



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Dreiundfünfzigste Tagung**

Wien, 8.–11. September 2003

Punkt 6 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC53/8
+ EUR/RC53/Conf.Doc./3
23. Juni 2003
30867
ORIGINAL: ENGLISCH

**Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts
Gesundheit für alle (GFA)**

Das vorliegende Dokument enthält eine zusammenfassende Darstellung der Arbeit, die vom WHO-Regionalbüro für Europa durchgeführt wird, nachdem das Regionalkomitee (in Resolution EUR/RC48/R5) darum gebeten hat, ihm im Jahr 2005 die nächste Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle zu unterbreiten. Es gibt einen Überblick über die Entwicklung des Gedankens der Gesundheit für alle seit seinen ersten Ansätzen im Jahr 1977. Außerdem wird dargelegt, wie der zur Zeit für die Aktualisierung des Rahmenkonzepts gewählte Prozess von Ansatz und Methodik her abläuft. Es werden die Etappenziele und der zeitliche Rahmen der Aktualisierung angegeben. Das aktualisierte Konzept soll dann im September 2005 auf der 55. Tagung des Regionalkomitees angenommen werden. Das Regionalkomitee wird gebeten, zu der für die Aktualisierung des Rahmenkonzepts vorgeschlagenen allgemeinen Ausrichtung und dem für die Aktualisierung vorgesehenen Prozess Stellung zu nehmen. Das Papier wird danach auf der Grundlage dieser Kommentare überarbeitet und für die Konsultationsgespräche mit den Mitgliedstaaten benutzt.

Dem Papier liegt ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee bei.

Inhalt

Seite

Einleitung	1
Gesundheit für alle: ein historischer Überblick.....	2
Die globale Bewegung Gesundheit für alle	2
Gesundheit für alle in der Europäischen Region.....	3
Der Prozess der Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle.....	4
Säule eins: Die Lehren aus „Gesundheit für alle“	4
Säule zwei: Die Werte der „Gesundheit für alle“ aus heutiger Sicht.....	5
Säule drei: Erarbeitung von Instrumenten für Entscheidungsträger	7
Säule vier: Umsetzung des aktualisierten Konzepts „Gesundheit für alle“: Leitlinien und Praxismodelle.....	8
Etappenziele des Aktualisierungsprozesses	8
Abschließende Bemerkungen.....	9

Einleitung

1. Als das Regionalkomitee im Jahr 1998 GESUNDHEIT21¹ verabschiedete, machten es die Delegierten dem Regionalbüro zur Auflage, dem Regionalkomitee im Jahr 2005 die nächste Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts vorzulegen (Resolution EUR/RC48/R5). Der Aktualisierungsprozess begann Anfang 2003 mit den Tagungen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) im April und Mai. Der SCRC gelangte zu folgenden Schlussfolgerungen:

- GESUNDHEIT21 muss aktualisiert werden, doch ist es zur Zeit nicht ratsam, ein völlig neues regionales Rahmenkonzept einzuführen. Seit der Verabschiedung von GESUNDHEIT21 ist noch nicht genügend Zeit verstrichen um eine vollständige Auswertung der Umsetzung des Konzepts vorzunehmen, doch aus den im Umsetzungsprozess gemachten Erfahrungen lässt sich viel lernen, was auch geschehen sollte, da diese Erfahrungen die Grundlage des aktualisierten Konzepts bilden werden. Bei der Aktualisierung sollte man jedoch stärker auf die Fakten und die Instrumente für die weitere Umsetzung achten. Diese Änderungen sind notwendig und jetzt auch möglich, weil sich die Entwicklung im Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten beschleunigt vollzieht und man in den letzten Jahren neues Public-Health-Wissen gewonnen hat.
- Die der Gesundheit für alle (GFA) und GESUNDHEIT21 zugrunde liegenden Werte werden vorbehaltlos bejaht, während die Kernwerte des Konzepts (Chancengleichheit, Solidarität und Einbeziehung der Bevölkerung) im Lichte sich wandelnder politischer und wirtschaftlicher Umstände bekräftigt werden müssen.
- Das aktualisierte Konzept sollte sich auf die Ethik des Gesundheitssystems konzentrieren und diese zu seinem Kernanliegen erheben, wie das von der vom Ständigen Ausschuss eingesetzten Untergruppe zum Thema Bioethik gefordert wurde, wobei die Rechte und Pflichten der verschiedenen beteiligten Partner, einschließlich die des Systems selbst, zu erkunden sind.
- Der Prozess der Aktualisierung des Rahmenkonzepts sollte sich auf vier Säulen stützen, die parallel zueinander und einander ergänzend errichtet werden. Dabei handelt es sich um die folgenden:
 - *Zusammenfassung der aus GESUNDHEIT21 gezogenen Lehren* – Aufgabe des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme in Brüssel;
 - *Die Werte von „Gesundheit für alle“ aus heutiger Sicht* – mit Beistand eines aus externen Experten, Entscheidungsträgern und WHO-Mitarbeitern bestehenden „Think Tanks“ zu lösende Aufgabe;
 - *Instrumente für Entscheidungsträger* – damit diese beurteilen können, ob ihr Gesundheitswesen mit den Werten von „Gesundheit für alle“ konform geht, und die Übereinstimmung ihres Systems mit den dargelegten Werten verbessern können;
 - *Darstellung guter Praxismodelle und Aufstellung von Leitlinien für die Umsetzung des aktualisierten Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“.*
- Da das aktualisierte Konzept dem Regionalkomitee im Jahr 2005 unterbreitet werden muss, unterstützte der SCRC den Gedanken, auf der 53. Tagung des Regionalkomitees eine einführende Darstellung der Aktualisierung vorzulegen, um von den Delegierten die Billigung der allgemeinen Ausrichtung des Aktualisierungsprozesses und des Prozesses als solchem zu erlangen. Daran schließt sich eine Konsultationsrunde mit den Mitgliedstaaten an und auf der 54. Tagung des Regionalkomitees wird ein Sachstandsbericht vorgelegt. Man hofft durch diesen Mechanismus auch das Interesse der Mitgliedstaaten am Rahmenkonzept Gesundheit für alle und an seiner Nutzung zu beleben.

