



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa  
Fünfundfünfzigste Tagung**

**Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005**

Punkt 6 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/9 Rev.1  
+EUR/RC55/Conf.Doc./5  
8. August 2005  
54023  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros  
für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme**

Überall in der Europäischen Region der WHO haben sich während der vergangenen fünf Jahrzehnte und insbesondere in den letzten Jahren Länder um eine optimale Einrichtung ihrer Gesundheitssysteme bemüht. Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist für die Sicherung tatsächlicher und nachhaltiger Verbesserungen im Gesundheitszustand der Bevölkerungen im Westen wie im Osten der Region unverzichtbar. Allerdings stehen die Gesundheitssysteme in der gesamten Region vor vielgestaltigen Gesundheitskrisen und hohen Erwartungshaltungen trotz leerer Kassen. In einigen Teilen der Region sind manche Länder nicht auf dem richtigen Kurs zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDG) und für einige ist dabei das Gesundheitssystem eines der wichtigsten Hindernisse.

Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ hat bereits die Orientierung auf die Länder hin unterstrichen. Das Regionalbüro wird künftig auch die Länder unterstützen und die „Dienste den neuen Anforderungen anpassen“, indem es stimmige Herangehensweisen und Werkzeuge zur Verbesserung ihrer Gesundheitssysteme anbietet. Die Erarbeitung einer Strategie der Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme ist demnach als die nächste Phase der Länderstrategie zu sehen, in der die Mitgliedstaaten aus dem Osten und dem Westen der Region in einen konstruktiven Dialog einbezogen werden. So wird den Gesundheitssystemen auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung der Organisation eine hervorgehobene Stellung eingeräumt, indem die Arbeit in allen Bereichen (und insbesondere in Gesundheitsprogrammen von hoher Dringlichkeit) auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme auf Länderebene neu ausgerichtet wird.

Dieses Strategiepapier fordert die Länder der Region dazu auf, eigene Herangehensweisen zu erarbeiten und dabei die Schlüsselakteure zur Stärkung der Gesundheitssysteme zusammen zu bringen: die politischen Entscheidungsträger der Länder, die wichtigsten globalen Programme und Initiativen, Geberorganisationen und Sachverständige für Gesundheitssysteme der Europäischen Region. Das Papier beschreibt Umfang und Zweck dieses Unterfangens sowie die zu seiner Durchführung erforderlichen Maßnahmen. Es skizziert konkrete Felder, auf denen das Regionalbüro alle Länder der Region in den Bemühungen um eine Stärkung ihrer Gesundheitssysteme unterstützen kann. Dieses Papier sollte im Zusammenhang mit weiteren dem Regionalkomitee vorgelegten Papieren gelesen werden, insbesondere dem Papier zur Strategie des Regionalbüros in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele (MDG) in der Europäischen Region (EUR/RC55/Inf.Doc./1).

Das Regionalkomitee wird gebeten, die angeregte Strategie und Herangehensweise zu erörtern und den beiliegenden Resolutionsentwurf als einen Leitfaden für die Umsetzung anzunehmen.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Zusammenfassung.....	1
Warum jetzt das Thema Gesundheitssystem aufgreifen?.....	2
Welchen Anwendungsbereich hätten die vom Regionalbüro angeregten Maßnahmen? .....	6
Leistungserbringung .....	7
Finanzierung .....	8
Ressourcenbeschaffung .....	8
Ordnungs- und Leitungsfunktion.....	8
Folgerungen aus dieser Herangehensweise .....	9
Entscheidungen bei der Gesundheitssystementwicklung.....	10
Welche Veränderung? Inhalt und Instrumente .....	11
Der Prozess des Wandels.....	13
Wie wird das Regionalbüro die Strategie der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme fortentwickeln?.....	16
Herangehensweisen .....	16
Besser geführte Länderarbeit.....	16
Partnerschaft mit anderen Akteuren .....	17
Erkenntnisgestützte Interventionen.....	17
Lernen an der Praxis auf der Grundlage transparenter Überwachung und Auswertung .....	18
Weiterverfolgung.....	18
Literatur.....	21



## Zusammenfassung

1. Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist für die Sicherung tatsächlicher und nachhaltiger Verbesserungen im Gesundheitszustand der Bevölkerungen im Westen wie im Osten der Europäischen Region der WHO unverzichtbar. Allerdings stehen die Gesundheitssysteme in der gesamten Region vor vielgestaltigen Gesundheitskrisen und hohen Erwartungshaltungen trotz leerer Kassen.
2. Das Bemühen um stärkere Gesundheitssysteme in der Europäischen Region ist nicht wertneutral. Es rührt aus der Überzeugung, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist; aus der Bereitschaft solidarisch zu teilen; aus dem Verständnis, dass Bürgerbeteiligung zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führt und aus der Verteidigung eines ethischen Standpunkts in allen Gesundheitsfragen. Im Idealfall zielt die Stärkung der Gesundheitssysteme auf eine chancengleiche Verbesserung der Gesundheit, auf gerechtere finanzielle Beiträge, auf die Achtung der Patientenrechte und auf einen nachhaltigen und wirksamen Gebrauch der humanen, finanziellen und anderen Ressourcen. Ein Schlüsselement hierfür ist die Sicherstellung des gleichen Zugangs zu qualitativ hochwertigen und sicheren Gesundheitsdiensten.
3. Es gibt viele Wege zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Doch haben sie alle eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen: Maßnahmen, die sich nicht nur auf die Gesundheitsversorgung der Einzelperson, sondern ebenso auf Krankheitsprävention und Förderung gesunder Lebensweisen richten (Leistungserbringung); die Beschaffung, Zusammenführung und Zuweisung von Mitteln an die Leistungserbringer in einer Weise, die Chancengleichheit, Transparenz und den Schutz der Bevölkerung vor den durch die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste entstehenden Kosten fördert, sowie Anreize für die Bereitstellung wirksamer und erstklassiger Dienste (Finanzierung); Investitionen in die richtige Mischung aus menschlichen und sächlichen Ressourcen, die zur Sicherung guter Ergebnisse erforderlich sind, u. a. Räumlichkeiten, Geräte und Pharmazeutika (Ressourcenbeschaffung); und das Aufstellen von Konzepten (u. a. zur Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten), von Regularien und Umsetzungsverfahren und -werkzeugen einschließlich Systemen für eine transparente Überwachung und Auswertung zur Sicherung der Verantwortlichkeit (Aufsichts- und Schutzfunktion).
4. Ebenso wichtig ist, dass ein Gesundheitssystem nur gestärkt werden kann, wenn die berührten politischen Aspekte angemessen in einem zu der jeweiligen Kultur und zu dem Kontext jedes Mitgliedsstaats passenden Entwicklungsprozess aufgegriffen werden.
5. Das Regionalbüro möchte die Mitgliedstaaten in der Region dazu anregen, die Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zu einer Priorität zu machen und klare Pläne und Strategien hierfür anzunehmen. Es ist selbst entschlossen sie dabei zu unterstützen, angemessene Entscheidungen in der von ihnen gewünschten Art (Inhalt und Verfahren) zu treffen.
6. Dafür werden über eine verbesserte Länderarbeit Ratschläge und Empfehlungen mit kurz- und langfristiger Perspektive erteilt. Dieses Positionspapier umreißt den Umfang und den Zweck dieses Unterfangens und die Maßnahmen zu seiner Unterstützung. Für die Mitgliedstaaten wird ein Rahmen zur Leistungsbewertung ihrer Gesundheitssysteme erarbeitet und es wird ihnen Rat angeboten, wie dieser, angepasst an ihren Kontext, als Grundlage für das Benennen von Maßnahmen zur Leistungsverbesserung der nationalen Gesundheitssysteme dienen kann. 2008 wird eine Konferenz auf Ministerebene zu diesem Thema veranstaltet und 2009 wird das Programm ausgewertet (und dem Regionalkomitee ein Bericht vorgelegt).

### **Klartext reden**

Einige der in diesem Papier verwandten Termini sind relativ komplex und nicht einfach zu verstehen. Damit die wichtigsten hinter der Fachsprache der Gesundheitssystemanalyse verborgenen Konzepte besser verständlich werden, sollen einige in Textrahmen wie diesem geschilderte Situationen aus dem wirklichen Leben das Verständnis erleichtern helfen.

## Warum jetzt das Thema Gesundheitssystem aufgreifen?

7. Überall in der Europäischen Region haben sich während der vergangenen fünf Jahrzehnte und insbesondere in den letzten Jahren Länder um eine optimale Einrichtung ihrer Gesundheitssysteme bemüht. Trotz knapper Kassen wenden die Mitgliedstaaten erhebliche Mittel für bessere öffentliche Gesundheitsleistungen auf. Die Gesundheitssysteme vieler Länder der Region stehen vor alten und neuen Herausforderungen eines bisher nicht gekannten Ausmaßes. Viele ihrer Probleme bestehen zwar schon seit langer Zeit, sind jedoch erst vor kurzem in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Im Westen der Region kommen die Regierungen nur schwer mit den Kostensteigerungen zurecht, während die Bürger gleichzeitig mehr Qualität und größere Auswahl verlangen. In dem anderen Teil trug die wirtschaftliche Krise in Staaten der Mitte und des Ostens der Region nach den politischen Umbrüchen Ende der 1980er Jahre zu einem Verfall der Gesundheitssysteme und zu Kürzungen im Gesundheitswesen bei. In der ganzen Region hat sich die Lage noch durch eine Reihe neuer Probleme verschärft:

- Die Globalisierung hat zu erhöhter Arbeitsmigration aus armen in reiche Gegenden und Staaten geführt und somit das Festhalten an qualifiziertem Gesundheitspersonal für alle erschwert.
- Reformen des öffentlichen Sektors wie z. B. Dezentralisierung und Privatisierung sind, obwohl sie oft auf erhöhte Verantwortung und Bedarfsgerechtigkeit angelegt waren, manchmal in einer sich für die Gesundheitssysteme negativ auswirkenden Weise umgesetzt worden.
- Die Verwischung der Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor bereiten vielen Staaten folgende Schwierigkeiten: Mit öffentlichen Mitteln gekaufte Arzneimittel tauchen auf dem Schwarzmarkt auf, öffentlich beschäftigte Mitarbeiter des Gesundheitswesens arbeiten nach Dienstschluss im privaten Sektor oder erheben Privatgebühren in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen usw.

8. Hinzu kommt noch, dass wohl alle Gesundheitssysteme vor wachsenden gesundheitlichen Herausforderungen stehen, vor allem durch HIV/Aids aber auch durch die Zunahme damit in Verbindung stehender Infektionskrankheiten (wie Tuberkulose) und durch den rapiden Anstieg von nicht-übertragbaren Krankheiten. Insbesondere im östlichen Teil der Region hat dies nicht nur zu einer erhöhten Krankheitslast, sondern auch zu einer real verkürzten Lebenserwartung geführt. Mit Ausnahme von Teilen des südlich der Sahara gelegenen Afrikas ist dies die einzige Teilregion mit einem solchen Trend (1)). Bemerkenswert ist nicht so sehr der Rückgang an sich, sondern dass in diesen Ländern bereits wirksame und bezahlbare Interventionen zur Verhütung oder Heilung eines Großteils dieser Krankheiten vorhanden sind. Die Schwäche des Gesundheitssystems behindert allerdings entscheidend ihre Durchführung (2) und dies gilt insbesondere in schwachen instabilen Staatsgebilden, die zum Teil unter kriegerischen Auseinandersetzungen leiden und in denen die staatlichen Kapazitäten weithin erodiert sind.

9. Als Antwort auf die oben geschilderte Lage versuchen die aktuellen Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region von breiten Veränderungen an der Organisation und/oder der Finanzierung des Gesundheitssektors bis zu vereinzelteren Bemühungen um konkrete Elemente des Gesundheitssystems ein breites Spektrum von Maßnahmen. Viele Länder haben Strategien, Prioritäten und mittelfristige Finanzplanungen für den Gesundheitssektor als Ganzes aufgestellt. Andere haben krankheits- oder gesundheitsdienstspezifische Strategien gegen konkrete Erkrankungsursachen aufgestellt und beziehen sich nur mehr oder weniger auf breitere Systemantworten.

