



Regionalkomitee für Europa

69. Tagung

Kopenhagen, 16.–19. September 2019

Punkt 5 g) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC69/13 Rev.1

+ EUR/RC69/Conf.Doc./9 Rev.1

15. September 2019

190302

ORIGINAL: ENGLISCH

Beschleunigter Ausbau der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO: organisatorische und technologische Innovationen im Kontext der Erklärung von Astana

In diesem Dokument werden zehn evidenzbasierte Beschleuniger für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO präsentiert. Diese basieren auf den besten verfügbaren Forschungserkenntnissen und Praktiken und setzen auf hochwirksame Ansatzpunkte für eine effektive Beschleunigung der Fortschritte in der primären Gesundheitsversorgung.

In der Europäischen Region arbeiten alle Mitgliedstaaten darauf hin, die Umsetzung der primären Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Doch die Herausforderungen für Gesundheit und Gesundheitssysteme in unserer heutigen Zeit erfordern anhaltende Anstrengungen der Politik für eine Systemausrichtung, die eine Ausdehnung der Versorgung mit hochwertigen Gesundheitsleistungen sowie der finanziellen Absicherung zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Die Beschleuniger zielen darauf ab, bei der vorrangigen Berücksichtigung evidenzbasierter Innovationen zur zeitnahen Umsetzung und Ausweitung Orientierungshilfe zu geben. Für diese Beschleuniger ist Leistungsintelligenz entscheidend. Sie werden von „digitalen Zeigern“ begleitet, mit denen jeweils die relevanten Informationstechnologielösungen kurz erläutert werden.

Die Beschleuniger für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung knüpfen an dem 2016 vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommenen Europäischen Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen an. Darin wird eine ergebnisorientierte Umgestaltung der Leistungserbringung vorgeschlagen, bei der die Menschen Vorrang haben, Versorgungsmodelle angepasst und die Rahmenbedingungen in den Systemen (Steuerung, Finanzierung und Mittelbeschaffung) sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Ferner werden strategische Prioritäten für die Verknüpfung der primären Gesundheitsversorgung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen sowie dem Krankenhaus- und Sozialwesen aufgestellt.

2018 erneuerten die Mitgliedstaaten der WHO mit ihrer Zustimmung zur Erklärung von Astana ihr Bekenntnis zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung. Mit diesem Bekenntnis, das auf den Grundsätzen der Erklärung von Alma-Ata aufbaut, wird die entscheidende Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung hervorgehoben und gleichzeitig der Ruf nach einer Führungsrolle der Politik bei der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung bis 2030 laut.

Inhalt

Hintergrund	3
Herausforderungen bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung	4
Der Weg in die Zukunft: Beschleuniger für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung	6
Unterstützung durch das WHO-Regionalbüro für Europa	12

Hintergrund

1. Bedeutung des Ansatzes der primären Gesundheitsversorgung: Vor 40 Jahren nahmen die Länder auf der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung die Erklärung von Alma-Ata an. Darin wurde dringend zu wirksamen nationalen und internationalen Maßnahmen zur Entwicklung und Umsetzung der primären Gesundheitsversorgung auf der ganzen Welt aufgerufen. Seit damals wurden große Fortschritte erzielt, doch vielen Ländern fehlen noch gut funktionierende Systeme für die primäre Gesundheitsversorgung; dies hat unnötige Krankenhausaufenthalte, frühzeitige Todesfälle und Behinderungen sowie anhaltende Ungleichheiten zur Folge, aber auch hohe Behandlungskosten und Produktivitätsverluste.

2. Aktuelle Herausforderungen für die Europäische Region: Die heutige Welt unterscheidet sich deutlich von der vor 40 Jahren. Die Länder in der Europäischen Region der WHO haben demografische Veränderungen erlebt, die eine Alterung der Bevölkerung sowie gleichzeitig einen epidemiologischen Übergang bewirkt haben, aufgrund dessen inzwischen ein Großteil der Krankheitslast auf nichtübertragbare Krankheiten entfällt. Gleichzeitig haben Globalisierung, neue Technologien und steigende Einkommen zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und zu höheren Erwartungen in Bezug auf einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung geführt; dagegen hatte die globale Finanzkrise von 2008 in den meisten Ländern der Europäischen Region eine Konjunkturabschwächung und sinkende staatliche Investitionen in die Gesundheit zur Folge.

3. Globale Reaktion: Die WHO und die internationale Entwicklungsgemeinschaft haben auf diese Herausforderungen in vielerlei Weise reagiert. Im *Weltgesundheitsbericht 2008 – Primäre Gesundheitsversorgung – wichtiger als je zuvor* wurde die ursprüngliche Vision der primären Gesundheitsversorgung neu ausgerichtet: als ein System von Werten und Grundsätzen, an denen sich die Entwicklung der Gesundheitssysteme orientieren muss. 2012 wurde die Resolution 67/81 der Generalversammlung der Vereinten Nationen über eine allgemeine Gesundheitsversorgung angenommen, in der gewissermaßen der Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und ihrer 17 Nachhaltigkeitsziele (SDG) durch Resolution 70/1 im Jahr 2015 vorgegriffen wurde.

