



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa  
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC58/9  
+EUR/RC58/Conf.Doc./4  
28. Juli 2008  
80810  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme  
in der Europäischen Region**

Im Juni 2008 veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa in Tallinn, Estland, eine Ministerkonferenz der Region zum Thema Stärkung der Gesundheitssysteme, um den Einfluss von Gesundheitssystemen auf Gesundheitsstatus und Wirtschaftswachstum herauszustellen und aktuelle Erkenntnisse zu wirksamen Strategien für eine bessere Leistung der Gesundheitssysteme zu bewerten.

Auf dieser Konferenz der 53 Mitgliedstaaten wurde die Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme angenommen. Mit der Konferenz wurde ein breit angelegter Grundsatzdialog eingeläutet, in dessen Verlauf das gesellschaftliche Wohl als Herzstück im Interaktionsdreieck aus Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand erkundet werden soll. Einer der Schlüssel zum Einstieg in diesen Dialog war die Bereitstellung von Erkenntnissen darüber, wie gut funktionierende Gesundheitssysteme das Leben der Menschen verbessern und somit zum Wohl der Nationen beitragen.

Steuerung und Führung verlangt als zentrale Funktion der Gesundheitssysteme besondere Aufmerksamkeit. Größere Transparenz und mehr Rechenschaft sind die treibenden Kräfte für bessere Leistungen des Gesundheitssystems, welche die für die Systemsteuerung Verantwortlichen mit der Durchführung einer Reihe von ergänzenden Funktionen anstreben: der Formulierung von Strategien und Konzepten zur Sicherung des Erreichens der Ziele des Gesundheitssystems, der Sammlung und Anwendung von Erkenntnissen, der Einflussnahme durch Abstimmung mit Partnern und anderen Sektoren und dem Eintreten für bessere Gesundheit, der Sicherung einer guten Führung zur Unterstützung des Erreichens der Gesundheitssystemziele, der Sicherung der Anpassungsfähigkeit des Systems an sich wandelnde Erfordernisse und der Mobilisierung rechtlicher, regulatorischer und politischer Instrumente zur Steuerung der Leistung des Gesundheitssystems.

Die Erörterungen des Regionalkomitees zum Thema Steuerung und Führung von Gesundheitssystemen werden sich voraussichtlich konzentrieren auf: eine Erleichterung des Wissens- und Erfahrungsaustausches, eine Stärkung der nationalen Kapazitäten zur Leistungssteigerung des Gesundheitssystems durch dessen bessere Steuerung und ein Eintreten für Investitionen in eine bessere Steuerung von Gesundheit und Gesundheitssystemen als Eintrittskarte zu deren Stärkung. Die Erörterungen des Regionalkomitees werden voraussichtlich auch an die Charta von Tallinn und die in ihr enthaltene Verpflichtung anknüpfen, die Gesundheitssysteme der Region zu stärken, ihre Verantwortlichkeit zu fördern und sie stärker auf die Bedürfnisse der Menschen und insbesondere der armen und schwachen Gruppen auszurichten.

Ein Resolutionsentwurf mit zentralen grundsatzpolitischen Leitlinien ist zur Prüfung durch das Regionalkomitee beigefügt.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Steuerung und die Leistung des Gesundheitssystems .....	1
Konzepte und Definitionen .....	3
Verbesserung von Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region: Methoden, Instrumente und Techniken .....	6
Bewertung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems .....	11
Entscheidende Herausforderungen und Prioritäten für die Steuerung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO.....	13
Die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa .....	14
Resolutionsentwurf .....	14
Anhang 1: Begriffsglossar .....	15
Anhang 2: Prinzipien der Bewertung der Gesundheitssystemführung (-steuerung) (WHO-Regionalbüro für Europa für den östlichen Mittelmeerraum, 2008).....	17
Literatur .....	18



## Steuerung und die Leistung des Gesundheitssystems

1. Die vergangenen 15 Jahre in der Europäischen Region waren von einer generellen Verbesserung des Gesundheitszustandes geprägt, was auch durch wichtige Indikatoren wie die Lebenserwartung bei Geburt oder die invaliditätsbereinigte durchschnittliche Lebenserwartung zum Ausdruck kommt (WHO-Regionalbüro für Europa, 2007). Aber neben dieser Verbesserung bestehen ernste Sorgen wegen der hohen Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten in den meisten Ländern der Europäischen Region, wegen des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen und der ungleichen gesundheitlichen Ergebnisse in und unter den Ländern, wegen des Missverhältnisses zwischen Gesundheit, Gesundheitspersonal und den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und wegen der steigenden Ausgaben für Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Diese Sorgen sind nur einer der Faktoren, die das Vertrauen der Menschen in ihre Gesundheitssysteme bedrohen (Europäische Kommission 1998).

2. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO stehen daher vor schwierigen Herausforderungen. Manchmal bestehen die genannten Sorgen trotz jahrzehntelanger Anstrengungen auf einer Reihe von Gebieten fort. Konkret stehen die Regierungen also unter Druck, die Leistung des Gesundheitssystems zu steigern, damit es sein Geld auch wert ist. Das Thema wird umso brennender, je klarer die Verbindung zwischen Gesundheit und gesellschaftlichem Wohl erkennbar wird. Zum Beispiel kam in jüngerer Zeit eine Studie zu dem Ergebnis, dass der Wohlfahrtszuwachs durch die längere Lebenserwartung in den westlichen Ländern der Europäischen Region von 1970 bis 2003 in monetären Größen ausgedrückt 29–38% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entsprach. Im Osten der Region waren die Unterschiede zwischen ausgewählten Ländern im Zeitraum 1990–2003 groß: Einige Länder erlebten einen Rückgang der Lebenserwartung und entsprechend einen Wohlfahrtsverlust, der mit 16–31% des BIP veranschlagt wurde, während eine längere Lebenserwartung anderen Ländern einen Wohlfahrtszuwachs im Wert von 12–31% des BIP bescherte (Suhrcke et al., 2008). Wenn die Regierungen die Leistung der Gesundheitssysteme verbessern wollen, stehen ihnen schwierige Entscheidungen und Kompromisse bevor und sie werden versuchen müssen, alle Akteure einzubinden und Prinzipien wie Chancengleichheit und Wirtschaftlichkeit miteinander zu versöhnen. Vor diesem Hintergrund haben Staat und Privatwirtschaft sich auf komplexe Gesundheitsreformen eingelassen. Mit der Forderung der Medien und der Öffentlichkeit nach mehr Transparenz und Rechenschaft ist auch die Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien und Regierungen immer mehr in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, denn durch sie soll eine bessere Gesundheitssystemleistung und letztlich die Erreichung eines möglichst guten Gesundheitszustands durch alle Völker (WHO, 2007a) verwirklicht und zugleich die Interessen, Meinungen und Erwartungen von Akteuren gehörig berücksichtigt und insbesondere die Gesundheitssysteme stärker nach den Stimmen und Entscheidungen der freien Bürger und dem Wissen der Gesundheitsfachleute ausgerichtet werden.

3. Die Veränderungen der letzten Jahre in der Weltwirtschaft, in der Umwelt und in den Gesundheitssystemen haben zu einem Überdenken des relativen Einflusses der Faktoren geführt, die die Gesundheit beeinflussen. Einerseits ist klar, dass die bessere Gesundheit zum Teil auf die sozioökonomische Entwicklung, auf mehr Bildung und gesündere Ernährung, sicheres Wohnen sowie eine Reihe weiterer Faktoren zurückzuführen ist, die nicht direkt mit der Gesundheitsversorgung verknüpft sind. Andererseits zeigt die jüngste Forschung, dass effektive Gesundheitsdienste einen größeren Einfluss auf die gesundheitlichen Ergebnisse haben als früher angenommen. McKee und Nolte (2004) haben gezeigt, dass auf einem bestimmten Niveau der Einfluss der Gesundheitssysteme auf die Rückführung der Mortalität größer ist als ursprünglich gedacht. Nach ihren Befunden wirkte sich der verbesserte Zugang zu einer effektiven Gesundheitsversorgung (zusammen mit anderen Faktoren) in vielen Ländern der Europäischen Region während der 1980er und 1990er Jahre deutlich insbesondere durch einen Rückgang der Mortalität bei Krankheiten aus, die damals in mehreren Altersgruppen erfolgreich bekämpft wurden (die Mortalität der Bevölkerung unter 75 Jahren fiel in Ländern mit sehr hohen beeinflussbaren Raten bei Männern um bis zu 23% und bei Frauen um bis zu 32%, u. a. in Finnland, Irland, Portugal und dem Vereinigten Königreich). In einer anderen Studie zeigten Arah et al. (2006), dass sich durch Leistungsindikatoren der Gesundheitsversorgung zwischen 44% und 57% des Gesundheitsmaßes „Varianz der Lebenserwartung“ erklären ließen und dass der Rest auf das Konto nichtmedizinischer Gesundheitsdeterminanten ging.

