



Regionalkomitee für Europa
61. Tagung

EUR/RC61/11

Baku (Aserbaidshan) 12.–15. September 2011

15. Juni 2011

111358

Punkt 6 d) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Zusammenfassender Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn

Dieses Dokument ist eine Zusammenfassung des Zwischenberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Die Erstellung des Berichts erfolgte durch ein Team aus WHO-Experten und externen Sachverständigen mit Unterstützung einer externen Arbeitsgruppe auf der Grundlage des schriftlichen Rücklaufs auf einen an die Mitgliedstaaten versandten Fragebogen und stützte sich auf Beiträge der Leiter von WHO-Länderbüros und anderer WHO-Mitarbeiter. Auf seiner dritten Tagung erhielt der Achtzehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees außerdem Rückmeldungen aus den Beratungen des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter (Andorra, 9.–11. März 2011). Der vollständige Bericht ist als Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./2 (in Englisch und Russisch) verfügbar.

Wie in der Resolution des Regionalkomitees von 2008 über die Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC58/R4) gefordert, sollen in diesem Zwischenbericht einige der Konzepte, in denen die Mitgliedstaaten die verschiedenen Verpflichtungen und Botschaften aus der Charta von Tallinn in die Praxis umgesetzt haben, dargestellt und soll jeweils erläutert werden, welche Unterstützung das WHO-Sekretariat hierbei geleistet hat. In dem 2015 vorzulegenden abschließenden Bericht soll bewertet werden, inwieweit die Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn von den Mitgliedstaaten umgesetzt worden sind, und sollen hieraus Lehren gezogen werden. Im Einklang mit dem Ersuchen in der Resolution des Regionalkomitees über den Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise (EUR/RC59/R3) stellt der Bericht auch einige auf der Regionalebene gesammelte vorläufige Erkenntnisse aus der Bewältigung der Wirtschaftskrise vor.

Der Zwischenbericht und die vorliegende Zusammenfassung enthalten mitsamt der Einführung sechs Kapitel. Kapitel II beschreibt Initiativen, die den verschiedenen in der Charta genannten Handlungsverpflichtungen entsprechen. Der übrige Bericht im Anschluss an Kapitel II ist einer eingehenderen Behandlung von drei Schlüsseldimensionen der Charta gewidmet: Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen als Mittel zur besseren Organisationsführung und Rechenschaftslegung (Kapitel III); Gewährleistung von Solidarität und gesundheitlichen Zugewinnen in finanziellen Krisenzeiten (Kapitel IV); und verstärkte Breitenwirkung von Gesundheitssystemen durch Führung bei sektorübergreifenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Kapitel V). Kapitel VI schließt den Bericht ab, beschreibt die künftige Ausrichtung der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa im Lichte der bisher gewonnenen Erfahrungen und beleuchtet die Synergien zwischen der Charta von Tallinn und „Gesundheit 2020“.

Inhalt

	Seite
I. Einleitung und Übersicht	1
II. Umsetzung der Verpflichtungen aus der Charta: Darstellungen und Schwerpunkte	2
Förderung von Solidarität und Chancengleichheit.....	2
Förderung sektorübergreifender Investitionen in Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung.....	2
Förderung des gemeinsamen Werts der Teilhabe: Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitssystemen und Einbindung von Interessengruppen	3
Länderübergreifendes Lernen und länderübergreifende Zusammenarbeit	3
Handlungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften	4
III. Messung der Leistung der Gesundheitssysteme – das zentrale Thema der Charta	4
Fortschritte und Erfahrungen in den Ländern	4
Fortschritte bei der Förderung und Heranziehung internationaler Vergleiche und noch offene methodische Fragen	5
Unterstützung der WHO für evidenzgeleitete Politikgestaltung.....	5
IV. Wahrung von Chancengleichheit, Solidarität und gesundheitlichen Zugewinnen im Kontext der Finanzkrise	6
Richtschnur für die Reaktion auf die Finanzkrise: die Bedeutung der Charta von Tallinn	6
Von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen: Die Empfehlungen von Oslo	6
Absicherung der Gesundheitsetats und Aufrechterhaltung unverzichtbarer Dienste	7
Erhaltung gesundheitlicher Zugewinne durch Ausgaben im Sozialbereich.....	7
Nachhaltigkeit, Rationierung und Ausgleich	7
Effizientere Ausgabenpolitik	8
Wie sieht eine bessere Vorbereitung auf einen Konjunkturabschwung aus?.....	8
V. Leistungsverbesserung durch Führung bei sektorübergreifenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	9
Gesundheit in allen Politikbereichen	9
Instrumente der Politikgestaltung zur Einbeziehung von Gesundheitsbelangen in alle Politikbereiche	9
Erfahrungsauswertung	10
VI. Zusammenfassung der bisherigen Fortschritte und Ausblick auf künftige Schwerpunkte bei der Umsetzung der Charta von Tallinn	10
Von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen: eine Zusammenfassung.....	10
Von der Charta von Tallinn zu „Gesundheit 2020“	11
Der Weg bis zur 65. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2015	12

I. Einleitung und Übersicht

1. Die vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn veranstaltete Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme war ein Meilenstein auf dem Weg zu größerem politischem Engagement für die Stärkung von Gesundheitssystemen. Ihr Höhepunkt war die Unterzeichnung der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, die anschließend vom Regionalkomitee in seiner Resolution über Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC58/R4) gebilligt wurde.

2. Durch die 2008 einsetzende weltweite Finanz- und Wirtschaftskrise wurden die in Tallinn eingegangenen Verpflichtungen auf die Probe gestellt. Im Jahr 2009 verabschiedete das Regionalkomitee eine Resolution auf der Grundlage einer in Oslo veranstalteten Konferenz zu dem Thema „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO“. In beiden Resolutionen wurde die Regionaldirektorin ersucht, dem Regionalkomitee 2011 Bericht zu erstatten, und der Achtzehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) beschloss auf seiner zweiten Tagung (Andorra, 18.–19. November 2010), in Anbetracht der engen Verknüpfungen zwischen den Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn und den Empfehlungen von Oslo die beiden Berichte unter einem einzigen Tagesordnungspunkt abzuhandeln.

3. Die Umsetzung der vom Regionalkomitee in seiner Resolution EUR/RC60/R2 gebilligten Zukunftsvision der WHO-Regionaldirektorin für Europa „Mehr Gesundheit für Europa“ lief 2010 an. Eine zentrale Säule dieser Zukunftsvision ist die neue Europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“, deren Ziel darin besteht, ein kohärentes, evidenzbasiertes gesundheitspolitisches Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO bereitzustellen. „Gesundheit 2020“ wird die zentralen Grundsätze der Charta von Tallinn unmissverständlich bekräftigen und die Auswirkungen globaler Trends in die gesundheitspolitischen Maßnahmen in der gesamten Europäischen Region integrieren.