¹ GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

Gesundheit für alle: ein historischer Überblick

Die globale Bewegung Gesundheit für alle

2. In der **Satzung der Weltgesundheitsorganisation** heißt es: „Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundvoraussetzung für Frieden und Sicherheit; sie hängt von der vorbehaltlosen Zusammenarbeit zwischen dem einzelnen Menschen und dem Staat ab.“ In der Satzung wird zudem das Grundrecht eines jeden Menschen anerkannt, „sich des bestmöglichen Gesundheitszustands zu erfreuen“.

3. In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts erkannte die WHO, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand in der Welt zwar verbessert hatte, dass aber sowohl innerhalb der Länder wie im Vergleich der Länder untereinander weiterhin nicht akzeptable Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung bestanden. Als Reaktion darauf leitete die WHO einen intensiven internationalen Dialog zum Thema globale Solidarität ein. Die Organisation übernahm eine Führungsrolle und entwickelte ein Rahmenkonzept, mit dem sie ihre Vision in eine Strategie und eine Politik umsetzte. Dieser Prozess begann auf der **30. Weltgesundheitsversammlung (1977)**, bei der mit Resolution WHA30.43 die globale Bewegung „Gesundheit für alle“ ins Leben gerufen wurde. In der Resolution wurde deutlich gesagt, dass es das wichtigste soziale Ziel der Regierungen und der WHO sein müsse dafür zu sorgen, dass alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 ein gesundheitliches Niveau erreicht hätten, das es ihnen erlauben würde, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

4. Das Konzept der Gesundheit für alle wurde auf der **1978** gemeinsam von WHO und UNICEF in Alma-Ata (in der ehemaligen UdSSR) veranstalteten **Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung** eingeführt. Die Konferenzteilnehmer verabschiedeten die **Erklärung von Alma-Ata**, in der es ausdrücklich heißt, dass die Verwirklichung von Gesundheit für alle als Teil der übergeordneten Entwicklung damit beginnt, dass die primäre Gesundheitsversorgung „allen Einzelpersonen und Familien der Gemeinschaft zugänglich gemacht wird, und zwar durch für sie akzeptable Mittel und Wege, mit ihrer vollgültigen Beteiligung und zu einem Preis, den sich die Gemeinschaft und das Land leisten können.“

5. Im **Januar 1979** befürwortete der **Exekutivrat der WHO** den Bericht und die Erklärung der Konferenz von Alma-Ata (Resolution EB63.R21). Die **32. Weltgesundheitsversammlung** bekräftigte (mit Resolution WHA32.30) diesen Aufruf an die Mitgliedstaaten. Die Länder wurden gebeten, jedes für sich (als Grundlage für die Ausarbeitung nationaler Konzepte und Aktionspläne) und gemeinsam (als Grundlage für die Aufstellung von regionalen und globalen Strategien) die Übernahme des Konzepts Gesundheit für alle und der dazu verfassten Dokumente in Erwägung zu ziehen. Der Aufruf zur Gesundheit für alle war und bleibt auch weiterhin grundlegend ein Aufruf zur sozialen Gerechtigkeit und Solidarität. Deshalb verkörpert das Konzept kein ein für alle Mal zu erreichendes Ziel, sondern bezeichnet eher einen Prozess, der die Länder dazu bringt, für die schrittweise Verbesserung der Gesundheit aller ihrer Bürger zu sorgen.