4. Die primäre Gesundheitsversorgung: 2018 fand in Astana (Kasachstan) die Globale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung statt, die mit der Annahme der Erklärung von Astana über die primäre Gesundheitsversorgung: von Alma-Ata hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und zur Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung endete. Darin wird die Entschlossenheit der Mitgliedstaaten zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung als einem zentralen Vehikel zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und der SDG bekräftigt. Darüber hinaus wird die primäre Gesundheitsversorgung in jüngster Zeit auch im Globalen Aktionsplan für ein gesundes Leben und Wohlergehen aller Menschen als ein Beschleuniger für Fortschritte hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung anerkannt. Diese Ziele werden auch von der Generalversammlung der Vereinten Nationen vorangetrieben, namentlich durch die Entwicklung eines operativen Rahmens für die Umsetzung der Erklärung von Astana mit dem Titel „Primäre Gesundheitsversorgung: von der Vision zur Aktion“.

5. Schwerpunktlegung auf primäre Gesundheitsversorgung in den aktuellen und kommenden Prioritäten der WHO: Im Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO 2019–2023, das sich eine Verbesserung der Gesundheit, Sicherheit für die Welt und Hilfe für die Schwächsten zum Ziel gesetzt hat und eine dreifache Milliarden-Zielmarke anvisiert, ziehen

sich auf die primäre Gesundheitsversorgung gestützte Gesundheitssysteme wie ein roter Faden durch alle angestrebten Resultate.

6. Grundsätze der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region: Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region haben durch ihr anhaltendes Engagement für die Umsetzung von Konzepten zur Stärkung der Gesundheitssysteme Führungskompetenz demonstriert. 2008 wurde die Charta von Tallinn angenommen, in der das Bekenntnis der Länder zu einem Gesundheitssystemansatz bekräftigt wurde. 2012 nahmen die Mitgliedstaaten das gesundheitspolitische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ an, in dem die Schaffung bürgernaher Gesundheitssysteme eine der vier Säulen war. 2015 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa die Resolution EUR/RC65/R5 über Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme an, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert wurden, die Gesundheitsversorgung grundlegend umzugestalten, um zu einer integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu gelangen. Diese Priorität wurde wiederum im Europäischen Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen fortgeführt, den das Regionalkomitee 2016 mit der Resolution EUR/RC66/R5 annahm. Er ist eng mit der Resolution EUR/RC67/R5 („Auf dem Weg zu einem nachhaltigen Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen: ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO“) abgestimmt, die vom Regionalbüro 2017 angenommen wurde. 2018 bekräftigten die Mitgliedstaaten ihr Bekenntnis zur Stärkung der Gesundheitssysteme auf der hochrangigen Tagung der Europäischen Region über Gesundheitssysteme für Wohlstand und Solidarität: niemanden zurücklassen (Tallinn, Estland, 13.–14. Juni 2018), die anlässlich des zehnten Jahrestages der Unterzeichnung der Charta von Tallinn stattfand, sowie auf der hochrangigen Tagung über die Reaktion der Gesundheitssysteme auf nichtübertragbare Krankheiten: Erfahrungen in der Europäischen Region (Sitges, Spanien, 16.–18. April 2018), indem sie sich zu den in Resolution EUR/RC68/R3 genannten Prioritäten bekannten.

7. Initiativen der Europäischen Region für die primäre Gesundheitsversorgung: Auf Ebene der Europäischen Region bietet die Themenbezogene Koalition für Gesundheit und Wohlbefinden ein Forum für die einvernehmliche Festlegung gemeinsamer Ziele mit Mittelpunkt in den Ländern. 2018 richteten die Regionaldirektoren der beteiligten Organisationen der Vereinten Nationen einen Arbeitsbereich für primäre Gesundheitsversorgung ein, um deren überragender Bedeutung für die Beschleunigung von Fortschritten bei der Verwirklichung des Ziels einer allgemeinen Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen.

Herausforderungen bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung

8. Anstreben einer allgemeinen Gesundheitsversorgung: Die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung¹ setzt die erfolgreiche Förderung eines zeitnahen Zugangs aller Bevölkerungsgruppen zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen ohne ruinöse oder zu Verarmung führende Gesundheitsausgaben voraus. In konzeptioneller Hinsicht bedeutet dies: a) Ausdehnung des Kreises der Anspruchsberechtigten und Verbesserung des Zugangs zu hochwertigen Gesundheitsleistungen, insbesondere für bestimmte Bevölkerungsgruppen, die gegenwärtig ausgeschlossen sind; b) Ausweitung des Leistungspakets eines Landes, damit es alle unentbehrlichen Gesundheitsleistungen umfasst; und c) Abbau der wichtigsten Ursachen von

¹ Allgemeine Gesundheitsversorgung wird von der WHO folgendermaßen definiert: „die Sicherstellung, dass alle Menschen Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen (Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung) erhalten, die von ausreichender Qualität sind, um wirksam zu sein, und die Gewährleistung, dass die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht zu finanziellen Härten für die Nutzer führt“.

(formellen wie informellen) Zahlungen aus eigener Tasche, um die Gefahr finanzieller Härten zu senken.