4. Das vorliegende Dokument ist eine Zusammenfassung des Zwischenberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn, dessen erster Entwurf auf der SCRC-Tagung in Andorra vorgelegt und erörtert wurde und zu dem auf der ersten Tagung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter (Andorra, 9.–11. März 2011) eine Konsultation stattfand. Die Erstellung des Berichts erfolgte durch ein Team aus WHO-Experten und externen Sachverständigen mit Unterstützung einer externen Arbeitsgruppe auf der Grundlage des schriftlichen Rücklaufs auf einen an die Mitgliedstaaten versandten Fragebogen und stützte sich auf Beiträge der Leiter von WHO-Länderbüros und anderer WHO-Mitarbeiter.

5. Dieser Zwischenbericht soll einige der Maßnahmen darstellen, mit denen die Mitgliedstaaten die verschiedenen Verpflichtungen und Botschaften aus der Charta von Tallinn in die Praxis umgesetzt haben, und ferner zeigen, welche Unterstützung das WHO-Sekretariat¹ hierbei geleistet hat. In dem 2015 vorzulegenden abschließenden Bericht soll bewertet werden, inwieweit die Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn von den Mitgliedstaaten umgesetzt worden sind, und sollen hieraus Lehren gezogen werden.

6. Der Zwischenbericht wie auch die vorliegende Zusammenfassung enthalten mitsamt der Einführung sechs Kapitel. Kapitel II beschreibt die Maßnahmen, die die Mitgliedstaaten und die

¹ Im Interesse der Kürze wird das WHO-Sekretariat nachstehend als „WHO“ bezeichnet.

WHO in Übereinstimmung mit den verschiedenen in der Charta genannten Handlungsverpflichtungen ergriffen haben. Der auf Kapitel II folgende Berichtsteil ist einer eingehenderen Behandlung von drei Schlüsseldimensionen der Charta gewidmet: Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen als Mittel zur besseren Organisationsführung und Rechenschaftslegung (Kapitel III); Gewährleistung von Solidarität und gesundheitlichen Zugewinnen in finanziellen Krisenzeiten (Kapitel IV); und verstärkte Breitenwirkung von Gesundheitssystemen durch Führung bei sektorübergreifenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Kapitel V). Kapitel VI schließt den Bericht ab, beschreibt die künftige Ausrichtung der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa im Lichte der bisher gewonnenen Erfahrungen und beleuchtet die Synergien zwischen der Charta von Tallinn und „Gesundheit 2020“.

II. Umsetzung der Verpflichtungen aus der Charta: Darstellungen und Schwerpunkte

7. In diesem Abschnitt werden die Fortschritte, die die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Verpflichtungen aus der Charta erzielt haben, und die von der WHO hierbei geleistete Unterstützung dargestellt. Als Schwerpunkte wurden hierbei gewählt: innovative Ansätze zur Förderung von Solidarität und Chancengleichheit; der gemeinsame Wert der Teilhabe; länderübergreifendes Lernen und länderübergreifende Zusammenarbeit; und Bereitschaftsplanung.

Förderung von Solidarität und Chancengleichheit

8. Unter den Werten, die als Grundlage für die meisten Maßnahmen der Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten anzusehen sind und an denen die WHO ihre Arbeit ausrichtet, stehen Solidarität und Chancengleichheit an oberster Stelle. Die Förderung von Fortschritten auf dem Weg zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung bzw. deren Aufrechterhaltung wurde oft als Beweggrund für Reformen der Gesundheitsfinanzierung angeführt. In manchen Fällen kam der von der WHO erteilten fachlichen Beratung eine Schlüsselrolle bei der Aufstellung von Politikempfehlungen zu, die auf die Beseitigung administrativer Schranken für die Wahrnehmung des Anspruchs auf Gesundheitsleistungen durch bestimmte benachteiligte Gruppen, wie etwa die Roma-Bevölkerung, gerichtet sind. Über die Finanzierung hinaus führten die Länder auch Veränderungen ein, um die Leistungen inklusiver und gegenüber marginalisierten Gruppen wie ethnischen Minderheiten, Migranten, Drogenkonsumenten und gewerblichen Sexarbeitern freundlicher zu gestalten; dies geschah durch eine Kombination aus Kontaktprogrammen und speziell auf diese Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Förderung sektorübergreifender Investitionen in Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung

9. Die wirksame Steuerung eines Gesundheitssystems setzt das Verständnis systemexterner gesundheitsrelevanter Faktoren und den Versuch der Einflussnahme auf diese unter Einbeziehung der Erkenntnisse über soziale Determinanten voraus. In mehreren Ländern haben die Regierungen umfassende Maßnahmenpakete eingeführt, die an den sozialen Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsgefälles ansetzen. Hierzu zählten Steuern (z. B. auf Alkohol, Tabak und Zucker in Getränken), Maßnahmen auf den Gebieten Wohnungswesen, Beschäftigung, Schulen und Drogenabhängigkeit sowie soziale Unterstützung. In diesen Fällen sind eine Vielzahl von Ministerien und Kommunalbehörden beteiligt, und das Gesundheitsministerium spielt eine Katalysatorrolle.

Förderung des gemeinsamen Werts der Teilhabe: Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitssystemen und Einbindung von Interessengruppen

10. „Teilhabe“ ist einer der gemeinsamen Werte, auf die sich die Mitgliedstaaten in der Charta sowie in dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ verpflichtet haben. Seine Verwirklichung sollte über die größere Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitssystemen und die Einbindung von Interessengruppen in die Erarbeitung und Umsetzung von Grundsatzkonzepten erfolgen. Mehrere Mitgliedstaaten haben ihre Absicht bewiesen, im Rahmen umfassender nationaler Gesundheitsstrategien bürgernähere Systeme einzurichten, beispielsweise indem sie für ihre Bürger Empfehlungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit abgeben, die Rechte von Patienten und das Bewusstsein für diese Rechte stärken und Hotlines oder internetgestützte Angebote einrichten, über die die Menschen Antwort auf Fragen betreffend die Gesundheit oder das Gesundheitssystem erhalten oder sich beschweren können.

