



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Halbzeitbericht über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

© shutterstock.com / Rawpixel.com



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

EUR/RC66/19

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

4. August 2016

160568

Punkt 5 m) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Halbzeitbericht über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Dieser Halbzeitbericht schildert die Fortschritte bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (EAP-PHS), der von der 62. Tagung des Regionalkomitees für Europa mit Resolution EUR/RC62/R5 angenommen wurde.

Er stützt sich auf Ergebnisse aus Befragungen der Mitgliedstaaten und der Partnerorganisationen zu wichtigen Entwicklungen im Zeitraum 2012–2015 sowie auf mehrere Fallstudien über die Selbstbewertung grundlegender gesundheitspolitischer Maßnahmen (EPHO), welche die Mitgliedstaaten nach Annahme des EAP-PHS im Jahr 2012 durchgeführt haben.

Der Bericht fasst Entwicklungen und Erfolge zusammen, die im Zusammenhang mit den Verpflichtungen gemäß Resolution EUR/RC62/R5 des Regionalkomitees verzeichnet wurden, und bekräftigt die Notwendigkeit, die Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO zu überdenken, neu auszurichten und zu erneuern.

Dieser Halbzeitbericht zum EAP-PHS ergänzt den Halbzeitbericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2016 (Dokument EUR/RC66/16) samt ihrer Bewertung. Dokument EUR/RC66/16 liegt ein Resolutionsentwurf bei, in dem die Regionaldirektorin ersucht wird, der 67. Tagung des Regionalkomitees im September 2017 eine Zukunftsvision für die weitere Umsetzung des Rahmenkonzepts im Zeitraum 2017–2020 vorzulegen.

Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	3
Hintergrund.....	4
Hintergründe für die Notwendigkeit, Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens zu überdenken, neu auszurichten und zu erneuern.....	5
Maßnahmen des Regionalbüros zur Unterstützung der Umsetzung des EAP-PHS (Resolution EUR/RC62/R5).....	6
Wichtigste Publikationen und Instrumente	6
Direkte fachliche Hilfe.....	7
Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchungen und EPHO-Fallstudien.....	7
Engagement beim EAP-PHS und Umfang des politischen Engagements	8
Maßgebliche Entwicklungen für die Umsetzung des EAP-PHS in der Europäischen Region	9
Begünstigende Faktoren für die Umsetzung des EAP-PHS	10
Hindernisse für die Umsetzung des EAP-PHS	11
EPHO-Selbstbewertung durch Mitgliedstaaten	12
Unterstützung durch das Regionalbüro.....	13
Schlussfolgerungen und Auswirkungen	14
Quellenangaben	18

Zentrale Aussagen

- Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO und das WHO-Regionalbüro für Europa haben im Zeitraum 2012–2015 eine Reihe wesentlicher Erfolge bei der Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit erzielt.
- Der Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (EAP-PHS) wurde von einer Reihe von Mitgliedstaaten positiv aufgenommen und wird als nützlich und hilfreich für jene Länder angesehen, die ihr öffentliches Gesundheitswesen und die in ihm tätigen Leistungserbringer fördern und ausbauen wollen.
- Dennoch blieb das Potenzial des EAP-PHS weitgehend ungenutzt und es gibt Anzeichen dafür, dass es in vielen Mitgliedstaaten unzureichend erkannt wird. Darüber hinaus scheint eine Diskrepanz zwischen dem bekundeten politischen Engagement und den zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste tatsächlich zugewiesenen Ressourcen zu bestehen.
- Die nachweislich hohe Kosteneffizienz spezifischer Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist offenbar nicht allgemein bekannt, so dass die Regierungen der Mitgliedstaaten und insbesondere ihre Finanzminister weiterer Unterstützung durch überzeugende Argumente für Investitionen in die öffentlichen Gesundheitsdienste bedürfen.
- Damit der EAP-PHS sein volles Potenzial entfalten kann, müssen die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro bei der Koordination der Umsetzung, der Stärkung des Bewusstseins bezüglich seiner Existenz und der Aufklärung über seine anhaltende Relevanz für die Herausforderungen im Bereich öffentliche Gesundheit zusammenarbeiten.
- Die Mitgliedstaaten könnten in Erwägung ziehen, die Zuständigkeit für die Entwicklung nationaler Aktionspläne und für die Aufsicht, Koordination und Überwachung von deren Umsetzung an nationale Organisationen zu übertragen. In ähnlicher Weise könnten das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten eine aktivere Rolle bei der Überwachung und Koordination der Umsetzung des EAP-PHS auf Ebene der Region übernehmen. Partnerorganisationen sollten dazu aufgefordert werden, eine aktivere Rolle bei der Implementierung zu spielen.
- Seitens des Regionalbüros und seiner Partner ist eine längerfristige Unterstützung der Mitgliedstaaten im gesamten Umsetzungsprozess erforderlich. Die Abteilungen und Programme des Regionalbüros sollten in konzertierten Anstrengungen ein kohärentes Paket an fachlicher Hilfe zur Förderung dieses Prozesses bereitstellen.
- Die folgenden Bereiche sind von besonderer Bedeutung und können deshalb im Mittelpunkt künftiger Anstrengungen stehen:
 - Politiksteuerung für mehr Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit;
 - die Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitswesens;
 - die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsdienste;
 - die Organisationsstruktur der öffentlichen Gesundheitsdienste;
 - Rechtsvorschriften im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Hintergrund

1. Der Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (EAP-PHS) (1), der 2012 von der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa mit Resolution EUR/RC62/R5 angenommen wurde, ist eine wesentliche Säule in der Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ (2). In „Gesundheit 2020“ werden strategische Ziele zur Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Region aufgestellt und im EAP-PHS werden zehn Handlungswege präsentiert, über die die Mitgliedstaaten die Angebote und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit stärken und damit zur Verwirklichung dieser strategischen Ziele beitragen können. Den Handlungswegen stehen zehn grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen (EPHO) gegenüber, die als einigende Richtschnur für alle Gesundheitsbehörden in der Europäischen Region bei der Schaffung, Überwachung und Auswertung von Konzepten, Strategien und Maßnahmen zur Reformierung und Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens dienen sollen.

2. Im September 2015 nahm die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (3) an. Die in der Agenda 2030 genannten Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) werden die Gestaltung und Umsetzung politischer Handlungskonzepte in den nächsten 15 Jahren maßgeblich prägen. Die SDG stellen eine einzigartige Gelegenheit dar, das nationale Engagement der Mitgliedstaaten für die öffentliche Gesundheit zu erneuern und bereichsübergreifende Synergieeffekte anzustreben, um die gesundheitlichen Prioritäten innerhalb der Europäischen Region mit Blick auf das Zieldatum 2030 voranzutreiben. „Gesundheit 2020“ steht hinsichtlich seiner Zielstellung und der darin verfolgten Lösungsansätze weitgehend im Einklang mit den gesundheitsbezogenen Aspekten der Agenda 2030, und die Umsetzung des Rahmenkonzepts und des EAP-PHS soll zur Verwirklichung von mehr als der Hälfte der SDG beitragen.

