



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC58/Inf.Doc./4
5. August 2008
81874
ORIGINAL: ENGLISCH

Primäre Gesundheitsversorgung

Das beiliegende Papier des WHO-Hauptbüros soll zur Erörterung der strategischen und programmatischen Rolle der WHO in der Unterstützung des erneuerten Bekenntnisses der Länder zur primären Gesundheitsversorgung auf der 58. Tagung des Regionalkomitees für Europa beitragen.

Es wird unter Punkt 7 b) über die Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region und über die Erfüllung der Verpflichtungen von der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ behandelt.

Unter Berücksichtigung der Rückmeldung der sechs WHO-Regionalkomitees zu diesem Thema wird das Dokument erstellt, das dem Exekutivrat auf seiner 124. Tagung im Januar 2009 und anschließend der 62. Weltgesundheitsversammlung (WHA62) im May 2009 vorgelegt wird.

1. Dieser Bericht soll zur Erörterung der strategischen und programmatischen Rolle der WHO in der Unterstützung des erneuerten Bekenntnisses der Länder zur primären Gesundheitsversorgung durch die Regionalkomitees beitragen. Er bietet einen Überblick über den Begriff primäre Gesundheitsversorgung und die mit ihm verbundenen Ziele sowie über neue Herausforderungen für die Gesundheitssysteme neben einer Analyse, inwieweit die primäre Gesundheitsversorgung diesen begegnen kann. Am Schluss werden einige der noch zu lösenden Fragen aus der Umsetzung und Praxis erörtert.

Primäre Gesundheitsversorgung: Die Vision von Alma-Ata

2. Vor dreißig Jahren wurde in der Erklärung von Alma-Ata primäre Gesundheitsversorgung umschrieben als eine Reihe von Leitwerten für die Gesundheitsentwicklung, von Grundsätzen für den Aufbau der Gesundheitsdienste und von Vorgehensweisen zur Bewältigung vordringlicher gesundheitlicher Bedürfnisse und grundlegender Determinanten von Gesundheit.

3. Das war ein ehrgeiziges und kühnes Unterfangen. Eine aufgeklärte Politik sollte das Gesundheitsniveau der Bevölkerung heben und die Menschen zu einem gesellschaftlich und wirtschaftlich produktiveren Leben befähigen und so die Entwicklung insgesamt vorantreiben. Dafür mussten Wege zum rationalen Gebrauch knapper Ressourcen und zur gesundheitlichen Grundversorgung vulnerabler und marginalisierter Bevölkerungsgruppen gefunden werden.

4. Mit der Erklärung wurde das medizinische Gesundheitsmodell um die gesellschaftliche und wirtschaftliche Dimension erweitert und anerkannt, dass die Aktivitäten mehrerer Sektoren die Aussichten für eine bessere Gesundheit bestimmen. Nach diesem breit angelegten gesundheitspolitischen Ansatz sollte die primäre Gesundheitsversorgung gesundheitliche Defizite für die gesamte Bevölkerung abbauen. In den Leitwerten wurden ein chancengleicher Zugang zur Grundversorgung und eine gerechte Nutzenteilung aus dem medizinisch-technischen Fortschritt gefordert.

5. Auf politischer Ebene sollten sich Entscheidungen über den Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen sowie von Arzneimitteln und anderen fachlichen Maßnahmen daher an den vordringlichen gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren. Durch die primäre Gesundheitsversorgung wurden Eigenverantwortung und Bürgerbeteiligung stärker betont. Das bedeutete eine Würdigung der menschlichen Ausdauer und des menschlichen Scharfsinns und machte Platz für Lösungen, die von der Bevölkerung selbst geschaffen wurden, an denen sie Anteil hatte und hinter denen sie stand.

6. Vor allem bot die primäre Gesundheitsversorgung in der Formel von 1978 ein Organisationsmodell für das gesamte Spektrum an Gesundheitsmaßnahmen zwischen Haushalt und Krankenhaus mit gleicher Gewichtung für Vorsorge und Heilung und einem rationellen Ressourceneinsatz auf allen Versorgungsebenen.

7. Mit der Erklärung von Alma-Ata entstand auch die globale Bewegung *Gesundheit für alle*. Die Architekten dieser Vision konnten manches globale Phänomen der Folgezeit wie Ölkrise, Rezession und Strukturreform nicht voraussehen. Mit schwindenden Ressourcen jedoch wurden selektive Maßnahmenbündel gegenüber der beabsichtigten grundlegenden Erneuerung des Gesundheitswesens bevorzugt.