4. Die Aufgabe der Regierungen alle zur Verfügung stehenden politischen Instrumente und Werkzeuge für die Steuerung der Gesundheitssysteme in Richtung besserer gesundheitlicher Ergebnisse zu nutzen, wurde in der Europäischen Region der WHO trotz substanzieller Unterschiede in Aufbau und Betrieb der Gesundheitssysteme bekräftigt. Gesundheitsministerien und Regierungen bewegen sich weg von der Leitungsrolle mit direkter Beteiligung an der Leistungserbringung hin zur Rolle eines Strategen, der alles überblickt, und verwenden zusehends Anreize und andere Mittel, um das Gesundheitssystem in Richtung besserer Leistung zu dirigieren. Die Bedeutung dieser Rolle in der Steuerung von Gesundheit und Gesundheitssystem ist auch eine Konsequenz der innerhalb wie außerhalb Europas gemachten Erfahrungen (Perlin, 2006) und der Erfolge verschiedener Branchen und öffentlicher Verwaltungen (Stichwort „new public management“). Die wissenschaftliche Literatur über strategisches Management im privaten Sektor bestätigt für strategiegeleitete Organisationen Prinzipien wie die Notwendigkeit der lückenlosen Umsetzung von Leistungserwartungen in Anreize und Verantwortlichkeiten (Kaplan und Norton, 2003) und die Annahme erneuerter und vereinfachter Organisationsformen (Nohria et al., 2003). Allerdings haben Privatunternehmen wie öffentliche Einrichtungen gleichermaßen die Erfahrung gemacht, dass kein Konzept auf alle Zusammenhänge und in allen Bereichen des Gesundheitssystems anwendbar ist (Khaleghian und Das Gupta, 2004; Kirby, 2005).

5. Die Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem impliziert die Fähigkeit zur Festlegung strategischer Grundlinien, geeigneter Regeln und der Werkzeuge zu ihrer Umsetzung sowie die Bereitstellung von Daten über die Leistung des Gesundheitssystems, die zur Sicherung von Rechenschaft und Transparenz erforderlich sind (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005a). Die Steuerung der Gesundheitssysteme handelt grundlegend von ihrer Gestaltung und Lenkung im Sinne möglichst wirksamer Veranstaltungen zur Sicherung besserer gesundheitlicher Ergebnisse. Eine zentrale Aufgabe ist hierbei die Schaffung eines Milieus, in dem gut informierte Bürger Entscheidungen treffen und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen können. Die Steuerung des Gesundheitssystems muss aber nicht unbedingt in jedem Punkt alleine durch das Gesundheitsministerium bzw. die nationale Regierung erfolgen. Vielmehr gibt es auch Systemkonstellationen, in denen weitere Akteure (dezentrale Regierungen von Regionen oder Bundesländern, Regierungsbehörden, Krankenkassen, Anbieter, Patienten, Fachverbände und andere Gesundheitsorganisationen) aktiv die Steuerungsfunktion miterfüllen.

6. Insgesamt scheinen die Ermittlung des relativen Einflusses von Faktoren auf die Leistung des Gesundheitssystems und die Bestimmung optimaler Möglichkeiten zur wirksamen Steuerung wichtige Vorbedingungen für bessere gesundheitliche Ergebnisse zu sein. Es ist bekannt (Preston, 1980), dass die positive Korrelation zwischen BIP und Gesundheit bei einem gewissen Stand von Bildung und Gesundheitstechnologie mit Steuerung und Führung verknüpft ist. Es ist auch gezeigt worden, dass der aggregierte Einfluss von Wohlstand auf Gesundheitssysteme, Gesundheit und Chancengleichheit (wie er in der signifikant positiven Korrelation zwischen BIP pro Kopf und Lebenserwartung zum Ausdruck kommt) vor allem durch die Auswirkung des BIP auf die Einkommen (in erster Linie der Armen) und auf die öffentlichen Ausgaben (besonders in der Gesundheitsversorgung) entsteht, also auf zwei eng mit Steuerung und Führung verbundene Aspekte (Anand und Ravallion, 1993). Auch dort, wo die gesundheitlichen Ergebnisse auf vergleichbarem Einkommensniveau verschieden sind und einige überraschende Ausnahmen von der positiven Korrelation zwischen BIP pro Kopf und Lebenserwartung zu verzeichnen waren (Sen, 1999), korrelieren sie direkt mit den sozialen Werten und der Führung des Gesundheitssystems. Wie die von der WHO eingesetzte Kommission für Makroökonomie und Gesundheit gezeigt hat, schließt die Steuerungsfunktion auch wichtige wirtschaftliche Aspekte mit ein (WHO, 2001).