3. Der EAP-PHS ist eine handlungsorientierte Initiative, deren Entwicklung und Umsetzung die in „Gesundheit 2020“ verankerten Werte und Grundsätze widerspiegeln, auf denen die Zukunftsvision und die konzeptionelle Ausrichtung für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region im 21. Jahrhundert beruhen. Sowohl in „Gesundheit 2020“ als auch im EAP-PHS wird ein Bekenntnis zur Schaffung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden und zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten auf gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Ebene gefordert, bei dem gesundheitliche Verbesserungen zum Bestandteil aller Maßnahmen der Politiksteuerung im Gesundheitsbereich werden und die Entscheidungsprozesse grundlegende Prinzipien wie Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit, Teilhabe, Partnerschaft und Nachhaltigkeit widerspiegeln.

4. Um die Ausarbeitung des Halbzeitberichts über die Umsetzung des EAP-PHS zu unterstützen, gab das Regionalbüro für Europa Untersuchungen der Mitgliedstaaten und der Partnerorganisationen (4) sowie eine Reihe von Fallstudien über Selbstbewertungen der Mitgliedstaaten in Bezug auf die EPHO im Zeitraum 2012–2015 (5) in Auftrag. Die vollständigen Ergebnisse dieser Studien sind aus den Informationsdokumenten EUR/RC66/Inf.Doc./3 und EUR/RC66/Inf.Doc./4 ersichtlich.

5. Der Hauptzweck dieser Studien war es, für die Europäische Region Trends und Entwicklungen in der Institutionalisierung der öffentlichen Gesundheit aufzuzeigen, sowie je nach Umfeld Erfolgsfaktoren und Hindernisse nebst Möglichkeiten zu ihrer Stärkung bzw. Überwindung.

6. Nach der Darstellung des übergeordneten Kontexts, aus dem sich die Notwendigkeit zur Stärkung öffentlicher Gesundheitsdienste und Kapazitäten ergibt, zieht der Halbzeitbericht eine Bilanz der Tätigkeit des Regionalbüros zur Unterstützung der Umsetzung des EAP-PHS. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der durchgeführten Studien und die Konsequenzen für die weitere Realisierung des EAP-PHS in der Europäischen Region präsentiert.

Hintergründe für die Notwendigkeit, Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens zu überdenken, neu auszurichten und zu erneuern

7. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes sind zusammen gegenwärtig für 77% der Krankheitslast und nahezu 86% der vorzeitigen Sterblichkeit in der Europäischen Region verantwortlich. Sowohl in als auch zwischen den Ländern bestehen nach wie vor erhebliche Defizite bei der gesundheitlichen Chancengleichheit und in einigen Ländern vergrößert sich der Abstand weiter. Für öffentliche Gesundheitsdienste wird nur ein geringer Anteil der gesamten staatlichen Gesundheitsetats aufgewandt – ein Anteil, der in einigen Ländern sogar rückläufig ist, und zwar trotz zwingender Belege dafür, dass die wichtigsten Interventionen und Angebote zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ein höchst kostenwirksames Mittel zur Verringerung der Krankheitslast darstellen.

8. In vielen Ländern sind die wichtigsten auf Bevölkerung oder Einzelpersonen bezogenen Interventionen und Angebote zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten weiter von begrenzter Reichweite und alles andere als flächendeckend. In jüngerer Zeit haben zudem der Ebola-Ausbruch im westlichen Afrika, die Überschwemmungen in der Europäischen Region und die Ausbrüche des Zika-Virus auf dem amerikanischen Kontinent offenbart, welche erhebliche Schwierigkeiten die nationalen Gesundheitssysteme damit haben, eine alle Gefahren berücksichtigende „Kernkapazität“ zur Vorbereitung und Reaktion auf gesundheitliche Notlagen gemäß den *Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)* bereitzustellen (6).

9. Kompetentes Personal ist der Schlüssel zu wirksamen Angeboten der öffentlichen Gesundheitsdienste, doch in manchen Ländern ist ein beträchtlicher Anteil der Fachkräfte bereits im Ruhestand oder steht kurz vor der Pensionierung. Dies birgt die Gefahr der personellen Unterbesetzung, bietet aber auch eine Chance zur Neuausrichtung und Umgestaltung des Fachkräfteangebots. Die Neuausrichtung der öffentlichen Gesundheitsdienste erfordert oft eine Umschulung der dort tätigen Fachkräfte, was bei der möglicherweise hohen Zahl betroffener Arbeitsplätze in vielen Ländern ein erhebliches Politikum sein dürfte.

10. Es gibt Anzeichen dafür, dass in den mehreren Ländern der Europäischen Region eine Diskrepanz besteht zwischen den strategischen Prioritäten in der Gesundheitspolitik und:

- a) der Zuweisung personeller und finanzieller Ressourcen innerhalb der öffentlichen Gesundheitsdienste;
- b) den Angeboten der Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (nichtübertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit, Gewalt- und Verletzungsprävention);
- c) der Fähigkeit der primären Gesundheitsversorgung, geeignete primäre und sekundäre Angebote zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung bereitzustellen;
- d) der Wirksamkeit der derzeitigen Bemühungen mit dem Ziel, die Widerstandskraft der Bevölkerung sowie die Einbindung der Bürger und ihre Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln zu fördern;
- e) der Wirksamkeit der derzeitigen Bemühungen um bereichsübergreifende Zusammenarbeit; und
- f) dem Qualifikationsmix der Fachkräfte.

Maßnahmen des Regionalbüros zur Unterstützung der Umsetzung des EAP-PHS (Resolution EUR/RC62/R5)

Wichtigste Publikationen und Instrumente

11. Seit 2012 hat sich das Regionalbüro auf die Erstellung einer Reihe von Publikationen konzentriert, die die Mitgliedstaaten bei der strategischen Entwicklung ihrer Konzepte zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste unterstützen sollen:

- a) eine gemeinsame Übersicht über ökonomische Argumente für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die vom Regionalbüro zusammen mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erstellt wurde (7);
- b) eine konzeptionelle Übersicht des Regionalbüros über Argumente für Investitionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (8);
- c) eine vergleichende Studie über die Organisation und Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsdienste, die vom Regionalbüro zusammen mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik erstellt wurde (9,10); und
- d) eine gemeinsam von Regionalbüro, Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und dem Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region erstellte konzeptionelle Übersicht zur Bewältigung der arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in Europa (11).