8. Das Auftauchen von HIV/Aids, die damit verknüpfte Rückkehr der Tuberkulose und die Zuspitzung der Malariasituation führten zur Verschiebung des Fokus von breit angelegten Programmen auf Dringlichkeitsmaßnahmen zur Bewältigung der tödlichen Gefahren. All dies trug zur Herabstufung der primären Gesundheitsversorgung in der gesundheitspolitischen Debatte bei.

9. Im vergangenen Jahrzehnt jedoch haben Krankheitstrends und ein Stillstand in der Verwirklichung internationaler Gesundheitsziele die entscheidende Bedeutung der Gesundheitssysteme erneut aufgezeigt und ihre Stärkung zu einem dringlichen Thema werden lassen. Auf der Suche nach soliden Orientierungslinien wird die primäre Gesundheitsversorgung wieder als eine Methode betrachtet, durch

die das gesamte Spektrum an Gesundheitsleistungen organisiert und eine Reihe konkreter Probleme gelöst werden kann.

10. In jüngster Zeit haben hochrangige internationale Konferenzen die Vorzüge der primären Gesundheitsversorgung für die Bewältigung der aktuellen komplexen Gesundheitsprobleme beleuchtet. Aus diesen Konferenzen ist ein erneutes Bekenntnis zur primären Gesundheitsversorgung entstanden, die nach den umfassenden Erfahrungen der Länder gewissermaßen erwachsen geworden ist.

11. Die Erkenntnisse zur Unterstützung dieses Bekenntnisses haben zugenommen. Einigen Studien zufolge führen auf primäre Gesundheitsversorgung ausgerichtete Gesundheitssysteme zu größerer Zufriedenheit der Nutzer und zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen und sie wenden dabei die finanziellen und personellen Ressourcen oft effizienter an. Die Forschung hat überzeugend die Fähigkeit der bürgernahen und bürgerorientierten Versorgung nachgewiesen, nachhaltig eine deutliche Verringerung von Morbidität und Mortalität zu erreichen. Ebenso wichtig ist, dass die Forschung eine Reihe einfacher und doch wirkungsvoller Verfahren beige-steuert hat, welche die bürgernahe Versorgung zu einer erstklassigen Behandlungsform machten.

Gesundheitliche Herausforderungen in einem komplexen Umfeld

12. Durch die Millenniums-Erklärung und ihre Ziele wurden die Werte soziale Gerechtigkeit und Fairness aus der Erklärung von Alma-Ata aufgegriffen. Außerdem wurde durch sie die zentrale Stellung von Gesundheit für die entwicklungspolitische Tagesordnung als einer wichtigen Antriebskraft für gesellschaftliche und wirtschaftliche Produktivität und als Weg zur Linderung der Armut erneut bestätigt.

13. Das größere politische Engagement für Gesundheit wurde begleitet von erheblichen finanziellen Neuzuwendungen und einer Ausbreitung von Gesundheitsinitiativen und -partnerschaften. Diese Bemühungen sind zwar willkommen, haben sich aber angesichts fehlender Versorgungssysteme für die Bedürftigsten als unzureichend erwiesen, um Fortschritte in adäquatem Maße und Tempo zu erzielen. Bestandsaufnahmen der Fortschritte in Richtung einzelner gesundheitsbezogener Ziele nennen meist schwache Gesundheitssysteme als das größte Erfolgshindernis.

14. Für die Gesundheitssysteme bringt das Bekenntnis zum Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele zwei wichtige Konsequenzen mit sich. Erstens muss die Versorgung besser die armen Bevölkerungsgruppen erreichen, die oft in abgelegenen ländlichen Gebieten und städtischen Elendsvierteln wohnen. Zweitens müssen finanzielle Schutzmechanismen sicherstellen, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung nicht zu einer ruinösen Belastung und damit selbst zur Verarmung führen.

15. Zu den erneuten Sorgen über die Kapazität der Gesundheitssysteme kommen mehrere alarmierende Trends hinzu. Die meisten Gesundheitssysteme stehen vor bedrohlichen Personalengpässen. Die Arbeit der vor Ort tätigen Organisationen wird oft nur schlecht koordiniert und auf die nationalen Prioritäten und Kapazitäten abgestimmt und trägt daher zu Ineffizienz und Bürokratie bei. Schlecht gestaltete Initiativen gegen einzelne Krankheiten können zu Personalknappheit in der gesundheitlichen Grundversorgung führen. In vielen Ländern erfolgt die Gesundheitsversorgung zunehmend im oft nur unzureichend regulierten privaten Sektor.