6. Auf globaler Ebene verfolgte die WHO ihre eigene Verpflichtung auf die Gesundheit für alle konsequent weiter. Die Weltgesundheitsversammlung:

- verabschiedete die Globale Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (Resolution WHA34.36, 1981) und nahm den globalen Aktionsplan für die Umsetzung der Strategie an (Resolution WHA 35.23, 1982);
- erneuerte die Strategie Gesundheit für alle (Resolution WHA48.16, 1995) durch die Entwicklung einer neuen ganzheitlichen Gesundheitspolitik, in der weiter betont wird, dass der einzelne Mensch, die Familie und die Gemeinschaft Verantwortung für die Gesundheit tragen, und die der Gesundheit ihren Stellenwert im Rahmen der Gesamtentwicklung zuweist;
- verknüpfte die erneuerte Strategie mit dem Zehnten Allgemeinen Arbeitsprogramm und mit der Planung und Evaluierung des Programmhaushalts (Resolution WHA50.28, 1997);

- rief nach einem ausgedehnten und partizipatorischen Prozess mit den Ländern und in den Ländern das Konzept „Gesundheit für alle für das einundzwanzigste Jahrhundert“ (Resolution WHA51.7, 1999) ins Leben.

Gesundheit für alle in der Europäischen Region

7. Kurz nach Beginn der Bewegung Gesundheit für alle bewies die Organisation ihre Schlagkraft und ihr Können, indem sie dem globalen Konzept eine regionale Dimension verlieh. Das **Regionalkomitee für Europa billigte (auf seiner 30. Tagung mit Resolution EUR/RC30/R8, 1980) die europäische Strategie für die Verwirklichung von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, die es auf seiner 31. Tagung (Beschluss EUR/RC31(2), 1981) annahm.** Mit einem regionalen Beirat für Gesundheitsentwicklung schuf das Regionalkomitee ein Instrument, das die Kontinuität dieses Prozesses sichern sollte. Das Regionalkomitee verpflichtete sich auch, (ab 1983) die Umsetzung der regionalen Strategie alle zwei Jahre kontinuierlich und genau zu verfolgen und die Wirksamkeit der Strategie (ab 1985) alle sechs Jahre zu evaluieren.

8. Nachdem 1980 die Bewegung Gesundheit für alle auch in der Europäischen Region angelaufen war, bat das Regionalkomitee um die Aufstellung konkreter Ziele für die Unterstützung der regionalen Strategie.

9. Das erste Konzept „**Gesundheit für alle**“ und **Einzelziele zur Unterstützung der regionalen Strategie** für die Europäische Region wurden vom **Regionalkomitee auf dessen 34. Tagung im Jahr 1984** verabschiedet. Ohne die Grundrichtung des Strategiedokuments aus den Augen zu verlieren, vermittelten das Konzept und dessen 38 Einzelziele eine klarere Prioritätensetzung. Darüber hinaus beschäftigte sich das Regionalkomitee mit einer **Liste von Indikatoren, anhand deren sich die Fortschritte messen ließen**, die bei der Verwirklichung des globalen Ziels Gesundheit für alle und der konkreteren regionalen Einzelziele erreicht worden waren. Es nahm als praktische Fortführung der Strategie auch einen **Aktionsplan für die Umsetzung der regionalen Strategie** zur Verwirklichung von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ an. In dem Plan wurden die unterschiedliche Rolle der Mitgliedstaaten, des Regionalkomitees und des Regionalbüros und die jeweils von ihnen zu ergreifenden Maßnahmen verdeutlicht.

10. Mit der Verabschiedung dieser drei Dokumente gab das Regionalkomitee auf seiner 34. Tagung (1984) der Region ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept. Man einigte sich auf die Schaffung eines Mechanismus für die laufende Verfolgung und Evaluierung der erzielten Fortschritte. In Übereinstimmung mit dieser Verpflichtung wurden die regionale Strategie und die Ziele zur Gesundheit für alle 1991 **aktualisiert** (Dokument EUR/RC41/5). **Die im Hinblick auf die Verwirklichung der regionalen Ziele zur Gesundheit für alle gemachten Fortschritte wurden** vom Regionalkomitee 1985, 1988, 1991, 1994 und 1997 **beurteilt und überprüft**.

11. Auf seiner 47. Tagung (1997) befasste sich das Regionalkomitee mit dem Entwurf zu dem erneuerten regionalen Konzept Gesundheit für alle. Dies fiel in die Zeit der ersten Aktualisierung des globalen Konzepts Gesundheit für alle. **1998 verabschiedeten die Delegierten der 48. Tagung des Regionalkomitees dann das erneuerte Konzept Gesundheit für alle, nämlich GESUNDHEIT21.** Darin spiegelten sich die außergewöhnlichen Veränderungen in der Region wider, in der sich einundzwanzig neue, pluralistische Gesellschaften herausbildeten, mit eigener Stimme und vielen positiven Entwicklungstendenzen, in mehreren Ländern aber auch mit drastischem Konjunkturrückgang, was im Gesundheitssektor eine schwere Krise auslöste. GESUNDHEIT21 hat:

- *zwei Hauptziele:* Förderung und Schutz der Gesundheit der Menschen während ihres gesamten Lebens und Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und des damit verbundenen Leidens;
- *drei Grundwerte:* Gesundheit als fundamentales Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und praktische Solidarität unter den Ländern, unter Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und zwischen den Geschlechtern; partizipatorische Beteiligung an der gesundheitlichen

Entwicklung und rechenschaftspflichtige Verantwortung des einzelnen Menschen, von Gruppierungen und Bevölkerungsgruppen, von Institutionen, Organisationen und Sektoren;

- *vier Hauptstrategien:* multisektorale Strategien für die Auseinandersetzung mit den Determinanten von Gesundheit, vom Wunsch nach gesundheitlichen Verbesserungen getragene Programme und Investitionen, eine integrierte, familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung und ein partizipatorischer Entwicklungsprozess für die Verbesserung von Gesundheit, der alle relevanten Partner einschließt;
- *21 Ziele,* die bei der Messung der Fortschritte hinsichtlich der Verbesserung und des Schutzes von Gesundheit und der Verringerung gesundheitlicher Risiken als Maßstab des Erreichten dienen.

12. Das Regionalkomitee beschloss auf die gleiche Weise vorzugehen wie bei der Einführung des Konzepts Gesundheit für alle in der Europäischen Region, nämlich eine konsequente, laufende Evaluierung vorzunehmen, die Fortschritte zu verfolgen und das Konzept zu überarbeiten, zu überdenken und zu aktualisieren, weshalb **es (mit Resolution EUR/RC48/R5) überein kam, sich die nächste Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle im Jahr 2005 vorlegen zu lassen.**

Der Prozess der Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle

13. Der Prozess der Überarbeitung und Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle begann sehr rechtzeitig im Geiste einer laufenden Konsultation und Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees. Alle wissen die Tatsache zu würdigen, dass das Konzept Gesundheit für alle in der gesamten Region auf breite und ganz unterschiedlich geartete Aufmerksamkeit und Akzeptanz gestoßen ist. Selbst in der relativ kurzen Zeitspanne von fünf Jahren seit Verabschiedung von GESUNDHEIT21 haben sich im Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten erhebliche Änderungen vollzogen. In die aktualisierte Fassung sollten deshalb die in den letzten Jahren von den Ländern gewonnenen Erfahrungen und das angesammelte Wissen einfließen. Dies kann nicht in einem Anlauf oder in einem Wurf geschehen. Der vom Regionalbüro vorgeschlagene und vom Ständigen Ausschuss unterstützte Ansatz sieht vier synergistisch ablaufende Prozesse vor. Somit gründet sich das aktualisierte Konzept auf vier wichtige Säulen, nämlich auf die aus „Gesundheit für alle“ gezogenen Lehren, auf die Werte der „Gesundheit für alle“ aus gegenwärtiger Sicht, auf die Planung von Instrumenten für Entscheidungsträger und auf die Leitlinien für die Umsetzung des aktualisierten Konzepts „Gesundheit für alle“.

Säule eins: Die Lehren aus „Gesundheit für alle“

14. In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das Konzept „Gesundheit für alle“ (GFA) für die Länder als individuell und gemeinsam zu nutzende Inspirationsquelle erwiesen. Es hat selbst in Ländern, die keine offiziellen Ziele zur Gesundheit für alle angenommen haben, die gesundheitspolitische Debatte angeregt und beeinflusst. Bisher wurden die Mitgliedstaaten der gesamten Region aufgefordert, das Konzept „Gesundheit für alle“ in ihre nationale Politik zu übernehmen und die Empfehlungen in die auf das Land bezogene Praxis umzusetzen. Dieser Appell führte in unterschiedlichen Teilen der Region zu einer Fülle positiver Entwicklungen. Das Wissen über diese Entwicklungstendenzen ist jedoch lückenhaft, weshalb man auch nicht genügend darüber weiß, welchen konkreten Einfluss das GFA-Konzept in den Mitgliedstaaten hat. Es wurden zwar einige methodisch stringente Analysen durchgeführt, doch ein systematischer, umfassender und aktueller Überblick über die Nutzung des GFA-Konzepts und der Ziele in der Europäischen Region steht noch aus.

15. Das Regionalbüro hat zwei Studien in Gang gesetzt, die unter der Leitung des Europäischen WHO-Zentrums für Gesundheitspolitik und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitsversorgung in Brüssel durchgeführt werden und diese Wissenslücke schließen sollen, was eine Grundvoraussetzung für die Aktualisierung des GFA-Konzepts darstellt.

