Netz ermöglicht es Organisationen für Technologiebewertung im Bereich Gesundheit und wissenschaftlichen Gesellschaften, Methoden und Ergebnisse miteinander auszutauschen. INAHTA ermöglicht durch den Verbund seinen 40 Mitgliedsorganisationen aus 20 Ländern das Verfolgen gemeinsamer Ziele. Da die Technologiebewertung im Bereich Gesundheit ein multidisziplinäres Feld der Politikanalyse ist, dient das Netz Politikern auch als Forum. Die Website enthält neben Links zu relevanten Datenbanken, Nachrichtenbriefen und Berichten auch eine umfassende Datenbank, die sowohl aktuelle als auch bereits veröffentlichte Studien, Zusammenfassungen und nützliche Verweise enthält.

ZEHN – Gesundheitsverträglichkeit prüfen

177. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (HIA) besteht aus einer Reihe von Methoden und Instrumenten zur Einbeziehung eines Gesundheitsaspekts in alle staatliche Politik. Durch HIA kann eine Politik, ein Programm oder ein Plan aufgrund seiner potenziellen gesundheitlichen Wirkungen bewertet werden. Entscheidungen in Sektoren wie Industrie, Verkehr, Umwelt, Wohnen, Landwirtschaft und Energie bringen eine Vielzahl von direkten oder indirekten gesundheitlichen Konsequenzen mit sich. HIA versucht diese

Wirkungen vorherzusagen, um die Entscheidungsfindung zu beeinflussen, und kann daher ein unschätzbare Hebel für das Einbringen gesundheitlicher Erwägungen in andere Sektoren sein.

178. HIA hat sich für ein geschärftes Profil der öffentlichen Gesundheit auf der politischen Tagesordnung als wirksam erwiesen. Traditionell wird in der Politikgestaltung anderer Sektoren nur wenig Rücksicht auf die Gesundheitsfolgen genommen. Wenn negative gesundheitliche Konsequenzen für die Gesundheit auftreten, trägt der Gesundheitssektor die Kosten. Das Einbeziehen des Gesundheitssektors in Beratungen über die Konzepte und Pläne anderer Sektoren kann solchen Situationen zuvorkommen. Damit HIA wirksam ist, muss sie alle maßgeblichen Akteure einschließlich der betroffenen Bevölkerung einbeziehen und die Teilnehmer müssen gewillt sein, den Wert von Programmen in Frage zu stellen, die erwiesenermaßen eine negative Wirkung auf die öffentliche Gesundheit haben. Im Sinne der größtmöglichen Wirkung sollte HIA die besten verfügbaren Erkenntnisse zu Gesundheit und ihren Determinanten verwenden.

179. Eine Schwierigkeit bei der Anwendung von HIA ist der potenzielle Wettstreit mit Prioritäten anderer Gesellschaftsbereiche (wie Finanzen, Entwicklung, Wohnen und Beschäftigung). Die Tatsache, dass sich die negativen gesundheitlichen Konsequenzen vieler Projekte erst auf Dauer erweisen, erschwert die Lage noch zusätzlich. Dennoch haben einige Länder der Europäischen Region erkannt, dass HIA tatsächlich das Interesse und Engagement der Bevölkerung, der Forschungsgemeinschaft und der örtlichen Behörden vergrößern kann.

180. HIA-Methoden befinden sich noch in der Entwicklung und Fachleute arbeiten an verbesserten Verfahren und an einem gemeinsamen Repertoire aus Normen und Protokollen.

Die europäische Erfahrung

Die EU hat die Forderung, dass die Festlegung und Durchführung aller EU-Politik, -Programme und -Aktivitäten einem hohen Niveau des Gesundheitsschutzes Rechnung tragen muss, zuerst in zwei grundlegenden Dokumenten artikuliert: dem Vertrag über die Europäische Union (Vertrag von Maastricht) und dem Vertrag von Amsterdam. Die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz ist mit der Evaluierung der Konsequenzen jedweder Politik und Maßnahme für die öffentliche Gesundheit beauftragt. Die Grundlage für die Einbeziehung gesundheitlicher Erwägungen in die Politik anderer Sektoren wurde sogar noch früher durch eine Richtlinie aus dem Jahr 1985 geschaffen, die Umweltfolgenabschätzung für alle EU-Mitgliedstaaten verbindlich vorschrieb.