16. Die Kosten der Gesundheitsversorgung explodieren. Die Erwartungen der Verbraucher nehmen zu. Gesundheitssysteme werden nicht aus sich heraus effizienter oder offener für alle werden. Ohne bewusste Eingriffe nützt der stetige Fortschritt in der medizinischen Versorgung auch künftig nur einer privilegierten Minderheit, bleiben die Armen weiter von der lebensnotwendigen Grundversorgung ausgeschlossen und klaffen die gesundheitlichen Ergebnisse in und zwischen den Ländern noch stärker auseinander. Eine Welt, in der die Gesundheit sehr ungleich verteilt ist, kann aber weder stabil noch sicher sein.

17. In allen Regionen wird die Gesundheit zunehmend von den gleichen starken Kräften beeinflusst. Der phänomenal angewachsene internationale Flugverkehr hat die Bedrohung durch neu auftauchende

Krankheiten und Epidemien größer werden lassen. Handelsabkommen beeinflussen die globale Verfügbarkeit und Preisgestaltung von Verbrauchsgütern wie auch Lebens- und Arzneimitteln oft ohne besondere Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Gesundheit.

18. Weltweit gibt es einen Trend zu Urbanisierung und demografischer Überalterung der Gesellschaft. Epidemiologische Veränderungen gehen einher mit geänderten Ernährungs- und Verhaltensweisen. Chronische nichtübertragbare Krankheiten wurden lange als Weggefährten der Konsumgesellschaft betrachtet, doch belasten sie heute die Länder mittleren und niedrigen Einkommens am stärksten. Das Erfordernis einer lebenslangen Behandlung belastet von vorneherein schwache Versorgungssysteme. Die wachsende Zahl gebrechlicher alter Menschen bedeutet höhere Anforderungen in Bezug auf die Gesundheitssysteme, das Gesundheitspersonal und die soziale Infrastruktur.

19. Eine Bewältigung der grundlegenden Determinanten von Gesundheit ist schwieriger geworden. Chronische Krankheiten sind zu einem großen Teil durch eine begrenzte Anzahl von Faktoren bedingt, die mit der Lebensweise zusammenhängen, sich aber außerhalb des direkten Einflusses des Gesundheitssektors befinden. Obwohl eine bessere Gesundheit schon lange von der Zusammenarbeit mehrerer Sektoren abhing, wird erst jetzt zusehends versucht, die Determinanten gegen mächtige Brancheninteressen und Vermarktungsstrategien im Sinne der Bevölkerungsgesundheit umzugestalten.

20. Die Interdependenz der Welt bedeutet, dass Gesundheit zusehends globale Folgen zeitigt, aber auch auf globalen Ursachen beruht, was insbesondere an gesundheitlichen Notlagen sichtbar wird, die internationale Hilfsleistungen erfordern. Die meisten Experten sind sich darin einig, dass Länder mit belastungsfähigen, bürgernahen Versorgungssystemen am besten gegen Erschütterungen durch globale Phänomene wie Nahrungskrisen, Klimawandel und Pandemien gerüstet sind.

21. Zusammen betrachtet legen diese Trends einige Schlüsse nahe. In der Gesundheitspolitik, aber auch in der Gesundheitsförderung und in der Aufklärungsarbeit für eine Verhaltensänderung von Teilen der Bevölkerung sollte die Prävention stärker beachtet werden. Sektorübergreifende Maßnahmen sind auch als ein Beitrag zur Prävention unabdingbar. Verbraucherwünsche sind ebenso zu berücksichtigen wie Ungleichgewichte in der Grundversorgung. Stärkere lokale Gesundheitssysteme helfen, eine Inanspruchnahme der internationalen Solidarität in künftigen Krisen zu vermindern.

22. Verschwendung und Unwirtschaftlichkeit müssen beseitigt werden. Bessere Anreizstrukturen sind für eine Leistungssteigerung erforderlich. Auch für das Gesundheitspersonal werden Anreize benötigt. Solange nicht mehr Gesundheitspersonal ausgebildet und eingesetzt werden kann, müssen in ländlichen Gebieten andere Wege zur Sicherung des Angebots und einer qualitativ angemessenen Versorgung für unterschiedliche Erkrankungen gefunden werden.