12. Parallel dazu hat das Regionalbüro beträchtliche Mühen in die Weiterentwicklung des Instruments für die Selbstbewertung der EPHO investiert, damit dieses den Besonderheiten und Problemen der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region besser gerecht wird. Die neueste Version des Instruments wurde vom Regionalbüro im letzten Quartal 2015 veröffentlicht (12). Es ist in englischer und russischer Sprache erhältlich.

13. Ein weiterer wichtiger Erfolg war die Erstellung einer Online-Fassung des EPHO-Selbstbewertungsinstruments (13). Diese Online-Fassung wird derzeit für eine EPHO-Bewertung in Kirgisistan genutzt.

Direkte fachliche Hilfe

14. Seit 2012 gewährt das Regionalbüro einer Reihe von Mitgliedstaaten Unterstützung bei der Selbstbewertung ihrer Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die folgenden Mitgliedstaaten haben Selbstbewertungen ihrer EPHO vorgenommen oder sind gerade damit befasst: Armenien, Bosnien und Herzegowina, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kasachstan, Kirgisistan, Polen, die Republik Moldau, die Russische Föderation, die Slowakei und Zypern. Um die Folgen der Selbstbewertungen abzuschätzen und die Ursachen für Erfolg oder Misserfolg sowie etwaige Trends bei den Ergebnissen zu ermitteln, hat das Regionalbüro eine länderübergreifende Studie in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse der Studie (Dokument EUR/RC66/Inf.Doc./4) ergänzen diesen Bericht an die 66. Tagung des Regionalkomitees im September 2016.

15. Die vom Regionalbüro hierfür geleistete fachliche Hilfe diente hauptsächlich der Durchführung des EPHO-Selbstbewertungsprozesses, etwa durch Mitorganisation von Workshops zur Einführung und zur Fortschrittsüberwachung und durch Überzeugungsarbeit für hochrangige Unterstützung nicht nur der Bewertungsverfahren, sondern auch der Berücksichtigung der Ergebnisse für die Entwicklung politischer Konzepte. Im Zeitraum 2012 bis 2015 verbrachten 83 WHO-Mitarbeiter und internationale Experten insgesamt 146 Tage auf Missionen in Mitgliedstaaten oder auf internationalen Veranstaltungen, um die Umsetzung des EAP-PHS voranzubringen.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchungen und EPHO-Fallstudien

16. Insgesamt gingen auf die Befragung 23 Antworten aus Mitgliedstaaten ein. Die Mitgliedstaaten aus Mittel- und Osteuropa hatten mit 14 Antworten ein leichtes Übergewicht gegenüber den neun Antworten von Mitgliedstaaten aus der übrigen Region. In der Untersuchung für Partnerorganisationen wurden 18 Antworten empfangen. Fallstudien zu EPHO-Selbstbewertungsprozessen wurden für sieben Mitgliedstaaten entwickelt: Estland, Polen, Republik Moldau, Slowakei, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Usbekistan und Zypern.

Engagement beim EAP-PHS und Umfang des politischen Engagements

17. Die befragten Mitgliedstaaten bewerteten den EAP-PHS als wichtige Ressource, etwa in Slowenien für die Erstellung der Entwicklungsstrategie des Nationalen Instituts für öffentliche Gesundheit für den Zeitraum 2016–2015. Bulgarien nutzte den EAP-PHS bei der Entwicklung des nationalen Programms zur Prävention von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten für den Zeitraum 2014–2020. In den Niederlanden wurden der EAP-PHS und die EPHO als Prüfliste für den Entwurf der Zukunftsvision eines sicheren und gut funktionierenden öffentlichen Gesundheitswesens für das Parlament genutzt. In Rumänien diente der EAP-PHS im Finanzierungszeitraum 2014–2020 zur Herleitung von prioritären Aktivitäten für den Strukturfonds der Europäischen Union. Das polnische Gesundheitsministerium berichtete, dass sein Gesetz über öffentliche Gesundheit und das nationale Gesundheitsprogramm für 2016–2010 im Einklang mit dem EAP-PHS stehen.

18. Aus den Antworten ging hervor, dass der EAP-PHS auch die Entwicklung subnationaler Gesundheitspläne beeinflusst hat, etwa den Plan für die Region Nord in Portugal (14).

19. Bei der Untersuchung der Mitgliedstaaten kam in 80% der Anmerkungen zum Umfang des politischen Engagements und zur Führungsrolle bei der Stärkung von öffentlichen Gesundheitsdiensten die Überzeugung zum Ausdruck, dass progressive Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit ergriffen worden seien, insbesondere was die ressortübergreifende Zusammenarbeit und die Entwicklung einer öffentlichen Gesundheitsstrategie und -politik betrifft.

20. Wenngleich in der Mehrheit der Antworten aus den Mitgliedstaaten der EAP-PHS als nützlich bezeichnet wurde, so waren sich zwei Drittel der Befragten unsicher, ob eine bestimmte Organisation in ihrem Land für die Beaufsichtigung seiner Umsetzung zuständig sei. Dies lässt darauf schließen, dass der Umfang des politischen Engagements zur Umsetzung des EAP-PHS in den Mitgliedstaaten relativ gering war.

21. Rund die Hälfte der Befragten glaubten, dass einem erheblichen Teil der zentralen gesundheitspolitischen Akteure der EAP-PHS und die EPHO nicht bekannt seien, und etwas mehr als die Hälfte gaben an, dass vermutlich weniger als sieben Organisationen im ihrem Land durch Beteiligung an einschlägigen Gesprächen oder anderen Formen des Kontakts mit dem EAP-PHS vertraut seien. Auf nationaler Ebene tritt der EAP-PHS hiernach nicht stark in Erscheinung und die Beteiligung der Gesundheitsorganisationen war begrenzt.

22. Die Ergebnisse im Hinblick auf das relativ geringe Maß an politischem Engagement für die Umsetzung und die vergleichsweise geringe Sichtbarkeit des EAP-PHS wurden durch die Resultate der Untersuchung von Partnerorganisationen gestützt. Während einige der Befragten zustimmten, dass es ein gewisses Engagement in der Europäischen Region gebe, glaubte die Mehrheit nicht, dass genug getan worden sei, und war der Auffassung, dass ein angemessenes nationales politisches Engagement fehle.

23. Es bestand eine Diskrepanz zwischen dem bekundeten politischen Engagement und den zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen. Einer der Befragten bedauerte das Fehlen einer Führungsorganisation auf Ebene des Mitgliedstaats, die sicherstellen könne, dass der EAP-PHS auf breiter Basis bekannt werde. Seit 2012 habe die Dynamik des EAP-PHS aufgrund fehlender Unterstützung nachgelassen und nach Annahme des EAP-PHS sei zum Beispiel kein Kontroll- und Unterstützungssystem eingerichtet worden.