9. Inangriffnahme der Prioritäten der Europäischen Region: Für die Länder der Europäischen Region ergibt sich daraus die Notwendigkeit, in folgenden Bereichen verstärkt tätig zu werden: a) Versorgung von speziellen Bevölkerungsgruppen wie Landbewohnern, Senioren, Arbeitslosen, Einkommensschwachen, Menschen mit Behinderungen, Obdachlosen, Migranten (einschließlich irregulärer Migranten), Häftlingen, Minderheiten und anderen anfälligen Gruppen; b) Eingehen auf die Erwartungen einer zunehmend gesundheitskompetenten Bevölkerung mit Zugang zu Informationen; c) Berücksichtigung kultureller, gesellschaftlicher und geschlechtsspezifischer Faktoren, die sich auf die Inanspruchnahme von Leistungen auswirken können; d) vorgelagerte Maßnahmen in Bezug auf Risikofaktoren und Determinanten, vor allem kommerzielle und umweltbezogene; e) Intensivierung der Anstrengungen zur Bekämpfung hartnäckiger Krankheiten und Gesundheitsprobleme wie Tuberkulose, antimikrobielle Resistenzen, Krankheitsausbrüche, Demenzerkrankungen und niedrige Durchimpfung in vielen Ländern; f) Sicherstellung eines Zugangs zu unentbehrlichen hochwertigen Arzneimitteln (z. B. für die Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten), zu Angeboten der Sexual- und Reproduktionsgesundheit, zu Krebsvorsorgeuntersuchungen, zu Rehabilitationsmaßnahmen, zur Palliativversorgung und zu Angeboten der psychischen Gesundheitsversorgung; g) Einrichtung nutzerfreundlicher Angebote auf der Grundlage eines Lebensverlaufansatzes zur Sicherung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Frauen, Männern und Senioren; und h) Verringerung von Zahlungen aus eigener Tasche durch Maßnahmen zur Förderung von Solidarität.

10. Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen: Aus Sicht der Leistungserbringung bedeutet eine Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten die Gewährung von Ansprüchen auf Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens und des Sozialwesens, die Überwindung der Fragmentierung von Leistungsangeboten, die Abkehr von einem episodischen Versorgungsmodell sowie Investitionen in die Kontinuität und Koordinierung von Leistungsangeboten im Gesamtkontext eines hochgradig leistungsfähigen Systems der primären Gesundheitsversorgung. Neben der Frage des Versorgungsgrades wirken Defizite in der Qualität der Versorgung auch weiterhin wie ein Hindernis für eine allgemeine Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus sind in der Europäischen Region Zahlungen aus eigener Tasche nach wie vor weit verbreitet; Gleiches gilt für eine ungünstige Gestaltung von Anreizen, die die Inanspruchnahme der primären Gesundheitsversorgung und das Prestige des Gesundheitspersonals untergraben.

11. Innovationen in der primären Gesundheitsversorgung: Trotz dieser Herausforderungen gibt es in der Europäischen Region bereits eine kritische Masse an Evidenz und Praxis in Bezug auf die positiven Auswirkungen einer Stärkung der primären Gesundheitsversorgung. 2018 wurden in dem Bericht der Europäischen Region mit dem Titel *Von Alma-Ata bis Astana: Primäre Gesundheitsversorgung – Reflexion über die Vergangenheit, Veränderungen für die Zukunft* eine Vielzahl von Innovationen in den Mitgliedstaaten beschrieben. Die vielfältigen Erfahrungen der Länder umfassen Innovationen in der organisatorischen Gestaltung und Steuerung, bei dezentralisierten Entscheidungsprozessen von Führungskräften, bei der Ausweitung der Rechenschaftslegung und Verwaltung vor Ort sowie in der Finanzierung von Zahlungen an Leistungserbringer. Diese Initiativen haben zu Verbesserungen in Bezug auf Leistungsfähigkeit und Resultate sowie die Chancengleichheit beim Zugang geführt. Bewährte Praktiken in der Ausbildung und der beruflichen Fortbildung, eine klarere Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten des Gesundheitspersonals und die verstärkte Nutzung von

Technologien zeugen von der Stärke der Evidenz und des Fachwissens, die sich in der Europäischen Region angesammelt haben.

Der Weg in die Zukunft: Beschleuniger für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung

12. Auf primäre Gesundheitsversorgung gestützte Gesundheitssysteme: Die Erklärung von Astana und die vorstehend erläuterten globalen Anstrengungen bieten eine gute Gelegenheit, um die primäre Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens zu rücken und die konkreten Reformen in den Gesundheitssystemen zu benennen, die notwendig sind, um Leistungen zeitnah, effizient und wirksam bereitstellen zu können, was letztendlich zu verbesserten gesundheitlichen Resultaten führt. Um die Veränderungen in größerem Maßstab und flächendeckend umsetzen und bestimmte Stadien von Reformen überspringen und so das Innovationstempo erhöhen zu können, wird ein Systemansatz benötigt.

13. Hochwirksame politische Maßnahmen: Um organisatorische und technologische Innovationen für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung zu unterstützen, wurden zehn evidenzbasierte Beschleuniger bestimmt. Sie sind bereichsübergreifende, miteinander verknüpfte und hochwirksame Ansatzpunkte für politische Maßnahmen. Sie sind die vielversprechendsten Optionen für die Zuweisung von Zeit und Ressourcen zur grundlegenden Umgestaltung der Leistungserbringung. Besonders wichtig ist hierbei, dass es wissenschaftlich und praktisch erwiesen ist, dass sie die Leistungsfähigkeit und letztendlich die gesundheitlichen Resultate verbessern.

14. Integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen: Die Beschleuniger tragen der Notwendigkeit Rechnung, dass die Verantwortlichen im öffentlichen Gesundheitswesen gezielt systembezogene Reformen durchführen, die im größeren Maßstab und flächendeckend eine Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen ermöglichen, die eine Verbesserung der gesundheitlichen Resultate bewirken. Sie sind den Handlungsfeldern des Europäischen Handlungsrahmens für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen entnommen. Darin werden die Menschen durch folgende Schwerpunkte in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gerückt: a) Bestimmung gesundheitlicher Bedürfnisse und Zuschnitt von Interventionen im Bereich der Leistungserbringung mit dem Ziel, vorausschauend und ausgewogen auf diese zu reagieren; b) Einbeziehung von Bevölkerung und Einzelpersonen, um sich zu vergewissern, dass sie in der Lage sind, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen; c) Verzahnung der Leistungserbringung, um eine Kontinuität der Versorgung herzustellen, die Akzeptanz von Innovationen zu erhöhen und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu verbessern; und d) Anordnung der Systemkatalysatoren, um eine Bereitstellung im größeren Maßstab sowie Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

15. Veränderungssteuerung: Die Beschleuniger stellen ein übergeordnetes Modell dar, bei dem Prioritätensetzung und Abfolge jeweils von den vorherrschenden Rahmenbedingungen und politischen Prioritäten abhängen. Wenn Reformprozesse im Gange sind, können die Länder diese Beschleuniger als Ansatzpunkte für die Herstellung eines Konsenses und die Beschleunigung von Fortschritten nutzen. Einige Beschleuniger lassen sich unter den gegenwärtigen Systembedingungen realisieren, doch langfristig erfordern sie alle eine Ausrichtung der wichtigsten Antriebskräfte auf der Systemebene, um eine Konsolidierung der Erfolge und die Nachhaltigkeit der Veränderungen insgesamt zu gewährleisten. Die entscheidende Voraussetzung für nachhaltige Reformen in den Gesundheitssystemen ist ein für

Veränderungen empfängliches Umfeld, das folgende Elemente aufweist: Qualität und Kohärenz der Konzepte; politische und umweltbedingte Sachzwänge; Schlüsselfiguren für die Steuerung von Veränderungen; eine kollektive Führungsrolle; eine unterstützende Organisationskultur; und Beziehungen zwischen Führungskräften und Klinikern. Die Herbeiführung von Veränderungen durch die nachstehend beschriebenen Beschleuniger muss an den digitalen Ungleichheiten ansetzen, die durch die unterschiedlichen Niveaus an digitaler Kompetenz und die Unterschiede beim Zugang zur Digitalisierung verursacht werden, vor allen in anfälligen Bevölkerungsgruppen.

16. Die zehn Beschleuniger werden nachstehend erläutert und sind jeweils mit einem „digitalen Fingerzeig“ versehen.²

- 1) Einführung eines Bevölkerungsgesundheitsansatzes zur Beschleunigung der Verschmelzung von öffentlichem Gesundheitswesen und primärer Gesundheitsversorgung: Dieser Beschleuniger besteht darin, Patienten aufgrund von Wohnort, Mitgliedschaft oder Registrierung an Teams der primären Gesundheitsversorgung zu überweisen. Dies beinhaltet die Durchführung regelmäßiger Bedarfsabschätzungen und einer Risikostratifizierung auf der Bevölkerungsebene zur Gestaltung und Realisierung von Leistungserbringungssystemen auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung. Diesen ermittelten Bedürfnissen sollten individuelle und bevölkerungsbezogene Leistungen zugeordnet werden, die im gesamten Lebensverlauf fortgesetzt werden. Dieser Beschleuniger beinhaltet einen Aufruf zur Beschäftigung mit den Determinanten von Gesundheit, zu ressortübergreifendem Handeln und zur Befähigung von Gemeinschaften. Ein Bevölkerungsgesundheitsansatz trägt zu einer effizienten Zuweisung von Ressourcen und zum Abbau von Ungleichheiten durch Erleichterung des Zugangs zu bedarfsgerechten Angeboten bei.

Digitale Fingerzeige: Software für die Stratifizierung von Risiken (kommt beim Schutz der Bevölkerungsgesundheit weithin zum Einsatz); Gestaltung von Gesundheitsleistungen und klinisches Management; Surveillance-Systeme, insbesondere für übertragbare Krankheiten; und Prognose von Szenarien.

- 2) Einführung eines gemeindenahen Versorgungsmodells zur Beschleunigung der Verschmelzung von Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge: Eine wachsende Zahl von Patienten benötigen zur Erfüllung ihrer komplexen Bedürfnisse zusätzliche Leistungen. Deshalb wird zur Bereitstellung hochwertiger Leistungen eine gut funktionierende ressortübergreifende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen auf der operativen und strategischen Ebene benötigt. Die primäre Gesundheitsversorgung steht an der Schnittstelle zwischen diesen beiden Bereichen und ist strategisch nahe am Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen angesiedelt. Ein Modell der gemeindenahen Versorgung ermöglicht den Aufbau eines Netzes von Leistungserbringern, das ein Kontinuum der Versorgung im gesamten Lebensverlauf gewährleistet und das mit der primären Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt den Zugang zu Angeboten der Langzeitpflege, der Palliativversorgung, der Rehabilitation und der psychischen Gesundheitsversorgung sowie zu aufsuchenden Diensten sicherstellt. Dieses Modell trägt auch zur effizienten Zuweisung von Ressourcen und zum Abbau von

² Die digitalen Fingerzeige verweisen auf Gelegenheiten zur Verknüpfung von Fortschritten bei der Digitalisierung von Gesundheitsangeboten (z. B. elektronische Prozesse, Ressourcen und ihre Gestaltung) mit Bemühungen zur Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung. Dadurch sollen technologische Innovationen sowie ihr Potenzial zur Beschleunigung von Reformen optimiert werden.