Mehrere europäische Regierungen haben auch eigene HIA-Vorkehrungen getroffen. Irland, die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich haben nationale Systeme zur Evaluierung der Gesundheitsfolgen für Maßnahmen und Programme der öffentlichen Politik entwickelt. Obwohl HIA noch nicht in der ganzen Europäischen Region umfassend eingesetzt wird, so haben viele Länder doch nationale, regionale und lokale HIA-Projekte umgesetzt, die sich in den letzten Jahren rasch entwickelt haben. Mehrere europäische Länder haben auch HIA-Modellversuche eingerichtet und erproben verschiedene Instrumente, u. a. methodische Leitlinien, Handbücher, Indikatorlisten, Schulungen und Seminare. Die zentrale Methode ist selbst sehr gut definiert und für HIA stehen gute Informationsquellen zur Verfügung, z. B. das Health Impact Assessment Gateway (<http://www.hiagateway.org.uk>) und die HIA-Website der WHO (<http://www.who.int/hia>).

Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit

Dieser Ausschuss wurde 1995 gegründet. Zu ihm gehören Vertreter der Gesundheits- und der Umweltministerien sowie zwischenstaatlicher und nichtstaatlicher Organisationen in der Europäischen Region. Er agiert als Diskussionsforum und Lenkungsausschuss für eine Konferenz der Gesundheits- und Umweltminister, die alle fünf Jahre stattfindet (das nächste Mal 2009). Der vorrangige Auftrag des Ausschusses ist es, für die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Umwelt und Gesundheit zu sorgen, der auf der zweiten dieser Konferenzen im Jahr 1994 angenommen wurde.

7. Der Weg zur Gesundheit für alle: eine Prüfliste für Politiker

181. Im GFA-Rahmenkonzept wird die Aktualisierung einer Politik als ebenso wichtig angesehen wie ihre Umsetzung und Auswertung. Für die Gesundheit der Bevölkerung eines Landes ist es entscheidend, die nationale Gesundheitspolitik regelmäßig systematisch auf ihren Inhalt und ihre Umsetzung zu überprüfen, insbesondere im Hinblick auf den Fortschritt bezüglich der GFA-Wertprinzipien. Eine solche Überprüfung macht es nicht nur für den Gesundheitssektor einfacher neue Ansätze anzunehmen, sie kann auch allen Beteiligten ein aktuelles Bild der Funktionsweise ihres Gesundheitssystems liefern. Natürlich ist eine umfassende Überprüfung einfacher, wenn die nationalen Gesundheitsziele gemeinsam aktiv entwickelt und artikuliert wurden.

182. Viele Experten haben ihr Interesse bekundet, mehr über die Bewertung der Leistungsfähigkeit ihrer nationalen Gesundheitspolitik in Bezug auf das GFA-Rahmenkonzept der Europäischen Region zu lernen. Dieses Kapitel regt mit einer groben Prüfliste an, wie dies durch offene Fragen erfolgen könnte, die in einer systematischen Überprüfung der Politik aufgegriffen würden. Die Liste soll nicht erschöpfend sein, eher gibt sie Beispiele für Fragen, die Politiker vielleicht aufgreifen möchten. Wie das Instrumentarium im vorangegangenen Kapitel soll auch diese Prüfliste Kreativität und Entscheidungen fördern und gleichzeitig den Politikern eine Methode an die Hand geben, die den Vergleich zwischen den Ländern ermöglicht.

7.1 Unterstützt die nationale Politik die zentralen GFA-Wertprinzipien?

183. Diese Aktualisierung konzentriert sich auf drei zentrale GFA-Wertprinzipien einer Politik, die Gesundheit für alle fördert. Unterstützung von Chancengleichheit und Solidarität durch die Politik lässt sich anhand der Beantwortung von Fragen wie den folgenden ermesen.