Maßgebliche Entwicklungen für die Umsetzung des EAP-PHS in der Europäischen Region

24. Die Erhebungen offenbarten eine Reihe wichtiger Entwicklungen seit 2012, vor allem in den Bereichen Überwachung und Evaluierung, öffentliche Gesundheitspolitik und im Bereich der öffentlichen Gesundheit tätige Organisationen.

25. Die am häufigsten in der Untersuchung der Mitgliedstaaten erwähnten Entwicklungen fanden auf dem Gebiet der Überwachung gesundheitlicher Notlagen für die Bevölkerung wie zum Beispiel durch den Ebola- und Zika-Virus verursachte Krankheitsausbrüche und der entsprechenden Gegenmaßnahmen statt. So hatte Spanien Anlaufstellen für die Bewältigung gesundheitlicher Notlagen von internationaler Tragweite benannt. Belgien meldete, dass die allgemeine organisatorische Bereitschaft des Landes für den Fall gesundheitlicher Notlagen infolge der Ebola-Krise deutlich verbessert wurde.

26. Die Befragten führten eine Reihe von Beispielen für neue politische Initiativen und Bewertungen an, die seit 2012 zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste lanciert wurden. Dazu gehörten unter anderem: der Entwicklungsplan für öffentliche Gesundheit 2013–2015 in Kroatien, die Strategie für öffentliche Gesundheit 2014–2020 in Lettland, die Evaluierung des Überwachungssystems des nationalen öffentlichen Gesundheitskonzepts 2013 in Schweden und eine Bewertung des Abschneidens des Vereinigten Königreichs gemessen an der Globalen Agenda für Gesundheitssicherheit im Juni 2015.

27. Seit 2012 haben die Mitgliedstaaten neue Maßnahmen im Bereich öffentliche Gesundheit verabschiedet, die eine Reihe von Prioritäten umfassen, darunter Diabetes (Malta), Tuberkulose und Krebs (Türkei), Prävention von Drogenmissbrauch (Estland), Wasserqualität (Serbien) und antimikrobielle Resistenzen (Österreich). Zudem haben Rechtsreformen den Weg für Veränderungen bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten geebnet. Bulgarien folgte dem Beispiel vieler anderer Mitgliedstaaten und führte ein vollständiges Rauchverbot in Innenräumen und ein teilweises Rauchverbot in Außenbereichen ein.

28. Eine weitere bedeutende Entwicklung war die Einrichtung bzw. Reform von Gesundheitsbehörden. Die Behörde für öffentliche Gesundheit in Schweden, Public Health in England, Santé publique in Frankreich und das Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten in Lettland wurden alle nach 2012 geschaffen. Die belgische Regierung gab bekannt, ein Institut für öffentliche Gesundheit und das Gesundheitssystem des Landes gründen zu wollen. Die Restrukturierung von Organisationen wurde als weitere wesentliche Entwicklung betrachtet. Beispiele hierfür sind das Institut für Gesundheitsinformation und Statistik der Tschechischen Republik

und die Restrukturierung von sanitär-epidemiologischen („sanepid“) Stützpunkten in Armenien.

29. Die Ergebnisse der vergleichenden Studie über die Organisation und Finanzierung von öffentlichen Gesundheitsdiensten des Regionalbüros und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (9,10) deuten darauf hin, dass in Bezug auf Organisation und Tätigkeitsfeld der öffentlichen Gesundheitsdienste große Unterschiede zwischen den neun im Rahmen der Studie untersuchten Mitgliedstaaten bestehen: Deutschland, England (Vereinigtes Königreich), Frankreich, Italien, Niederlande, Polen, Republik Moldau, Slowenien und Schweden. Eine Reihe von Mitgliedstaaten legt einen Top-down-Ansatz für die Festlegung der Agenda und Führungsstruktur zugrunde, während andere den Schwerpunkt auf lokale Verwaltung, Netzwerke und sektorübergreifende Tätigkeit legen. Diese unterschiedlichen Ansätze beeinflussen die Art und Weise, wie Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit angegangen werden.

30. Die Vergleichsstudie legt außerdem Unterschiede im Hinblick auf den Umfang nahe, in dem die Privatwirtschaft an der Formulierung und Umsetzung der Politik beteiligt ist, manchmal zu Lasten der öffentlichen Gesundheit (9,10). An den Gesamtausgaben für Gesundheit gemessen ist die Bereitstellung von Mitteln für spezielle Programme und Dienste im Bereich öffentliche Gesundheit in den neun untersuchten Mitgliedstaaten niedrig. Es bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, wie öffentliche Gesundheitsdienste zur Bekämpfung von Adipositas, Alkoholkonsum und antimikrobiellen Resistenzen beitragen, wobei sie die letzteren oft systematischer angehen. Selbst im Bereich antimikrobielle Resistenzen fehlt es jedoch an Koordination zwischen verschiedenen Ebenen von öffentlichen Gesundheitsdiensten, sind die Konzepte unterentwickelt und ist der Beitrag der Dienste sehr häufig auf die Erhebung von Daten beschränkt.

Begünstigende Faktoren für die Umsetzung des EAP-PHS

31. Einige Antworten von Mitgliedstaaten nannten die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Formulierung von Konzepten einen entscheidenden Erfolgsfaktor, wobei die Kommission der WHO für soziale Determinanten von Gesundheit als Beispiel zitiert wurde.

32. In Bezug auf die Sicherstellung einer adäquaten Finanzierung für öffentliche Gesundheitsdienste wurde aus Litauen die Einrichtung eines nationalen Fonds als interessantes Beispiel genannt. Dieser Fonds diene der Unterstützung von Gesundheitsförderung und gesundheitsförderlichen Aktivitäten für Wohlbefinden, Präventionsprojekten, sozialer Werbung und wissenschaftlicher Forschung.

33. Als weiterer Erfolgsfaktor wurde verstärkte Kooperation im Rahmen von Krisenmaßnahmen genannt. Zu den Beispielen zählt hier die Verbesserung der nationalen Planung für Vorsorge- und Gegenmaßnahmen im Hinblick auf übertragbare Krankheiten, die infolge des Ebola-Ausbruchs erforderlich wurde. Aus Deutschland wurde angemerkt, dass die Flüchtlingskrise wahrscheinlich zu einem neuerlichen Interesse an öffentlichen Gesundheitsdiensten und insbesondere an einer verstärkten Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörden im Land führen werde.

34. Es wurde angegeben, dass die Gesundheitsministerien einiger Mitgliedstaaten Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention Vorrang einräumten und sich bemühten, sie zur politischen Priorität der Regierung zu machen. So habe das spanische Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit darauf gedrungen, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als politische Priorität anzuerkennen, und auch das türkische Gesundheitsministerium habe führend an der erfolgreichen Positionierung der öffentlichen Gesundheit auf der politischen Agenda mitgewirkt.