7. Vor diesem Hintergrund wurde vom 25. bis 27. Juni 2008 in der estnischen Hauptstadt Tallinn die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme durchgeführt (gemäß Resolution EUR/RC55/R8 des WHO-Regionalkomitees für Europa aus dem Jahr 2005). Neben anderen Themen prüften die Konferenzteilnehmer die Auswirkungen der Gesundheitssysteme auf Gesundheit, Wohl und Wohlstand der Bevölkerung und machten eine Bestandsaufnahme aktueller Strategien zur Leistungsverbesserung der Gesundheitssysteme. Aus dieser Perspektive scheint die Stärkung der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem ein entscheidendes Unterfangen zu sein. Daher soll die Charta von Tallinn das politische Engagement und Handeln allgemein fördern, wobei die Vielfältigkeit der Gesundheitssysteme sowie der kulturellen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen in der Region anerkannt werden.

Sie greift außerdem die Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem als ein zentrales Element auf. Mit diesem Papier und seiner Erörterung durch die Vertreter der Mitgliedstaaten beim Regionalkomitee bietet sich eine weitere Chance zur Darstellung der wesentlichen Herausforderungen, vor denen die Regierungen bei der Lenkung der Gesundheitssysteme in Richtung besserer Leistungen stehen. Die Unterstützung der Mitgliedstaaten durch das WHO-Regionalbüro für Europa bei der Bewältigung dieser Herausforderungen ist auch in seinem Leitbild festgehalten („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.“).

8. Für die Steuerungsfunktion der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO soll dieses Hintergrunddokument 1) Definitionen, Rollen und zugrunde liegende Werte klären, 2) einen Analyse- und Bewertungsrahmen anregen, 3) einige Werkzeuge und Instrumente vorstellen und 4) die entscheidenden Herausforderungen diskutieren. Dabei wird auf Erfahrungen verschiedener Länder innerhalb wie außerhalb der Europäischen Region der WHO Bezug genommen und in dem beiliegenden Resolutionsentwurf eine Marschroute in Verbindung mit der Charta von Tallinn angeregt. Der Text beruht auf Empfehlungen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees und den Schlussfolgerungen der Vorbereitungstagungen für die Konferenz der vergangenen zwei Jahre sowie der WHO-Ministerkonferenz selbst. Die Beiträge von Partnerorganisationen wurden explizit einbezogen. Ein Begriffsglossar liegt bei (siehe Anhang 1).

## **Konzepte und Definitionen**

9. Gesundheitssysteme umfassen definitionsgemäß alle Organisationen, Institutionen und Ressourcen, die mit ihrem Handeln vor allem die Verbesserung, Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit anstreben (WHO, 2000). Gesundheitssysteme erstreben gewisse Ziele und darunter in erster Linie eine bessere Gesundheit (indem das bestmögliche Durchschnittsniveau und die geringstmöglichen Unterschiede zwischen Personen und Gruppen erreicht wird). Weitere Ziele umfassen die bedarfsgerechte Ausrichtung nach den Erwartungen der Menschen, der Schutz vor ruinösen finanziellen Risiken durch Krankheit, die gerechte Verteilung der Finanzierungslasten und mehr Wirtschaftlichkeit (WHO, 2007b). Steuerung ist eine der vier Funktionen des Gesundheitssystems, die im Weltgesundheitsbericht 2000 (WHO, 2000) skizziert und definiert wurden als die Aufgabe eines für das Wohl der Bevölkerung verantwortlichen Staates, der sich um das Vertrauen seiner Bevölkerung und die Legitimität seiner Aktivitäten in ihren Augen sorgt. Grundlegend handelt es sich um die Rolle des Staates im Bereich Gesundheit und von seinem Verhältnis zu weiteren Akteuren, deren Handlungen die Gesundheit beeinflussen (WHO, 2007b). In diesem Konzept sind auch die verschiedenen Elemente integriert, die als Grundlage der Funktion erforderlich sind (z. B. Führung und Führungskompetenz), und seine Umsetzung ist in vielen Fachkreisen debattiert worden. Die Konzepte der Steuerung (engl.: Stewardship) und der Führung (engl.: Governance) sind dabei oft miteinander verwechselt worden. Führung kann definiert werden als die Ausübung politischer, ökonomischer und administrativer Autorität zur Leitung der Angelegenheiten eines Landes auf allen Ebenen (WHO, 2000). Konkreter gesagt ist mit Führung nicht nur der Kontext gemeint, in dem die Steuerung als Funktion des öffentlichen Sektors im weiteren Sinne ausgeübt wird, sondern auch die Gesamtheit der auf das Gesundheitssystem bezogenen Mechanismen (wie die mit Rechenschaftspflicht und Transparenz verbundenen), die so angepasst und geändert werden können, dass sich das Verhalten der Akteure im System an die Ziele des Gesundheitssystems angleicht. Zugegeben, das Wort „Stewardship“ ist nur schwer in andere Sprachen zu übersetzen. Im Deutschen etwa wird daher oft auch der englische Begriff verwendet (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002). Aus den genannten Gründen werden die Begriffe Führung und Steuerung trotz ihrer Verschiedenheit im Gesundheitsbereich oft als Synonyme aufgefasst.