- Hat jeder Einwohner Zugang zu Gesundheitsdiensten? Diese Frage ist insbesondere entscheidend im Zusammenhang mit der Primärversorgung und geografischen Unterschieden.
- Wie sichert die Politik, dass kein Einwohner vom Gesundheitssystem ausgeschlossen wird?
- Wie wird die Chancengleichheit beim Zugang zu den Gesundheitssystemen überwacht? Wenn Chancenungleichheiten verzeichnet werden: Welche Verfahren gibt es, den Beobachtungen geeignete Maßnahmen folgen zu lassen?
- Wer nutzt die bestehenden Gesundheitsdienste hauptsächlich? (Wenn wohlhabendere Bürger überrepräsentiert sind, müssen Chancengleichheitsprobleme gelöst werden).
- Gibt es Kompensationsmechanismen für Ungleichheiten und zur Unterstützung der schwächsten Gruppen? (Mögliche Ansätze wären u. a. die gezielte Verbreitung von Informationen an diese Gruppen und die Förderung ihrer Nutzung der vorhandenen Dienste.)
- Gibt es eine nationale Strategie zum Angehen der Gesundheitsdeterminanten? Wie versucht sie sicherzustellen, dass der Einfluss dieser Determinanten auf verschiedene Bevölkerungsgruppen chancengleich und fair ist?
- Was wird dafür getan sicherzustellen, dass die sektorübergreifende Zusammenarbeit nicht den Respekt für Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik unterminiert?

184. Die Beratung in der Öffentlichkeit und mit den Beteiligten ist nicht nur eine hervorragende Inspirationsquelle, eine solche Beteiligung trägt auch zum Bewusstsein der Öffentlichkeit für ihre Teilhabe und die gemeinsame Verantwortung für neue Initiativen bei. Außerdem verleiht sie dem Gesundheitssektor größere öffentliche Legitimität bei den Verhandlungen mit anderen öffentlichen Sektoren wie z. B. Finanzen, Bildung, Umwelt und Justiz. Bei der Beteiligung der Öffentlichkeit sollten sich die Fragen eher auf die Entwicklung der Politik und der Programme konzentrieren.

- Wie aufnahmebereit ist das Gesundheitssystem für die öffentliche Meinung? Haben alle Teilnehmer die gleiche Chance ihre Ansichten kundzutun?

- Welche Mechanismen sind vorhanden, um die Beteiligung der Öffentlichkeit zu fördern? Was wird zur Förderung der Teilnahme benachteiligter und vulnerabler Gruppen getan?
- Wenn wichtige neue Gesundheitspolitik und -programme entwickelt werden: Gibt es umfassende Gelegenheit zu öffentlicher Diskussion und Erörterung? Welche Beteiligten werden gefragt? Welche nicht? Werden diese Aktivitäten rechtzeitig organisiert und weithin bekannt gemacht?

7.2 Spiegelt die Politik eine breit angelegte Vision von Gesundheit wider?

185. Ein zweiter entscheidender Aspekt, den es bei einer Gesundheitspolitik zu überprüfen gilt, ist die Ausgewogenheit ihrer Bestandteile im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Beitrag zur Gesundheit. Um diese Ausgewogenheit abschätzen zu können, müssen eine Reihe weiterer Fragen gestellt werden.

- Welche Programme und Initiativen zur Förderung gesunder Lebensweisen gibt es? Gibt es nationale Aktionspläne in Bezug auf Tabak, Alkohol, Drogensucht, Ernährung und körperliche Betätigung?
- Welche Evaluierungskriterien gibt es dafür, ob die Gesundheitsversorgung die Gesundheit verbessert? Wie können diese Kriterien wirksamer gestaltet werden?
- Welche Programme und Initiativen zum Aufgreifen des Themas umweltbezogener Gesundheitsschutz gibt es? Gibt es einen nationalen Aktionsplan für Umwelt und Gesundheit?
- Welche Programme und Initiativen zur Kompensation des Einflusses von Armut auf die Gesundheit gibt es? Gibt es einen nationalen Aktionsplan zur Armutsbekämpfung?
- Welcher der vier Gesundheitsbereiche – Patientenversorgung, Prävention, Förderung gesunder Lebensweisen und Angehen von Gesundheitsdeterminanten – birgt das größte Potenzial für eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit? Welche hat das geringste Potenzial? Spiegeln die gegenwärtigen Haushaltszuweisungen dieses relative Potenzial wider? (Für Details über den Inhalt der Elemente vgl. Abschnitt 3.2.1.)