Sichtung des vorliegenden Faktenmaterials über die Annahme und Nutzung des Konzepts „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region

16. Diese Studie soll einen systematischen Überblick über die Annahme des Konzepts „Gesundheit für alle“ in den Mitgliedstaaten liefern, beurteilen, inwieweit es in der Politik der Länder genutzt wurde, und einen ersten Eindruck von der Brauchbarkeit und Relevanz des Konzepts vermitteln sowie durch eine Reihe von Fallstudien veranschaulichen, welchen Einfluss es auf die Politik der Länder gehabt hat. Dieses auf neun Monate angelegte Projekt (das im Frühjahr 2004 endet) wird sich auf eine neun Länder umfassende Stichprobe konzentrieren. Die untersuchten Länder spiegeln die Vielfalt der Geografie, der Bevölkerungsgröße, der Geschichte, des sozioökonomischen Status sowie der institutionellen Rahmenbedingungen und anderer Settings wider. Methodisch gesehen handelt es sich um eine Mischung aus Forschungsbericht und verschiedenen Interviewtechniken

Untersuchung über den Einsatz von Zielen als Instrument für Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten

17. In diesem auf drei Jahre angelegten Projekt werden die in den Mitgliedstaaten mit Gesundheitszielen gemachten Programmserfahrungen ausgewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im Oktober 2004 vorliegen. Schwerpunktmäßig geht es um vorbildliche Praxiserfahrungen und um den Einfluss unterschiedlicher methodischer und politischer Strategien auf verschiedene Resultataspekte wie Chancengleichheit oder Effizienz. Ausgehend von dieser Analyse soll die Studie hochkarätiges Wissen über die Planung und Umsetzung von Gesundheitszielen in der Europäischen Region erschließen. Methodisch wird sie sich auf einen Forschungsbericht, auf analytische Studien und sechs Länderfallstudien stützen. Das so gewonnene Wissen wird hoffentlich für verschiedene Gruppen von Entscheidungsträgern nützlich sein, die ihre seit langem bestehenden, Gesundheitsziele umfassenden Programme verbessern möchten, aber auch für andere, die noch im Zielsetzungsprozess begriffen sind. Hilfreich könnte es auch für die Grundsatzarbeit sein in Fällen, in denen bisher auf nationaler Ebene noch keine Gesundheitsziele aufgestellt wurden.

Säule zwei: Die Werte der „Gesundheit für alle“ aus heutiger Sicht

18. Ein „Think Tank“ von Experten soll dabei behilflich sein, die Leitwerte der gesundheitlichen Entwicklung als Teil der Bewegung „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region einer Neubewertung zu unterziehen und diese Werte mit Gesundheitspolitik und Public Health zu verknüpfen. Die Gruppe setzt sich aus Fachleuten mit breitem Wissenshintergrund und einer Vielfalt von Erfahrungen bei der Ausarbeitung, Beurteilung und Umsetzung von GFA-Konzepten auf nationaler und teilnationaler Ebene zusammen, d.h. sie besteht aus Entscheidungsträgern, Verwaltungsfachleuten, Gesundheitswissenschaftlern aus der Lehre sowie Rechts- und Ethikexperten, die aus den unterschiedlichsten Teilen der Region kommen und damit die Vielfältigkeit der Europäischen Region widerspiegeln. Bei ihrem ersten Treffen im Mai 2003 sichteten sie zunächst die von der Bewegung „Gesundheit für alle“ propagierten Werte und überlegten, welche dieser Werte verstärkt in die kommende Aktualisierung des Konzepts übernommen werden sollten.

19. Die bereits in dem bestehenden Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ und ähnlichen Dokumenten der WHO und der Vereinten Nationen verankerten Werte und Grundsätze sind für den heutigen Public-Health-Sektor der Europäischen Region auch weiterhin gültig. Allerdings müssen Grundkonzepte wie Ethik und Werte begrifflich besser abgeklärt werden. Grundwerte wie Chancengleichheit, Solidarität und die Einbeziehung der Bevölkerung setzen eine bessere Definition voraus, die auch die unterschiedlichen Zusammenhänge und die unterschiedliche Art und Weise, in der diese Begriffe in Ländern mit unterschiedlichem Kultur- und Erfahrungshintergrund Anwendung finden mögen, berücksichtigen würde. Sowohl die herkömmlichen alten Werte als auch einige, die möglicherweise neue Relevanz erlangt haben mögen, müssen im Lichte sich wandelnder Gegebenheiten beurteilt werden. Ein wichtiges Thema ist die Schwierigkeit, allgemein akzeptierte Werte mit den Faktoren zu verknüpfen, die einen Einfluss auf die Festlegung und Umsetzung gesundheitspolitischer Konzepte und Maßnahmen haben. Das Expertengremium hat deshalb u. a. die wichtige Aufgabe, an einem Wertesystem zu arbeiten, das sicherstellen kann, dass Entscheidungen im Gesundheitssystem auf ethischer Grundlage gefällt werden.