Ungleichheiten durch Erleichterung des Zugangs zu bedarfsgerechten Angeboten im Gesundheits- und Sozialwesen bei.

Digitale Fingerzeige: eindeutige Patienten-Identifikatoren; Akten, die vom Gesundheits- und Sozialwesen gemeinsam genutzt werden (um ein effektiveres Einkaufswesen und eine wirksamere Aufsicht zu fördern und stärker präventionsorientierte Ansätze für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen); interoperable Informationssysteme.

- 3) Bereitstellung eines umfassenden Spektrums von Leistungen, um ein breites Kontinuum der Versorgung im gesamten Lebensverlauf sicherzustellen: Die Auswahl eines umfassenden Pakets an Gesundheitsleistungen wirkt sich nachweislich positiv auf gesundheitliche Resultate aus. Im Einklang mit dem Ansatz, der Gesundheit und Gesundheitsversorgung als ein Menschenrecht ansieht, haben die Menschen während ihres gesamten Lebens ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dieser Beschleuniger setzt eine klare Definition der Leistungsansprüche und des von den Leistungserbringern bereitzustellenden Leistungspakets voraus. In einem umfassenden Leistungsspektrum entlang des Kontinuums der Versorgung werden Diagnose- und Behandlungsangebote in ausgewogener Weise mit verstärkten Maßnahmen von Gesundheitsschutz und -förderung sowie Krankheitsprävention kombiniert, die im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung an Risikofaktoren und Verhaltensänderungen ansetzen. Der Zugang zu Medikamenten und deren verantwortungsbewusster Gebrauch sollten zum integralen Bestandteil dieser Angebote werden.

Digitale Fingerzeige: Neue Technologien erlauben eine breitere Nutzung von diagnostischer Bildgebung, Genomik und Molekularprofilen sowie Daten über Umwelt und Lebensstil, die eine eingehendere Erforschung von Krankheiten und so deren Prognose, Prävention, Diagnose und Behandlung ermöglichen. Die Fortschritte der Forschung auf diesem Gebiet schaffen die Voraussetzungen für die rechtzeitige Bereitstellung der richtigen Versorgung.

- 4) Einrichtung von Netzwerken von Leistungsanbietern aus einer Vielzahl von Fachdisziplinen, um eine integrierte Leistungserbringung zu ermöglichen: Multidisziplinäre Teams in der primären Gesundheitsversorgung sollen in zunehmendem Maße mit Patienten, Fachärzten, Krankenhäusern und Teams der Sozialfürsorge verknüpft werden; so entstehen Netzwerke von Leistungserbringern, die die Versorgungsübergänge optimieren, die Kontinuität der Versorgung sicherstellen und eine integrierte Versorgung gewährleisten. Dies ist vor allem für Patienten mit Mehrfacherkrankungen und sozialen Bedürfnissen wichtig. Diese Teams sollten in der Lage sein, auch außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten Leistungen bereitzustellen, um die Zahl der unnötigen Besuche in Notaufnahmen zu reduzieren. Die Versorgung durch Fachärzte und Krankenhäuser ist entscheidend für eine zeitnahe Akut- und Notversorgung. Der Aufbau von Netzwerken von Leistungserbringern macht eine Neudefinition der Rolle von Teams der primären Gesundheitsversorgung, von Fachärzten und von Krankenhäusern im Rahmen einer integrierten Leistungserbringung erforderlich, die auf intraoperativen Informationsplattformen basiert.

Digitale Fingerzeige: elektronische Patientenakten; Einführung von Hilfstechnologien zur Gewährleistung der Bedarfsgerechtigkeit und Kontinuität der Versorgung; Einbeziehung von Telegesundheit in klinische Konsultationen, um

einen zeitnahen Zugang sowie frühzeitige Diagnosen und Interventionen zu ermöglichen.