186. Es ist auch eine Reihe von Dokumenten des Regionalbüros – Erklärungen, Aktionspläne, Leitlinien – in unterschiedlichen Sachgebieten erhältlich, die helfen zu bewerten, wie ausgewogen eine nationale Politik in Bezug auf die Verpflichtung zum Aufgreifen aller wichtigen Gesundheitsdeterminanten ist.

7.3 Wie gut spiegelt das Gesundheitssystem die Verpflichtung zur Gesundheit für alle wider?

187. Letztlich kommt es darauf an, ob die GFA-Wertprinzipien in die Praxis umgesetzt werden. Zur Bewertung der Umsetzung muss man verschiedene Aspekte des Gesundheitssystems überprüfen, damit erkennbar wird, wie gut es diese Werte ausdrückt (vgl. Abschnitt 3.3 bezüglich der Erörterung der Aufgabe des Gesundheitssystems bei der Verfolgung des Ziels einer Gesundheit für alle). Auch hier, wie in der ersten Gruppe von Fragen hierüber (Abschnitt 7.1) ist die Frage der Zugänglichkeit zentral.

188. Qualitätssteigerung ist auch ein gutes Anzeichen dafür, dass ein Gesundheitssystem auf das Ziel der Gesundheit für alle ausgerichtet ist.

- Wie stellt das System sicher, dass die Einrichtungen die Leistungsnormen einhalten, sowohl in klinischer wie in betrieblicher Hinsicht?
- Wie sehr werden Gesundheitsfachkräfte in Qualitätsverbesserung geschult?

189. Es lohnt sich auch, andere Leistungsbereiche des Gesundheitssystems zu überprüfen.

- Wie werden gesundheitspolitische Prioritäten gesetzt? Welche Mechanismen helfen sicherzustellen, dass sie sich in den Haushaltszuweisungen widerspiegeln?
- Sind die Arbeitskräfte gerecht auf die Einrichtungen verteilt? Und auf die geografischen Gebiete?

- Wird bei der Formulierung der Gesundheitspolitik auf die Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften zurückgegriffen? Werden auch Fachkenntnisse von außerhalb des Gesundheitssektors einbezogen?

190. Gesundheitssysteme sollten darauf angelegt sein, die aus verschiedenen gesellschaftlichen Determinanten herrührenden Chancenungleichheiten zu minimieren. Die Art des Aufbaus, der Finanzierung und der Verwaltung eines Gesundheitssystems ist selbst eine starke Determinante von Gesundheit und gesundheitlicher Chancenungleichheit. Für die Abschätzung, wie gut ein System die gesellschaftlichen Determinanten bewältigt, sind mehrere Fragen geeignet.

- Ist das nationale Gesundheitssystem darauf angelegt, die unterschiedliche Zugänglichkeit der Versorgung zu minimieren? Verhindert es Chancenungleichheit bei den gesellschaftlichen Folgen von Erkrankungen (z. B. Behinderung und Verarmung)?
- Nimmt das Gesundheitssystem die Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne, z. B. Armut und Bildungsstand durch sektorübergreifende Planung und Finanzierung in Angriff?
- Wie verhält sich das Gesundheitssystem gegenüber Diskrepanzen in der Art, wie Krankheiten Gruppen von Menschen mit verschiedenen gesellschaftlichen Stellungen oder Graden von Vulnerabilität betreffen?
- Sichert das Gesundheitssystem Menschen aus vulnerablen Gruppen oder Gruppen von geringerem gesellschaftlichem Stand die gleichen Möglichkeiten zur Nutzung der Gesundheitsdienste – z. B. indem Gebiete vordringlicher gesundheitlicher Maßnahmen definiert werden oder Positvdiskriminierung vorgeschrieben wird?

191. Eine interessante Herangehensweise an die Analyse eines nationalen Gesundheitssystems durch die Linse der ethischen, auf Werten beruhenden Führung ist die Verknüpfung der drei allgemeinen Ziele aller Gesundheitssysteme – gesundheitliche Verbesserung, Fairness und Bedarfsgerechtigkeit – mit den GFA-Wertprinzipien.

- Wird der gesundheitliche Zugewinn unter Respektierung der Werte Chancengleichheit und Solidarität verteilt?
- Sind die finanziellen Einzelbeiträge zu dem System gerecht festgelegt? (Stehen die Beiträge im Verhältnis zur Zahlungsfähigkeit?)
- Ist das System bedarfsgerecht gegenüber den Bedürfnissen und Anfälligkeiten aller Bevölkerungsgruppen, ohne zu diskriminieren?