20. Das Expertengremium arbeitet bereits an einem neuen Denkansatz, der die Interpretation und Zusammenstellung der bestehenden und neuen Werte ermöglichen und den Entscheidungsträgern helfen würde, die ethische Dimension ihrer gesundheitspolitischen Konzepte und Maßnahmen zu beurteilen. Man kann nicht einfach nur Werte oder Grundsätze auflisten, die allgemein akzeptiert werden sollten. Man muss sich klar machen, was der einzelne Wertebegriff bedeutet, wenn er in unterschiedlichen Bereichen, auf unterschiedlichen Ebenen oder in unterschiedlichen Zusammenhängen Anwendung findet. In der Praxis der Grundsatzarbeit und der Erbringung von Versorgung überschneiden sich Werte häufig oder sie konkurrieren miteinander. Das Expertengremium meinte deshalb, eines der nützlichsten Resultate seiner Arbeit werde es sein, eine Reihe von Werten aufstellen zu können, denen alle wichtigen Akteure im öffentlichen Gesundheitswesen beipflichten, die jedoch vom Denkansatz her Flexibilität zulassen und den Entscheidungsträgern eines Landes konkrete Wahlmöglichkeiten eröffnen. Der Vorschlag des Expertengremiums wird sich auf die drei im Folgenden dargelegten, wechselseitig voneinander abhängigen Dimensionen gründen.

Achtung vor dem Recht auf Gesundheit als grundlegendem Menschenrecht

21. Jede Gesundheitspolitik verfolgt letztlich das Ziel, in voller Achtung vor dem Recht auf Gesundheit einen Zugewinn an Gesundheit zu erzielen. Von daher unterstrich das Expertengremium, dass es wichtig sei, dass alle sich auf gesundheitliche Anliegen oder Gesundheitssysteme beziehenden Teile von bestehenden internationalen Verträgen und Erklärungen zu den Menschenrechten eingehalten werden. In diesem Ansatz spiegeln sich die Einheit und die Synergiewirkung der Verpflichtungen, die die Länder im Rahmen verschiedener internationaler Prozesse eingehen. Ein neueres Beispiel ist die Osloer Erklärung Gesundheit, Würde und Menschenrechte (vom 13. Juni 2003), in der die europäischen Gesundheitsminister anerkennen, dass Gesundheitsversorgung nur dann in Achtung vor den Rechten und der Würde des Menschen erbracht werden kann, wenn ihr ein starker sozialer Zusammenhalt und ein ethisches Verständnis ihrer Aufgabe zugrunde liegt und sie auf dem Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung aufbaut.

Chancengleichheit, Solidarität und die Einbeziehung der Bevölkerung als Grundprinzipien

22. Damit eine Gesundheitspolitik (ihr oben erläutertes) höchstes Ziel verwirklichen kann, muss sie sich von den drei Grundprinzipien Chancengleichheit, Solidarität und Einbeziehung der Bevölkerung leiten lassen. Sie bilden bereits die Grundlage der bisherigen Konzepte von Gesundheit für alle und GESUNDHEIT²¹ und behalten auch weiterhin Gültigkeit. Die Europäische Region muss jedoch zu einem neuen Verständnis dieser Grundsätze gelangen, weshalb an einer Aktualisierung der Definition dieser drei Prinzipien gearbeitet werden muss. Sie müssen etwas umformuliert werden, d. h. man muss sie konkreter fassen und sie näher an die neuen Realitäten des postmodernen Zeitalters heranbringen. Außerdem müssen neue Aspekte aller drei Prinzipien näher ausgeführt werden, z. B. die unterschiedliche Bedeutung des Begriffs Chancengleichheit (als Kompetenz zur Ausschöpfung des eigenen Gesundheitspotenzials, als Zugang zu Informationen und Wissen oder Diensten, als Imperativ in der Beziehung zwischen Männern und Frauen, als Desideratum für benachteiligte und ausgesetzte Teile der Bevölkerung usw.), verschiedene Aspekte von Solidarität (unter den Mitgliedern einer Gesellschaft oder unter Ländern, bei der Finanzierung von Leistungen, unter den Generationen) und unterschiedliche Möglichkeiten, die Menschen in sie betreffende gesundheitliche Entscheidungen einzubeziehen.

23. Die WHO hat die Aufgabe, als Fürsprecher dieser Grundprinzipien aufzutreten und die Länder dazu aufzufordern, sie in der Gesundheitspolitik und in den Gesundheitsprogrammen des jeweiligen Landes zu respektieren; dabei muss die Organisation zugleich jedoch auch anerkennen, dass sich jedes Land, abhängig davon, welche Wahl eine bestimmte Regierung trifft und welche Agenda sie verfolgt, diesen Grundprinzipien unterschiedlich annähern kann.