10. Diese Veränderungen sind im Osten wie im Westen der Region erfolgt, wie die folgende (bei weitem nicht erschöpfende) Liste aus Beispielen zeigt. Im Vereinigten Königreich sind einige Modellrahmen für den nationalen Gesundheitsdienst in den letzten Jahren von dem United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence für die integrierte Versorgung definierter Krankheiten erstellt worden. Portugal hat gerade seinen nationalen Gesundheitsplan aktualisiert. Slowenien reformiert das Krankenhauswesen, u. a. durch ein strenges Akkreditierungsverfahren. In Deutschland wurden auf regionaler Ebene Verträge für Disease-Management-Programme entwickelt. Estland hat seine Gesundheitsfinanzierung und primäre Gesundheitsversorgung vollkommen reformiert. Norwegen führt nach Schwierigkeiten bei der Anwerbung von Arzt- und Pflegepersonal in einigen geografischen Gebieten eine gründliche Personalplanung

gemeinsam mit der Umsetzung einer nationalen Qualitätsstrategie durch. Eine Reihe von Ländern (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Republik Moldau, Rumänien sowie Serbien und Montenegro) reformieren im Zusammenhang des Stabilitätspakts für Südosteuropa ihre psychosozialen Dienste. Die Niederlande vertiefen die Reform des gesamten Krankenversicherungssektors. Der pharmazeutische Sektor macht zurzeit in Spanien und vielen anderen Ländern der Europäischen Union (EU) wichtige Änderungen durch, gleichzeitig werden tief greifende Reformen z. B. in Kirgisistan und Ungarn durchgeführt. Georgien und Italien passen ihre Grundleistungskataloge an. Und so weiter ...

11. Zwar können einige dieser Initiativen gewisse Erfolge vorweisen, doch sind viele Reformen von unüberwindbaren Schwierigkeiten aufgehalten worden. Vielleicht, weil die politische Unterstützung fehlte, weil es einen Personalwechsel in den Gesundheitsministerien gab, weil sich das Interesse der Geber änderte oder weil die Reformfähigkeit der Gesellschaft nicht ausreichte. Zu den Schwachpunkten zählen z. B. schwaches Beschaffungswesen, unzureichende Finanzverwaltung und begrenzte Aussicht auf nachhaltige Finanzierung, enge Personaldecke, lückenhafte Gesundheitsinformationen und fehlende staatliche Koordinierung der Initiativen (3).

12. Auch wenn diese Probleme auf Ebene des Landes in Erscheinung treten, so bedeutet ihre zunehmende Komplexität und ihr globales Wesen, dass sie nicht vollständig von den einzelnen Ländern gelöst werden können. Deshalb hat die internationale Gemeinschaft in den vergangenen Jahren durch beständige Initiativen mit Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme auf Länderebene erhebliche Mittel mobilisiert (durch die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung usw.) Obwohl diese zusätzlichen Mittel von außen in der Tat höchst willkommen sind, gibt es doch Bedenken gegen die potenziellen Störeffekte der in großen Mengen zuströmenden zweckgebundenen Mittel für bestimmte vorrangige Gesundheitsdienste (und die Wirtschaft allgemein), weil durch sie oft die Stärkung unwirksamer paralleler Strukturen gefördert wird und weil manchmal die Fähigkeiten auf Länderebene das Geld zu verwalten nicht hinreichen. Ein zusätzliches Problem ist, dass die vorherrschende internationale Meinung dazu, wie Gesundheitssysteme optimal verbessert werden können, mehrere Male gewechselt hat. Die nationalen Verantwortlichen werden von außen beraten und verschiedene Organisationen vertreten potenziell entgegengesetzte Ansichten dazu, welche Strategien wahrscheinlich die Gesundheitssysteme am wirksamsten stärken.

13. Im Ergebnis erhalten die bedürftigsten Menschen in vielen Ländern oft keine Versorgung, weil Arzneimittel, Geld, Informationen oder sogar Gesundheitspersonal nicht zur Verfügung stehen oder nicht wirksam eingesetzt werden. Anders ausgedrückt haben die Gesundheitssysteme (vor allem in armen Ländern) trotz massiver Investitionen Schwierigkeiten mit der Erbringung vorrangiger Gesundheitsmaßnahmen, der Sicherstellung wirksamer Leistungen an die Armen und der Abwägung zwischen akuter und langfristiger Versorgung, zwischen den laufenden Betriebskosten der Dienste und Investitionen in eine Infrastruktur zur Bekämpfung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten usw. In einigen Teilen der Europäischen Region der WHO befinden sich gewisse Länder nicht auf dem richtigen Kurs zur Erreichung der MDG und für einige ist dabei ein schlecht funktionierendes Gesundheitssystem sogar eines der wichtigsten Hindernisse (4).

14. Vor diesem Hintergrund wurde das Thema Gesundheitssysteme mehrmals auf der 54. Tagung des Regionalkomitees angesprochen, insbesondere während der Erörterung des Berichts über die Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros. Die jetzige Herausforderung besteht in einer einvernehmlichen deutlicheren Bestimmung dessen, was für eine Verbesserung der Gesundheitssysteme getan werden kann.

15. Dieses in Zusammenarbeit und Beratung zwischen Regionalbüro und Mitgliedern des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) sowie einer Reihe von Mitgliedstaaten entstandene Papier bedeutet nicht den Ruf nach einer einzigen Strategie, die den Ländern auferlegt werden soll. Ein einheitlicher Normbau der Gesundheitssysteme ist weder machbar noch wünschenswert. Dieses Papier ist eher eine Aufforderung an die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ihre eigenen Herangehensweisen zu entwickeln. Das Regionalbüro unterstützt dies durch ein Zusammenführen der Schlüsselakteure für die

Stärkung von Gesundheitssystemen: die politischen Entscheidungsträger der Länder, die wichtigsten globalen Programme und Initiativen, Geberorganisationen und Sachverständige für Gesundheitssysteme der Europäischen Region. Mit anderen Worten handelt es sich um die Aufforderung, aus den Erfahrungen des vergangenen Jahrzehnts zu lernen und die Arbeit der Mitgliedstaaten wechselseitig zu befruchten. Dieses Papier bezweckt also:

- einen Handlungsrahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme auf paneuropäischer Ebene zu bieten,
- eine mit diesem Rahmen stimmige Route zur weiteren Verfolgung des Themas Gesundheitssysteme in der Region als dem entscheidenden Element für ein beschleunigtes Erreichen der globalen Gesundheitsziele zu vereinbaren und
- die Mitgliedstaaten in ihrem Bemühen um größere Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der auf Krankheiten ausgerichteten Aktivitäten durch Gesundheitssystementwicklung und stärker am System orientierte strategische Herangehensweisen zu unterstützen.

16. Das erwartete Ergebnis dieses Vorgehens:

- eine Reihe länderspezifischer Strategien (im Idealfall eine pro Mitgliedstaat)
- eine Reihe von Empfehlungen für die Europäische Region auf Grundlage der Erfahrungen.

### **Textrahmen 1. Zwei miteinander verknüpfte Leben**

Diese Geschichte handelt von zwei Menschen irgendwo in der Europäischen Region, deren Leben mehr miteinander verflochten sind, als ihnen zunächst bewusst ist. Da ist die Frau mit der strahlenden Karriere, die gerade zur Gesundheitsministerin ernannt worden ist. Und da ist der Durchschnittsbürger, der vor wenigen Wochen einen herben Schlag erlitten hat: Seinem Sohn wurde eine HIV-Infektion diagnostiziert und er leidet (was erschwerend hinzukommt) an einem medizinischen Problem, das nur operativ gelöst werden kann.

Unsere Ministerin hat lauter gute Intentionen. Ihr ist klar, dass das Land sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage befindet, doch sie hat viele positive Ideen und Projekte: Das Land ist jetzt seit einigen Jahren politisch stabil und es gibt einen Konsens über moralische Werte wie Solidarität und die Bereitschaft zum Teilen, was auch in einer politischen Kampagne jüngeren Datums zum Ausdruck kam. Sie ist sich auch darüber bewusst, dass die Zukunft im Gesundheitsbereich nicht vorhersagbar ist, doch sie glaubt an Visionen und Chancen zu ihrer Verwirklichung. Seit der SARS-Krise und dem Tsunami in Ostasien weiß sie, dass Gesundheitskrisen immer wieder auftreten werden und dass noch viele voraus liegen. „Ich bin nicht im Zweifel, dass eine gute Bedarfsplanung im Gesundheitswesen eine klare Sicht und die Vorwegnahme künftiger Herausforderungen und Dringlichkeiten erfordert, damit wir angemessen und rechtzeitig auf neu aufkommende Gesundheitsbedürfnisse reagieren können“, sagt sie. Für sie ist es daher vordringlich sicherzustellen, dass das Gesundheitssystem ihres Landes so gut wie möglich auf die Unsicherheit eingestellt und in der Lage ist, schnell und wirksam auf jede Lage zu reagieren, die promptes Eingreifen erfordert. Die Herstellung von Bedarfsgerechtigkeit ist die wichtigste Herausforderung der Zukunft. Sie ist auch der Transparenz verpflichtet: „Ich will, dass die Menschen die Wahrheit über die Gesundheitslage und die Gesundheitsversorgung in dem Land jederzeit kennen.“

Ein Thema hat ihr in den vergangenen Monaten besonders am Herzen gelegen: Patientensicherheit. „Es ist doch schockierend“, hat sie oft gegenüber Kollegen geäußert, „dass Gesundheitsdienste den Patienten gefährlich werden können!“ Sie vergleicht gern die Sicherheit eines Flugzeugs mit der eines Gesundheitszentrums oder Krankenhauses. „Wenn Sie ein Flugzeug besteigen, sind Sie doch auch davon überzeugt – und in der Regel zu Recht – dass der Pilot gut ausgebildet und in guter Verfassung ist und dass das Flugzeug vor nicht langer Zeit überprüft wurde. Warum sollten sie nicht mit der selben Überzeugung das Gleiche über die Gesundheitseinrichtungen sagen können?“ Unsere Ministerin ist daher auch vollkommen überzeugt, dass die Gewährleistung der Patientensicherheit ein Motiv ist, dass sich gut zum Gewinnen des Wohlwollens der Bürger wie der Gesundheitsfachkräfte eignet. „Wer könnte sich wohl einem so edlen Ziel widersetzen?“ fragt sie. Und wenn mehr Geld benötigt wird, wird sie in Verhandlungen mit dem Finanzminister oder dem Regierungschef Wege



finden... Patientensicherheit wird eindeutig das wichtigste Grundsatzthema ihrer Zeit als Ministerin sein. Sie ist sich bewusst, dass der zeitliche Ablauf des Planungsprozesses im Gesundheitsbereich im Vergleich mit anderen Sektoren von besonderer Bedeutung ist. Er ist vor allem deswegen so wichtig, weil der Gesundheitsbereich starr und unbeweglich ist, auch wenn die notwendige Anpassung unabdingbar ist. Die Empfindsamkeit der öffentlichen Meinung, der Widerstand der Gesundheitsfachkräfte und politischer Druck stellten für vergangene Reformen große Hindernisse dar. Darum ist es entscheidend, den Prozess früh zu beginnen. „Ich muss mich hier schnell voranbewegen“, denkt sie zuversichtlich ...

Dem gegenüber ist unser Bürger von Ängsten erfüllt. All sein Leben war er ein guter Mensch und ein fleißiger, qualifizierter Mitarbeiter. Ein Pech, dass die gesellschaftliche und politische Instabilität der letzten Jahre seine Lebensersparnisse durch „hohe Inflation, Wechselkursänderungen und andere schwierige Worte, die sie im Fernsehen gebrauchen“ haben dahinschmelzen lassen. Er hat fortwährend dafür gearbeitet, sich und seiner Familie einen ruhigen Lebensabend zu sichern, doch jetzt weiß er, dass er noch lange wird arbeiten müssen, um etwas Geld zu sparen. Seinem Sohn ist es noch schlechter ergangen. Für ihn gab es keine Arbeit und der Junge ist monatelang ohne Erfolg von einer Stelle zur anderen gewandert. Vor zwei Wochen traten bei ihm heimtückische gesundheitliche Beschwerden auf, die mit der Diagnose HIV-positiv endeten. Was noch schlimmer war: Ihm wurde ein weiteres medizinisches Problem attestiert, von dem der aufgesuchte Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens sagte, dass „nur eine Operation, und zwar ziemlich bald!“ es lösen könne.

Unser Mann folgt dem Rat des Arztes und sucht das öffentliche Krankenhaus auf, in dem die Operation im Prinzip stattfinden sollte. Doch der Chirurg hält eine weitere Enttäuschung bereit: „Die Operation ihres Sohnes wird nicht von der öffentlichen Hand bezahlt und da er HIV-positiv ist, können wir sowieso nicht zusagen, dass wir sie hier durchführen. Wir haben schon mit unseren gewöhnlichen Patienten genug Schwierigkeiten aufgrund der strengen Haushaltsauflagen durch das Gesundheitsministerium. Mein Team einschließlich des Pflegepersonals wird das Zusatzrisiko durch einen HIV-positiven Patienten nicht eingehen... Wenn Sie allerdings einen wirtschaftlichen Ausgleich zahlen könnten, würden wir die Möglichkeit erwägen.“ Doch der verlangte Betrag ist ausgeschlossen: Er entspricht dem Vierfachen seines Jahresgehalts! So viel Geld hat er ganz einfach nicht...