35. Der von den Partnerorganisationen angeführte wichtigste Faktor in Bezug auf die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste seit 2012 war die Verfügbarkeit engagierter und qualifizierter Fachkräfte im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Andere Faktoren, die genannt wurden, waren Reformen des öffentlichen Gesundheitswesens, Forschungsfinanzierung, interinstitutionelle und ressortübergreifende Kooperation und politische Unterstützung.

Hindernisse für die Umsetzung des EAP-PHS

36. In Bezug auf Hindernisse für die Umsetzung des EAP-PHS kristallisierten sich vier übergreifende Themen heraus: Ressourcen, Politik, Kooperationen und Evidenz.

37. Das Hindernis „Ressourcen“ bezieht sich auf den allgemeinen Mangel an Ressourcen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit auf verschiedenen staatlichen Ebenen. Mehrere Befragte nannten Personalprobleme, darunter eine zu geringe Personalausstattung, Mangel an Fachpersonal und alterndes Personal in den öffentlichen Gesundheitsdiensten. Viele Projekte und Aktivitäten einschließlich öffentlicher Gesundheitseinrichtungen seien unterfinanziert. Es gebe eine Diskrepanz zwischen dem zugewiesenen Budget und dem tatsächlichen Bedarf im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Es wurde ferner angemerkt, dass die globale Finanzkrise negative Auswirkungen auf die Finanzierung im Bereich der öffentlichen Gesundheit gehabt habe, dass eine der größten Kostensteigerungen jedoch auf das Risiko der Entstehung und Verbreitung neuer übertragbarer Krankheiten im Zusammenhang mit der verstärkten Migration zurückzuführen sei. Trotz der erwähnten Erfolge im Krisenmanagement, gab es auch kritische Stimmen anlässlich der jüngsten Ausbrüche des Ebola-Virus und, aktuell, des Zika-Virus, die beide weltweit eine Nachfrage nach Notfallressourcen der bestimmenden Gesundheitsorganisationen geschaffen hätten.

38. Als zweitwichtigstes Hindernis wurden die instabilen und oft turbulenten politischen Verhältnisse vieler Mitgliedstaaten genannt, welche die Umsetzung und Beibehaltung von Veränderungen erschweren würden. In einer Antwort hieß es, der Gesundheitsminister habe das unsicherste Regierungsamt inne: Seit 2012 habe es bereits sechs Ministerwechsel gegeben. Ständige Regierungswechsel bedeuteten eine weitere Hürde und verzögerten die Umsetzung von Reformen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Der stetige Wechsel in der Politik und in der Organisation der Gesundheitssysteme erschwere zudem besonders die ressortübergreifende Koordination und interinstitutionelle Kooperation: das wechselhafte politische Klima sei ein hartnäckiges Hindernis für das Erreichen der Gesundheitsziele.

39. Als drittes Hindernis kristallisierte sich der Mangel an Kooperation zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen (national, regional und lokal) und zwischen unterschiedlichen Organisationen heraus. Eine Verbesserung der ressortübergreifenden

Zusammenarbeit für die Gesundheit sei zwingend notwendig, um weiterhin mit „Gesundheit 2020“ (2) in Einklang stehen und konkurrierende Prioritäten bewältigen zu können.

40. Als viertes Hindernis wurde das Fehlen überzeugender Evidenz genannt. Es fehle sowohl an gemeinsamen Kriterien für wissenschaftliche Erkenntnisse wie auch für praktische Erfahrungen etwa in Bezug auf die Kosteneffektivität von Präventivmaßnahmen. Dies wiederum führe dazu, dass öffentliche Gesundheit als Thema nicht genug in Erscheinung trete.

41. Die Befragung der Partnerorganisationen bestätigte viele dieser Hindernisse. Die von Partnerorganisationen am häufigsten genannten Hindernisse waren hier fehlende Investitionen in die personellen Ressourcen, schlechte Kommunikation, unzureichende finanzielle Unterstützung, eine unzureichende Evidenzbasis, politische Instabilität und eine schwache Gesetzgebung im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

EPHO-Selbstbewertung durch Mitgliedstaaten

42. Aus der Durchsicht der Selbstbewertungen in sieben Mitgliedstaaten ergeben sich klare Stärken, aber auch Raum für Verbesserungen quer durch die EPHO auf Länderebene. Verbesserungsbedarf besteht unter anderem in Bezug auf eine stärker integrierte epidemiologische Überwachung im Bereich der öffentlichen Gesundheit, eine grundlegende Anpassung an die Erfordernisse gemäß IGV (2005) (6), eine bessere ressortübergreifende Koordination staatlicher Stellen für den Gesundheitsschutz, eine stärkere Konzentration auf die Beseitigung gesundheitlicher Benachteiligungen, eine bessere primäre Gesundheitsversorgung und Maßnahmen zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

43. Zu den weiteren Prioritäten für Mitgliedstaaten, die sich aus den EPHO-Selbstbewertungen ergeben, zählen Gesundheitsfolgenabschätzungen für nationale Maßnahmen und Pläne, die Umschulung von Mitarbeitern der Gesundheitsdienste und die Formulierung nationaler Strategien für personelle Ressourcen für die öffentliche Gesundheit, die Entwicklung strategischer Kommunikation und sozialer Mobilisierung für Gesundheit und die gezielte Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse über öffentliche Gesundheit für die konzeptionelle Entwicklung und die Erbringung von Diensten. Alle bzw. die meisten der analysierten Berichte aus den sieben Mitgliedstaaten enthielten Hinweise auf eine anhaltend schwache Entwicklung in diesen Bereichen, die somit für weite Teile der Region eine gemeinsame Herausforderung darstellen könnten.

44. In Mitgliedstaaten, in denen der EPHO-Selbstbewertungsprozess Aufmerksamkeit auf hoher politischer Ebene erhielt, wurden nach der Bewertung wesentliche Reformen realisiert; in einigen Fällen konnte die Gestaltung der Reformen unmittelbar auf die aus dem EPHO-Selbstbewertungsprozess gewonnenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen zurückgeführt werden.

45. Der EPHO-Selbstbewertungsprozess hat sich als wertvolles Instrument zur Verbesserung von Beziehungen und Stärkung der Zusammenarbeit zwischen maßgeblichen Akteuren im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors erwiesen. Die Selbstbewertung erfordert

allerdings beträchtliche Anstrengungen, so dass einige Mitgliedstaaten der Auffassung waren, dass mehr Unterstützung für die Planung und Umsetzung des Prozesses notwendig sei.