Ethik als Leitprinzip des Gesundheitswesens

24. Um das oben angeführte Endziel und die Grundprinzipien im praktischen Handeln miteinander zu verknüpfen, muss ein Gesundheitswesen unter ethischen Gesichtspunkten geleitet werden und seine Entscheidungen auf ethischer Grundlage treffen. Jede Regierung ist daran interessiert, dass sich das Gesundheitssystem ihres Landes in ethisch vertretbare Richtung entwickelt und ethisch verantwortlich gemanagt

wird, was heißt, dass die Menschenrechte respektiert werden und man für Chancengleichheit, Solidarität und die Einbeziehung der Bevölkerung eintritt. Darüber hinaus sollten die Regierungen angehalten werden, zu den dringlichsten und wesentlichsten Gesundheitsproblemen und gesundheitlichen Bedürfnissen ihrer Bevölkerung ausgehend von allen dazu vorhandenen Fakten ihre eigene Politik und ihre eigenen Maßnahmen zu schaffen. Zu diesem Zweck werden den Entscheidungsträgern Hilfsinstrumente an die Hand gegeben, die es ihnen ermöglichen zu beurteilen, ob und inwieweit die im Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten Sektoren ihres Landes getroffenen Entscheidungen und Maßnahmen mit dem bestehenden und erneuerten Wertesystem von „Gesundheit für alle“ übereinstimmen.

25. Die nächsten Schritte in der Arbeit des Expertengremiums liegen bereits fest. Das vorhandene Wissen zur Wertethematik wird durch Beispiele für die Anwendung der Werte und Grundsätze in GFA-Konzepten und in der Gesundheitssystementwicklung auf eine solidere Grundlage gestellt. Es wird dafür gesorgt, dass ein systematischer Informationsaustausch mit den Experten stattfindet, die sich mit den anderen Säulen des Aktualisierungsprozesses befassen. Die Definition der Werte wird verbessert. Der Rahmenvorschlag wird weitere Dimensionen des Wertesystems einbeziehen (beispielsweise die Dichotomien global/lokal, regional/national, öffentlich/privat, Freiheit und Wahlmöglichkeiten/kollektive bzw. gesellschaftliche Prioritäten) und eine Debatte anregen zu Begriffen wie Akzeptanz, Nachhaltigkeit und Brauchbarkeit der Wertebegriffe im nationalen Zusammenhang. Auch andere für die moderne Gesellschaft wesentliche Themen werden zur Sprache kommen, z. B. Interessen, Einfluss, Macht, Geld und Führungskompetenz, aber auch der rechtliche Aspekt von Werten und der Einsatz von Rechtsinstrumenten, mit denen dafür gesorgt werden soll, dass die Werte in der praktischen Arbeit auf Landesebene Anwendung finden. Die Arbeit des Expertengremiums soll zu einer systematischeren Gruppierung der Werte und Grundsätze führen und damit Entscheidungsträgern einen wirklich brauchbaren Denkansatz liefern. Die Arbeit soll im Frühjahr 2004 abgeschlossen sein.

Säule drei: Erarbeitung von Instrumenten für Entscheidungsträger

26. In diesem Teil des Aktualisierungsprozesses geht es um Instrumente, mit denen Entscheidungsträger sicherstellen können, dass ihre Gesundheitspolitik und ihre Gesundheitsprogramme mit den Werten der „Gesundheit für alle“ konform gehen, wobei dies sowohl für die Beurteilung der gegenwärtigen Lage wie für mögliche künftige Entwicklungen gilt. Zu diesem Zweck führt das WHO-Büro in Barcelona zwei Kategorien von Studien durch.

Beurteilung bestehender Politikkonzepte und Programme

27. Die erste Kategorie von Studien soll Entscheidungsträgern konkrete Methoden an die Hand geben, mit denen sie beurteilen können, inwieweit ihre Politik oder ihre Programme mit den Werten von „Gesundheit für alle“ übereinstimmen. Ein Vorschlag sieht als Möglichkeit eine Art Checkliste mit einer Reihe von Fragen vor, die Entscheidungsträger abhaken könnten, wenn sie die Politikkonzepte und Programme in ihrem Land analysieren. Diese Kategorie von Studien wird in Angriff genommen, sobald das Expertengremium seine Arbeit abgeschlossen hat.

Vorabbeurteilung neuer Politikkonzepte und Programme

28. In der zweiten Kategorie von Studien werden Instrumente analysiert und vorgeschlagen, die Entscheidungsträger einsetzen könnten, wenn sie gesundheitspolitische Reformen planen oder neue Politikkonzepte und Programme einführen. Alle Instrumente sollen auf die Frage hin untersucht werden, ob sie Qualitätsansprüchen genügen und für die Gesundheitssystementwicklung und die durch die Aktualisierung der „Gesundheit für alle“ als gültig bekräftigten Werte relevant sind. Beispiele sind Methoden der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, neues, empirisch abgesichertes Wissen über eine gute Public-Health-Praxis sowie Mechanismen für die Förderung von Spitzenleistungen und Qualität, darunter Akkreditierungsmöglichkeiten (nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern für das gesamte Gesundheitswesen). Verschiedene bereits vorliegende globale und regionale Berichte werden ebenfalls als Instrumente für Entscheidungsträger vorgeschlagen. Darin geht es um Themen wie Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, Gewalt, Makroökonomie und Gesundheit, Armut, psychische Gesundheit sowie Kinder,

Gesundheit und Umwelt. Diese Arbeit beginnt unmittelbar nach der Regionalkomiteetagung im September 2003, da sie weniger von den Endergebnissen der unter Säule zwei geleisteten Arbeit abhängig ist.