- 5) Investitionen in die fachliche Kompetenz³ von Allgemeinärzten und Pflegepersonal und Ausweitung ihres Aktionsradius zur Erhöhung der Handlungsfähigkeit der primären Gesundheitsversorgung: Konkret werden bereits Aufgaben vom fachärztlichen auf das allgemeinärztliche Personal, von Ärzten auf Pflegekräfte sowie von Pflegekräften auf Versorgungs koordinatoren und Sozialarbeiter verlagert, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Dies erfordert eine Überprüfung der Regulierungsrahmen, der Gesetze im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie der Rechenschaftspflichten und sonstigen Verantwortlichkeiten von Gesundheitsfachkräften. Die Stärkung der fachlichen Kompetenz des Personals in der primären Gesundheitsversorgung erfordert die Anwendung evidenzbasierter klinischer Leitlinien, Protokolle und Algorithmen, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Arzneimitteln, eine solide ärztliche Weiterbildung und Laufbahnentwicklung sowie die Entwicklung geeigneter Fähigkeiten, um die Menschen in den Mittelpunkt der Leistungsangebote zu stellen. Es gibt Indizien dafür, dass eine Ausrichtung der beruflichen Fachkompetenz am Bedarf der Bevölkerung sich positiv auf Produktivität, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, die Anwerbung und Bindung von Gesundheitspersonal sowie generell die Versorgungsqualität und die gesundheitlichen Resultate auswirkt. Die Sicherstellung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Arzneimitteln ist zur Erreichung besserer gesundheitlicher Resultate sowie zur Vermeidung von Bedrohungen wie antimikrobiellen Resistenzen und von Gesundheitsgefahren aufgrund des übermäßigen, unzureichenden oder unsachgemäßen Gebrauchs von Arzneimitteln unverzichtbar. Die Leitlinien, Protokolle und Algorithmen sollten auf das Paket an Gesundheitsleistungen (siehe Beschleuniger 3) abgestimmt sein und jeweils eine Angabe der empfohlenen Arzneimittel samt empfohlener Dosierung enthalten. Dieser Beschleuniger macht die Schaffung von Bedingungen erforderlich, wie sie für die Einrichtung und Weiterentwicklung von Berufsverbänden notwendig sind.

Digitale Fingerzeige: klinische Entscheidungshilfen; Schnelldiagnostetests; Fernkonsultation (einschließlich Telekonsultation); Fernüberwachung von Patienten; e-Rezepte; künstliche Intelligenz; elektronische Register für Gesundheitsfachkräfte.

- 6) Bildung von Lernschleifen zur Verbesserung der Versorgungsqualität: Dies beinhaltet die Einrichtung von Mechanismen zur Qualitätsverbesserung auf der Praxisebene, die Bildung von Rückmeldeschleifen und die Förderung einer wirksamen und dezentralisierten klinischen Steuerung. Die Einführung und angemessene Anwendung klinischer Leitlinien, Protokolle und Algorithmen begünstigt eine Standardisierung der klinischen Praxis, die Anwendung wirksamer Therapien, die Verbesserung der Diagnosegenauigkeit und die Abkehr von unwirksamen und potenziell unsicheren Interventionen. Dieser Beschleuniger zielt auch darauf ab, die Verwaltung und die Qualität der Versorgung sowie die diesbezügliche Rechenschaftslegung zu verbessern: durch einen ständigen iterativen Prozess, bei dem Defizite ermittelt und Lösungen bestimmt werden und auf Sanktionen verzichtet wird, um allmähliche Veränderungen und Anpassungen zu begünstigen. Ein optimaler Prozess würde darin bestehen, Ziele festzulegen,

³ Zur fachlichen Kompetenz gehören Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen.

Ergebnisse zu messen, Verbesserungsmöglichkeiten zu prüfen und darüber Rückmeldung zu geben, nachfolgend Änderungen vorzunehmen und schließlich eine weitere Leistungsbewertung durchzuführen.

Digitale Fingerzeige: Programme mit prädiktiven Tools zur Senkung der Wiederaufnahmeraten; Tools für die Fallermittlung auf der Grundlage angepasster klinischer Gruppen, die Listen für die Bewältigung von Risikofällen generieren.

- 7) Befähigung von Gesundheitsmanagern zur Durchführung wirksamer Maßnahmen zur Erfüllung gesundheitlicher Bedürfnisse und zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit: Die Verbesserung von Chancengleichheit, Bedarfsgerechtigkeit und Zuweisungseffizienz macht ein gewisses Maß an Entscheidungsbefugnis beim Umgang mit Inputs und Ressourcen erforderlich, das eine Anpassung an örtliche Gegebenheiten und Erfordernisse ermöglicht. Bei einer sinnvollen Anwendung haben die Dezentralisierung der Entscheidungsprozesse hin zu Kommunalbehörden und Geschäftsführern von Gesundheitseinrichtungen sowie die Förderung kommunaler Rechenschaftslegung und die Verbesserung von Steuerungsprozessen (einschließlich der Einrichtung von Schleifen für die Überprüfung und Evaluation von Fortschritten) positive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, die Zuweisung von Ressourcen und die gesundheitlichen Resultate. Dieser Beschleuniger beinhaltet die Erteilung von Befugnissen für ressortübergreifende Maßnahmen.

Digitale Fingerzeige: integrierte Informationsforen und Anzeigetafeln mit Indikatoren; digitale Lösungen für Leistungsmessung und -vergleich.

- 8) Aufwertung von Einrichtungen zur Herbeiführung von Verbesserungen für Patienten und Personal: Arbeitsbedingungen und räumliche Umfelder haben erhebliche Auswirkungen auf Sicherheit, Versorgungsqualität, die Zufriedenheit der Patienten und die Therapiebefolgung. Sie können auch die Arbeit des Gesundheitspersonals beeinflussen, indem sie menschliches Versagen entweder begünstigen oder unwahrscheinlicher machen. Dieser Beschleuniger trägt dazu bei, dass Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung frei von Gefahren, gut zugänglich und so gestaltet sind, dass menschliches Versagen, Infektionen und Stürze minimiert werden. Er setzt auch voraus, dass die Instrumente, Technologien und Geräte funktionsfähig und sicher sind und Gesundheitsangebote fördern, bei denen der Mensch im Mittelpunkt steht. Dieser Beschleuniger macht auch einen besseren Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit für das Gesundheitspersonal, eine stärkere Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten und die Einführung von Bewertungs- und Zertifizierungsverfahren am Arbeitsplatz erforderlich.