10. Zu den präzisen Zielen, Rollen und Werkzeugen in der Steuerung des Gesundheitssystems sind unterschiedliche Haltungen vertreten worden, doch insgesamt geht die Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems über reine Führungskompetenz hinaus und schließt die Fähigkeit ein, eine strategische Grundrichtung festzulegen, für geeignete Regeln und die Werkzeuge zu ihrer Umsetzung zu sorgen und die zur Sicherung von Rechenschaft und Transparenz erforderlichen Erkenntnisse über die Leistung des

Gesundheitssystem bereitzustellen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005a). Die zentralen Aufgaben in der Steuerung des Gesundheitssystems sind daher: die Definition einer Vision samt einer Strategie zu ihrer Verwirklichung; die Anwendung von Erkenntnissen für diese Definition und zur Auswertung der Ergebnisse; die Führung des Gesundheitssystems auf der Grundlage von Werten und ethischen Prinzipien, die ebenso der Verwirklichung der Gesundheitssystemziele dienen wie der Einsatz rechtlicher und regulatorischer Mittel; die Sicherung der Flexibilität des Gesundheitssystems gegenüber sich wandelnden Bedürfnissen und die Ausübung von Einfluss auf andere Sektoren als den Gesundheitssektor und das Eintreten für eine bessere Gesundheit. Die Steuerungsfunktion liegt zwar grundsätzlich in der Verantwortung der öffentlichen Hand, ihr Wirkungsspektrum schließt jedoch den privaten Sektor und seine Führung mit ein. So ist etwa die vollständige Versorgung ein politisches Ziel, das bedeutet jedoch nicht von vornherein, dass die Leistungserbringung und -finanzierung vollkommen in öffentlicher Regie stattfinden muss. Private Versicherer und Anbieter können und werden vor dem Hintergrund einer schlüssigen Führung und Regulierung oft wichtige Aufgaben zum Erreichen dieses Ziels übernehmen.