Unser Mann fragt einen befreundeten Rechtsanwalt, ob es stimmt, dass er kein Recht auf Zahlung durch die öffentliche Hand habe. Die Antwort verwirrt ihn sogar noch mehr: „Schau, die neue Gesetzeslage ist sehr kompliziert. Sie enthält viele Zweideutigkeiten und eine Menge Auslegungsspielraum gemäß den Umständen. Ich fürchte, ich kann dir nicht garantieren, dass der Fall von Gerichten akzeptiert wird.“ Er wendet sich darauf an einen Privatarzt, über den in seiner Nachbarschaft viel Positives gesagt wird. Erneute Angst: Der Arzt bestätigt die Diagnose (und die düstere Prognose, falls die Operation ausbleibt) und bietet an, die Operation selbst durchzuführen. Doch sein Preis liegt noch einmal um 25% über dem des öffentlichen Krankenhauses. „Was kann ich denn nur machen? Ich werde unsere neue Gesundheitsministerin aufsuchen. Ich habe gehört, dass sie ein guter Mensch ist und ich kann zu ihr vordringen, denn ich kenne jemand, der sie kennt...“

Bei dem Zusammentreffen unserer Protagonisten ist auf beiden Seiten viel guter Wille und Verständnis füreinander vorhanden. „Das ist genau das, worüber ich mit meinen Kollegen in den vergangenen Monaten gesprochen habe. Unser Land sollte diese Art von Behandlung in den Krankenhäusern anbieten, ohne andere Patienten zu gefährden. Und was die Bezahlung angeht, werden wir mal sehen. Es ist doch ein wirklicher Fall von Bedürftigkeit!“ Die Ministerin verspricht unserem Mann aufrichtig, dass sie ihr Bestes geben will und sagt zu, so bald wie möglich eine Lösung zu finden, „wo auch immer das sein mag.“ Sie verabschiedet sich von dem Mann mit dem Versprechen wieder von sich hören zu lassen, „spätestens in drei oder vier Wochen, höchstens“. Die Ministerin weist dann ihren Stabschef an, schnell ein Team einzurichten, dass die Patientensicherheit im Land untersuchen und ihr berichten soll. „Wenn nötig, suchen sie Unterstützung bei externen Beratern. Es muss einen Ausweg geben“, ist das letzte, was sie zu ihm sagt.

(Fortsetzung in Textrahmen 2)

## **Welchen Anwendungsbereich hätten die vom Regionalbüro angeregten Maßnahmen?**

17. Dieser Abschnitt stellt ein fachliches Kerngerüst vor, das den Mitgliedstaaten bei der Erwägung von Strategien zur Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme als Orientierungshilfe dienen soll. Es ist keineswegs als verbindliche Inhaltsvorgabe eines solchen Vorhabens gedacht. Die Mitgliedstaaten sind aufgefordert es zu verfeinern, zu verbessern oder einfach an ihre eigene Situation anzupassen. Die zur Erwägung empfohlenen Elemente sind nachfolgend ausgeführt.

18. Gesundheitssysteme sind dafür da, die Gesundheit durch persönliche oder nicht persönliche Gesundheitsleistungen zu verbessern. Für die Sicherstellung der bestmöglichen Gesundheitsleistungen an die Bedürftigen ringen Entscheidungsträger in jedem Gesundheitssystem mit vergleichbaren Problemen in Bezug auf Geld, Personal, Arzneimittel, Gebäude, Informationen usw. Aber ein Gesundheitssystem besteht aus mehr als aus Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistungen und es ist auch mehr als der öffentliche Sektor. Ein Gesundheitssystem schließt also nicht nur die Pyramide aus Gesundheitseinrichtungen und damit in Verbindung stehender Ressourcen ein, die persönliche Gesundheitsleistungen erbringen, sondern auch Maßnahmen wie Bekämpfung von Krankheitsüberträgern, gesetzliche Gurtpflicht, Kampagnen gegen Tabak, Strategien für Verhaltensänderungen usw. (d. h. jede Maßnahme, deren Hauptzweck die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit ist). Es umfasst auch andere relevante Akteure wie Privathaushalte und Gemeinschaften, private Anbieter und Manager, Versicherungen und Gesundheitspolitiker und Entscheidungsträger auf allen staatlichen Ebenen.

19. Ein Gesundheitssystem ist nicht einfach die Summe seiner Teile, sondern ein dynamisches Gebilde aus interagierenden Einheiten: Im wirklichen Leben sind bestimmte Elemente der Gesundheitssysteme wie Arbeitskraft, Informationssysteme und Gesundheitsfinanzierung gegenseitig voneinander abhängig. So können Reformen der Gesundheitsfinanzierung sich auf die dem Gesundheitspersonal angebotenen Anreize und – durch die Schaffung neuer Abrechnungsverfahren – auf den Informationsfluss im Gesundheitssystem auswirken. Deshalb muss überlegt werden, wie sichergestellt werden kann, dass einzelne Initiativen zur Stärkung von Gesundheitssystemen sich schlüssig vorwärts bewegen und dass potenzielle und wirkliche Konsequenzen für das ganze System berücksichtigt werden.

20. Gesundheitssysteme sind gesellschaftliche Einrichtungen. Ihre Entwicklung darf sich also nicht nur am Ergebnis orientieren, sondern muss auch von Wertvorstellungen und von allen gemeinsamen Prinzipien geleitet sein. Unterschiedliche Länder haben unterschiedliche Wertvorstellungen und natürlich bedeutet das Finden gemeinsamer Werte in der Europäischen Region eine Herausforderung. Das Regionalbüro hat das Thema Werte anlässlich der Überarbeitung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ untersucht und ist zu dem Schluss gelangt, dass die Kernelemente von allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region geteilt werden: i) Gesundheit als Menschenrecht, ii) Solidarität, iii) Chancengleichheit und iv) Teilhabe. Diese vier vorangegangenen Elemente führen zu v) einer ethischen Herangehensweise an die Gesundheitssystementwicklung. Das Büro wird diese Werte weiter fördern und die Mitgliedstaaten werden darum gebeten, sie in ihre Gesundheitssystemstrategien einzuschließen.

21. Etwas ausführlicher muss auch auf Ziele und Vorgaben von Gesundheitssystemen im Kontext der Europäischen Region entsprechend des vom Weltgesundheitsbericht 2000 (5) vorgegebenen Rahmens eingegangen werden.

22. Eine bessere Bevölkerungsgesundheit ist ein Ziel an sich, aber auch eine wichtige Triebkraft für wirtschaftliche Entwicklung durch die bedeutenden Wechselwirkungen mit anderen Aspekten und Bereichen (allgemeine Produktivität, Ausbildung, Beschäftigungspolitik usw.). Sie ist auch das übergeordnete Ziel des Gesundheitssystems. In diesem Strategiepapier zur Stärkung der Gesundheitssysteme konzentriert sich das Regionalbüro auf Gesundheitsniveaus (z. B. durchschnittliche gesunde Lebenserwartung) und Verteilungsfragen (gesundheitliche Ungleichheiten). Gesundheitliche Verbesserungen lassen sich durch eine Mischung aus Interventionen erzielen, die auf Einzelpersonen (persönliche Gesundheitsleistungen), Gesamtbevölkerungen (Überwachung übertragbarer Krankheiten,

Tabaksteuern usw., also nicht persönliche Maßnahmen) und auf Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne (Umwelt, Wohnungswesen, Landwirtschaft usw.) gerichtet sind.

23. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass eine angemessene Finanzierung des universellen Zugangs zu den erforderlichen persönlichen und nicht persönlichen Leistungen sichergestellt wird, u. a. auch zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Die Finanzierungslast des Gesundheitssystems muss gerecht verteilt werden, was bedeutet, dass die Armen nicht einen größeren Anteil ihres Einkommens zur Finanzierung der Gesundheitsdienste zahlen sollten als die Reichen. Außerdem müssen die Haushalte gegen finanzielle Risiken durch eine Nutzung des Gesundheitssystems geschützt werden und das bedeutet, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung für sie keine ungerechte Belastung mit sich bringen und sie in die Armut treiben dürfen. Auch wenn die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen und die Ressourcen in der Europäischen Region und innerhalb der Länder stark variieren, wird die Gesundheitssystemstrategie Chancengleichheit und finanziellen Risikoschutz als entscheidende Ziele aller Gesundheitsfinanzierungssysteme fördern. Wir erkennen allerdings an, dass ökonomische und institutionelle Faktoren (z. B., wenn ein Großteil der Bevölkerung nicht im offiziellen Bereich der Wirtschaft arbeitet) die Fähigkeiten vieler Staaten begrenzen Steuern zu erheben und Mittel zu bündeln. In diesen Ländern bestreiten Direktzahlungen für die Gesundheitsversorgung tendenziell einen großen Anteil der Gesundheitsausgaben und dies hat negative Konsequenzen für die Chancengleichheit und den finanziellen Schutz. Die Strategie wird also eine realistische Herangehensweise betreiben, bei der abgewogen wird, was an Grundsatzzielen erreichbar und in Fragen des Steueraufkommens in jedem Land möglich ist. Gleichzeitig sind wir jedoch besorgt über den geringen Stellenwert, der Gesundheit von einigen Regierungen eingeräumt wird (z. B. wendeten 13 Länder der Region 2002 weniger als 10% der Staatsausgaben für Gesundheit auf, 6 gaben weniger als 7% aus) und werden, wo angemessen, für Erhöhungen werben.

24. Es reicht nicht mehr aus, qualitativ hochwertige Dienste auf Grundlage des besten verfügbaren Fachwissens zu erbringen. Auch Erwartungen von Einzelpersonen und Gesellschaft in Bezug auf nicht medizinische Themen müssen angemessen berücksichtigt werden. Das bedeutet Respekt vor der Person – Würde, Vertraulichkeit, Autonomie und hinreichende Aufklärung – prompte Bedienung, Zugang zu Informationen und zu einem gesellschaftlichen Unterstützungsnetz, Qualität der Grundleistungen und ein vernünftiges Ausmaß an Entscheidungsfreiheit gemäß den Umständen des Landes. Diese Dimension wird in dieser Strategie der Europäischen Region auch als ein Ziel in Angriff genommen.

25. Es gibt also drei wesentliche Ziele: Zugewinn an Gesundheit, gerechte finanzielle Beiträge samt Schutz gegen finanzielle Risiken und Bedarfsgerechtigkeit. Diese lassen sich durch eine Reihe Zwischenziele wie größere finanzielle und physische Zugänglichkeit, Qualität und Effizienz der Leistungserbringung usw. erreichen.

26. Die hier genannten Ziele und Vorgaben lassen sich nur durch Verbesserungen einer Reihe von Gesundheitssystemfunktionen (Gruppen verwandter Aktivitäten) erfüllen. Diese sind allen Systemen eigen, jedoch in den einzelnen Ländern unterschiedlich organisiert: Leistungserbringung, Finanzierung, die Entwicklung der menschlichen und anderer wichtiger Ressourcen sowie die Aufsichts- und Schutzfunktion (Stewardship). Sie werden nachfolgend beschrieben, wobei die wichtigsten Herausforderungen, denen die Länder gegenüberstehen, für jeden Bereich genannt werden.

## **Leistungserbringung**

27. Die Leistungserbringung ist der Prozess, der durch die Kombination verschiedener Beiträge zur Erbringung von Gesundheitsinterventionen an Einzelpersonen oder die Gemeinschaft führt. Mit anderen Worten handelt sie davon, wie die beste Mischung aus qualitativ hochwertigen persönlichen und nicht persönlichen Diensten für eine bestimmte Gesellschaft am effizientesten produziert werden kann.

28. Die im Zusammenhang dieser Funktion in Angriff zu nehmenden Themen und Herausforderungen:

- die Bevölkerung durch Gesundheitsinterventionen weitestgehend erfassen,

- die Auswirkungen verschiedener Erbringungsstrategien (z. B. Mischung aus öffentlich und privat) auf das gesamte Gesundheitssystem verstehen,
- Qualität, Sicherheit und Bedarfsgerechtigkeit der Dienste verbessern und überwachen,
- Patientensicherheit fördern,
- angemessene Verwaltung bevölkerungsorientierter Dienste fördern und
- Infrastruktur und Managementinformationssysteme für die Leistungserbringung stärken.

## **Finanzierung**

29. Eine vernünftige Gesundheitsfinanzierung wird sowohl für die Schaffung der erforderlichen Dienstleistungen als auch für Investitionen benötigt. Gesundheitsfinanzierung umfasst als Oberbegriff drei Funktionen: i) die Beschaffung von Einnahmen, vorzugsweise durch eine Art von Vorauszahlung; ii) die Verteilung der Mittel und Risiken auf die gesamte Bevölkerung zur Förderung der gesellschaftlichen Solidarität, sodass die Wohlhabenden die Mittellosen und die Gesunden die Kranken unterstützen; iii) der Einkauf von Leistungen, vorzugsweise auf aktive und strategische Weise, sodass die Mittel für Leistungserbringer und verschiedene Gesundheitsmaßnahmen im Sinne optimaler Gesundheitsergebnisse verwendet werden.