Länderübergreifendes Lernen und länderübergreifende Zusammenarbeit

11. Die Mitgliedstaaten haben häufig Interesse daran bekundet und die Initiative dazu ergriffen, die Erfahrungen anderer Länder in ihren innerstaatlichen gesundheitspolitischen Dialog einzubringen, und die WHO hat eine Schlüsselrolle dabei gespielt, ein solches länderübergreifendes Lernen zu einer Vielzahl gesundheitsbezogener Fragen zu ermöglichen, auch im Hinblick auf die Durchführung von Gesundheitsreformen auf nationaler und subnationaler Ebene. Mehrere unterschiedliche Ansätze sind dabei zum Tragen gekommen, oft in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, darunter die Erstellung und Verbreitung von Fach-/Grundsatzanalysen und -synthesen, die Förderung der Bildung von Netzwerken, die direkte Einbindung politischer Entscheidungsträger und die Veranstaltung einzelner oder mehrerer Länder umfassender Tagungen, Workshops und Lehrgänge. Als konkretes Beispiel ist etwa das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) zu nennen, ein von neun Ländern geschaffenes politisches und institutionelles Forum zur Förderung von Frieden, Aussöhnung und Gesundheit in Südosteuropa. Erwähnenswert sind außerdem die vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und dem Health Evidence Network des Regionalbüros erstellten Politikanalysen und -synthesen, wie etwa die Hintergrundpapiere für die Konferenz über die finanzielle Tragfähigkeit von Gesundheitssystemen, die die Tschechische Republik im Rahmen ihrer Präsidentschaft der Europäischen Union veranstaltete. Das Informationsnetzwerk für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung hat sich als ein leistungsfähiges Mittel für den länderübergreifenden Austausch erwiesen, indem es zweimal jährlich arzneimittelpolitische Entscheidungsträger aus den EU-Ländern zusammenführt. Die Bank für Wissen, Erfahrung und Sachverstand (Knowledge, Experience and Expertise Bank – KEE-Bank) ermöglicht es Entscheidungsträgern im Bereich Gesundheitssysteme, bei der Abwägung verschiedener Politikoptionen auf die Erfahrungen ihrer Kollegen aus der gesamten Region zurückzugreifen. Ähnliches gilt auch für die zahlreichen Tagungen für den Politikdialog, die die WHO in enger Zusammenarbeit mit dem Europäischen Observatorium veranstaltet hat, vielfach in einem Format, bei dem heutige und ehemalige Entscheidungsträger aus mehreren Ländern zusammenkommen, um einem anderen Land bei der Bewältigung schwieriger Grundsatzfragen zu helfen. Schließlich sind auch zahlreiche Schulungsprogramme bereitgestellt worden, so beispielsweise die regionalen, subregionalen und nationalen Flaggschiff-Lehrgänge über die Reform von Gesundheitssystemen, Gesundheitsfinanzierung und Fragen von Armut und Chancengleichheit, oder die Sommerschule des Europäischen Observatoriums in Venedig, die sich mit einer Vielzahl von Themen befasst hat, wie etwa EU-Integration und Gesundheitssysteme, Altern, Prozessneugestaltung im Krankenhauswesen und Gesundheitstechnologiebewertung.

Handlungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und die Internationalen Gesundheitsvorschriften

12. Die siebte Handlungsverpflichtung der Charta von Tallinn schreibt den Mitgliedstaaten vor, sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme auch für Krisensituationen gerüstet und entsprechend handlungsfähig sind und dass sie in Zusammenarbeit die Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) durchsetzen. Länder, die diese Verpflichtung einhalten, haben beispielsweise ein den gesamten Gesundheitssektor umspannendes Programm für den Aufbau von Kapazitäten eingerichtet, um Gesundheitskrisen vorherzusehen, zu verhüten, sich darauf vorzubereiten, sie zu bekämpfen, ihre Folgen zu begrenzen und sie zu überwinden. Die WHO hat den Mitgliedstaaten Beiträge und Leitlinien für die Bewertung nationaler Kapazitäten und zum Auf- und Ausbau von IGV-relevanten Kernkapazitäten bereitgestellt, auch im Hinblick auf die zeitgerechte Reaktion auf Ausbrüche und andere Ereignisse von internationaler Tragweite .

III. Messung der Leistung der Gesundheitssysteme – das zentrale Thema der Charta

Fortschritte und Erfahrungen in den Ländern

13. Die Mitgliedstaaten führen heute zunehmend Bewertungen der Leistungen der Gesundheitssysteme durch. Erfahrungen aus jüngster Zeit lassen den Schluss zu, dass durch die Einbindung von Interessengruppen (z. B. Regierungen, Leistungserbringer, Gesundheitsbehörden und Bürger), die Förderung des Dialogs zwischen Sektoren, eine konsequente Einbeziehung von Erkenntnissen in Bezug auf Gesundheitsgefälle, die Förderung einer gemeinsamen, programm- bzw. stufenübergreifenden Vision oder die Einrichtung gesamtregionaler Solidaritätsmechanismen ein Mehrwert in Bezug auf Politikgestaltung und -steuerung entsteht. Bei allen Unterschieden in der Herangehensweise an eine Leistungsbewertung lassen sich doch ausschlaggebende Erfolgsfaktoren ausmachen, wie etwa die Beteiligung von Interessengruppen und der Ausgleich zwischen der Heranziehung qualitativer und quantitativer Informationen. Darüber hinaus besteht eindeutig die Tendenz, auf breit angelegte, systemumfassende Konzepte zurückzugreifen, einschließlich der allgemeinen Gesundheitsdeterminanten.

14. Anhand der bisherigen Erfahrungen lässt sich ersehen, wie die Leistungsbewertung auf verschiedene Weise zur Erreichung der Ziele von Gesundheitssystemen beitragen kann. So kann Leistungsbewertung als Mittel dienen, durch die regelmäßige, offene Publikation der Bewertungsergebnisse auf allen Ebenen Ergebnisverantwortung gegenüber der Öffentlichkeit sowie eine evidenzgestützte Politikgestaltung zu fördern. Des Weiteren ist sie von Wert als Informationsgrundlage für den Dialog zwischen Sektoren und für die Förderung von Gesundheit als gesamtstaatliche Aufgabe unter Heranziehung umfassender Rahmenkonzepte, die die Rolle von sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten, Lebensweise und Umwelt für das Zustandekommen von Gesundheitsergebnissen verdeutlichen – auch im Rahmen gemeinsamer Erfahrungen mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem Projekt der Europäischen Gemeinschaft zur Überwachung der Gesundheitsindikatoren). Ein weiteres Beispiel ist die Verknüpfung der Leistungsbewertung mit der Erarbeitung und Überwachung nationaler und subnationaler Gesundheitspolitiken und -strategien. Schließlich – und vielleicht am unmittelbarsten – wird Leistungsbewertung flankierend zur Leistungssteuerung eingesetzt: durch die sorgfältige Auswahl von Indikatoren (z. B. Verfahren bzw. Ergebnis) oder durch Einführung von Anreizsystemen (z. B. Belohnung oder Sanktion, interne oder öffentliche Berichterstattung).