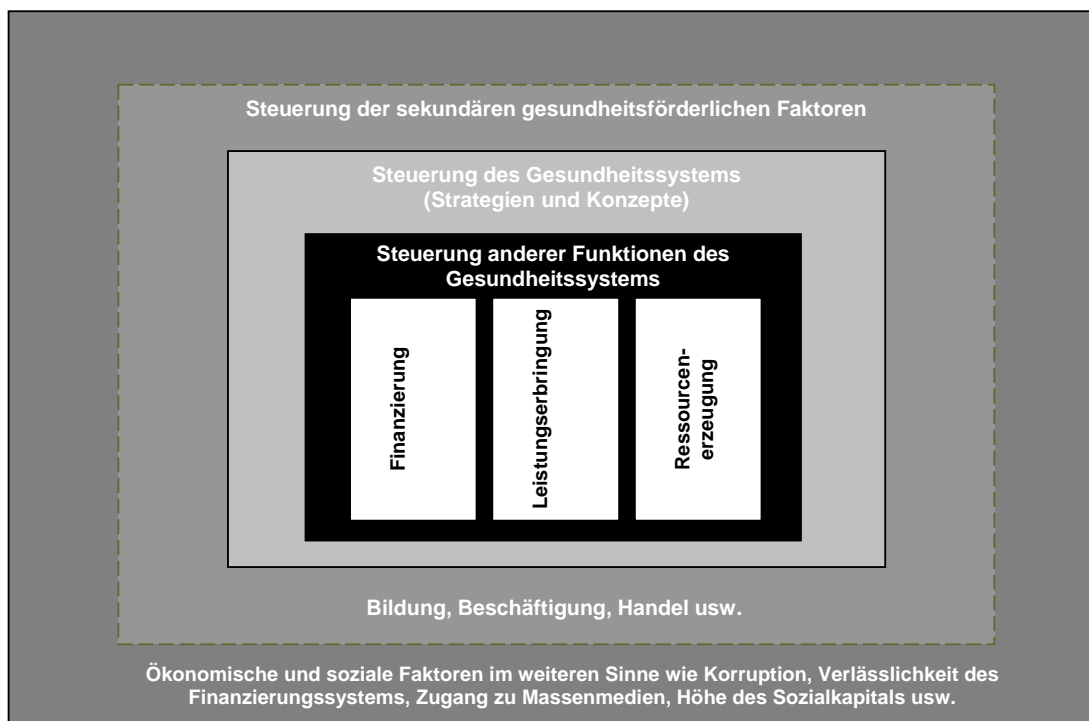
11. Eine der diskutierten Fragen war auch, ob zwischen Steuerung für das Gesundheitssystem oder für die Gesundheit zu unterscheiden sei, und wenn ja, wer sie auf welcher staatlichen Ebene leiste. Einerseits kann dafür argumentiert werden, dass ein Gesundheitssystem als Summe aller Ressourcen, Organisationen und Institutionen mit dem vornehmlichen Ziel der Verbesserung, Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit per Definition auch alle Leistungen sowie die sektorübergreifenden Maßnahmen für Gesundheit einschließt. Hiervon leicht abweichend werden aber innerhalb einer Regierung auch zwei Ebenen der Steuerungsfunktion gesehen: Die Regierung ist danach für die Steuerung im Sinne der Gesundheit im weiteren Sinne, das Gesundheitsministerium dagegen für das eigentliche Gesundheitssystem zuständig ist. So gesehen bedeutet staatliche Steuerung im Sinne der Gesundheit Maßnahmen zu so genannten sekundären gesundheitsförderlichen Faktoren (siehe Abb. 1), für die vielleicht andere als das Gesundheitsministerium zuständig sind (die aber von diesem beeinflusst und koordiniert werden), oder zu tertiären sozioökonomischen Faktoren oder zur Höhe des Sozialkapitals, was gewöhnlich in die Domäne des Regierungschefs oder der gesamten Regierung fällt. Ein multilaterales Beispiel für das Gewicht, das Regierungen der Gesundheitssteuerung beimessen, ist die Erklärung der Vertreter von 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union zum Abschluss einer Konferenz zum Thema Gesundheit in allen Politikbereichen und zu den bisherigen Erfolgen und weiteren Herausforderungen (Rom, 18. Dezember 2007) und darin ihr Bekenntnis zur Stärkung der sektorübergreifenden Ansätze und Prozesse auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene, durch die in allen Bereichen Auswirkungen der Politik auf die öffentliche Gesundheit wirksam berücksichtigt werden können. Zunehmend kann die staatliche Steuerungsfunktion für die Gesundheit auch auf transnationaler Ebene vermittels Führerschaft in Gesundheitsthemen von globaler Relevanz oder Hilfeleistungen an bedürftige Staaten ausgeübt werden (Gostin und Archer, 2007).

12. Die Steuerungsfunktion für die Gesundheitssysteme wird von den Gesundheitsministerien ausgeübt, indem sie auf andere Funktionen des Gesundheitssystems Einfluss nehmen – auf die Leistungserbringung an Einzelpersonen und Bevölkerung, auf die Ressourcenerzeugung und auf die Finanzierung. Für die Steuerung des Gesundheitssystems muss eine Reihe von Maßnahmen in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Individuum und Staat (etwa in Bezug auf die Patientenrechte) durchgeführt werden: Ausrichtung der persönlichen Gesundheitsversorgung (in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und in Krankenhäusern) auf Qualität, Wirksamkeit und gesundheitlichen Nutzen; Sicherung der Relevanz und der Kostenwirksamkeit von Angeboten an die Bevölkerung (Gesundheitsaufklärung, Krankheitsprävention usw.); Beeinflussung der Personalplanung zur Erfüllung künftiger gesundheitlicher Bedürfnisse nach ethischen Kriterien; Sicherung der Verfügbarkeit von Mitteln. Erwähnenswert ist hier, dass die Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems nicht parallel zu den anderen Funktionen verläuft, sondern diese zusammenfasst. Die Steuerung des Gesundheitssystems umfasst auch Führungs- und Überzeugungsarbeit zur Beeinflussung und Koordinierung von Maßnahmen mit anderen Regierungsressorts (Finanzen, Handel, Verkehr, Landwirtschaft usw.) auf zentraler, regionaler oder lokaler Ebene (in dezentralisierten Systemen) sowie mit dem privaten Sektor und anderen Akteuren, damit Gesundheit in allen Politikbereichen präsent ist und die sozialen Determinanten von Gesundheit angemessen berücksichtigt werden (Figueras, et al, 2008). Für die oben genannten Bemühungen ist nicht nur gelegentliches Handeln, sondern auch der Aufbau stabiler Einrichtungen erforderlich, die kontinuierlich Einfluss auf die Gesellschaft



ausüben können. In der Steuerung des Gesundheitssystems muss daher eine Balance zwischen den mittelfristig nach dem Rhythmus des politischen Lebens erforderlichen Ergebnissen und den langfristigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung gefunden werden.