30. Die wichtigsten Themen und Herausforderungen in Bezug auf diese Funktion sind:

- eine verbesserte Mobilisierung eines stetigen und vorhersagbaren Mittelzuflusses für das System,
- eine geringere Aufsplitterung der Mittel auf zu viele Töpfe für einen verbesserten Risikoschutz,
- eine abgemilderte Belastung durch Direktzahlungen und geringere finanzielle Zugangsbeschränkungen zu notwendiger Versorgung,
- die Förderung von mehr Systemtransparenz, insbesondere in Bezug auf die Kenntnis der Menschen über ihre Rechte und Pflichten und
- das Schaffen von Anreizen für eine bessere Versorgungsqualität und wirksamere Leistungserbringung.

## **Ressourcenbeschaffung**

31. Um die erforderlichen Dienstleistungen zu schaffen, reicht die Sicherung der erforderlichen Finanzierung des Systems nicht aus. Ebenso entscheidend ist die Transformation der Gelder durch Investitionen in „Ausgangsmaterialien“ für die rechtzeitige und bezahlbare Erbringung der erforderlichen Dienstleistungen.

32. Die zentralen Themen und Herausforderungen in dieser Hinsicht sind:

- Sicherung der Schaffung und des Einsatzes der für die gewählte Zusammensetzung des Gesundheitssystems erforderlichen menschlichen Ressourcen (Kategorien, Zahlen und Orte),
- Aufrechterhaltung der Kompetenzen, der Qualität und der Produktivität durch kontinuierliche Fortbildung und Schulung,
- Sicherstellung der erforderlichen Investitionen in physische Infrastruktur und Anlagen und
- Erreichen der optimalen bezahlbaren Mischung aus Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien.

## **Ordnungs- und Leitungsfunktion**

33. Ein wichtiger Aspekt der Ordnungsfunktion ist die Beeinflussung von Konzepten und Maßnahmen in allen Bereichen, die sich auf die Bevölkerungsgesundheit auswirken können (und es ist wieder

anzumerken, dass eine bessere Gesundheit nicht alleine das Ergebnis von Maßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems ist, sondern auch von darüber hinausreichenden Faktoren wie Ausbildung und Wohnungssituation). Zur wirksamen Umsetzung der Ordnungsfunktion gehören daher auch i) die Fähigkeit eine strategische Grundsatzrichtung zu formulieren, ii) gute Vorschriften und die Werkzeuge zu ihrer Umsetzung und iii) die Beschaffung der zur Sicherung von Verantwortlichkeit und Transparenz erforderlichen Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (d. h. synthetisierte und analysierte Informationen für die Politik).

34. Zu den zentralen Themen und Herausforderungen in diesem Bereich gehören:

- das Abwägen der vielen konkurrierenden Einflüsse und Forderungen bei gleichzeitiger Schaffung von Bündnissen für das Erreichen der wichtigsten Ziele des Gesundheitssystems,
- klare Prioritätensetzung bei gleichzeitiger Bewahrung des Überblicks über die gesellschaftlichen Interessen,
- Sicherstellung der erforderlichen Vorschriften für andere Funktionen des Gesundheitssystems (z. B. Leistungskatalog und Patientenzuzahlungen, Ausbildung der Leistungserbringer, professionelle Praxis durch Lizenzen, Akkreditierung, Verbreitung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien usw.) und
- Beeinflussung des Verhaltens der beteiligten Akteure in einem Klima des Lernens (nicht der Bestrafung), der Transparenz und der Verantwortlichkeit durch Leistungsbewertung und Anwendung von Erkenntnissen.

35. Gute Leitung und gute Verwaltung der Leistungserbringung sind besonders wichtige Grundvoraussetzungen für den wirksamen Betrieb eines jeden Gesundheitssystems. Beide hängen von dem Vorhandensein gut funktionierender Gesundheitsinformationssysteme ab, die darauf angelegt sind betriebliche und strategische Entscheidungsprozesse sowie Rechenschaft zu ermöglichen (betriebliche Entscheidungen sind Teil der Leistungserbringung, dagegen sind strategische Entscheidungen auf höchster Ebene Teil der Ordnungsfunktion).

### **Folgerungen aus dieser Herangehensweise**

36. Zwei wichtige Folgerungen aus der Anwendung dieses Rahmens aus Zielen und Funktionen sollten hervorgehoben werden. Die erste ist, dass jeder Politikwechsel, jede Investition, jede Reform usw. von Werten getragen werden sollte und dass letztere durch die Ziele des Gesundheitssystems umsetzbar gemacht werden. Das bedeutet, dass jeder Reformvorschlag durch seine erwartete Wirkung auf die mittleren oder endgültigen Ziele des Gesundheitssystems gerechtfertigt sein sollte (z. B. die Versorgungsqualität, Bedarfsgerechtigkeit, Effizienz, Zugänglichkeit, Erreichen der armen und schwachen Gesellschaftsgruppen usw.). Reformen müssen immer zielorientiert sein und dürfen sich nicht ausschließlich auf die Umsetzung bestimmter Instrumente ausrichten (z. B. Familienmedizin, soziale Krankenversicherung usw.). Zweitens liegt die Begründung für einen multifunktionellen Rahmen in der Anerkennung, dass die Veränderung einer einzelnen Funktion (als „Wunderwaffe“) selten zum Erfolg führt. Der Erfolg verlangt die Ausarbeitung von Strategien, die immer mehrere Funktionen umfassen. Für das Beispiel Familienmedizin legen sowohl der gesunde Menschenverstand als auch die jüngsten Erfahrungen in der Region nahe, dass eine wirksame Umsetzung Maßnahmen erfordert bei der Leistungserbringung (z. B. die Umgestaltung der primären Gesundheitsversorgung gemäß des Familienmedizinmodells), der Ressourcenbildung (z. B. Lehrpläne für die Ausbildung neuer Familienmediziner sowie die Schulung vorhandener Ärzte), der Finanzierung (z. B. Anhebung der relativen Entlohnung von Familienärzten zur Förderung der Ausbildungsbereitschaft und zum Festhalten an den Ausgebildeten) und der Aufsichts- und Schutzfunktion (z. B. durch Einrichtung von Familienmedizin als einer eigenen Disziplin und einen begleitenden Gesetzes- und Vorschriftenrahmen). Als Ganzes hilft der Rahmen daher sichern (oder zumindest die Idee unterstützen), dass die Konzepte ziel- und nicht mittelorientiert sein sollten und dass umfassende Umsetzungsstrategien eingerichtet werden, die die

notwendigen Veränderungen für viele Funktionen des Systems beinhalten und nicht auf Einzelmaßnahmen vertrauen.

37. Gesundheitssystementwicklung sollte nicht als eine technokratische Übung, sondern als eine politische Anstrengung betrachtet werden, durch welche die Mitgliedstaaten der Europäischen Region sich nach Kräften bemühen, gegen die Belastung ihrer Gesellschaften durch Krankheitsleid und vermeidbare Sterbefälle vorzugehen. Wenn die Prioritäten erst einmal festgelegt sind (und manchmal geschieht dies ohne Verständnis der Neben- und Wechselwirkungen), ist die konzeptionelle Weiterentwicklung daher außerordentlich wichtig. Selbst wenn es einen Konsens darüber gibt, dass einige fundamentale Aspekte eines Gesundheitssystems aufgegriffen werden müssen, um Gesundheitsziele zu erreichen, und dass solche Interventionen etwas bewirken können, muss noch Einvernehmen darüber hergestellt werden, welche Maßnahmen die höchste Dringlichkeit besitzen.

38. Die Verbesserung der Funktionsweise eines Gesundheitssystems erfordert daher eine Kombination aus Vision, Fachwissen und der Fähigkeit, den Wandel zu handhaben. Es handelt mit anderen Worten nicht nur davon zu entscheiden, was getan, sondern vor allem wie es getan wird. Eine Strategie zur Stärkung des Gesundheitssystems kann also nicht nur die ultimative Vision enthalten, sondern muss auch ein Verständnis dafür widerspiegeln, wie die verschiedenen Widerstände überwunden werden sollen. Wie einzelne Länder ihre Funktionen entwickeln und gleichzeitig nach dem Erreichen der Ziele streben und eine Reihe von Werten unterstützen, hängt von den Beziehungen der öffentlichen und privaten, nationalen und internationalen Akteure auf dem länderspezifischen und dem internationalen Schauplatz ab. Letztlich werden die von den nationalen Regierungen angenommenen Maßnahmen von dem System, der Geschichte und der Ideologie des konkreten Landes beeinflusst.

39. Also sollte eine Strategie in diesem Bereich darauf abzielen, eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitssystemleistung durch Maßnahmen, Politikwechsel und Investitionen in eine oder mehrere der vier Funktionen des Gesundheitssystems zu bewirken. Diese Veränderungen sollten durch ihre erwartete Wirkung auf die Gesundheit, die finanzielle Chancengleichheit oder die Bedarfsgerechtigkeit gerechtfertigt sein, z. B. indem die Zugänglichkeit größer, die Versorgung universeller sowie die Qualität und/oder Effizienz besser wird. Eine Ausrichtung der ausgewählten Priorität(en) auf einige oder viele Aspekte des Systems ist möglich. Sie können sich auf die Art der Durchführung vordringlicher Gesundheitsmaßnahmen, wie z. B. der vorgeburtlichen Versorgung, und/oder auf umfassendere strukturelle und funktionelle Änderungen beziehen. Diese Änderungen sind in jedem Fall politischer Natur und müssen auch als solche behandelt werden. Das heißt, dass sie ihre Akzeptanz durch die nationalen Akteure und ihre Übereinstimmung mit den nationalen Werten und Prinzipien erweisen müssen.

## **Entscheidungen bei der Gesundheitssystementwicklung**

40. Gesundheitssysteme sind unbestreitbar sehr komplex, sodass sich manchmal verschiedene Optionen und Strategien zur Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit anbieten. So können z. B. finanzielle Zutrittsbeschränkungen der Gesundheitsdienste durch die Subventionierung der Beteiligung von Beschäftigten außerhalb des offiziellen Wirtschaftslebens an Pflichtversicherungen oder die Freistellung der Armen von Gebühren überwunden werden. In ähnlicher Weise können eine niedrige Motivation des Gesundheitspersonals und eine schlechte Qualität der Versorgung durch korrigierende Anreize für die Beschäftigten oder durch Supervision und ergänzende Beiträge in Angriffe genommen werden.

41. Außerdem gibt es kein klares Bewusstsein davon, wie es angesichts der aktuellen Erkenntnisse eigentlich zu erwarten wäre, was zur Verbesserung der Gesundheitssysteme getan werden kann. In manchen Fällen kann erst ein Konsens über einige Schlüsselmerkmale geschaffen und dann eine Palette struktureller Vorkehrungen präsentiert werden, die mit einer wirksamen Funktion der Gesundheitssysteme verbunden zu sein scheinen. Zum Beispiel kann im Rahmen eines Risikopools ein wirksames System das Recht der einzelnen Person aufgrund ihrer Bürgerrechte oder ihres Wohnsitzes festlegen (d. h. alle Bürger oder Einwohner des Landes sind umfasst) oder aufgrund von eingezahlten Beiträgen durch den Einzelnen oder durch die Gesellschaft in seinem Namen. Ein gemeinsames und entscheidendes

Merkmal bleibt aber, dass ein substanzieller Anteil der Ausgaben verbindlich ist und im Voraus gezahlt wird (6). In anderen Fällen besteht ein solcher Konsens jedoch nicht (siehe unten).

42. Diese Strategie der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme muss daher flexibel auf die durch Maßnahmen und Erfahrungen auf Länderebene gewonnenen Erkenntnisse aufbauen und zugleich die zentralen Werte beibehalten, die hier und in früheren Dokumenten aus der Europäischen Region beschrieben wurden, so in der 1996 von allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region unterzeichneten Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung. Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über das aktuelle Wissen und darüber, ob (und welche) wirksame Maßnahmen durch eine verstärkte Partnerschaft aller Akteure auf regionaler und globaler Ebene zu stärkeren Gesundheitssystemen führen (7). Durch eine Reihe von länder- und themenspezifischen Veröffentlichungen hat das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik den Mitgliedstaaten hierzu eine Fülle von Erkenntnissen zur Verfügung gestellt (8).