Digitale Fingerzeige: einheitliche Terminvereinbarungssysteme; Anwendungen für Terminerinnerungen; Wartelisten-Management.

- 9) Befähigung von Patienten und ihren Betreuern zur Verbesserung gesundheitlicher Resultate: Es gibt deutliche Belege dafür, dass sich die Befähigung von Einzelpersonen und ihren Familien und Gemeinschaften positiv auf die Gesundheitskompetenz, die Erfahrungen der Patienten, die Inanspruchnahme von Leistungen, die Einhaltung von Behandlungsplänen, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitlichen Resultate insgesamt auswirken. Dieser Beschleuniger erfordert die Schaffung von Voraussetzungen für die Selbstbewältigung oder Selbstversorgung sowie für gemeinsame Entscheidungsprozesse zwischen Patienten und Gesundheitsfachkräften. Zu den gemeinsamen Entscheidungen in

klinischen Einrichtungen gehören die Abwägung von Risiken und Vorteilen verschiedener Behandlungsoptionen (einschließlich der Option, nicht tätig zu werden) und die Berücksichtigung der Wertvorstellungen und Präferenzen von Patienten. Der Beschleuniger sieht die Einführung von Plattformen für gegenseitige Unterstützung unter Patienten mit dem Ziel vor, auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses anderen Personen in ähnlicher Situation Hilfe zu gewähren bzw. Hilfe von ihnen zu erhalten. Außerdem vorgesehen sind Investitionen in die Unterstützung von Familien und Betreuern durch Förderung ihrer Fähigkeiten zur Betreuung anderer Personen und durch Aufbau eines unterstützenden Systems zur Betreuung der Betreuer. Bei der Umsetzung dieses Beschleunigers müssen Gleichstellungsaspekte berücksichtigt werden, um zugrunde liegende soziale und kulturelle Muster zu verdeutlichen. Schließlich sieht dieser Beschleuniger auch die Schaffung von Bedingungen vor, wie sie für die Einrichtung und Weiterentwicklung von Patientenverbänden notwendig sind.

Digitale Fingerzeige: Entscheidungshilfen für Patienten; technologiegestützte Selbstbewältigung; Heimüberwachungs-Tools für Patienten mit chronischen Erkrankungen; Software und synchronisierte Anwendungen zur Verbindung von Behandlern und Patienten, Übertragung von Daten oder Erleichterung der Selbstüberwachung von Patienten in Bezug auf ihre Erkrankungen bzw. etwaige Risikofaktoren; individueller Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten.

- 10) Ausrichtung von Rechenschaftslegung und Anreizen am Versorgungsmodell, um die primäre Gesundheitsversorgung flächendeckend anzubieten und den Leistungsumfang auszuweiten: Die primäre Gesundheitsversorgung ist eine kosteneffektive Investition, die eine Verbesserung gesundheitlicher Resultate und eine erhöhte Zufriedenheit der Patienten bewirkt und zur Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen beiträgt. Deshalb sollten ihr in angemessenem Umfang staatliche Mittel zugewiesen werden. Dieser Beschleuniger sieht die Einführung eines strategischen Einkaufswesens und die Belohnung von Leistungserbringern für Leistung, Qualität und integrierte Gesundheitsangebote vor. Dies beinhaltet die Unterstützung der Entwicklung von Netzwerken für die Versorgung der Bevölkerung mit Hilfe von Anreizen, die auf Koordinierung und Übergänge in der Versorgung abzielen. Solche Anreize sollten Investitionen in Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention begünstigen. Zur Beschleunigung von Fortschritten hin zu einer integrierten primären Gesundheitsversorgung werden spezielle Finanzierungsmechanismen für die Förderung ressortübergreifender Maßnahmen und eines strategischen Einkaufs von Resultaten im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen benötigt. Die Heranziehung gezielter Gesundheitsinformationen in Bezug auf Leistungsfähigkeit⁴ zum Zwecke der Optimierung der Leistungserbringung kann durch Einrichtung von Informationssystemen (z. B. Infrastruktur, Datenströme, Konnektivität, Interoperabilität, Indikatoren und Analytik) erfolgen. Die Nutzung gezielter Gesundheitsinformationen in Bezug auf Leistungsfähigkeit fördert die Rechenschaftslegung für Resultate sowie evidenzbasierte Entscheidungsprozesse und ermöglicht eine wirksamere Ausweitung und flächendeckende Einführung von Veränderungen.

⁴ Gesundheitsinformationen in Bezug auf Leistungsfähigkeit umfassen Interaktionen zwischen der Erhebung und Analyse von Daten über Gesundheitsleistungen und deren Heranziehung für strategische Entscheidungsprozesse.

Digitale Fingerzeige: Interoperabilität von Informationssystemen; Vertraulichkeit von Daten; Datenschutz; Cyber-Sicherheit; Eigentumsrechte an Daten; grenzüberschreitende Übertragbarkeit von Daten; elektronisches Beschaffungswesen; Software für Leistungsanbieter zur Rechnungsstellung und Bezahlung (z. B. diagnosebezogene Fallgruppen); ein prädiktives Modell für angepasste klinische Gruppen zum Zwecke der Risikoanpassung von Kopfpauschalen.