Abb. 1: Steuerung verschiedener Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit



Quelle: Nach Davies, 2001

13. Auch wenn die Regierung eines Landes durch ihr Gesundheitsministerium für eine wirksame Steuerung verantwortlich ist, so können Zuständigkeiten mit anderen Ministerien oder Körperschaften geteilt werden etwa in den Bereichen Finanzen, Planung, öffentlicher Dienst, Aufsichtsbehörden, Parlament, Berufsverbände, Ombuds- und Prüfeinrichtungen, Krankenkassen, andere Einkaufsorganisationen (hierunter Donoren) und selbst Anbieterorganisationen (Travis et al., 2003). Dabei ist es wichtig zu erkennen, dass die nationalen Umstände die Konstellation bestimmen, in der die Steuerungsfunktion ausgeübt wird. Die Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems kann zentral, ausschließlich auf nationaler Ebene oder gemeinsam mit den subnationalen Ebenen ausgeübt werden, je nach Grad der Dezentralisierung eines Landes. Allerdings kann nur in stark dezentralisierten Systemen wirkliche Steuerung auf subnationaler Ebene stattfinden, da für sie ein breiter Fächer aus politischen Befugnissen und Werkzeugen benötigt wird.

14. Ethische Führung – zum Beispiel durch die Schaffung gemeinsamer Werte für Gesundheit, die eine systemweite Rechenschaftspflicht und klare Rollen und Zuständigkeiten der Akteure im Gesundheitssystem fördern und den Verbraucherschutz zur Priorität machen – ist ein weiteres zentrales Element der Steuerung. In der Europäischen Region der WHO liegt dies auf Linie der Charta von Ljubljana, die 1996 (WHO-Regionalbüro für Europa, 1996) die Prinzipien für eine Reform der Gesundheitssysteme in der Region festlegte, indem sie feststellte, Gesundheitssysteme sollten: i) von den Werten Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe getragen sein; ii) Gesundheit anstreben; iii) Menschen in das Zentrum rücken; iv) sich auf Qualität konzentrieren; v) auf einer soliden Finanzierung beruhen; vi) auf die primäre Gesundheitsversorgung ausgerichtet sein. In der Aktualisierung 2005 des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region der WHO wurde ebenfalls festgestellt, dass bei Entscheidungen im Gesundheitswesen bestimmte gemeinsame Werte in der gesamten Europäischen Region eine zentrale Rolle spielen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005b). Selbst wenn die Werte auf unterschiedliche Weise in den einzelnen Mitgliedstaaten in die Praxis umgesetzt werden, bilden sie doch eine solide Grundlage für die