Fortschritte bei der Förderung und Heranziehung internationaler Vergleiche und noch offene methodische Fragen

15. Es gibt Anzeichen dafür, dass internationale Vergleiche im Rahmen nationaler Initiativen in einen nationalen Leistungsbewertungsprozess eingegliedert werden. Zusätzlich zu der Analyse nationaler Trends im Zeitverlauf gestattet der Vergleich mit anderen Ländern Erkenntnisse in Bezug auf das Leistungsniveau und mögliche Zielvorgaben. Dies wird durch international standardisierte Gesundheitssystemindikatoren („Gesundheit für alle“ – GFA, ECHI) und Erhebungsinstrumente (Panel der Europäischen Gemeinschaft für Privathaushalte – ECHP, die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen – EU-SILC, die Erhebung über Gesundheit, Altern und Ruhestand in Europa – SHARE und die European Core Health Interview Survey – ECHIS) unterstützt. Internationale Vergleiche haben zur Sensibilisierung in Bezug auf die Verfügbarkeit, Qualität und Zuverlässigkeit von Daten sowie auf methodische Fragen zur Entwicklung von Indikatoren beigetragen. Gegenseitige Lern-Netzwerke bieten zusätzliche Gelegenheiten, Abweichungen bei den Ergebnissen zu verstehen, und lassen Rückschlüsse darauf zu, wie sich politische Maßnahmen auf die Leistung von Gesundheitssystemen auswirken. Der WHO kommt eine Rolle dabei zu, Gelegenheiten zu schaffen und Werkzeuge für die Festlegung von Zielmarken innerhalb bzw. zwischen Ländern bereitzustellen.

Unterstützung der WHO für evidenzgeleitete Politikgestaltung

16. Die WHO hat den Mitgliedstaaten nicht nur Unterstützung bei den fachlichen Aspekten der Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen gewährt und sie bei der Politikanalyse und regelmäßigen sektorspezifischen Überwachung unterstützt, sondern ihnen darüber hinaus auch beim Kapazitätsaufbau und bei der institutionellen Entwicklung geholfen. Diese Arbeit ruht auf drei Säulen. Die erste Säule ist **Nachfrageerzeugung**, d. h. ein Wandel in der Kultur der Politikgestaltung dahin gehend, dass im Vorfeld der Entscheidungsfindung regelmäßig Erkenntnisse eingeholt und die wichtigsten Politiken bewertet werden. Die zweite Säule ist **Kapazitätsaufbau** im Hinblick auf qualitativ hochwertige Leistungsbewertung, Politikanalyse und Überwachung von Sektoren, entweder mit Hilfe zielgerichteter Schulungsmechanismen (z. B. internationale oder auf Länderebene veranstaltete Lehrgänge über die Stärkung von Gesundheitssystemen, Überwachung des Gesundheitssektors und verschiedene Themen auf dem Gebiet der Politikanalyse) oder durch Einbindung nationaler Partner in gemeinsame analytische Arbeiten oder durch beides. Die dritte Säule betrifft die **institutionelle Entwicklung**, d. h. die Schaffung nachhaltiger Strukturen, in deren Rahmen der Bedarf an gesundheitsbezogenen Erkenntnissen sowohl artikuliert als auch mit einem hochwertigen Angebot an solchen Erkenntnissen gedeckt wird und Plattformen zur Wissensumsetzung vorhanden sind, die eine echte Brücke zwischen Evidenz und Politik herstellen.

17. Das Regionalbüro will nicht nur einzelnen Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung gewähren, sondern strebt es auch an, den in der Region vorhandenen Erfahrungsfundus allgemein verfügbar zu machen. Die WHO arbeitet an der Entwicklung eines umfassenden Bündels von Werkzeugen, um Länder bei der Durchführung von Bewertungen der Leistung ihres Gesundheitssystems zu unterstützen; dazu gehören auch Leitlinien und Fallstudien zur Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen, ein Kompendium von verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen vorgeschlagener Indikatoren sowie sog. „Indikator-Pässe“, die eine Definition ausgewählter Indikatoren enthalten und deren Funktion und zentrale Fragestellungen wiedergeben. Verfügbar sind außerdem Hintergrundpapiere über Rahmenkonzepte für Gesundheitssysteme und die Bewertung ihrer Leistung sowie über internationale Vergleiche und Benchmarking.

18. Darüber hinaus ist das Europäische Observatorium von seinen Partnern gebeten worden, ein Arbeitsprogramm zum Vergleich der Leistung von Gesundheitssystemen in die Wege zu leiten. Zielsetzung ist, Regierungen, Regulierungsbehörden, Bürgern und anderen Kommentatoren dabei zu helfen, sich ein besseres Bild von der komparativen Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems zu machen, Mess- und Analysekonzepte zu entwickeln und zu zeigen, welchen Beitrag eine vergleichende Messung bei der Gestaltung und Beurteilung von Initiativen zur Stärkung von Gesundheitssystemen leisten kann. Die Initiative wird in enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro durchgeführt und wird auch Kooperationen mit anderen Partnerorganisationen wie der Europäischen Kommission und der OECD beinhalten. Das erste sachliche Ergebnis dieser Initiative ist ein Buch über Leistungsdaten für den Vergleich von Gesundheitssystemen. Parallel dazu erarbeitet das Programm eine Reihe von Berichten über Operationalisierungsverfahren, Methodik und Leistungsvergleich. Darüber hinaus wird das Programm einen zweijährlichen vergleichenden Bericht für die Europäische Region erstellen.

IV. Wahrung von Chancengleichheit, Solidarität und gesundheitlichen Zugewinnen im Kontext der Finanzkrise

Richtschnur für die Reaktion auf die Finanzkrise: die Bedeutung der Charta von Tallinn

19. Im Mittelpunkt der Charta von Tallinn stehen die Grundsätze der Chancengleichheit, der Solidarität, der finanziellen Absicherung und der Maximierung der gesundheitlichen Zugewinne durch Führungskompetenz und die Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen. Die Charta wurde Mitte des Jahres 2008 unterzeichnet, zu einer Zeit, in der Umfang und Folgen der sich abzeichnenden Finanz- und Wirtschaftskrise noch nicht erkennbar waren. Ihr Ausbruch stellte das Bekenntnis der Mitgliedstaaten zu den oben genannten Grundsätzen auf die Probe. Während eines wirtschaftlichen Abschwungs gilt es, in besonderem Maß für Chancengleichheit, Solidarität und finanzielle Absicherung einzutreten, damit Gesundheitswesen und Sozialstaat vor pauschalen Haushaltskürzungen verschont bleiben bzw. etwaige unvermeidliche Kürzungen des Gesundheitsetats so umgesetzt werden, dass die Verwirklichung dieser Ziele möglichst wenig beeinträchtigt wird. Aus einer rein finanzpolitischen Perspektive betrachtet, beschränkt sich die Frage der Nachhaltigkeit auf die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen den Einnahmen eines Landes und seinen Ausgaben. Vom Gesichtspunkt der Gesundheit und Wohlfahrt her betrachtet, ist eine nicht an Ziele gebundene Nachhaltigkeit indessen bedeutungslos. Ein Abstellen auf Leistung gestattet ein nuancierteres Herangehen an das Konzept der Nachhaltigkeit und verlagert den Schwerpunkt der Aufmerksamkeit auf die Frage, welches Leistungsniveau wir im Hinblick auf die verschiedenen Zielsetzungen der staatlichen Politik aufrechtzuerhalten in der Lage oder bereit sind.