Unterstützung durch das Regionalbüro

46. Die Unterstützung der Mitgliedstaaten durch das Regionalbüro bei der Umsetzung des EAP-PHS wurde von den Befragten in der Untersuchung allgemein anerkannt. Sie hoben insgesamt sechs Bereiche hervor, in denen das Regionalbüro die Mitgliedstaaten fachlich unterstützte: Ausarbeitung von Konzepten, Entwicklung von Strategien, Ausarbeitung von Kooperationsvereinbarungen, Forschungsförderung, Bereitstellung einer Evidenzgrundlage und Förderung der Reform des öffentlichen Gesundheitswesens. Das Regionalbüro erhielt auch für seine Einflussnahme über die IGV (2005) (6) und das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (15) Anerkennung. Polen dankte dem Regionalbüro für die Unterstützung bei der Entwicklung seines Gesundheitsgesetzes und des nationalen Gesundheitsprogramms für 2016–2020.

47. Es wurde eine Reihe von Bereichen genannt, in denen das Regionalbüro die Mitgliedstaaten deren Meinung nach künftig bei der Stärkung des Bereichs öffentliche Gesundheit unterstützen könnte: Ressourcen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste, Kooperationen, Austausch bewährter Praktiken, Forschung, Weiterqualifizierung und die Entwicklung von Tools wie der EPHO-Selbstbewertung sowie Sammlung politischer Unterstützung. In einem zentralen Beitrag wurde gefordert, das Regionalbüro müsse die Zusammenarbeit und die Weiterverfolgung seiner Themen langfristig erhalten, und es wurde auf fehlende finanzielle Unterstützung für damit zusammenhängende Aktivitäten sowie fehlende Kontrolle hingewiesen. Im Ergebnis führe dies zu einer wahrgenommenen Schwächung von Bedeutung und Wert des EAP-PHS. Angesichts zunehmend unterfinanzierter öffentlicher Gesundheitsdienste in vielen Mitgliedstaaten seien die Handlungsmöglichkeiten begrenzt. Das Regionalbüro sei nicht in der Lage, solche Defizite auszugleichen. In einem weiteren Beitrag hieß es, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem hohen Ansehen, in dem das Regionalbüro stehe, und dem, was es konkret vor Ort bewirke. Das Regionalbüro möge eine Dezentralisierung auf die Länderebene erwägen, bei der hochrangige Mitarbeiter in gewissen Mitgliedstaaten stationiert wären und nationale Netzwerke aktiver unterstützen könnten.

48. Ein häufig geäußelter Vorschlag lautete, die Kooperation innerhalb der Europäischen Region zu intensivieren, da die Organisationen zu isoliert voneinander arbeiten würden. Die gemeinsame Arbeit mit anderen erleichtere die Wissensvermittlung, den Kapazitätsaufbau sowie den Austausch von Erfahrungen und Lehren. Eine engere Zusammenarbeit und strategische Abstimmung zwischen dem Regionalbüro und der Europäischen Union könne beispielsweise die Chancen für eine finanzielle und politische Unterstützung der Ausweitung von Kapazitäten und eine effizientere Nutzung der verfügbaren Ressourcen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erhöhen. In einem zentralen Beitrag wurden solche Bemühungen unterstützt und hinzugefügt, dass das Engagement für den EAP-PHS zugleich verbessert werden könne, wenn die Koordinierungsrolle unter den Mitgliedstaaten im Rotationsverfahren wahrgenommen würde. Dies könnte die koordinierenden Länder zur Bündelung von Ressourcen anregen und die Kooperation unter den Mitgliedstaaten und Organisationen

stärken. Öffentliche Gesundheitsdienste, so wurde vorgeschlagen, müssten angesichts finanzieller Engpässe und allgemein fehlender Ressourcen eng mit anderen Ressorts kooperieren.

49. Die Überwachung der Umsetzung von ressortübergreifenden staatlichen Strategien im Zusammenhang mit Gesundheit, Wohlergehen, sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Nachhaltigkeit wurde als sinnvolle Möglichkeit zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste vorgeschlagen. Als Beispiel wurde das 2015 verabschiedete „Gesetz über das Wohlergehen künftiger Generationen“ (Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015) (16) aus dem Vereinigten Königreich angeführt.

50. Insgesamt gab es in den Fallstudien zur EPHO-Selbstbewertung sehr positive Rückmeldungen über die Tätigkeit des Regionalbüros – besonders über die fortlaufende Zusammenarbeit mit den WHO-Länderbüros – und eine große Bereitschaft, sowohl die bestehenden Kooperationen zu vertiefen als auch neue Partnerschaften einzugehen. Aus den zentralen Beiträgen und aus den Fallstudien ergaben sich eine Reihe von Vorschlägen und Bedürfnissen (Kasten 1).

Schlussfolgerungen und Auswirkungen

51. Eine der wichtigsten Botschaften ist, dass das Potenzial des EAP-PHS bisher weitgehend ungenutzt blieb. Es gibt Anzeichen dafür, dass der EAP-PHS in vielen Mitgliedstaaten zu wenig wahrgenommen wird und dass das politische Engagement für seine Umsetzung zu gering ist.

52. Trotz anscheinend niedriger Sichtbarkeit und geringen politischen Engagements für den EAP-PHS deuten die Untersuchungsergebnisse darauf hin, dass er im Allgemeinen von den Mitgliedstaaten positiv aufgenommen wurde und sich für Länder, die bestrebt sind, die öffentliche Gesundheit und die ihr dienenden Organisationen zu fördern und zu entwickeln, als sinnvoll und hilfreich erwiesen hat.

53. Wenn der EAS-PHS die Wirkung erzielen soll, die seine Architekten anvisiert hatten, dann müssen die Stärkung des Bewusstseins bezüglich seiner Existenz und die bessere Bekanntmachung seiner anhaltenden Relevanz für die Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit Priorität haben. Dies erfordert engagierte politische Führung auf allen staatlichen Ebenen. Die Frage des politischen Willens ist nicht neu, doch sein Fehlen ist vielleicht der wichtigste Faktor dafür, dass der EAP-PHS weniger bewirkt, als er bewirken könnte oder sollte.

Kasten 1: Vorschläge zur Unterstützung durch das Regionalbüro**Bereitstellung von Begleitmaterial und Dokumenten für das aktuelle EPHO-Selbstbewertungstool, zum Beispiel:**

- ein Glossar der Schlüsselbegriffe;
- Zusätzliche Orientierungshilfen zur geordneten Durchführung der Bewertung, insbesondere zur Erreichung einer optimalen Beteiligung maßgeblicher Interessengruppen und Erstellung von Dringlichkeitslisten;
- eine Standardvorlage für EPHO-Selbstbewertungsberichte einschließlich Abschnitten, die der Darstellung eines Querschnitts von vorrangigen- und EPHO-spezifischen Empfehlungen gewidmet sind.