192. Patientenbeiträge sind es auch wert, untersucht zu werden, insbesondere wenn es um die Finanzierung des Gesundheitssystems geht.

- Wird die Gesundheitssystemfinanzierung in einer die Kosten gerecht verteilenden Weise erhoben?
- Fließen die Mittel in einen Topf, sodass der gesamten Bevölkerung Zugang zu den Gesundheitsdiensten gewährleistet ist?
- Wenn die Mittel Leistungserbringern zugewiesen werden, spiegeln die Entscheidungen – was, wie viel und von wem kaufen – die Werte Chancengleichheit und Solidarität wider?

7.4 Wie beeinflussen andere Faktoren die Annahme und Umsetzung einer Politik der Gesundheit für alle?

193. Bei der Überprüfung der Gesundheitspolitik kann es auch lehrreich sein Faktoren zu untersuchen, die die Annahme und Umsetzung eines expliziten GFA-Konzepts beeinflussen können. Diese Faktoren lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Inhalt, Fortschritt und Zusammenhang. Eine genaue Betrachtung dieser Faktoren sollte im Sinne einer Erfolg versprechenderen Umsetzung jeder größeren GFA-Reform vorausgehen und so die oben angeführten Fragen sinnvoll ergänzen. Da die Konzeptannahme und

-umsetzung in hohem Maße länderspezifisch ist, konzentriert sich dieser Abschnitt auf die einschlägigen Inhalte und Umfeld der Konzepte.

7.4.1 Inhaltliche Analyse eines GFA-Konzepts

194. Ein GFA-Konzept ist von seinem Wesen her schwer, wenn nicht unmöglich, umzusetzen. Zwar erleichtert eine Reihe von Faktoren die Umsetzung einer konventionellen Gesundheitspolitik, doch nur wenige betreffen das GFA-Konzept. Tabelle 2 sollte es erleichtern zu verstehen, warum ein GFA-Konzept schwer umsetzbar sein kann.

Tabelle 2: Wie inhaltliche Faktoren die Umsetzung einer Gesundheitspolitik beeinflussen

Merkmale einer konventionellen Gesundheitspolitik, die ihre Umsetzung erleichtern	Entsprechende Merkmale eines GFA-Konzepts
Einfache fachliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> • Methoden anerkannt und weithin genutzt • Keine zusätzlichen Mittel erforderlich 	Hochkomplexe fachliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> • oft noch keine Erfahrung • besondere Schulung erforderlich • neue Informationssysteme müssen entwickelt werden
Marginale Veränderung <ul style="list-style-type: none"> • schrittweise Veränderung benötigt keine Genehmigung oder Genehmigung leicht zu erhalten 	Größere Veränderung <ul style="list-style-type: none"> • größere Veränderungen können oft starken Widerstand bei Beteiligten hervorrufen
Umsetzung durch einen einzelnen Akteur <ul style="list-style-type: none"> • Meinungsverschiedenheiten oder Kompromisse 	Umsetzung durch mehrere Akteure <ul style="list-style-type: none"> • In der Regel sektorübergreifend • Mix von privaten und öffentlichen Akteuren • oft verschiedene Ebenen involviert (lokal bis international)
Grundsatzziele klar formuliert <ul style="list-style-type: none"> • Ein Hauptziel vermeidet Verwirrung 	Grundsatzziele klar formuliert <ul style="list-style-type: none"> • Konflikte mit anderen gesellschaftlichen Zielen oder Zielen des Gesundheitssystems dennoch möglich
Schnelle Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> • Schneller Entwicklungsprozess (der Widerstand und Verzerrungen des Konzepts begrenzt) 	Langsame Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> • Ganz neues System mühsam entwerfen und initiieren

7.4.2 Den Zusammenhang analysieren: die Fähigkeit eines Mitgliedstaates ein GFA-Konzept aufzunehmen, anzunehmen und umzusetzen

195. Da das politische Umfeld in der Europäischen Region der WHO stark variiert, müssen die kontextbedingten Faktoren, die die Umsetzung eines GFA-Konzepts beeinflussen, von Land zu Land aufgegriffen werden. Es kann hilfreich sein, die folgenden Fragen im Lichte der nationalen Bedingungen in Betracht zu ziehen.