Von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen: Die Empfehlungen von Oslo

20. Im April 2009 veranstaltete das Regionalbüro gemeinsam mit der Regierung Norwegens in Oslo eine hochrangige Tagung. Auf dieser wurde als Leitfaden für Konzepte zur Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung ein Katalog von Empfehlungen vorgeschlagen, die mit den Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn vereinbar sind und auf ihnen aufbauen. Unter anderem sahen die Empfehlungen von Oslo eine Prioritätensetzung bei kosteneffektiven Leistungen des Gesundheitsschutzes und der primären Gesundheitsversorgung vor. Außerdem erkannten sie an, wie wichtig es ist, für den effizienten Einsatz öffentlicher Mittel zu sorgen („Mehr Gesundheit für das Geld“) – eine Voraussetzung für eine glaubwürdige Forderung nach „mehr Geld für die Gesundheit“. Die Empfehlungen von Oslo plädieren für die Einführung neuer Steuern auf den Verbrauch von Zucker und Salz sowie für Erhöhungen bei den Abgaben

auf Alkohol und Tabak, beides steuerpolitische Maßnahmen, die zugleich aber auch wirksame Maßnahmen zugunsten der öffentlichen Gesundheit darstellen.

Absicherung der Gesundheitsetats und Aufrechterhaltung unverzichtbarer Dienste

21. Bei ihren Bemühungen um die Absicherung der Gesundheitsetats haben die Mitgliedstaaten zu vielfältigen Maßnahmen gegriffen. Als offensichtlicher erster Schritt bieten sich antizyklische Ausgaben an, entweder unter Ausschöpfung der in der/den Versicherungskasse(n) angesammelten Reserven oder durch gesundheitsorientierte staatliche Defizitfinanzierung, sofern diese Möglichkeit gegeben ist, d. h. sofern das Land beim Eintritt in die Krise über beträchtliche Rücklagen in der/den Versicherungskasse(n) verfügte oder die Höhe der Gesamtverschuldung der öffentlichen Hand eine Defizitfinanzierung nicht von vornherein ausschloss. Manchmal erfolgte ein solches Vorgehen jedoch auf Kosten der öffentlichen Gesundheitsprogramme. Andere Länder reagierten mit Investitionsaufschub, wodurch der Gesundheitssektor Niveau und Umfang der Gesundheitsleistungen (einschließlich der öffentlichen Gesundheitsdienste) kurzfristig aufrechterhalten konnte. Jede dieser Handlungsmöglichkeiten ist jedoch nur dann tragfähig, wenn das politische Engagement dafür vorhanden ist, den Gesundheitsetat abzusichern.

Erhaltung gesundheitlicher Zugewinne durch Ausgaben im Sozialbereich

22. Forschungsergebnisse² lassen eine Verbindung zwischen der Gesamtsterblichkeitsrate und Wirtschaftskrisen erkennen, wobei die wirtschaftliche Belastung und damit verbundene Unsicherheit für die Bevölkerung anhand der Arbeitslosigkeit operationalisiert wird. In einer Wirtschaftskrise können Staaten ihre Bevölkerung durch zusätzliche Ausgaben im Sozialbereich absichern. Bei Ausgaben von über 190 US-\$ pro Kopf ergaben sich bei steigenden Arbeitslosenquoten keine Auswirkungen auf die Selbstmordrate. So zeigte auch ein Vergleich zwischen Spanien und Schweden während der schwerwiegenden wirtschaftlichen Probleme in beiden Ländern in den späten 80er und frühen 90er Jahren, dass die Selbstmordrate in Spanien parallel zur Arbeitslosigkeit anstieg, wohingegen sich die beiden Messgrößen in Schweden gegenläufig entwickelten und dort der langfristige Rückgang der Selbstmordrate trotz steigender Arbeitslosigkeit weiterging.

Nachhaltigkeit, Rationierung und Ausgleich

23. Es spricht demnach viel dafür, die Haushaltsmittel für Gesundheit und Soziales während eines wirtschaftlichen Abschwungs unangetastet zu lassen. Sollte diese Möglichkeit den Regierungen allerdings einfach nicht offenstehen und sollten Kürzungen unvermeidlich sein, dann stehen gesundheitspolitische Entscheidungsträger vor der Herausforderung, die nachteiligen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die Armut so gering wie möglich zu halten. In Anbetracht begrenzter Ressourcen müssen alle Länder sich um einen Ausgleich zwischen konkurrierenden Prioritäten und Zielen bemühen. Eine Verlagerung der Last der Gesundheitsfinanzierung von einer Beitragsgemeinschaft auf den Patienten mittels höherer Zahlungen aus eigener Tasche (Nutzergebühren, Zuzahlungen) sorgt für eine reduzierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, mitunter klinisch gerechtfertigter, notwendiger Leistungen, und führt letztlich zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem und schlechteren Gesundheitsergebnissen für den Einzelnen. In der Charta von Tallinn erklärten die

² McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *BMJ* 2010;341:c5308.

Mitgliedstaaten, dass „es heute nicht mehr hingenommen werden darf, dass Menschen infolge von Gesundheitsproblemen verarmen.“ Dieser Grundsatz kann jedoch in dem Maße untergraben werden, in dem die Regierungen versuchen, als politische Antwort auf Haushaltprobleme die Finanzierungslast auf die Haushalte abzuwälzen. Wo es weniger kostet, sich gesundheitlich versorgen zu lassen, geht die Inanspruchnahme in Krisenzeiten auch weniger stark zurück.