23. Diese Trends und die mit ihnen verbundenen neuen Anforderungen an die Gesundheitssysteme haben das Streben nach effizienteren Gesundheitssystemen und einer leistungsstärkeren Versorgung gefördert. Sie haben auch zu einer kritischen Bewertung der Eignung des Ansatzes der primären Gesundheitsversorgung und seiner möglichen Vorzüge geführt, was insbesondere die Anreize für mehr Effizienz und eine ausgewogenere Leistung betrifft.

Primäre Gesundheitsversorgung: geeignete Lösungen

24. Vor diesem Hintergrund sind mehrere Vorzüge des Ansatzes der primären Gesundheitsversorgung leicht zu erkennen. Zu ihnen zählen die starke Betonung der Prävention, die Förderung der Zusammenarbeit zwischen mehreren Sektoren und das Aufsuchen vulnerabler und marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Vorteilhaft ist auch die ausdrückliche Anerkennung von Bürgernähe als einer nachhaltigen Ressource für die Gesundheit sowie der Nachdruck auf angemessene und bezahlbare Technologien.

25. Insbesondere die starke Betonung der Bedeutung von Prävention, Eigenverantwortung und Verhaltensweisen für die Gesundheit wird zur Eindämmung der Flut chronischer Erkrankungen immer relevanter. Sehr vielversprechend ist dieser Ansatz in Bezug auf die Prävention und Langzeitbehandlung von HIV/Aids, hierunter die Bereitstellung der antiretroviralen Therapie, die integrierte Behandlung von HIV/Aids und Tuberkulose und die Bekämpfung von Malaria durch imprägnierte Moskitonetze und häusliche Behandlung.

26. Der Beitrag der primären Gesundheitsversorgung zu einer effizienteren Ressourcennutzung und zur Steigerung der Gesamtleistung von Gesundheitssystemen ist umfangreich belegt. Die primäre Gesundheitsversorgung dient dem Gesundheitswesen quasi als Pfortner, der Patienten mit leichten Beschwerden davon abhält, die Notdienste übermäßig zu beanspruchen. Weil durch das Prinzip der primären Gesundheitsversorgung jede Krankheit auf der ihr angemessenen Spezialisierungsebene behandelt wird, werden die personellen und finanziellen Ressourcen effizienter ausgenutzt.

27. Auf primäre Gesundheitsversorgung ausgerichtete Systeme sind gut positioniert, aktuelle und künftige Chancen zu nutzen. Breit angelegte Initiativen, z. B. in Form von Mikrokrediten, geben Frauen die Kraft, in ihrem Umfeld als Agentinnen des Wandels aufzutreten. Wo Frauen über die Finanzen entscheiden, gehen Investitionen laut Forschung verstärkt in Richtung besserer Ernährung, besserer Abwasserentsorgung, Moskitonetze und Ausbildung der Kinder.

28. Der Fortschritt in der Informationstechnologie ermöglicht es, selbst entlegene Gesundheitseinrichtungen mit den Zentren des Wissens zu verbinden. Einige Modellversuche deuten darauf hin, dass dadurch auch die Erhebung und Nutzung von Daten im Gesundheitssystem revolutioniert, die beständigen Probleme einer unangemessenen Begleitung und Auswertung gelöst und zugleich die Prioritäten besser gesetzt werden können.

29. Die Beiträge der Zivilgesellschaft haben insbesondere an ihrer Basis enorm zugenommen und es sind neue Versorgungswege entstanden, die auf dem Ethos der freiwilligen Leistung beruhen. Initiativen der Zivilgesellschaft sind besonders gut für bürgernahe Versorgungsansätze geeignet.

30. Die Belege für den Wert bürgernaher und bürgerbestimmter Ansätze der Leistungserbringung nehmen zu. Neben ihren nachgewiesenen Qualitäten für die Verringerung der Morbidität und Mortalität besitzen diese Strategien auch in Bezug auf Kostenwirksamkeit und anhaltendes Bürgerengagement vielversprechende Seiten.

31. Die Forschung hat das Spektrum an fachlichen Maßnahmen stark erweitert, die sich zur Anwendung in Haushalten und Gemeinden eignen. Jüngere Beispiele umfassen Arzneimittelpläne zur häuslichen Behandlung von Malaria und Lungenentzündung bei Kindern, Känguruversorgung für Frühgeborene, Fertigprodukte zur therapeutischen Ernährung bei schwerer Mangelernährung, einfach zu bedienende Schnelltests für Malaria, hitzebeständige Medikamente für die Versorgung chronischer Krankheiten und Verfahren zur Früherkennung und Behandlung von Gebärmutterhalskrebs.