- In welchem Maß nehmen die gesundheitspolitischen Akteure an dem internationalen Austausch einschlägiger Ideen, Techniken und Praktiken teil? Eine solche Beteiligung ist insbesondere in der öffentlichen Administration der Gesundheitspolitik wichtig und trägt zur Bildung internationaler Netze bei. Mitglieder dieser Netzwerke, in denen nichtstaatliche und internationale Organisationen eine Schlüsselrolle spielen, entwickeln ein gemeinsames Verständnis der politischen Entscheidungen und Probleme.
- Welche nationalen Forschungskapazitäten gibt es im Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme? Solche Kapazitäten sind keine Selbstverständlichkeit. So sind z. B. viele Länder noch nicht in der Lage dem wachsenden Bedarf nach evidenzbasierten Gesundheitskonzepten gerecht zu werden. Um die Entwicklung und Umsetzung von GFA-Konzepten zu unterstützen, müssen viele Länder ihre Kapazitäten für dieses Bemühen ausbauen.
- Würde die Umsetzung eines GFA-Rahmenkonzepts durch die bestehende Infrastruktur für Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitsversorgung erleichtert oder erschwert? Gibt es zum Beispiel

genügend angemessen ausgebildete Mitarbeitende im Gesundheitsbereich? Die inhaltliche Analyse aus Tabelle 2 schlägt einige Anforderungen der GFA-Konzepte an die Infrastruktur vor. Noch einmal, eine geeignete Infrastruktur ist nicht in jedem Mitgliedstaat der Region eine Selbstverständlichkeit.

- Würde die vorhandene Kultur im staatlichen Gesundheitssektor die Umsetzung eines GFA-Konzepts beschleunigen oder verzögern? Einige Länder verfügen über eine respektable Tradition der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitskonzepten und sie haben Themen wie Chancengleichheit, Förderung gesunder Lebensweisen und Zusammenarbeit der Sektoren seit langem in Angriff genommen. Eine solche Tradition kann viele gesellschaftliche Teilsysteme einbeziehen, einschließlich den gesetzgeberischen und den vollziehenden Zweig. In anderen Ländern, in denen die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitspolitik sich hauptsächlich auf das System der Gesundheitsversorgung beschränkte, kann der zur Unterstützung der Gesundheit für alle erforderliche sektorübergreifende Ansatz als sperrig und fremd empfunden werden.
- Ist die Stewardship-Funktion des Gesundheitssektors so gut ausgebildet, dass sie die Umsetzung eines nationalen GFA-Konzepts ohne Schwierigkeiten schultern könnte? Eine feste Ausübung von Stewardship, durch die das Gesundheitssystem seine Führung und seinen Einfluss auf andere Systeme der Gesellschaft demonstriert, wird oft als eine Hilfe für eine wirksame Konzeptentwicklung und -umsetzung erwähnt. Beispiele für diese Stewardship-Funktion – oder ihre Abwesenheit – waren in den Ergebnissen der GFA-Befragung in fast allen Ländern festzustellen (vgl. Kapitel 4, „Gesundheit für alle“ in den Ländern der Europäischen Region der WHO).

Schlussfolgerung

196. Diese Aktualisierung bringt „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region einen Schritt voran. Nach ihrer Annahme geht die Arbeit weiter. Wir befinden uns nicht mehr in einer Situation, in der eine gemeinsam vorgegebene Strategie die sich wandelnde Wirklichkeit jedes Mitgliedstaats erfassen kann. Das ist der Grund, warum das Regionalbüro für Europa sich zu einem unbefristeten GFA-Prozess bekannt hat. Die Konsultation mit den Mitgliedstaaten hat bereits einige faszinierende Vorschläge erbracht, die im Laufe dieses unbefristeten Prozesses aufgegriffen werden. Einige dieser Gedanken sind:

- die finanzielle Dimension der GFA-Konzepte in den Mitgliedstaaten weiter zu erkunden,
- genau zu untersuchen, wie ethische, auf Werten beruhende Führung sich zur Funktion des Gesundheitssystems verhält,
- die Auswirkungen der Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitssektors zu studieren,
- die Anwendung und Anwendbarkeit des GFA-Modells in einzelnen Ländern systematisch zu beobachten,
- konkrete Instrumente für eine vergleichende Analyse der GFA-Konzepte zu entwickeln,
- die Verbindungen zwischen dem GFA-Rahmenkonzept und den Kernkonzepten anderer internationaler Akteure im Bereich öffentliche Gesundheit zu erforschen,
- Maßstäbe für die fortschreitende Umsetzung der „Gesundheit für alle“ zu erarbeiten und
- eine breite GFA-Kommunikationsplattform auf regionaler, nationaler und teilnationaler Ebene zu entwickeln.