24. Neben ausdrücklichen Bemühungen, die Kosten auf den Patienten zu verlagern, greifen manche Länder auch zu impliziten Rationierungsmechanismen. Diese sind für Patienten wie für politische Entscheidungsträger schlechter fassbar und selbst durch systematische Forschungsarbeiten nur schwer aufzudecken. Wenn die Höhe von Erstattungszahlungen an Leistungserbringer zurückgeschraubt, aber kein ausdrücklicher finanzieller Ausgleich dafür geschaffen wird, kann es dazu kommen, dass von Patienten verstärkt informelle Zahlungen verlangt werden. Auch Leistungserbringer selbst können rationieren, beispielsweise indem sie klinische Leistungen aufschieben, ablehnen oder verwässern. Ein solches Sparen bei der Qualität kann erhebliche Nachwirkungen für den gesundheitlichen Zugewinn und die effiziente Nutzung begrenzter Ressourcen mit sich bringen. Wird die Einhaltung klinischer Normen durch den Leistungserbringer nur unzulänglich überwacht und sind Berufsverbände weniger streng bei der Durchsetzung klinischer Praxisleitlinien, dann wird ein Teil der negativen Folgen der Finanzkrise möglicherweise durch implizite Rationierungsmechanismen verschleiert.

Effizientere Ausgabenpolitik

25. Eine effizientere Ausgabenpolitik trägt dazu bei, die Schwere der Auswirkungen von Haushaltskürzungen aufzufangen. Die im Arzneimittelbereich verfügbaren Politikoptionen veranschaulichen die Spanne der Möglichkeiten, die politischen Entscheidungsträgern offensteht. Ausgaben für Arzneimittel liegen in den EU-Ländern zwischen 10% und 25% der gesamten Gesundheitsausgaben, und in **Transformationsländern** zwischen 20% und 40%. In Anbetracht der Größe dieses Einzelpostens stehen Kürzungen der öffentlichen Arzneimittelausgaben bei politischen Entscheidungsträgern immer weit oben auf der Liste der Möglichkeiten zur Deckung von Haushaltslücken. So etwa haben mehrere Länder durch den kostenwirksameren Einsatz von Arzneimitteln und durch die Heranziehung von Gesundheitstechnologiebewertungen als Grundlage für Erstattungsentscheidungen Effizienzgewinne erzielt. Andere haben auch durch Ankündigung pauschaler Preissenkungen für Hersteller bzw. Aushandlung niedrigerer Preise, effizientere Arzneimittelbeschaffung mittels Ausschreibungen, verbesserte Regeln für Verschreibungen und die Verwendung von Generika, die Beschneidung der Gewinnspannen von Großhändlern und Apotheken und die Durchführung von Maßnahmen für eine rationellere Verschreibung von Arzneimitteln Kostendämpfungsmaßnahmen herbeigeführt.

Wie sieht eine bessere Vorbereitung auf einen Konjunkturabschwung aus?

26. Länder, die während wirtschaftlicher Wachstumsperioden Rücklagen schaffen oder zumindest ihre Haushalts- und Auslandsverschuldung abbauen, können sich im Krisenfall für eine kredit- oder rücklagengestützte Defizitfinanzierung entscheiden. Ob diese antizyklischen Strategien durch institutionelle Gegebenheiten garantiert werden oder einfach auf politisches Engagement für die Gesundheit zurückzuführen sind, unterscheidet sich von Land zu Land. Ein Augenmerk auf Effizienz und die verantwortungsbewusste Verwaltung öffentlicher Mittel im Gesundheitssektor in Verbindung mit einer umsichtigen Finanzpolitik der öffentlichen Hand insgesamt ist während der Jahre wirtschaftlichen Wachstums ausschlaggebend, denn in wirtschaftlichen Krisenzeiten ist es durchaus denkbar, dass bei der Bevölkerung ein größerer Bedarf an Sozial- und Gesundheitsleistungen entsteht, für die ausreichende öffentliche Finanzmittel zur Verfügung stehen müssen, um Chancengleichheit und Effizienz bei der

Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung zu gewährleisten. Diejenigen Länder, die bei Einsetzen der Krise Rücklagen verwenden oder eine Defizitfinanzierung aufrechterhalten konnten, waren viel besser imstande, ihre Bevölkerung vor den Folgen der Krise zu schützen.

V. Leistungsverbesserung durch Führung bei sektorübergreifenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

27. Politikgestaltung und -steuerung für mehr Gesundheit wird zunehmend als ausschlaggebend bei der Verfolgung gesundheitlicher Zugewinne anerkannt. Als Grundlage für die Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ wird zurzeit eine größere Studie über den gesamtstaatlichen Ansatz und über Instrumente und Rahmenkonzepte der Politikgestaltung nach dem Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All policies – HiAP) durchgeführt. Es steht zu erwarten, dass das Thema „Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit“ im Rahmen von „Gesundheit 2020“ eine herausragende Rolle spielen wird, und die nachstehenden Punkte sollten in diesem Zusammenhang gesehen werden.

Gesundheit in allen Politikbereichen

28. Die Charta von Tallinn besagt, dass die Gesundheitssysteme „sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen [umfassen], mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen.“ In diesem Zusammenhang stellt die Charta fest, dass Gesundheitssysteme „nicht auf die reine Gesundheitsversorgung beschränkt sind, sondern auch die Bereiche Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung umfassen und bestrebt sind, andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen.“ „Die Gesundheitsministerien sollten die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in allen Politikbereichen vorantreiben und sich für ihre effektive Umsetzung über Ressortgrenzen hinweg einsetzen, um maximale gesundheitliche Zugewinne zu ermöglichen.“ Dieser Denkansatz wird heute unter dem Schlagwort „Gesundheit in allen Politikbereichen“ zusammengefasst. So werden die sozialen Gesundheitsdeterminanten und gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft von der Agrar-, Bildungs-, Wohnungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Steuer- und Sozialpolitik beeinflusst und geprägt. Die bisherigen Erfahrungen lassen darauf schließen, dass eine schnellere Verfügbarkeit von Know-how, Mitteln und Instrumenten geboten ist, um Gesundheitsministerien zu stärken und dabei zu unterstützen, in Bezug auf Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit in allen Politikbereichen eine Führungsrolle zu übernehmen bzw. auf solche Maßnahmen einzuwirken. Außerdem ist es notwendig, in vermehrtem Maß aus Ergebnis- und Wirkungsbewertungen zu lernen.

Instrumente der Politikgestaltung zur Einbeziehung von Gesundheitsbelangen in alle Politikbereiche

29. Im Hinblick auf die Förderung eines sektorübergreifenden Vorgehens und die Einbeziehung von Gesundheitsbelangen in alle Politikbereiche kommt eine Vielzahl von Ansätzen zum Tragen. Diese können als „gesamtstaatliche“ Ansätze eingestuft werden, bei denen sektorübergreifende Maßnahmen umgesetzt werden, die auf Gesundheitszielen und auf Bewertungen der Wirkung auf Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit beruhen. Unterschiede im Vorgehen sind auf unterschiedliche konkrete Zielsetzungen, unterschiedliches Know-how und unterschiedliche Personalkapazitäten in den jeweiligen Ländern sowie auf die unterschiedliche Fragmentierung der institutionellen Zuständigkeiten zurückzuführen.