Unterstützung durch das WHO-Regionalbüro für Europa

17. Ausbau der fachlichen Unterstützung für die Mitgliedstaaten: Das WHO-Regionalbüro für Europa wird durch das in Almaty (Kasachstan) angesiedelte Europäische Zentrum der WHO für primäre Gesundheitsversorgung und mit Unterstützung durch den Beirat für primäre Gesundheitsversorgung mit den Mitgliedstaaten bei der Durchführung grundlegender Veränderungen in der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten. Das Zentrum ist ein Wissensknotenpunkt für die Länderarbeit sowie für Evidenz, Forschung und Innovation in Bezug auf Leistungserbringungssysteme auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung. Das Regionalbüro wird dafür Sorge tragen, dass das Zentrum dafür gerüstet ist, auf Anforderungen der Länder einzugehen und mit den anderen Fachprogrammen und Initiativen innerhalb der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit (z. B. der Initiative zur Umgestaltung der Gesundheitssysteme), aber auch mit anderen Abteilungen beim Regionalbüro sowie mit Partnerorganisationen eng zusammenzuarbeiten. Das Tätigkeitsfeld des Zentrums fällt unter das Dreizehnte Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO 2019–2023 und seine dreifache Milliarden-Zielmarke, und insbesondere das Resultat 1.1 (Verbesserung des Zugangs zu einer hochwertigen grundlegenden Gesundheitsversorgung), dient aber auch der Verwirklichung anderer im GPW genannter Resultate.

18. Stärkung der Erkenntnisse über Durchschlagskraft, Leistungsfähigkeit und Kapazitäten der primären Gesundheitsversorgung: Derzeit sind zahlreiche Initiativen zur Stärkung der Messung der primären Gesundheitsversorgung im Gange. Doch der Mangel an vergleichbaren Daten über die primäre Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Region beeinträchtigt auch weiterhin die Aussagekraft der Erkenntnisse im Hinblick auf Entscheidungsprozesse. Im Einklang mit der Resolution EUR/RC66/R5 hat das Europäische Zentrum der WHO für primäre Gesundheitsversorgung einen Rahmen für die Überwachung von Wirkung, Leistungsfähigkeit und Kapazitäten in den Ländern der Europäischen Region entwickelt. Dieser ist mit den routinemäßigen Informationssystemen verknüpft. Er ist in optionale Module gegliedert, um detaillierte Einblicke in die Sichtweise von Leistungserbringern und Patienten zu ermöglichen, und berücksichtigt die Besonderheiten der Europäischen Region. Dies erleichtert eine Analyse der Informationen anhand folgender Kriterien: a) ein klinisches Kontinuum, bei dem Prävention, Diagnose, Behandlung und Krankheitsmanagement bei Indikatorerkrankungen (tracer conditions) miteinander verknüpft werden; b) ein Leistungs-Kontinuum in der klassischen Struktur-Prozess-Resultat-Abfolge; und c) ein Kontinuum der maßgeblichen Akteure von der Mikroebene (Gesundheitspersonal und Patienten) über die Mesoebene (Führungskräfte und regionale Gesundheitsbehörden) bis zur Makroebene (Politiker und Krankenversicherungen). Der Rahmen hat ein solides Potenzial zur Verbesserung der Kohärenz bei der Messung der primären Gesundheitsversorgung, zur Verdeutlichung von Möglichkeiten für die Nutzung von Evidenz zur Beschleunigung von Leistungszuwächsen und zur Bestimmung bewährter Handlungsoptionen, die zwischen den Ländern ausgetauscht werden können.

19. Ausbau von Partnerschaften, Wissensaustausch und Lernen: Auf der Grundlage von bestehenden globalen Verpflichtungen sowie von Strategien, Aktionsplänen und Resolutionen der Europäischen Region wird das Regionalbüro: a) bestehende Mechanismen für den Wissensaustausch über bewährte Praktiken und bisherige Lehren weiter anwenden und neue Mechanismen schaffen, und zwar durch länderübergreifende Arbeit, fachliche Foren und hochrangige Tagungen; b) mit Unterstützung durch WHO-Kooperationszentren, Denkfabriken, Abgeordnete Mitarbeiter und Praktikanten die Lernnetzwerke ausdehnen; c) den Dialog zwischen Berufs- und Patientenverbänden, Regierungen und sonstigen maßgeblichen Akteuren fördern; d) eine Abstimmung mit anderen aktuellen und künftigen Initiativen zur Stärkung der Gesundheitssysteme und der gesundheitlichen Resultate insgesamt sicherstellen; und e) durch regionsweite und globale Foren darauf hinarbeiten, dass die Europäische Region weiterhin bei Arbeiten über auf die primäre Gesundheitsversorgung gestützte Gesundheitssysteme in vorderster Linie beteiligt ist, namentlich in der Themenbezogenen Koalition für Gesundheit sowie in Bezug auf den Globalen Aktionsplan für ein gesundes Leben und Wohlergehen aller Menschen und den operativen Rahmen für die Umsetzung der Erklärung von Astana mit dem Titel „Primäre Gesundheitsversorgung: von der Vision zur Aktion“.

= = =