Literatur

1. Resolution EUR/RC48/R5: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für das 21. Jahrhundert für die Europäische Region. In: *Bericht über die achtundvierzigste Tagung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (EUR/RC48/REC/1; <http://www.euro.who.int/document/rc48/greport.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
2. *GESUNDHEIT21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (European Health for All Series No. 6; <http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heger.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
3. Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA). In: *Bericht über die dritte Tagung des Zehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (EUR/RC52/SC(3)/REP; <http://www.euro.who.int/document/scrc52/gscrcrep3.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
4. *Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (EUR/RC53/8; <http://www.euro.who.int/document/rc53/gdoc08.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
5. Resolution EUR/RC53/R3: Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA). In: *Bericht über die Dreiundfünfzigste Tagung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa 2003 (EUR/RC53/REC/1; <http://www.euro.who.int/document/rc53/greport.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
6. *Follow-up zu früheren Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (EUR/RC54/12; <http://www.euro.who.int/document/rc54/gdoc12.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
7. *GESUNDHEIT21 – Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, No. 5; <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
8. *Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (EUR/RC50/10; <http://www.euro.who.int/Document/RC50/gdoc10.pdf?language=German>, eingesehen am 6. Juni 2005).
9. *United Nations Millennium Development Goals*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>, eingesehen am 6. Juni 2005).
10. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic Documents*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={CA9}&softpage=Document42, eingesehen am 6. Juni 2005)
11. Resolution WHA30.43: Technical cooperation. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985 (<http://www.who.int/governance/en>, eingesehen am 6. Juni 2005).
12. *Primary care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, eingesehen am 6. Juni 2005).
13. Resolution WHA34.36: Global Strategy for Health for All by the Year 2000. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985 (<http://www.who.int/governance/en>, accessed 7 June 2005).

14. Resolution WHA35.23: Plan of action for implementing the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985 (<http://www.who.int/governance/en>, eingesehen am 6. Juni 2005).
15. Resolution WHA48.16: WHO response to global change: renewing the health-for-all strategy. In: *Forty-eighth World Health Assembly. Geneva, 1–12 May 1995. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHA48/1995/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, eingesehen am 6. Juni 2005).
16. Resolution WHA50.28: WHO reform: linking the renewed health-for-all strategy with the Tenth General Programme of Work, programme budgeting and evaluation. In: *Fiftieth World Health Assembly. Geneva, 5–14 May 1997. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHA50/1997/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, eingesehen am 6. Juni 2005).
17. Resolution WHA51.7: Health-for-all policy for the twenty-first century. In: *Fifty-first World Health Assembly. Geneva, 11–16 May 1998. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHA51/1998/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, eingesehen am 6. Juni 2005).
18. Resolution EUR/RC30/R8: Regional strategy for attaining health for all by the year 2000. In: *Handbook of resolutions and decisions of the Regional Committee for Europe, Volume I, 12th edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1989.
19. Resolution EUR/RC34/R5: Implementation of the regional strategy for attaining health for all by the year 2000: European regional targets. In: *Handbook of resolutions and decisions of the Regional Committee for Europe, Volume I, 12th edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1989 (http://www.who.dk/governance/resolutions/20011026_5, eingesehen am 6. Juni 2005).
20. Resolution EUR/RC41/R5: Strategy for attaining health for all by the year 2000 : updating of the regional health for all targets. In: *Handbook of resolutions and decisions of the Regional Committee for Europe, Volume II, 1st edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (http://www.who.dk/governance/resolutions/20011017_3, eingesehen am 6. Juni 2005).
21. *The right to the highest attainable standard of health: substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000 (E/C.12/2000/4; <http://cesr.org/generalcomment14>, eingesehen am 6. Juni 2005).
22. *Generaldirektorat Gesundheit und Verbraucherschutz: Öffentliche Gesundheit*. Luxemburg, Europäische Kommission (http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/publichealth_de.htm, eingesehen am 6. Juni 2005).
23. *Health for all by the year 2000: the Finnish national strategy*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1987.
24. *Health for All by the year 2000: revised strategy for co-operation*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1993.
25. *Government resolution on the 2015 public health programme*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2001.
26. Department of Health. *The health of the nation: a strategy for health in England*. London, Stationery Office, 1992.
27. Secretary of State for Health. *Saving lives: our healthier nation*. London, Stationery Office, 1999.
28. Weber I et al. *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1990.