Die Herausforderung der Umsetzung

32. Gesundheitssysteme sind in hohem Maße kontextspezifisch. Es gibt kein Maßnahmenbündel, das unter allen Umständen zu höherer Leistung führt. 1994 gelangte die WHO in einer Bestandsaufnahme der Fortschritte in Richtung von Gesundheit für alle zu dem Schluss, dass die Verbreitung praktischer Erfahrungen in der Lösung von Problemen eines der wichtigsten Instrumente des Fortschritts war. Diese Schlussfolgerung gilt weiter.

33. Dennoch steht die primäre Gesundheitsversorgung unter allen Umständen vor einigen gemeinsamen Herausforderungen. Die Regionalkomitees werden gebeten, Erfahrungen und Möglichkeiten aus den nachstehend skizzierten Gebieten zu beleuchten und eine Richtung anzudeuten, wie ein mit neuem Leben erfüllter Ansatz der primären Gesundheitsversorgung diese und andere Herausforderungen bewältigen könnte.

34. **Unterstützung für den Wandel.** Die primäre Gesundheitsversorgung trägt zwar zu Effizienz bei, ist aber weder billig zu haben, noch für die Regierungen ein billiger Weg zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen gegenüber dem Gesundheitssektor. Politische Unterstützung ist unabdingbar. Im Idealfall sollte eine solche Unterstützung von dem Wunsch nach einer ausgewogenen medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung und von der Überzeugung getragen sein, dass sich bessere gesundheitliche Ergebnisse in erhöhter Produktivität und mehr Stabilität für die Bevölkerungen niederschlagen. Die Unterstützung der Öffentlichkeit in Form der Zivilgesellschaft, nichtstaatlicher Organisationen und anderer Gruppen ist ebenso wichtig. Außerdem gibt es einige Hinweise darauf, dass nachfrageorientierte Reformen häufige Wechsel in politischer Führung und Prioritätensetzung am ehesten überdauern, wenn der Druck zur Veränderung von den Bürgern selbst ausgeht.

35. **Finanzierung des Systems.** Trotz der Erhöhung des finanziellen Beistands für Gesundheit von außen werden über 75% aller Gesundheitsmittel in einem durchschnittlichen Land mit niedrigem Volkseinkommen immer noch von diesem selbst aufgebracht. Die Gesamtausgaben für Gesundheit einschließlich des Auslandsbeistands und der Darlehen beliefen sich im Jahr 2005 in 43 Ländern mit niedrigem Volkseinkommen auf 30 US-\$ pro Kopf. Dieser Betrag liegt weit unterhalb dessen, was für den Kauf grundlegender Gesundheitsinterventionen als notwendig erachtet wird. Es ist klar, dass viele Entwicklungsländer im Bereich der Gesundheit auch in den kommenden Jahren auf finanzielle Unterstützung von außen angewiesen sein werden.

36. Die Notwendigkeit einer Investition in gestärkte Gesundheitssysteme wurde erst jüngst vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und von der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung anerkannt. Wie kann die WHO die Länder darin unterstützen, neue Finanzierungsmöglichkeiten zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zu nutzen? Die Bedeutung gut funktionierender Gesundheitssysteme wird auch durch neue Initiativen wie die *Internationale Gesundheitspartnerschaft* aufgegriffen. Wie können die Erfahrungen der Pilotländer für andere Länder nutzbar gemacht werden? Welche Rolle sollte die WHO hierbei spielen?

37. **Finanzieller Schutz.** Im Rahmen der vorhandenen finanziellen Beschränkungen müssen die Regierungen soziale Schutzsysteme schaffen, die durch Solidarausgleich, Arbeitsmarktsysteme, eine effizientere Besteuerung oder einen höheren Anteil des Gesundheitshaushalts am Gesamtetat finanziert werden können. Nach Schätzungen der WHO treiben die Gesundheitsausgaben jedes Jahr 150 Mio. Menschen in den finanziellen Ruin und drücken rund 100 Mio. Menschen unter die Armutsgrenze. Arme Haushalte stehen dabei vor einer doppelten Herausforderung: Ihre Mitglieder erkranken häufiger und benötigen daher mehr Leistungen, können sich diese jedoch am wenigsten leisten, insbesondere bei Barzahlung. Wie kann dieses Krankheitsdilemma erleichtert werden?