Säule vier: Umsetzung des aktualisierten Konzepts „Gesundheit für alle“: Leitlinien und Praxismodelle

29. Das Ergebnis dieser Arbeit sollen konkrete, praktische Empfehlungen für die Umsetzung des GFA-Konzepts sein. In diesem Stadium ist es für nähere Einzelheiten zu dieser Säule jedoch noch zu früh. Die Arbeit kann erst nach Abschluss der Arbeit zu den ersten drei Säulen in Angriff genommen werden. Eine Möglichkeit wäre es, einige Fallstudien zu Konzepten und Programmen aufzunehmen, bei denen klare Zusammenhänge zwischen Werten und konkretem Handeln geschaffen wurden.

30. Dieser Teil des Aktualisierungsprozesses umfasst den Austausch von Informationen über vorbildliche Praxismodelle und die Sammlung von einschlägigen Beispielen. Auf diese Weise können die Länder voneinander lernen und ausgehend von ihren eigenen Erfahrungen zu einem kontinuierlichen Aktualisierungsprozess beitragen.

Etappenziele des Aktualisierungsprozesses

31. Im Folgenden wird ein Zeitplan für den Aktualisierungsprozess vorgeschlagen. Während des gesamten Prozesses wird laufend Rücksprache mit den Mitgliedstaaten genommen, insbesondere vor und nach der 54. Tagung des Regionalkomitees und gegebenenfalls auch noch später.

April und Mai 2003	Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees erörtert den Prozess und die allgemeine Ausrichtung der Aktualisierungsarbeit
Mai 2003	Erstes Treffen des Expertengremiums, Erörterung der Werte von „Gesundheit für alle“ aus heutiger Sicht
September 2003	Aussprache des Regionalkomitees über die Aktualisierung des Konzepts Gesundheit für alle in der oben vorgeschlagenen Form, Annahme einer Resolution
Januar 2004	Bericht des Expertengremiums über die Werte von „Gesundheit für alle“ aus heutiger Sicht
Juni 2004	Resultat der Untersuchung über die Annahme und Nutzung des Konzepts „Gesundheit für alle“ (WHO-Zentrum in Brüssel)
September 2004	Sachstandsbericht für die 54. Tagung des Regionalkomitees
Oktober 2004	Resultat der Untersuchung über die Verwendung von Zielen (WHO-Zentrum in Brüssel)
Dezember 2004	Abschluss der Arbeit zu Instrumenten für Entscheidungsträger, sowohl für die Beurteilung wie für die Entwicklung von Politikkonzepten und Programmen (WHO-Büro in Barcelona)
Juni 2005	Entwurf zum aktualisierten Konzept „Gesundheit für alle“
September 2005	Vorlage des Entwurfs zur Verabschiedung durch das Regionalkomitee auf dessen 55. Tagung.

Abschließende Bemerkungen

32. Bei der Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ handelt es sich um einen vom Regionalkomitee mit Resolution EUR/RC48/R5 geforderten, und somit obligatorischen Prozess. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, die Arbeit der WHO in der Europäischen Region den globalen Aktivitäten der Organisation anzunähern und so zur Verwirklichung der in der Millennium-Erklärung der Vereinten Nationen niedergelegten Ziele beizutragen, soweit diese mit den Realitäten und den spezifischen Kennzeichen der Europäischen Region vereinbar sind. Zugleich erblickt das Regionalbüro in diesem Aktualisierungsprozess eine ausgezeichnete Möglichkeit, in seiner Arbeit mit den Mitgliedstaaten die neuesten Erkenntnisse aus der Public-Health-Praxis zu übernehmen und sie mit den Werten von „Gesundheit für alle“ zu verknüpfen. Das Schwergewicht wird auf der Schaffung von Instrumenten für Entscheidungsträger und auf der Umsetzung von Konzepten und Programmen liegen. Es ist zu hoffen, dass sich dieser dem Regionalkomitee vorgeschlagene Prozess in der Europäischen Region als unmittelbarer Impuls für den GFA-Gedanken erweist und in einer die gesamte Region einigenden und sich auf starke, klare und von allen geteilte Werte stützenden Vision von Gesundheitspolitik und Public Health münden wird.