### **Welche Veränderung? Inhalt und Instrumente**

43. Die Erfahrung zeigt, dass es im Reformprozess von Gesundheitssystemen viele Eingangswinkel gibt. Bei jeder einzelnen Funktion des Gesundheitssystems kann eine Veränderung in folgenden Bereichen angestrebt werden:

- Strukturen und Konzepte wie Vorkehrungen für die Leistungserbringung, Einrichtungen für die Zusammenführung der Mittel, Gesetze und Vorschriften, Anreize und innerstaatliche Grundsätze,
- wichtige Hilfssysteme wie Entlohnungs-, Buchhaltungs- oder Informationssysteme und
- Können und Wissen nicht nur der Leistungserbringer, sondern auch der politischen Entscheidungsträger, der Statistiker, Personalchefs, Haushalte usw.

44. In seltenen Fällen mag die Veränderung nur einer Funktion eines Gesundheitssystems hinreichen, doch müssen auch dann noch verwandte Themen anderer Funktionen berücksichtigt werden. Wenn zum Beispiel die Leistungserbringer motiviert und angemessen auf das Land verteilt sind, aber ihnen Informationen über neue Techniken fehlen, können Schulungen eine hinreichende Maßnahme sein. Einige Strategien operieren auf verschiedenen Ebenen und zielen auf bestimmte Akteure – Einzelpersonen oder Einrichtungen. Zum Beispiel richten sich Subventionierung der Bedürftigen und auf Verhaltensänderung abzielende Kommunikation (BCC) alle an Privathaushalte und Gemeinschaften. Andere konzentrieren sich auf die Leistungserbringung und dabei u. a. auf Initiativen zur Hebung der Qualitätsstandards (z. B. durch Akkreditierung und Regulierung) oder auf die Förderung der menschlichen Ressourcen (durch eine Umstrukturierung der Anreize für die Beschäftigten im Gesundheitswesen). Wiederum andere setzen auf konzeptioneller Ebene an (z. B. Konzepte der Mittelzuweisung und der Dezentralisierung), können aber einen Dominoeffekt auf das ganze System ausüben.

45. Es ist wichtig festzuhalten, dass allgemein gesprochen für die meisten Gesundheitsprobleme sowohl krankheitsspezifische als auch systemweite Maßnahmen möglich sind. So kann die hohe Sterblichkeit der Bevölkerung mittleren Alters in einem typischen Land der Europäischen Region zum Beispiel durch konkrete Maßnahmen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder durch eine verbesserte primäre Gesundheitsversorgung (PHC) und Krankenhausversorgung im Sinne besserer Prävention, Diagnose und Therapie in Angriff genommen werden (somit wird der Inhalt krankheitsspezifischer Programme in die Organisationsstruktur des Gesundheitssystems eingebracht). Auf bestimmte Dienstleistungen oder Krankheiten ausgerichtete Strategien konzentrieren sich in der Regel eher auf die Gesundheitseinrichtungen oder auf die Schnittstelle Patient/Anbieter und greifen das Wissen, Können und Verhalten der im Gesundheitswesen Beschäftigten oder der Mitglieder der Gemeinschaften sowie Aspekte von Unterstützungsmechanismen wie Gesundheitsaufklärung oder Arzneimittelversorgung auf. Systemweite Strategien neigen auf der anderen Seite zu sektororientierten Maßnahmen wie die Entlohnung der Beschäftigten im Gesundheitswesen oder die Mittelzuweisungsmechanismen.

46. Diese Unterscheidung ist allerdings keineswegs starr. Es gibt auf die Dienstleistungen ausgerichtete Strategien, die auf Ebene des Sektors funktionieren, und es gibt breiter angelegte Gesundheitssystemstrategien, die auch in kleinerem Rahmen etwas bewirken. Manchmal liegt die Unterscheidung weniger an dem Instrument oder der Strategie selbst, als an der Art der Umsetzung. Akkreditierung kann z. B. für eine bestimmte Dienstleistung oder Gesundheitseinrichtung allgemein eingeführt werden. Auf bestimmte Dienstleistungen oder Krankheiten ausgerichtete Maßnahmen und auf das Gesundheitssystem insgesamt zielende können sich auch gegenseitig verstärken. Zum Beispiel erfordert die bessere Motivierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen ein Bündel von Maßnahmen, das beide Komponenten enthalten kann (z. B. einerseits Schulung über allgemeine Leiden und verstärkte Unterstützung durch Supervision und andererseits verschiedene Anwerbungs- und Leistungsbewertungsverfahren (9)). Beide Herangehensweisen können sich allerdings auch gegenseitig untergraben. Die Zahlung von Sonderprämien an die Beschäftigten im Gesundheitswesen für die Erbringung einer bestimmten Leistung kann ihre Motivation zur Erbringung anderer Leistungen aushöhlen oder Arbeitskraft aus anderen Bereichen abziehen und damit dort zu personeller Unterbesetzung führen. Pläne zur nachhaltigen Finanzierung von Maßnahmen gegen eine wichtige Krankheit können die Nachhaltigkeit anderer Interventionen gefährden. Tatsächlich kann manchmal die reine Anzahl von Maßnahmen zur Stärkung der Systeme bei fehlender Koordinierung die Beteiligten überfordern und verwirren.

47. Wie verschiedene Strategien sich in der Praxis zueinander verhalten, hängt von der Art und den Umständen der angegangenen Schwachstelle ab. Auf bestimmte Krankheiten oder Dienstleistungen zielende Strategien mögen für die einzelne Krankheit oder Dienstleistung zu schnellen Ergebnissen führen. Strukturelle Änderungen können sich stärker auf mehrere Ebenen und Dienste auswirken und letztlich nachhaltiger sein. Doch bis sich die Ergebnisse zeigen, kann mehr Zeit vergehen – zumindest in Bezug auf die erbrachten Leistungen. Ein klareres Verständnis davon, wann welche Kombination aus Strategien eingesetzt werden sollte, ist erforderlich.

48. Die entscheidende Bedeutung einer Reihe sektorspezifischer Bereiche wird zusehends anerkannt (Informationssysteme, Humanressourcen für Gesundheit, Arzneimittelbeschaffung und Managementsysteme und in geringerem Ausmaß Finanzplanung und -management, grundlegende Managementkapazität und wichtige Regelwerke). Hier gibt es ein gewisses Einvernehmen darüber, was zu tun ist, und einiges Wissen dazu, wie es getan werden sollte. Dies könnten also vorrangige Gebiete sein, bei denen Investitionen signifikante Erträge versprechen. Bevor zur Tat geschritten wird, wäre es allerdings von Vorteil, etwaige strukturelle Einschränkungen (z. B. begrenzte institutionelle Kapazitäten oder ein fehlendes politisches Mandat der Regierungsorgane) besser zu verstehen, die bislang eine koordinierte Herangehensweise verhindert haben könnten. Auf der anderen Seite gibt es viele Elemente des Gesundheitssystems – Finanzierung und Verhältnis zwischen öffentlichem und privatem Sektor sind zwei gute Beispiele – die vielleicht ebenso entscheidend für das Erreichen einer guten Bevölkerungsgesundheit sind, bei denen das Wissen aber noch viel lückenhafter und kein umfassender Ansatz in greifbarer Nähe ist. Einige Aspekte unseres Verstehens der Funktionen des Gesundheitssystems (Strukturen zur Förderung von Leitung und Verantwortung, geeignete Modelle der Leistungserbringung und der Einbeziehung der Bevölkerung) sind noch extrem unterentwickelt. In diesen Bereichen werden Innovation und Forschung benötigt, um eine Grundlage für die zukünftige Arbeit zu schaffen.

49. Neue Bemühungen zur Stärkung bestimmter Elemente der Gesundheitssysteme sind jüngst auf den Weg gebracht worden. Das Health Metrics Network (HMN) artikuliert eine Vision und einen Rahmen für einen fachlichen Konsens über die wichtigsten Elemente von Gesundheitsinformationssystemen. Es vereint Partner zur Stärkung der Länderinformationssysteme, um bessere Daten für die Entscheidungsfindung auf nationaler und globaler Ebene zu erhalten, Orientierung für Investitionen anzubieten und die Grundlage für das Messen von Fortschritten zu schaffen (10). Die von der WHO unterstützte Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (HRH) konzentriert sich auf ein besseres Verständnis der Rolle der Beschäftigten im Gesundheitswesen und auf das Auffinden neuer Strategien zur Steigerung ihrer Leistungen. Das von der WHO 2004 initiierte Weltbündnis für Patientensicherheit ist ein signifikanter Schritt zur Verbesserung der Sicherheit in der Gesundheitsversorgung. Ein Kernelement des neuen Bündnisses ist die Formulierung der Herausforderung einer globalen Patientensicherheit, welche für jeden Mitgliedstaat der WHO relevant sein könnte (11).



50. Die Erfahrung auf Länderebene ist ebenfalls wichtig. Der Schritt zu den sektorübergreifenden Ansätzen (SWAP) Ende der 1990er Jahre erfolgte in dem Bemühen, stärkere Partnerschaften zwischen den Regierungen und den Gebern anzuregen und einen mehr auf das System gerichteten Investitionsansatz zu fördern (12). Allerdings hat der relative Mangel an Koordination zwischen den auf Sektoren und Krankheiten gerichteten Maßnahmen und den Bemühungen um eine Stärkung der Gesundheitssysteme insgesamt in Verbindung mit dem nicht vorhandenen gemeinsamen Verständnis des Zusammenhangs dieser beiden Aspekte das Erschließen neuer Investitionswege auf Länderebene begrenzt. Im vergangenen Jahrzehnt haben viele Regierungen damit begonnen SWAP in die Gesundheitsentwicklung aufzunehmen, um eine kohärentere Unterstützung für ihre nationalen Gesamtprioritäten durch externe Partner zu erhalten. Viele haben auch nationale Strategien der Armutsbekämpfung entwickelt, in denen Gesundheit ein Element ist. Neben diesen übergreifenden Instrumenten besitzen viele Länder natürlich auch eine Vielzahl von Koordinierungsmechanismen für Akteure in konkreteren Bereichen, insbesondere auf dem Gebiet der Krankheitsbekämpfung.

### **Der Prozess des Wandels**

51. Bei einer Durchsicht der Gesundheitssystemreformen in der Europäischen Region (13) fand das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik heraus, dass die Reformen sich schwerer durchsetzen ließen, als dies in den 1990er Jahren erwartet worden war, und betonte dabei die Lücke zwischen dem politischen Willen und den Strategien, die diesen Willen ausführen sollten. Es forderte daher, nicht nur auf den Inhalt zu achten, sondern mit dem gleichen Bedacht und Einsatz an die Umsetzung und an die Entwicklung der Konzepte zu gehen. Was den Verlauf (im Gegensatz zum Inhalt) angeht, so müssen auch hier eine Reihe von Entscheidungen getroffen werden, damit machbare Strategien entwickelt werden können.

52. Begrenzte Budgets, eingeschränkte institutionelle Kapazitäten und die politische Psychologie des Wandels bedeuten in der Regel, dass nicht alle erforderlichen Änderungen auf einmal durchgeführt werden können. Zum Beispiel werden im Bereich der menschlichen Ressourcen Strategien benötigt, um das Arbeitskräfteangebot zu entwickeln und, neben anderen Dingen, angemessene Investitionen in die Ausbildung, den Personaleinsatz und das Festhalten an den Arbeitskräften zu erhöhen. In all diesen Bereichen sind Aktivitäten eindeutig wünschenswert. Es müssen aber Entscheidungen über die Reihenfolge und die Dauer der Veränderungen getroffen und Kriterien wie Machbarkeit, Kosten und Akzeptanz entwickelt werden (14).

53. Die vorhandene Struktur des Gesundheitssektors, seiner Einrichtungen und institutionellen Kapazitäten beeinflussen höchst wahrscheinlich genau wie die relative Wirksamkeit und die Kosten der Veränderungen die politische Machbarkeit von Reformalternativen. Die Akteure müssen daher entscheiden, ob die Veränderungen wesentlichen Nutzen mit sich bringen, ob es genügend Unterstützung für die Umsetzung gibt und wenn ja, wo zu beginnen und in welcher Reihenfolge. Die Fähigkeit den gewohnten Trott zu überwinden (die „Trägheit“ der bisherigen Politik), neue Aufgaben auszuhandeln und mit den fachlichen Erfordernissen des neuen Modells fertig zu werden, ist als eine wichtige Voraussetzung jeden Politikwechsels genannt worden (15).

54. Bei Bedarf über den Sektor hinausdenken: Manche Beschränkungen des Gesundheitssystems sind der direkten Kontrolle der Gesundheitspolitiker und Entscheidungsträger entzogen und für sie vielleicht besonders schwer zu bewältigen. Zum Beispiel sind wirksame Maßnahmen im Bereich der menschlichen Ressourcen für Gesundheit häufig mit dem weiteren Thema der Reform des öffentlichen Sektors und den Themen der Umgestaltung der öffentlichen Dienste und der Förderung von transparenten Anstellungs- und Beförderungsverfahren verbunden (16).

55. Gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Bedingungen können ein Land davon abhalten, sich auf seine endgültige Vorstellung eines angemessenen Gesundheitssystems zuzubewegen (17). So ist zum Beispiel in vielen Ländern mit niedrigem Volkseinkommen der Anteil der Arbeitskräfte am offiziellen Wirtschaftsleben noch gering. Dies begrenzt die Fähigkeit der Staaten Steuern zu erheben, was die

öffentlichen Ausgaben für Gesundheit einschränkt und zu einem hohen Anteil von Direktzahlungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit führt.

56. Insgesamt steht jede Reform bekanntermaßen vor dem so genannten Dilemma kollektiven Handelns, wonach die Kosten auf gut organisierte Gruppen konzentriert werden, während der Nutzen verstreut und auf nicht organisierte Gruppe gerichtet wird (18). Allerdings sind es nicht immer die größten Reformen, die die größten politischen Schwierigkeiten bedeuten. Selbst verhältnismäßig kleine Änderungen wie die eines Behandlungsprotokolls können große Widerstandsnester schaffen. Es ist wichtig, hantierbare Probleme zu erkennen und sich auf machbare Interventionen zu konzentrieren, die potenziell kurz- und mittelfristigen Nutzen bringen und durch den Prozess der konzeptionellen Entwicklung und politischen Verhandlungen ein Eigenmoment zu schaffen.

### **Textrahmen 2. Schwerer, als es schien**

Drei Wochen später legt das extra zu diesem Zweck ernannte Team der Ministerin seinen ersten Bericht in einer langen und detailreichen Sitzung mit bemerkenswert gut ausgearbeiteten Informationen vor. Das Team hat hervorragende Arbeit geleistet! Dies ist, was sie der Ministerin gesagt haben:

2 a) Es gibt in unserem Land viele Sekundär- und Tertiär-Krankenhäuser, in denen die Operation prinzipiell durchgeführt werden könnte. Wir haben die Einrichtungen, die Ausrüstung und das Personal um die Maßnahme unter vernünftigen Rahmenbedingungen durchführen zu können. Allerdings ist die Lage hinsichtlich der Patientensicherheit eine ganz andere. Als Ausgangspunkt ist das Berichtsteam in Übereinstimmung mit der internationalen Forschung der Ansicht, dass Patientensicherheit nicht isoliert von der Versorgungsqualität gesehen werden darf. Im Gegenteil, sie muss ein Grundbestandteil sein. Und obwohl auf nationaler und internationaler Ebene eine Reihe von Mechanismen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zur Verfügung stehen (Akkreditierung, Exzellenzzentren, klinische Protokolle usw.) sind sie im Land nie so zusammenhängend umgesetzt worden, dass sie von einer internationalen Akkreditierungsbehörde abgenommen werden konnten. Tatsächlich hat keines der Krankenhäuser eine solche Akkreditierung erreicht.

2 b) Das Untersuchungsteam hat zwei tragende Säulen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität (einschließlich Patientensicherheit) ausgemacht. Die eine Säule besteht aus den Räumlichkeiten und der erforderlichen Ausrüstung, die gekauft, unterhalten und nach strengen Kriterien benutzt werden muss, was erhebliche Ausgaben bedeutet. Die andere Säule besteht aus den Gesundheitsfachkräften, die angemessen geschult, motiviert und organisiert werden müssen. Das Team hat dies mit den Krankenhausverwaltungen erörtert, diese aber haben sich über sowohl fehlende finanzielle als auch verwaltungsmäßige Ressourcen beklagt, die für solche Änderungen erforderlich wären: „Wir haben unzureichende Budgets und uns fehlen bei der aktuellen Rechtslage die Befugnisse unseren Betrieb umzuorganisieren. Wir haben mehr Betten, als wir eigentlich benötigen, aber wir dürfen das Krankenhaus in keiner Weise umgestalten, um hier zu sparen und dort mehr auszugeben. Wir haben nicht einmal zuverlässige Informationssysteme, die uns Einblick darin geben könnten, wer was erreicht und zu welchen Kosten und in welcher Qualität usw. Fast das Einzige, was wir tun können, ist die Dinge so laufen zu lassen, wie sie immer gelaufen sind. Sobald wir anfangen irgendetwas zu ändern, haben wir gleich Streit mit dem Personal, der Öffentlichkeit oder mit beiden ...“

2 c) Ein besonders relevantes Element in dem Bericht des Teams betrifft die Qualifikation des Arbeitskräfteangebots. Den Führungskräften und einem großen Teil des jungen medizinischen Personals zufolge „sind diese modernen Ideen einer absoluten Qualität der Versorgung, Steuerung durch Verläufe, randomisierte kontrollierte Studien usw. uns und unseren Kollegen im Grunde fremd. Wir sind im Verlauf unseres Berufslebens in diesen Dingen nie geschult worden! Natürlich haben einige von uns auf eigene Initiative vielleicht Bücher und Texte gelesen, aber die Qualität der Versorgung kann nur das Ergebnis von Teamarbeit sein und die anderen Fachkräfte haben einfach noch nichts davon gehört. Um ehrlich zu sein, viele unserer Führungskräfte mussten einen

eigenständigen Prozess des Umlernens durchmachen. Doch die meisten sind von der Ausbildung her Ärzte und waren früher Krankenhausdirektoren unter ganz anderen Umständen, als es all diese Theorien einfach noch nicht gab...“ Die einzigen vorhandenen Alternativen, wenn man eine wirkliche Qualitätsverbesserung erreichen will, sind entweder umfassende Fortbildungen zum Thema Qualitätssicherung im Land oder längere Auslandsstudienaufenthalte der Personen in Schlüsselpositionen. „Schnellkurse und einzelne Vorträge sind sinnlos, wenn es um organisatorische Veränderungen geht“, sagen die Experten. Und tatsächlich müssen sämtliche Studiencurricula überholt werden. „Dies ist eine Frage nicht so sehr des notwendigen Wissens, sondern eher des notwendigen Könnens und der Kompetenzen, die durch eine systematisch betreute Praxis erworben wurden.“

2 d) Das Team veranschlagt dann grob die für eine Qualitätsinitiative innerhalb des Systems anfangs benötigten Ressourcen. Der finanzielle Rahmen übersteigt die vorhandenen Mittel erheblich. Er schließt entscheidende Investitionen in Gebäude und Ausrüstungen sowie erheblich höhere Betriebskosten mit ein. Dabei sind die vorgeschlagenen Posten für die fortlaufende Ausbildung noch relativ moderat und Investitionen in Gesundheitsinformationstechnologie wurden fast nicht in Betracht gezogen. Das Team betont in seinem Bericht auch, dass die gegenwärtige Anreizstruktur sich verzerrend auswirkt: „Die vorhandenen Zuweisungsmechanismen für Ressourcen motivieren die potenziellen Vorreiter des Wandels in keiner Weise durch Belohnung besserer Leistungen.“ Ein weiteres wesentliches Problem ist die gegenwärtige Finanzierung des Systems. Mittellose (wie auch unser Mann!) werden durch Zuzahlungen gestraft und an der Ausnutzung von Leistungen gehindert, es sei denn um den Preis starker Verschuldung. Und wenn das Gesundheitspersonal nicht erheblich besser entlohnt wird, ist es praktisch unmöglich die Forderung privater Zuzahlungen in öffentlichen Einrichtungen zu stoppen. Für ein ordentlich funktionierendes Gesundheitswesen wäre ein viel größerer Haushalt erforderlich. Die Gesundheitsministerin weiß allerdings nur zu gut, dass das Finanzministerium solchen Ausgabenerhöhungen niemals zustimmen würde, weil das Land auch andere Bedürfnisse hat und Vereinbarungen mit internationalen Organisationen zur Schuldenbegrenzung der öffentlichen Haushalte unterschrieben hat. Einige Geberorganisationen könnten helfen, doch viele von ihnen machen Strukturreformen zur Vorbedingung für die Bewilligung von Geldern und solche Reformen könnten zu gesellschaftlichen Auseinandersetzungen führen. Die Nachhaltigkeit wäre auf jeden Fall nicht gesichert.

2 e) Das Team hat sich auch kurz mit den Vorschriften und Gesetzen des Landes zum Thema Patientensicherheit und Versorgungsqualität beschäftigt. Es gibt eine Fülle von Gesetzen und Grundsatzserklärungen des Gesundheitsministeriums, die beides auf dem Papier zusichern. Gesundheitspläne und -strategien (einige davon durch internationale Vereinbarungen unterstützt) haben außerordentlich großzügige Versprechungen im Bereich Versorgungsqualität gemacht, „doch in Wahrheit sind viele dieser gesetzlichen Grundsätze aus Mangel an Überwachungskapazität nie ordentlich durchgesetzt worden.“ Einige frühere Berichte hatten in der Tat widersprüchliche Aspekte aufgedeckt, doch nach ausführlicher Prüfung der Optionen hatte das Ministerium entschieden, aus Gründen der Konfliktvermeidung darüber hinwegzusehen. Ein besonders schweres Problem ist der Tatsache geschuldet, dass das Gesundheitsministerium sich selbst Sanktionen auferlegen müsste, da es die Gesundheitseinrichtungen nicht nur unterhält und besitzt, sondern auch das Personal beschäftigt. Was den privaten Sektor betrifft, hatte das Ministerium nie den erforderlichen qualifizierten Mitarbeiterstab, der wirksame Inspektionen hätte durchführen können. „In vielerlei Hinsicht ist der private Sektor sich selbst überlassen oder durch nicht spezifische Vorschriften reguliert. Wir erhalten fast keinerlei Informationen von privaten Einrichtungen über Patientensicherheit und Versorgungsqualität“, berichtet das Team. Als die Ministerin fragt, ob irgendeines dieser Themen je der Öffentlichkeit vorgestellt worden sei, erhält sie eine kurze Antwort: „Nach unseren Erkenntnissen, nein.“

(Fortsetzung in Textrahmen 3)

## **Wie wird das Regionalbüro die Strategie der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme fortentwickeln?**

57. Mit der Billigung der Länderstrategie des Regionalbüros auf der 50. Tagung des Regionalkomitees wurde unter dem Motto „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ eine Ausrichtung auf Länderarbeit betont, durch die den Mitgliedstaaten spezifisch auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Leistungen der Organisation angeboten werden sollten. Der Auftrag des Regionalbüros besteht in der Unterstützung der Länder dabei, „ihre eigene Gesundheitspolitik, ihr eigenes Gesundheitssystem und ihre eigenen Gesundheitsprogramme zu entwickeln, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, künftigen Herausforderungen vorausschauend zu begegnen und engagiert für die öffentliche Gesundheit einzutreten.“

58. Die Länderstrategie steht im Zentrum der Bemühungen der Region, die übergeordnete Politik der WHO einer ausgeweiteten Arbeit für Gesundheit und den Ausbau der Länderarbeit umzusetzen. Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei der auf der 55. Weltgesundheitsversammlung begonnenen Länderschwerpunktinitiative und der weltweiten Stärkung der Gesundheitssysteme zu (19).

59. Das Regionalbüro wird die Länder weiter unterstützen und die „Dienste den neuen Anforderungen anpassen“, indem es stimmige Herangehensweisen und Werkzeuge für die Bemühungen der Länder um eine Verbesserung ihrer Gesundheitssysteme anbietet. Diese Strategie der Region sollte als die nächste Phase der Länderstrategie gesehen werden, durch die Mitgliedstaaten aus dem Osten und dem Westen der Region in einen konstruktiven Dialog einbezogen werden. Sie wird den Gesundheitssystemen eine hervorgehobene Stellung auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung der Organisation einräumen, indem sie die Arbeit in allen Bereichen (und insbesondere in Gesundheitsbereichen von hoher Dringlichkeit) neu auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme auf Länderebene ausrichtet.

### **Herangehensweisen**

60. Das Regionalbüro ist entschlossen zur besseren Unterstützung der Länder einen vierfachen Ansatz zu verfolgen. Die vier Stränge entsprechen den Grundpfeilern der Länderstrategie:

- I. verbesserte Länderarbeit, die das Gesundheitssystem in das Zentrum vertikaler Gesundheitsprogramme rückt,
- II. Aufbau von Partnerschaften mit anderen Akteuren,
- III. Nachdruck auf die Unterstützung bestimmter Konzepte und evidenzbasierter Interventionen,
- IV. Lernen an der Praxis auf der Grundlage transparenter Überwachung und gut konzipierte Evaluierungsstudien mit „Rückkopplungsschleife“ in die Politikgestaltung.