Berücksichtigung von Bereichen zur künftigen Entwicklung des EPHO-Selbstbewertungstools, zum Beispiel:

- Entwicklung eines flexiblen, webbasierten Instruments, das eng an Konzepte der öffentlichen Gesundheit angepasst und sensibel gegenüber unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Kontexten ist;
- Erstellung eines effizienten Bündels an EPHO, das beispielsweise Teiloperationen aus den Erkenntnissen (1, 2) und Enabler-(6–10) EPHO umfasst, die auf allgemeiner Systemebene oder in spezifischen vertikalen Programmen Anwendung finden könnten.

Bereitstellung fachlicher Hilfe während der Selbstbewertung, zum Beispiel:

- Angemessene Vorbereitung auf die Bewertung (Vereinbarung von Zielen mit nationalen Partnern, Umgang mit den Erwartungen in Bezug auf die benötigten Ressourcen);
- Fachschulungen und fachliche Unterstützung für Experten in den Ländern im Hinblick auf die Übernahme einer Führungsrolle und die Teilnahme an Selbstbewertungen;
- Hilfe beim Aufbau von personellen und logistischen Ressourcen zur Durchführung der Selbstbewertung, einschließlich mittels Direktfinanzierung, Zuschüssen oder Zeitverträgen für Experten im Land.

Anpassung und Neuausrichtung des EAP-PHS auf folgende Schwerpunkte:

- Überzeugungsarbeit der Region zugunsten der Stärkung der Kernkapazitäten von Gesundheitssystemen zur Vorbereitung und als Reaktion auf Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit, insbesondere im Hinblick auf nichtübertragbare Krankheiten und gesundheitliche Notlagen für die Bevölkerung gemäß den IGV (2005);
- Operative Orientierungshilfen zur Einbindung einer ressortübergreifenden staatlichen und gesamtgesellschaftlichen Perspektive im Hinblick auf die Thematisierung von gesundheitlichen Benachteiligungen und sozialen Determinanten von Gesundheit;
- Politische Unterstützung für wichtige Anpassungsprozesse, beispielsweise die Erhöhung des zugewiesenen Budgets für zentrale Interventionen bei nichtübertragbaren Krankheiten und für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Intensivierung der Überzeugungsarbeit und Orientierungshilfe auf nationaler und regionaler Ebene durch:

- Stärkere Sensibilisierung und Erhöhung der Sichtbarkeit von öffentlicher Gesundheit bei Staatsführern durch Überzeugungsarbeit des Regionalbüros;
- Bereitstellung von Instrumenten für Gesundheitsministerien und andere Gesundheitsbehörden zur Demonstration des Werts von öffentlichen Gesundheitsdiensten zum Beispiel durch Kosteneffizienzstudien;
- spezifische Orientierungshilfe und Unterstützung bei der Schaffung bereichsübergreifender Steuerungsmechanismen sowie bei anderen nationalen Prioritäten nach Bedarf.

54. Zur Bewältigung der Situation könnten die Mitgliedstaaten es erwägen, die Zuständigkeit für die Entwicklung nationaler Aktionspläne zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit – und für die Aufsicht, Koordination und Überwachung von deren Umsetzung – an nationale Organisationen zu übertragen. In ähnlicher Weise könnten die Mitgliedstaaten eine aktivere Rolle bei der Kontrolle und Koordination der Umsetzung des EAP-PHS auf Ebene der Region übernehmen.

55. Ein weiteres wesentliches Hindernis für die volle Ausnutzung des EAP-PHS sind die in vielen Mitgliedstaaten für öffentliche Gesundheitsdienste nur begrenzt verfügbaren Ressourcen. Dies gilt sowohl für finanzielle als auch für personelle Ressourcen. In vielen Mitgliedstaaten fehlt den öffentlichen Gesundheitsdiensten sowohl Personal als auch der optimale Qualifikationsmix.

56. Das EPHO-Selbstbewertungstool (12) wurde in den sieben an den Fallstudien beteiligten Mitgliedstaaten gut aufgenommen. Sie hielten die Beobachtung der Leistung von öffentlichen Gesundheitsdiensten für sinnvoll und sahen in dem Instrument einen Anreiz für die Länder, mehr zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit dieser Einrichtungen zu tun.

57. Die zentralen Fragen hinsichtlich des Werts der EPHO für Politik und Praxis spiegelten jene wider, die den EAP-PHS allgemein betrafen. Es werden engagierte Führungspersönlichkeiten benötigt, die bereit und willens sind, auf die Ergebnisse der EPHO-Selbstbewertung angemessen zu reagieren. Wo eine entsprechende Führung vorhanden ist, wird der Wert des Instruments offensichtlich.

58. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Eigenverantwortung aller betroffenen Bereiche, nicht nur der staatlichen, für den EPHO-Selbstbewertungsprozess. Daraus ergibt sich die Bedeutung des Ansatzes von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (HiAP) in den Mitgliedstaaten und die Notwendigkeit eines besseren Verständnisses davon, wie Gesundheit auf die Agenda anderer Politikressorts wie Bildung, Wohnungsbau, Verkehr und Regionalplanung zu bringen ist.

59. Obschon laut den Ergebnissen der Befragung und maßgeblichen Quellen, die zur Entwicklung der Fallstudien beigetragen haben, die Arbeit des Regionalbüros zur fachlichen Unterstützung anerkannt und begrüßt wird, herrschte die allgemeine Auffassung vor, dass noch sehr viel mehr getan werden müsse.

60. Das Regionalbüro sollte insbesondere längerfristige Hilfen für die Mitgliedstaaten bereitstellen, um den im Rahmen der EPHO-Selbstbewertung festgestellten notwendigen Veränderungsprozess und die dazugehörigen Aktionspläne zu unterstützen. Wenn ein solches Engagement fehle, werde der EAP-PHS wohl nicht als wichtig angesehen. Es lasse die Frage nach der Glaubwürdigkeit sowohl des EAP-PHS als auch des Regionalbüros aufkommen. Wer mehr verspreche als realistisch sei, riskiere Erwartungen zu wecken, die nicht erfüllt werden könnten. Die Mitgliedstaaten würden somit eine engagierte und koordinierte Umsetzung des EAP-PHS durch das Regionalbüro im Rahmen seines Engagements für „Gesundheit 2020“ schätzen.

61. Weil die Ressourcen sowohl in den Mitgliedstaaten als auch im Regionalbüro begrenzt seien, könne das Regionalbüro als Dokumentationsstelle oder Wegbereiter seinen Mehrwert erweisen, gemeinschaftliche Praktiken aufbauen und Lernprozesse in allen Mitgliedstaaten fördern, indem es darauf zurückgreife, was erfahrungsgemäß funktioniere und was nicht und warum. Als Informationsmakler könne es durch Gespräche zur beschleunigten Lösung von Problemen beitragen, die überall in den Mitgliedstaaten zu finden seien.