38. **Sektorübergreifende Maßnahmen.** Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit wird zusätzliche Einsichten über Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne vermitteln und darüber, wie sie durch Konzepte und Programme der verschiedenen Sektoren angegangen werden können. Viele der grundlegenden Determinanten von Gesundheit liegen außerhalb des direkten Einflusses des Gesundheitssektors. Gleichzeitig besitzen Gesundheitsministerien häufig weniger Überzeugungskraft als andere Sektoren, wenn Prioritäten und Budgets festgelegt werden. Wie können andere Sektoren dazu ermutigt werden, in der Planung ihrer Aktivitäten eine Abschätzung der Gesundheitsfolgen vorzunehmen? Was kann zur Hebung des Stellenwertes von Gesundheitsministerien innerhalb der staatlichen Hierarchie getan werden?

39. **Ausweitung der Versorgung auf vulnerable Bevölkerungsgruppen.** Viele Gesundheitsgefahren verursachen trotz internationaler Vereinbarungen und der Verfügbarkeit hochwirksamer und bezahlbarer Interventionen zu ihrer Bewältigung eine hohe Morbidität und Mortalität. Die Ausweitung des Zugangs bis hin zur universellen Versorgung ist somit ein moralisches Gebot. Dabei befinden sich die armen Haushalte oft in entfernt gelegenen ländlichen Gebieten und städtischen Elendsvierteln, die jenseits des Einflusses des offiziellen Gesundheitssystems liegen. Als Antwort hierauf wurden neue Versorgungsmodelle für vulnerable und marginalisierte Bevölkerungsgruppen geschaffen. Dazu zählen eine Initiative der Region östlicher Mittelmeerraum zu grundlegenden Entwicklungsbedürfnissen und eine Initiative der Region Gesamtamerika unter der Überschrift *Faces, Voices and Places*. In Beobachtungsstudien wurde ihr

Potenzial dokumentiert, die Bedürftigsten durch ortsnahe Ansätze zu erreichen. Wie lassen sich diese Modelle nachahmen oder ausweiten, damit das Ziel der allgemeinen Versorgung erreicht wird?

40. **Integrierte Angebote.** Der Erfolg der IMCI-Strategie von WHO und UNICEF (Strategie für das integrierte Management von Kinderkrankheiten) für das Überleben von Kindern in 100 Ländern hat den Weg für weitere integrierte Ansätze geebnet. IMCI bedeutet eine qualitativ hochwertige klinische Versorgung in einem gesundheitspolitischen Rahmen aus primärer Gesundheitsversorgung und bestehendem Gesundheitssystem. Dazu zählt das Angebot von Schulungen, die Auswahl unentbehrlicher Arzneimittel und die Gewährleistung ihrer Qualität sowie die Verlagerung von Aufgaben auf die niedrigste Qualifikationsstufe, die sowohl sicher als auch akzeptabel ist. Neben ihr bildet ein verwandter Ansatz für das integrierte Management von Krankheiten Erwachsener das Rückgrat der ausgeweiteten Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten, die jetzt nahezu drei Millionen Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen umfasst. Wie können diese und weitere Modelle dazu genutzt werden, integrierte Angebote alltäglicher, gründlicher und verfügbarer zu machen?

41. **Bürgerbeteiligung.** Initiativen zur Förderung der Beteiligung der Bevölkerung und ihrer Teilhabe sind eine der wichtigsten Vermächtnisse der Erklärung von Alma-Ata. Die Belege für die Vorzüge dieses Ansatzes nehmen weiter zu. Wie können die Länder unterschiedliche Erfahrungen austauschen und daraus eine Sammlung bewährter Praktiken für verschiedene Gegebenheiten gewinnen? Es wird auch praktischer Rat für Ansätze der Selbsthilfe von Bevölkerungsgruppen benötigt.

42. **Bessere gesundheitliche Ergebnisse.** Zwar sind mehr Effizienz und höhere Leistung wichtig, doch besteht das letzte Ziel jeder Gesundheitsreform darin, gesundheitliche Defizite zu überwinden und den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu heben. Welche konkreten Reformen tatsächlich zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen beitragen, lässt sich nur durch umfangreiche Beobachtung und Auswertung, durch Ländervergleiche sowie durch einen Austausch der Erfahrungen und Lehren vor allem aus innovativen Ansätzen feststellen. Weitere Verfahrens- und Umsetzungsforschung ist ebenfalls sehr notwendig. Welche Rolle kann die WHO für den Wissenserwerb darüber spielen, wie und warum die gesundheitlichen Ergebnisse am ehesten verbessert werden können?