30. Die WHO hat die Gesundheitsministerien in den Mitgliedstaaten in verschiedener Weise dabei unterstützt, die Federführung in Bezug auf multisektorale Maßnahmen zur Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen in allen Politikbereichen und zur Auseinandersetzung mit Gesundheitsdeterminanten zu übernehmen bzw. solche Maßnahmen zu beeinflussen. Eine solche Rolle war etwa die des „Maklers“ oder „Wissensmittlers“ in Bezug auf Neuerungen, Erkenntnisse und Know-how sowie bei der Entwicklung von Hilfsmitteln und Methoden zur Unterstützung der Einbeziehung von Gesundheitsbelangen in alle Politikbereiche, etwa durch Analyse der sozialen Determinanten von Gesundheit und der gesundheitlichen Ungleichheiten. Darüber hinaus nutzte die WHO auch ihre Rolle als Brückenbauerin, um verschiedene Interessengruppen zusammenzubringen. Außerdem brachte sie Gesundheitsbelange in EU-Plattformen ein und baute mittels spezialisierter Zentren für „Gesundheit in allen Politikbereichen“ Allianzen und Partnerschaften auf.

Erfahrungsauswertung

31. Anhand der gemachten Erfahrungen und der vorliegenden Literatur lassen sich mehrere Elemente ermitteln, die für eine erfolgreiche Einbeziehung der Gesundheit in alle Politikbereiche unverzichtbar sind und die bei der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ Berücksichtigung finden werden. Ausschlaggebend dabei ist Führungsstärke, sowohl innerhalb des Gesundheitssystems als auch auf höchster Regierungsebene. Führende Politiker müssen imstande sein, eine klare Vorstellung davon, wie Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit verbessert werden können, zu artikulieren und sie mit konkreten Konzepten (einschließlich Zielen und Zielvorgaben) zu verknüpfen. Da ein sektorübergreifendes Vorgehen selbst bei guten Absichten durch die Zersplitterung der Zuständigkeitsbereiche behindert wird, kann die tatsächliche Durchführung gleichzeitiger Maßnahmen durch verschiedene Dienststellen durch folgende Maßnahmen entscheidend begünstigt werden: die Einrichtung einer ressortübergreifenden Behörde mit Zuständigkeit für Gesundheit in allen Politikbereichen; die Schaffung sonstiger neuer, sektorübergreifend ausgelegter und die Einbeziehung von Gesundheitsbelangen stützender Organisationsstrukturen (beispielsweise einer gesonderten Stelle für die Bewertung von Gesundheitsfolgen mit eigenem Haushalt); oder eine weitreichende Zuweisung neuer Aufgaben (bei geteilten Haushaltsmitteln) an bereits bestehende Strukturen. Schließlich scheint auch juristische Unterstützung von wesentlicher Bedeutung zu sein, sowohl um konkrete Tätigkeiten zu sanktionieren, als auch allgemeiner, um durch Überarbeitung des Gesundheitsrechts Grundlagen für die Einbeziehung der Gesundheit in alle Politikbereiche zu schaffen.

VI. Zusammenfassung der bisherigen Fortschritte und Ausblick auf künftige Schwerpunkte bei der Umsetzung der Charta von Tallinn

Von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen: eine Zusammenfassung

32. *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand* stellte für die Europäische Region der WHO einen bedeutenden gesundheitspolitischen Meilenstein dar. Die Mitgliedstaaten bekräftigten damit die grundlegende Wichtigkeit der Gesundheit für die Gesellschaft und ihre eigene kollektive Verantwortung für die Förderung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit. Sie bekundeten ihre Überzeugung, dass die von Gesundheitssystemen erbrachten Dienstleistungen auch auf die Bevölkerungsgesundheit gerichtete Dienstleistungen, etwa zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung,

umfassen, aber auch Bemühungen, andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen.

33. In diesem zusammenfassenden Bericht werden viele der mit den Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn konformen Politikmaßnahmen und Neuerungen dargestellt, die in den letzten Jahren, oft mit Unterstützung der WHO, in der gesamten Region durchgeführt wurden, und zu einer Zusammenschau von Erfahrungen verdichtet. Wie bereits festgestellt, wurden diese Verpflichtungen mit dem Ausbruch der Krise auf die Probe gestellt. Angesichts des durch den Verfall der öffentlichen Finanzen während der Jahre des Konjunkturabschwungs verursachten fiskalpolitischen Drucks hätten Chancengleichheit, Solidarität und finanzielle Absicherung durchaus Schaden nehmen können, und in manchen Ländern zogen Haushaltskürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich in der Tat schädliche Folgen nach sich. Andererseits konnten mehrere Länder die Krise als politische Chance nutzen, seit langem anstehende Prioritätsverlagerungen vorzunehmen und Effizienzgewinne herbeizuführen, die negative Auswirkungen auf Arme und Benachteiligte mindern. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus gingen Hand in Hand mit der Verwendung von Erkenntnissen zur Leistungsbewertung und zur fortgesetzten Ergebnisverantwortung in einer Zeit, in der das öffentliche Ausgabengebahren verstärkter Kontrolle unterzogen wird. Kurz gesagt, haben die Länder, die die in der Charta verankerten Verpflichtungen umsetzen, gezeigt, dass es mit Führungskraft, Innovationsdenken und Offenheit in kurzer Zeit möglich ist, von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen zu schreiten.

34. Ungeachtet der erzielten Erfolge gibt es allerdings auch verschiedene Herausforderungen und Hürden, die die Mitgliedstaaten daran hindern, die Werte der Charta von Tallinn in die Tat umzusetzen. Bei aller Euphorie von Entscheidungsträgern im Gesundheitsbereich über die Verpflichtungen in der Charta von Tallinn kann es sich doch in der Praxis als schwierig erweisen, weite Teile von Regierung und Politik „an Bord“ zu bringen, um sie vor allem in auf langfristige gesundheitliche Zugewinne ausgerichtete Tätigkeiten und in umfassendere Führungskonzepte einzubinden.

Von der Charta von Tallinn zu „Gesundheit 2020“

35. Die Lehren, die sich aus der Umsetzung der Charta von Tallinn ziehen lassen, werden in die Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ einfließen. Diese wird die zentralen Grundsätze der Charta von Tallinn bekräftigen, so etwa die dringende Notwendigkeit, das Gesundheitsgefälle abzubauen, und die Notwendigkeit, die maßgeblichen Interessengruppen in die Entscheidungsfindung in Bezug auf Gesundheit und ihre Determinanten einzubeziehen und heutige gesundheitspolitische Herausforderungen durch Partnerschaften für Lernen und Zusammenarbeit anzugehen. Auf vier Gebieten werden die Synergien zwischen der Charta von Tallinn und „Gesundheit 2020“ besonders bedeutsam sein: Neubelebung von Leistungen und Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit; nationale Gesundheitspläne und -strategien; Einbeziehung von Gesundheitsaspekten in alle Politikbereiche; und verbesserte Führung durch Leistungsbewertung.