29. Weber I, Meye MR, Flatten G. *Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht*. Cologne, Eigenverlag, 1987.
30. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. *Gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003.
31. *Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg*. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1992.
32. *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg: Zwischenbilanz 1994*. Hamburg, Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1995.
33. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW*. Bielefeld, LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995.
34. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France: Rapport général*. Paris, la Documentation française, 1994.
35. *Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health*. Oslo, Ministry of Social Affairs, 2002 (Report No. 16 (2002–2003) to the Storting (short version); <http://odin.dep.no/archive/hdvedlegg/01/07/folke013.pdf>, eingesehen am 6. Juni 2005).
36. Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
37. McKee M. Values and beliefs in Europe. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Publishing Group, 2002.
38. *The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 case studies*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.
39. Nygren-Krug H. *25 Questions & Answers on Health and Human Rights*. Geneva, World Health Organization, 2002 (Health and Human Rights Publication Series Issue No. 1; http://www.who.int/hhr/activities/en/25_questions_hhr.pdf, eingesehen am 6. Juni 2005).
40. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 1993, 12(4):431–457.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.
42. *General Assembly Resolution A 217 (III). Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations, 1948 (<http://www.un.org/documents/ga/res/3/ares3.htm>, eingesehen am 6. Juni 2005).
43. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goals of 3 by 5. *Lancet*, published online 19 May 2005 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360566518X/fulltext>, eingesehen am 6. Juni 2005).
44. *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms: as amended by Protocol No. 11*. Strasbourg, Council of Europe, 1998 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/005.htm>, eingesehen am 6. Juni 2005).
45. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>, eingesehen am 6. Juni 2005).
46. Konsolidierte Fassung des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft. *Amtsblatt Nr. C 325* vom 24. Dezember 2002 (<http://europa.eu.int/eur-lex/lex/de/treaties/dat/12002E/html/12002E.html>, eingesehen am 6. Juni 2005).

47. Charter of Fundamental Rights of the European Union. *Official Journal of the European Communities*, 2000/C 364/01, 18 December 2000 (http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_en.html, eingesehen am 6. Juni 2005).
48. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>, eingesehen am 6. Juni 2005)
49. *The World Health Report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>, eingesehen am 6. Juni 2005)
50. *The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>, eingesehen am 6. Juni 2005).
51. Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.

Annex 1

Regionalkomitee für Europa– Wichtige Grundsatzpapiere von Bedeutung für den GFA-Prozess

2004

Zu einer Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC54/8, 2004)

Partnerschaften für Gesundheit: Zusammenarbeit innerhalb des Systems der Vereinten Nationen und mit anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen (EUR/RC54/Inf.Doc./3, 2004)

2003

Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC53/7, 2003)

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC53/11, 2003)

2002

Partnerschaften für Gesundheit (EUR/RC52/7, 2002)

Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC52/8, 2002)

Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria (EUR/RC52/9, 2002)

Die Rolle des Privatsektors und der Privatisierung in Gesundheitssystemen der Europäischen Region (EUR/RC52/10, 2002)

Europäische Anti-Tabak-Strategie (EUR/RC52/11, 2002)

Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC52/BD/1, 2002)

2001

Partnerschaften für die Gesundheit (EUR/RC51/6, 2001)

Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC51/8, 2001)

2000

Der Einfluss der Nahrung und Ernährung auf die öffentliche Gesundheit (EUR/RC50/8, 2000)

Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region und Aktionsplan zur Bestätigung der Eradikation (2000–2003) (EUR/RC50/9, 2000)

Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa, „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“ (EUR/RC50/10, 2000)