62. Ferner könne es von Vorteil sein, inhaltlich verwandte Programme innerhalb des Regionalbüros zu bündeln. Zum Beispiel stehe die Entwicklung von Führungsstärke und anderen Fähigkeiten, mit denen die HiAP-Agenda gefördert werden, nach Veröffentlichung des HiAP-Schulungsbuchs (17) in direktem Zusammenhang sowohl mit dem EAP-PHS als auch dem übergeordneten Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“. In ähnlicher Weise könne ein Großteil der Arbeit des Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe als direkte Antwort auf Forderungen betrachtet werden, Erkenntnisse zeitnah in einer für politische Entscheidungsträger leicht zugänglichen Weise zu präsentieren. Das Regionalbüro habe zwar zur Erarbeitung von Evidenz über kosteneffektive Interventionen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit beigetragen, doch deuteten Antworten aus der Befragung darauf hin, dass mehr getan werden müsse, um diese Erkenntnisse wirksam zu verbreiten und diejenigen einzubinden, die es potenziell am besten nutzen können

63. Die Schlussfolgerungen zum breiteren Kontext und zur notwendigen Veränderung sind heute die gleichen wie zum Zeitpunkt der Annahme von „Gesundheit 2020“ (2) und des EAP-PHS (1). Die Mitgliedstaaten müssen konzertierte Anstrengungen unternehmen, um die Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens und die allgemeineren Systeme, in die diese eingebettet sind, anzupassen und so folgende Ziele zu erreichen:

- a) Stärkung der analytischen, fachlichen und politischen Kapazitäten für die Unterstützung gesamtgesellschaftlicher Ansätze zur Förderung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit auf der nationalen und subnationalen Ebene;
- b) Stärkung der Kapazitäten der öffentlichen Gesundheitsdienste auf der kommunalen Ebene und Befähigung der Bürger zu selbstbestimmtem Handeln;
- c) Stärkung der Kapazitäten für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, um die Reichweite zentraler Angebote zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten für die Bevölkerung und den Einzelnen durch gezieltes Ansetzen an den einschlägigen Organisationen und Diensten zu erhöhen;
- d) weitere Stärkung der Kernkapazitäten sowie der Kapazitäten für Gegenmaßnahmen bei Notlagen und Krankheitsausbrüchen, wie sie in den IGV (2005) vorgesehen sind;
- e) Verringerung der Fragmentierung und Verbesserung der Koordinierung und der ressortübergreifenden Zusammenarbeit, um die Leistungserbringung effizienter zu gestalten.

64. Die Abteilungen und Programme des Regionalbüros müssen sich auch weiterhin um eine Zusammenarbeit und die Koordinierung ihrer Anstrengungen bemühen. Gemeinsame Anstrengungen sind erforderlich, um die Mitgliedstaaten in folgenden Bereichen zu unterstützen:

- a) Gewinnung politischer Unterstützung für Veränderungen und Schaffung eines Mandats für öffentliche Gesundheit durch:
 - gezielte Anstrengungen für Überzeugungsarbeit auf der Ebene von Ministern und Regierungschefs;
 - Bemühungen um Konsensbildung auf fachlicher Ebene;
- b) Verankerung des Mandats zur Veränderung, beispielsweise durch Mitwirkung an der Erarbeitung der nationalen Entwicklungspolitik, Gesundheitspolitik und Gesetzgebung zur öffentlichen Gesundheit;
- c) Steuerung des Veränderungsprozesses und erfolgreiche Umsetzung von Reformen, z. B. durch Führungstraining;
- d) Stärkung der Steuerungskapazitäten in den Mitgliedstaaten, zum Beispiel durch Austausch von Erfahrungen mit Organisationsmodellen und von zur Steuerung für mehr Gesundheit erforderlichen Ressourcen auf nationaler wie subnationaler Ebene;
- e) Sicherstellung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen für öffentliche Gesundheitsdienste, die auf die strategischen Prioritäten in der Gesundheitspolitik zugeschnitten sind;
- f) Stärkung des Personals der öffentlichen Gesundheitsdienste.

65. Partnerorganisationen – wie zum Beispiel der Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, die Europäische Kommission, EuroHealthNet, das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, die European Public Health Alliance, die European Public Health Association, das International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services und verschiedene WHO-Kooperationszentren – haben eine Katalysatorrolle für die Umsetzung des EAP-PHS gespielt, die systematisiert werden muss und ausgebaut werden kann.

Quellenangaben¹

1. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (Dokument EUR/RC62/12 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6212-rev.1-european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
2. Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden [Website]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2016 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).

¹ Alle Quellen wurden am 20. Juli 2016 eingesehen.

3. Sustainable development knowledge platform [Website]. New York: Vereinte Nationen, 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).
4. Hunter DJ, Connor N. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services interim review: a thematic analysis of the Member States and partner organizations surveys. Durham: Universität Durham, 2016.
5. Harris M, Ruseva M, Mircheva D, Lazarov P, Ivanova T, Martin-Moreno JM. EPHO assessments in the European Region, 2007–2015: experiences and lessons from seven Member States. Valencia: Universität Valencia, 2016.
6. Internationale Gesundheitsvorschriften (2005). Zweite Ausgabe. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2008 (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20052894/200811130000/0.818.103.pdf>).
7. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (Policy Summary 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>).
8. The case for investing in public health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2015/the-case-for-investing-in-public-health>).
9. Rechel B, Nolte E, Jakubowski E, Kluge H et al. Organizing and financing public health services in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; in press.
10. Rechel B, Nolte E, Jakubowski E, Kluge H et al. Organizing and financing public health services in the European Region: country case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; in press.
11. Bjegovic-Mikanovic V, Czabanowska K, Flahault A, Otok R, Shortell S, Wisbaum W et al. Addressing needs in the public health workforce in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy Summary 10; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/addressing-needs-in-the-public-health-workforce-in-europe>).
12. Self-vassessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-essential-public-health-operations-in-the-who-european-region-2015>).

13. Self- assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region [online version]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://epho.euro.who.int/>).
14. Portugal's Northern Region Population Health Plan 2014–2016. The path to better health. Porto: Northern Region Health Authority; 2014 (http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Planeamento/Portugals_Northern_Region_PopHealth_Plan.pdf)
15. FCTC. WHO Framework Convention on Tobacco Control [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/fctc/en>).
16. Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015. Cardiff: Welsh Government; 2015 (<http://gov.wales/topics/people-and-communities/people/future-generations-act/?lang=en>).
17. Health in all policies training manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/).

= = =