36. Das Regionalbüro hat sich dazu verpflichtet, neue Dynamik in seine Bemühungen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zu bringen, und hat in diesem Zusammenhang einen „Handlungsrahmen zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region“ ausgearbeitet. Dieser Rahmenaktionsplan baut darauf auf, dass in der Charta von Tallinn ausdrücklich die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention anerkannt wird, und schlägt Maßnahmen vor, um die Bereitstellung grundlegender gesundheitspolitischer Maßnahmen und Leistungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu verbessern und um Organisationen und Personalkapazitäten im Bereich der Bevölkerungsgesundheit in der Europäischen Region der WHO zu stärken.

37. In der Charta von Tallinn erkannten die Mitgliedstaaten an, dass sich der entscheidende Einfluss sozialer, umweltbezogener und wirtschaftlicher Determinanten auf die Gesundheitsergebnisse nur mittels einer wirksamen Steuerungsfunktion angehen lässt. Allerdings verfügen die Gesundheitsminister in der Regierung oft nicht über die notwendige Autorität, um außerhalb ihres eigenen Ressorts Veränderungen anzustoßen und weiterzuführen, und es ist geboten, die Gesundheitsministerien mit formellen wie informellen Führungsmechanismen darin zu unterstützen, bei sektorübergreifenden politischen Reaktionen auf Herausforderungen im Gesundheitsbereich die Führung zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund wird „Gesundheit 2020“ einen gesamtstaatlichen Ansatz propagieren, der Führungskompetenz im Hinblick auf die Einbindung anderer Politikbereiche und die Herbeiführung von Veränderungen, horizontale Lenkungsprozesse zur Förderung von mehr Gesundheit als ein von allen staatlichen Stellen angestrebtes gesamtgesellschaftliches Ziel sowie die Schaffung von diesen Ansatz flankierenden Führungsmechanismen erforderlich macht.

38. Die Erfahrung der Mitgliedstaaten mit Leistungsbewertung und Politikanalyse zeigen, dass Messung, Überwachung und Bewertung auch dazu dienen können, eine Reihe von Grundsätzen stärker in den Vordergrund zu stellen, die für die Politikgestaltung und -steuerung im Gesundheitsbereich und somit für die Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ von allgemeiner Bedeutung sind. Neben Transparenz und Ergebnisverantwortung ist es ein Schlüsselziel der Leistungsbewertung, eine partizipatorische und anpassungsfähige Politikgestaltung zu unterstützen.

39. Die Entwicklung nationaler Gesundheitspläne und -strategien, ein von der Global Policy Group der WHO geleitetes Projekt, wird in hohem Maße von starker sektorspezifischer Überwachung, aussagekräftigen Leistungsbewertungsberichten für Gesundheitssysteme und entsprechender Analysearbeit profitieren. Die Charta von Tallinn stellt fest, dass die praktische Anwendung dieser breit gespannten Ziele der Gesundheitssysteme in einem Land die Festlegung damit verbundener und in politische Maßnahmen umsetzbarer Einzelziele erfordert. Nationale Gesundheitspläne, die auf übergeordnete bevölkerungspolitische Ziele und vorgelagerte Zwischenergebnisse zugeschnitten sind, können daher wichtige Instrumente im Reformprozess sein.

Der Weg bis zur 65. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2015

40. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten auch weiterhin dabei unterstützen, durch die Stärkung ihrer Gesundheitssysteme die in der Charta von Tallinn eingegangenen Verpflichtungen umzusetzen. Die WHO wird die ihr zu Verfügung stehenden Werkzeuge (u. a. fachliche Arbeit, Politikdialog, die Fähigkeit, Gesprächspartner zusammenzubringen, Kapazitätsaufbau, Erleichterung länderübergreifenden Lernens) dazu heranziehen, um die Leistung von Gesundheitssystemen in den Mitgliedstaaten zu verbessern: durch Maßnahmen auf vielfältigen Gebieten, wie Verbesserung der Modalitäten für die Gesundheitsfinanzierung, Stärkung von Angeboten im Bereich öffentliche Gesundheit, Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen, Erschließung der bedarfsgerechten Höhe und Menge an Ressourcen (personelle Ressourcen und Arzneimittel) und Stärkung von lenkungspolitischen Strukturen. Neben der gezielten Auseinandersetzung mit einzelnen Mitgliedstaaten bietet das Regionalbüro eine Reihe länderübergreifender Produkte an, etwa Leitlinien zur Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen und zur Gesundheitsfinanzierungspolitik, Fallstudien mit dem Ziel der Weitergabe von Know-how auf verschiedenen Teilgebieten der Stärkung von Gesundheitssystemen sowie Analysearbeit, Lehrgänge und andere länderübergreifende Veranstaltungen zur Weitergabe von Wissen. Schließlich wird die neue Initiative der WHO für die nationalen Gesundheitspläne denjenigen Mitgliedstaaten, in denen neue Planungszyklen anlaufen, unter dem Dach von „Gesundheit 2020“ eine besondere Chance in Bezug auf Mitwirkung und Unterstützung bieten.

41. Die in diesem Bericht zusammengefassten Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass die in der Charta von Tallinn bekräftigten Grundsätze und Verpflichtungen unter politischen Rahmenbedingungen umgesetzt werden, die von Komplexität, Ungewissheit, hohen Risiken und mitunter widersprüchlichen Wertvorstellungen geprägt sind. Als ein die gesamte Region umspannender, auf Rechenschaftslegung abstellender Verpflichtungskatalog verleiht die Charta von Tallinn der Stärkung von Gesundheitssystemen neue Dynamik, und aus ihrer Umsetzung können wertvolle Lehren abgeleitet werden. In naher Zukunft sollte die Planung für eine Evaluierung anlaufen, bei der sowohl die Lehren aus den länderspezifischen Erfahrungen mit dem Reformprozess als auch die Rolle dieser internationalen politischen Vereinbarung bewertet werden. Der bei dieser Halbzeitbilanz verfolgte Ansatz könnte durch Interviews mit Einzelpersonen, Fokusgruppen und Fallstudien erweitert werden, und ausgewählte Mitgliedstaaten oder ein unabhängiges Gremium könnte gebeten werden, die Erstellung des abschließenden Berichts zu moderieren. Damit wäre gewährleistet, dass der in dem Prozess erworbene Erfahrungsfundus gesichert, entsprechend analysiert und rechtzeitig für die 65. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2015 aufbereitet wird.