### **Besser geführte Länderarbeit**

61. Die WHO unternimmt eine wichtige Anstrengung, den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten durch eine wirksamere Länderarbeit gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang und belehrt durch die oben genannten Erfahrungen wird sich die Fachunterstützung für die Länder durch die Gesundheitsprogramme der WHO zunehmend auf das Gesundheitssystem konzentrieren und besser an das breitere Umfeld anknüpfen. Jede Programmtätigkeit in dem Land (z. B. zu Tuberkulose, Malaria, HIV/Aids, Überlebenschancen von Kindern, sichereren Schwangerschaften oder Impfungen) wird in einer Weise durchgeführt, die es der Regierung und anderen nationalen Akteuren leichter macht, die Einschränkungen und Begrenzungen des aktuellen Gesundheitssystems zu verstehen und sie im Sinne von größerer Wirksamkeit anzugehen. Das Regionalbüro wird mit anderen Worten zur Stärkung der Gesundheitssysteme seiner Mitgliedstaaten durch die Unterstützung koordinierter Maßnahmen in Schlüsselfunktionen des Gesundheitssystems beitragen, um bessere Ergebnisse durch die Interventionen seiner Gesundheitsprogramme in dem betreffenden Land zu erzielen.

62. Das Gesundheitssystem jedes Landes ist unterschiedlich organisiert und geführt. Die Debatte sollte nicht von der Konzeptionalisierung der Gesundheitssysteme, sondern eher von den entscheidenden Maßnahmen handeln, die ein Land ergreifen kann, um die Ziele seines Gesundheitssystems zu erreichen. Dies sollte auf einem genauen Verständnis des Gesundheitssystems des Landes und auf den vorhandenen Erkenntnissen über eine Effektivisierung von Gesundheitssystemen beruhen. Im Prinzip involviert die Verbesserung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems eine Kombination aus fachlichem und politischem Wissen, das sich sowohl auf die reichen örtlichen Erfahrungen der Mitgliedstaaten als auch auf internationale Hilfe und Initiative stützt. Die Unterstützung durch die WHO kann in diesem Kontext für einen größeren Nutzen aus diesen Investitionen besonders hilfreich sein, indem sie dafür sorgt, dass alle Partner den Kontext Gesundheitssystem und die entscheidenden Begrenzungen, gegen die es vorzugehen gilt, gut verstehen.

### **Partnerschaft mit anderen Akteuren**

63. Das Regionalbüro treibt strategische Partnerschaften voran, weil es auf das Ziel der Verbesserung der Gesundheitssysteme in diesem neuen Jahrtausend keinen Monopolanspruch mehr gibt. Der politische Dialog muss nicht nur mit den Staaten, sondern auch mit den nichtstaatlichen Akteuren sowohl auf internationaler wie auf nationaler Ebene gesucht werden. Im Rahmen einiger auf bestimmte Dienstleistungen oder Krankheiten ausgerichteter globaler Gesundheitsinitiativen ist damit begonnen worden, Strategien zur Überwindung der Gesundheitssystembegrenzungen zu entwickeln. So hat z. B. die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung 2001 eine Sonderförderung zur Überwindung von Systemhindernissen aufgelegt und neulich eine Initiative zur Unterstützung der Länder bei dem Erkennen und Lösen der Systembegrenzungen in Bezug auf Impfprogramme ergriffen (20). Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hat in seinem fünften Aufruf zu Projektvorschlägen ausdrücklich Tätigkeiten zur Stärkung der Gesundheitssysteme neben solchen zur Bekämpfung der drei zentralen Krankheiten begrüßt. Der zweite Ad-hoc-Ausschuss zur Tuberkuloseepidemie hat empfohlen, dass die Initiative „Stopp der Tuberkulose“ die Zusammenarbeit zwischen Programmbeschäftigten, Gesundheitspolitikern und Entscheidungsträgern fördert, „um sicherzustellen, dass die Tuberkulosebekämpfungsprogramme zu breiteren Ansätzen einer Stärkung der Gesundheitssysteme beitragen und auf diese aufbauen und Verbindungen zu anderen Gesundheitsinterventionen schaffen“ (21).

64. Das wird zu einem erhöhten verfügbaren Finanzvolumen und zur Schaffung von Synergieeffekten beitragen. Es wird auch die Chancen für eine koordiniertere Durchführung der Maßnahmen und die Mobilisierung aller gesellschaftlichen Vertreter erhöhen, was wegen der sich wandelnden Krankheitstrends (insbesondere bei den chronischen Erkrankungen) in vielen Ländern erforderlich ist.

### **Erkenntnisgestützte Interventionen**

65. Nationale und internationale Akteure verfolgen das gleiche Ziel: verbesserte Gesundheitssysteme, die zu einer verbesserten Gesundheit und besseren Leistungen führen. Doch der Weg dahin ist weniger eindeutig (abgesehen von dem Recht eines jeden Landes nach eigenen Prioritäten und Präferenzen zu entscheiden). Insgesamt sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Stärkung der Gesundheitssysteme noch unzureichend (22,23). Wie oben angedeutet ist es oft schwer mit Gewissheit festzustellen, was funktioniert und was nicht und welche Gesundheitssysteme wirksam sind. Es ist schwierig solide empirische Belege für alle Länder über die tatsächliche Wirksamkeit vieler auf einzelne Elemente des Gesundheitssystems gerichtete Interventionen zu gewinnen und beinahe unmöglich, Analysen der Kostenwirksamkeit und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Initiativen zur Stärkung der Gesundheitssysteme anzubieten. Internationale vergleichende Analysen sind sicherlich relevant, jedoch wahrscheinlich eher qualitativer Art und stets Gegenstand von Auslegung und Anpassung an das konkrete nationale Gesundheitssystem.

66. Doch Erkenntnisse über die Gesundheitssysteme sind von entscheidender Bedeutung, um sicherstellen zu können, dass angemessene Grundsatz- und Systeminterventionen rechtzeitig in der richtigen Folge zur Verfügung gestellt werden, sodass die Dienste auf diejenigen ausgerichtet werden

können, die aus ihnen Nutzen ziehen können. Auch wenn solche Analysen oft qualitativer Art sein mögen, tritt das Regionalbüro für den Gedanken ein, dass bei vielen Strategien trotz noch fehlender empirischer Belege Entscheidungen über den weiteren Weg vorwärts auf der Grundlage von theoretischen Überlegungen und Erfahrungswissen möglich sind. Es gibt Fallstudien, retrospektive Auswertungen und einen Schatz aus praktischem Wissen und Erfahrungen, die zusammengenommen eine sinnvolle Orientierung für „gute Praxis“ bieten. Schließlich können die nationalen Entscheidungsträger nicht alle ihre Grundsatzentscheidungen bis zum Eintreffen der Erkenntnisse hinauszögern. Es gibt auch deutlichen Forschungsbedarf im Bereich Gesundheitssysteme, damit direktere Verbindungen zur Politikberatung geschaffen werden können und das vorhandene Wissen besser verwaltet, ausgetauscht und ausgenutzt wird. Die Aufmerksamkeit muss sich nicht nur auf die Ergebnisse der Gesundheitssysteme richten, sondern auch auf die Sicherstellung von Beiträgen in angemessenen Mengen, guter Qualität und richtiger Mischung sowie eine Reihe von Tätigkeiten, die für die Umwandlung dieser Beiträge in die erwünschten Ergebnisse erforderlich ist. Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie der Zugang zu ihr wird aus der Sicht des Gesundheitssystems der Vorrang gegeben.

### **Lernen an der Praxis auf der Grundlage transparenter Überwachung und Auswertung**

67. Die Überwachung und Auswertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems infolge der Bemühungen um dessen Stärkung gibt den Entscheidungsträgern Informationen darüber, welche Strategien funktionieren und welche nicht, und sie erlaubt bei Bedarf Kurskorrekturen. Sie kann auch zu dem globalen Wissen über lohnenswerte Ansätze zur Stärkung der Gesundheitssysteme beitragen. Die Dokumentation von Erfolgen in diesem Bereich ist auch im Sinne der Verantwortlichkeit – gegenüber der Öffentlichkeit eines Landes und gegenüber anderen Investoren des Gesundheitssystems – bedeutsam. Sie sollte zeigen, wie die Investitionen in die Stärkung des Gesundheitssystems dessen Leistung erhöhen und letztlich die Ergebnisse verbessern.

68. Gegenwärtig besitzen aber nur wenige Länder Systeme, um potenziell relevante Informationen zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung in für die Entscheidungsträger sinnvolle Einsichten zu wandeln. Die sich immer weiter öffnende Kluft zwischen Wissen und Tat, der Paradigmenwechsel von Wissenschaft zu Technologie und die informationstechnische Revolution sind allesamt Herausforderungen für die Verwaltung und den Austausch des Wissens zwischen den nationalen Regierungen und unter den Gebern und internationalen Organisationen (nur wenige Länder in der Welt, wenn überhaupt, können die 40 000 monatlich im medizinischen Bereich veröffentlichten Artikel verarbeiten! (24)). Es muss also ein neues strategisches Gleichgewicht zwischen der beständigen Wissenserschöpfung, ihrer Umsetzung und Anwendung gefunden werden. Die Regierungen benötigen mehr Kapazität und ein schärferes Profil der gesundheitspolitischen Analyse, um die Aufsichts- und Schutzfunktion der Gesundheitssysteme zu verbessern. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen werden behutsam gemeinsame Initiativen ergriffen. Es muss auch sichergestellt werden, dass die gegenwärtigen für die Operations Research zweckgebundenen Mittel von verschiedenen globalen Initiativen (wie dem Globalen Fonds) gut eingesetzt werden und Gesundheitssystemfragen ebenso wie epidemiologische oder biomedizinische Forschung aufgreifen.

### **Weiterverfolgung**

69. Die Arbeit im Bereich der Gesundheitssystementwicklung erfordert kontinuierliche Analysen und aktualisierte Informationen. Das Regionalbüro möchte den Mitgliedstaaten einen Koordinierungsmechanismus anbieten, der Synergieeffekte zwischen verschiedenen nationalen und globalen Initiativen fördert, welche die Gesundheitssysteme auf Länderebene stärken wollen. Es wird angeregt, dass die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro zusammen an der Weiterverfolgung als entscheidendem Element der konzeptionellen Entwicklung arbeiten, indem sie die nationale Kapazität für gesundheitspolitische Analysen und Prozesse stärken und weiterentwickeln, um so die Mitgliedstaaten in der Wirkungsanalyse ihrer Gesundheitssystemreformen zu unterstützen. In einer koordinierten Anstrengung wird es der Region auch gelingen, Informationen auszutauschen und gemeinsam zu lernen, wie die entscheidende Dimension der Leitungs- und Schutzfunktion verbessert werden kann. Das würde mit sich bringen i) eine Prüfung der für

die gesundheitspolitische Analyse verwandten Beiträge und die Art ihrer Durchführung in den einzelnen Mitgliedstaaten, ii) die Verfügbarmachung eines erweiterten Korpus aus Erkenntnissen über die Wirkungen von Reformen auf die Ziele des Gesundheitssystems und iii) die Schaffung von Möglichkeiten zu Vernetzung und Dialog zwischen den Ländern zu diesen Themen.

70. Auf der Grundlage bestehender Vorschläge könnten gegenseitig vereinbarte zentrale Maße für die Gesundheitssystemleistung zu rechter Zeit benannt und operationalisiert werden. Das Health Metrics Network hat einen ersten Versuch unternommen, eine Reihe von zentralen Gesundheitssystemindikatoren zu benennen, die auf Länderebene relativ einfach zu messen sind (25). Es gibt auch eine Vielzahl anderer Indikatorgruppen für die Gesundheitssystemleistung, auf die zurückgegriffen werden könnte (26,27,28). Solche Rahmen können den Ländern bei der Entwicklung eigener kontextspezifischer Maße helfen. Diese Rahmen sind nicht als Vorschriften gedacht, sondern sie sollen der Befähigung dienen und den Prozess der länderspezifischen Anpassung erleichtern.

71. Es sollte Unterstützung für die nationale Festlegung einer mehrjährigen Agenda für Gesundheitssystemforschung gegeben werden. Die WHO nimmt das Thema gegenwärtig durch ihr Sonderprogramm Partnerschaft für die Gesundheitssystemforschung in Angriff (die auf den Ergebnissen des Ministergipfels in Mexiko zu Gesundheitsforschung aufbaut). Das Regionalbüro will sicherstellen, dass die Schaffung dieses Grundwissens sich auf die Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme auf Länderebene zurück auswirkt und dass das Verständnis über wirksame Strategien zur Stärkung von Gesundheitssystemen kontinuierlich aktualisiert wird. Zusammenfassungen von Fachmeinungen (auch der nationalen Verantwortlichen und Praktiker) werden zur Erzielung größerer Übereinstimmung bezüglich der Prioritäten von Maßnahmen und Investitionen genutzt.

72. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in all den oben genannten Bereichen unterstützen. Das kann es tun, indem es sicherstellt, dass die vorhandenen Erkenntnisse über Strategien zur Leistungsverbesserung verschiedener Elemente des Gesundheitssystems und die geeigneten Umstände zusammengefasst und den Ländern zur Verfügung gestellt werden. Potenzielle Vorwärtsstrategien für die Gesundheitssystemagenda werden fußend auf die relativen Stärken der auf bestimmte Krankheiten und Systeme gerichteten Programme auf nationaler und internationaler Ebene skizziert werden.

73. Die gezogenen Lehren werden 2008 auf einer Gesundheitssystemkonferenz der Europäischen Region transparent dargestellt und die gewonnenen Erfahrungen gründlich analysiert werden. Eine Auswertung des Programms (mit Bericht an das Regionalkomitee) wird 2009 erfolgen.

### **Textrahmen 3. Eine im Labyrinth gefangene Ministerin**

Am Ende der Sitzung mit dem über Patientensicherheit und Versorgungsqualität berichtenden Team ist unsere Ministerin überwältigt und ein wenig unruhig. Plötzlich stehen ihren Plänen zur Verbesserung des Gesundheitssystems ihres Landes Gesichter, Namen und Zahlen gegenüber. Unzählige Gedanken schießen ihr durch den Kopf und sie kann sie nicht richtig einordnen. Doch nach und nach sammelt sie sich und macht folgende kurze Notizen, durch die sie versucht die erforderlichen Reformschritte zu rekapitulieren:

3 a) Ein wirksames Gesundheitssystem ist die Grundvoraussetzung für gesundheitliche Verbesserung. Umgekehrt nutzen stabile gesundheitliche Fortschritte der Wirtschaft und der gesamten Gesellschaft. Wir müssen dies erreichen, indem wir die finanzielle Last gerecht verteilen und die Bürger gleichzeitig bei Laune halten und informieren. Und wir müssen dabei die moralischen Werte und ethischen Prinzipien unserer Gesellschaft vollkommen respektieren. Diese komplexe Gleichung ist die wichtigste Herausforderung für die Gesundheitsexperten und Entscheidungsträger meines Landes.

3 b) Worin besteht das wirkliche Problem? Viele Dinge werden in der von mir in Auftrag gegebenen Studie gleichzeitig als Problem genannt. Ich benötige einen klaren Verstand hierfür. Die Mittel und

Wege für eine Operation meines konkreten Patienten zu finden, bekümmert mich nicht so sehr (obwohl ich weiß, dass ich es tun muss, auch wenn die Gesetzgebung sich nicht besonders klar über die Ansprüche der betreffenden Person äußert). Die wahre Herausforderung besteht darin, dies in einer Art und Weise zu tun, die zur Verbesserung des Gesundheitssystems insgesamt beiträgt. Mit einem schwachen Gesundheitssystem wird das Land gegenüber größeren gesundheitlichen Herausforderungen heute und in der Zukunft versagen.

3 c) Was muss ich wirklich reformieren? Ich wollte eine sehr konkrete Maßnahme der fachlichen Leistungserbringung (2 a)) veranlassen, wurde aber mit dem Managementproblem in diesem Bereich konfrontiert (2 b)). Das Erstaunliche ist, dass ich das nicht reformieren kann, ohne auch die Mittelbeschaffung zu ändern (2 c)). Aber um das zu tun, müsste ich das gesamte Finanzierungssystem überholen (2 d)). Dabei lassen sich all diese Dinge doch nicht einfach per Dekret lösen. Sie müssen auch durchgesetzt werden; das ganze System muss besser geführt werden (2 e)). Ich muss in all diesen Bereichen Ziele aufstellen oder doch zumindest mir ihrer Verwobenheit bewusst sein.

3 d) Wo fange ich an? Ich möchte die Versorgungsqualität und die menschlichen Ressourcen für Gesundheit stärken. Ich möchte allen Bürgern wirklichen Zugang sichern, nicht nur zur Gesundheitsversorgung, sondern zu allen Leistungen, auch zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Aufklärung. Ich möchte das System gerecht finanzieren und seine Führungs- und Ordnungsfunktion verbessern. Aber ich kann nicht alles gleichzeitig tun. Ich weiß nicht, ob ich es schaffen kann, das gesamte System zu reformieren, denn ich habe nicht ausreichende Mittel und mein politisches Leben währt nicht ewig. Ich muss einen Ausgangspunkt finden und selbst eine Strategie entwerfen. Ich muss klar verstehen, welches der genannten Ziele auf Grund des Ernstes der Lage das dringendste ist oder aber das am ehesten zur erreichende, weil es weniger kostet oder weniger Widerstand hervorruft.

3 e) Mit wem gehe ich zusammen? Ich bin gewarnt worden, und ich weiß, dass das Leben einer Gesundheitsministerin nie einfach ist. Was auch immer ich mache, es werden sich Lager für und gegen mein Handeln bilden. Wenn ich den Erfolg will, müssen die Befürworter stärker als die Gegner sein, obzwar diese auch dann noch viel Lärm machen werden. Wie werden die Kabinettskollegen reagieren? Welche Haltung werden die Gesundheitsfachleute einnehmen? Ich würde gerne Bürger in den Entscheidungsprozess einbeziehen, aber werden sie meine Absichten richtig verstehen? Wie werden sich die Medien verhalten? Habe ich das Geld und ein Team, das die fachlichen Anforderungen erfüllt, um eine komplexe Reform durchzuführen? Ich muss einige realistische Szenarien entwerfen und herausfinden, wer für und wer gegen die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen sein wird, wie stark jede dieser Gruppen ist und wie ich den gesamten Verlauf steuern kann.

3 f) Entscheidungen treffen. Nachdem ich all dies studiert habe, muss ich mit meinem Team gemeinsam entscheiden, was zu ändern ist (Inhalt) und wie es zu tun ist (Verfahren). Dinge, die isoliert nur schwierig zu verändern sind, können nach angemessener Vorbereitung durch andere Änderungen vielleicht leichter akzeptiert werden. Der Gesundheitssektor ist sehr komplex, weil er auf einem schwierigen Balanceakt zwischen den Gesetzen des Marktes und den starken menschlichen und gesellschaftlichen Werten beruht. Außerdem sind in dem Bereich von Reformen die Erkenntnisse darüber, was funktioniert und was nicht, bei weitem nicht eindeutig: Klar ist jedoch zumindest das Eine, dass politischer Wille und Mut erforderlich sind. Ich muss 3 c), 3 d) und 3 e) sorgfältig überdenken, um die erforderlichen Mittel zu sichern und einen Strategie- und Umsetzungsplan vorzubereiten.

3 g) Wenn die Zeit gekommen ist, werden alle gebraucht! Bei so vielen Problemen, knappen Ressourcen und einer Verpflichtung zum Beweis der Wirksamkeit gibt es keine andere Wahl, als die Änderungen plangemäß durchzuführen. Ich habe so oft erlebt, dass die beste Planung scheitert, weil die Durchführung schlecht ist. Ich muss dafür sorgen, dass uns dies nicht widerfährt: wir müssen nach Zweckmäßigkeit und mit Flexibilität verfahren, um jede Klippe zu umschiffen. Hierfür benötige ich die Unterstützung von allen, die dazu bereit sind (insbesondere von angesehenen internationalen Organisationen). Und ich muss die Bevölkerung und die Gesellschaft über die Änderungen



informieren, damit sie auf meiner Seite sind. Aber ich brauche eine Gruppe von talentierten Führungskräften, die die Reform durchführen wollen, sowie ein gutes Managementinformationssystem, das mir stets rechtzeitig und genau Hinweise darauf gibt was passiert, und zwar da, wo es darauf ankommt. Ich muss dies sehr sorgfältig gestalten!

3 h) Wachsam sein! Die Überwachung und Auswertung des Verlaufs der Gesundheitssystemverbesserung wird entscheidend sein. Nachgewiesene positive Ergebnisse werden die Moral stärken und auch Geber zu einer Erhöhung ihrer Investitionen in die Gesundheit motivieren. Sollte dies jedoch nicht der Fall sein, werde ich schnell auf jedes Missverständnis oder für die wichtigsten Interessengruppen meines Landes inakzeptable Dinge reagieren müssen. Die Erfahrungen aus den ersten Reformphasen können später auch für nachfolgende Schritte genutzt werden. Und wenn wir Glück haben, werde ich mein Mandat beenden, nachdem ich etwas Gutes für mein Land getan habe. Das ist der Zeitpunkt, zu dem ich entscheiden werde, ob ich in der Politik bleibe oder mich weniger fordernden Tätigkeiten zuwende.

#### EPILOG

Es obliegt dem geneigten Leser zu entscheiden, was die Ministerin mit dem ihr eingangs anvertrauten Fall machte. Hier sind einige Lösungsvorschläge (für die „richtige“ Antwort gibt es keinen Preis):

1. den Patienten mit öffentlichen Mitteln in ein kompetentes Zentrum im Ausland schicken,
2. die Operation in einem öffentlichen Krankenhaus in dem Land durchführen lassen,
3. die Operation in einem Privatkrankenhaus in dem Land durchführen lassen,
4. die Dinge sich selbst überlassen und nichts tun (mit oder ohne Entschuldigung).

#### Literatur

1. Fukuda-Parr S et al. *Human Development Report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
2. Series on child survival. *The Lancet* ([http://www.thelancet.com/collections/series/child\\_survival](http://www.thelancet.com/collections/series/child_survival), eingesehen am 6. Juli 2005).
3. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet*, 2004, 364:900–906.
4. Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *The Lancet*, 2004, 364:997–1003.
5. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
6. World Health Assembly resolution WHA58.33: „Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance“. In: *Fifty-eighth World Health Assembly. Resolutions and decisions. Annexes*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_33-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf), eingesehen am 8. Juli 2005).
7. *Strengthening management in low-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2005 ([http://www.who.int/management/general/overall/management\\_lowincome.pdf](http://www.who.int/management/general/overall/management_lowincome.pdf), eingesehen am 8. Juli 2005).
8. Näheres zu Veröffentlichungen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik unter [http://www.euro.who.int/observatory/publications/20020522\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/publications/20020522_1), (eingesehen am 8. Juli 2005).

9. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 2002, 54, 8:1255–1266.
10. *Statistics save lives: Strengthening country health information systems*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Health Metrics Network draft paper).
11. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005, World Health Organisation, 2005; (<http://www.who.int/patientsafety/en/>, eingesehen am 8. August 2005).
12. Cassells A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet*, 1998, 352:1777–1779.
13. Saltman RB, Figueras J, eds. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO regional publications, European Series, no. 72).
14. Chen L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
15. Bonoli G. *The politics of pension reform; institutions and policy change in western Europe*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
16. *Overcoming the crisis*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD), 2005 (background paper for the Oslo Consultation on Human Resources for Health, 24–25 February 2005; [http://www.norad.no/default.asp?V\\_ITEM\\_ID=3036](http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=3036), eingesehen am 8. Juli 2005).
17. Roberts MJ et al. *Getting health reform right. A guide to improving performance and equity*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
18. Olson M. *The logic of collective action. Public goods and the theory of groups*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1971 (Harvard Economic Studies 124).
19. Evans T et al. Making health systems work. *Global HealthLink*, 2005, 133:4–5.
20. *Efforts to address system-wide barriers to immunization in selected countries: Basic elements of approach, process of work and tools*. Oslo, Centre for Health and Social Development, 2004.
21. *Report on the meeting of the second ad hoc Committee on the TB Epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2004 (document WHO/HTM/STB/2004.28, <http://www.stoptb.org/documents/TB-REPORT-24pages.pdf>, eingesehen am 8. Juli 2005).
22. *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Geneva, World Health Organization, 2004
23. *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004 (<http://www2.alliance-hpsr.org/jahia/Jahia/pid/184?language>, eingesehen am 8. Juli 2005).
24. Lee K. Global dimensions of health. In: Parsons L, Lister G, eds. *Global health: A local issue*. London, The Nuffield Trust, 2000, pp. 6–18.
25. *Health system metrics: monitoring the health system in developing countries. Report of a meeting, Glion, Switzerland, 6–7 October 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/hiv/pub/en/Report\\_Health\\_System\\_Metrics\\_meeting.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/en/Report_Health_System_Metrics_meeting.pdf), eingesehen am 8. Juli 2005)
26. Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>, eingesehen am 8. Juli 2005).
27. Knowles JC, Leighton C, Stinson W. *Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 1997 (Special Initiatives Report No. 1; <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/SIR1FIN.pdf>, eingesehen am 8. Juli 2005).

28. *Measuring health sector performance at country level: report of a DFID workshop, 20–21 July 2001.* London, Department for International Development, 2001.