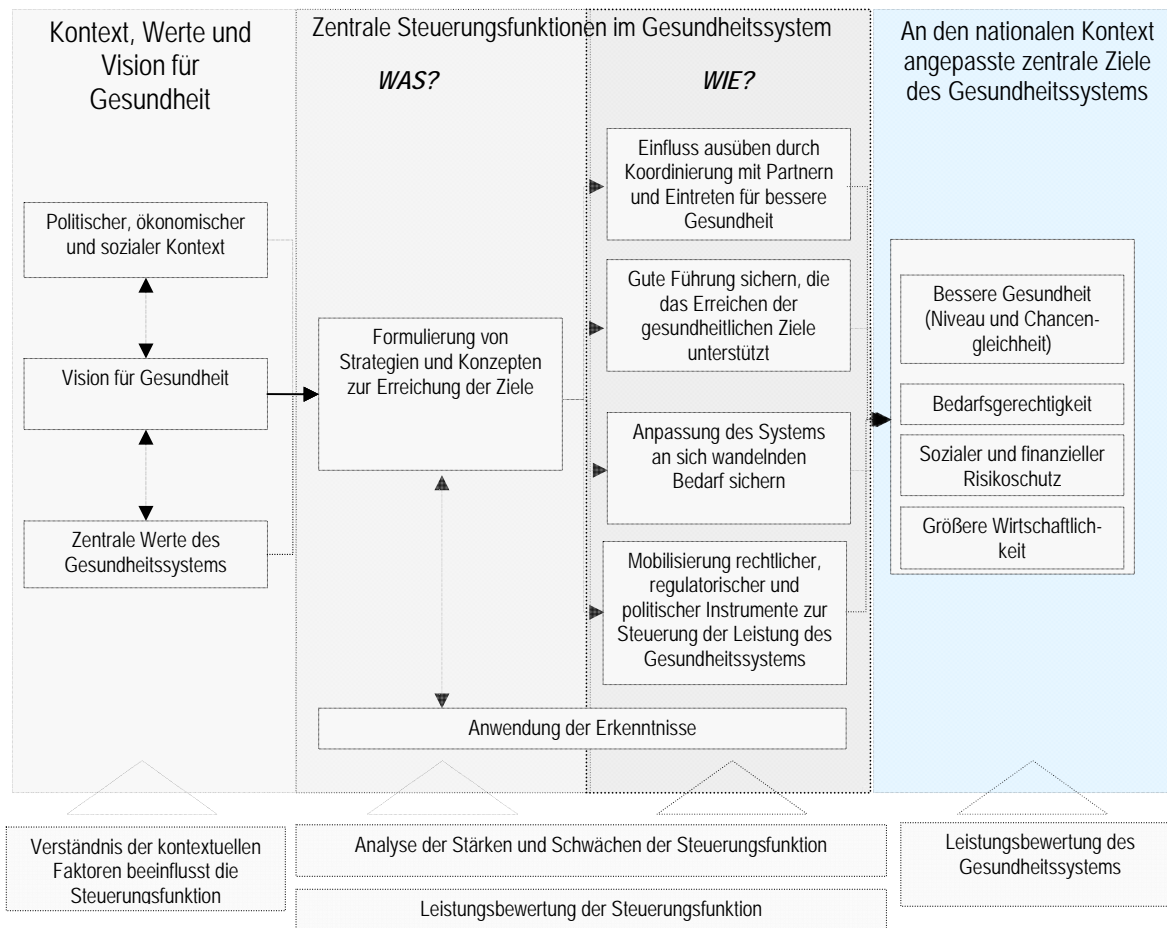
Ausübung der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem, denn sie tragen zur Definition der Vision von Gesundheit eines Landes in dessen politischem, ökonomischem und sozialem Rahmen bei. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ definiert diese Werte als Solidarität zwischen Einzelpersonen und der gesamten Gesellschaft, Chancengleichheit (im Prozess und bei den Ergebnissen), Beteiligung der Patienten und Bürger an den Gesundheitsentscheidungen und ethische, auf Werten beruhende Führung des Gesundheitssystems (Definitionen in Anhang 1).

## **Verbesserung von Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region: Methoden, Instrumente und Techniken**

15. Wie oben angeführt kann die Konstellation der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem je nach den ökonomischen, politischen und sozialen Umständen und den in einer Kultur verwurzelten zentralen Wertvorstellungen variieren. So wird die Rolle des privaten Sektors für die Erbringung der Gesundheitsleistungen oder der Grad der Dezentralisierung von Entscheidungsinstanzen auf subnationaler Ebene je nach Umständen, Kultur und Geschichte einer Nation unterschiedlich ausfallen. Das Zusammentreffen einer bestimmten Mischung aus Werten mit den politischen, ökonomischen und sozialen Umständen ist eine wichtige Variable, welche die Ausübung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems beeinflusst. Die Sicherung der Übereinstimmung zwischen den verfolgten Zielen, den zentralen Steuerungsfunktionen und den nationalen Gegebenheiten ist entscheidend für die Steuerung des Gesundheitssystems. In Abb. 2 wird versucht diese Verhältnisse zusammen mit drei Fragen („Linsen“) darzustellen, die zu einem besseren Verständnis der Steuerung von Gesundheitssystemen führen können: i) Welche Kontextfaktoren können die konkrete Konstellation für die Steuerungsfunktion in dem Land erklären? ii) Welche zentralen Rollen gibt es in der Steuerung des Gesundheitssystems? iii) An welchen Leistungskriterien lässt sich die Steuerungsfunktion messen? Solche Fragen könnten den Ländern helfen, Stärken und Schwächen ihrer Steuerungsfunktion zu analysieren, sich für die wirksamste Methode zu entscheiden und so die Ziele des Gesundheitssystems zu erreichen.

16. Da die Steuerung des Gesundheitssystems letzten Endes dem Erreichen von Zielen nach Maßgabe der nationalen Umstände dienen soll, ist die Leistung der Steuerungsfunktion letztlich mit der Gesamtleistung des Gesundheitssystems verknüpft. Die Verantwortlichen müssen nicht nur geeignete Prozesse initiieren und kontrollieren, sondern auch deren Durchschlagskraft in Bezug auf die Leistung des Gesundheitssystems gewährleisten. Die erste Aufgabe besteht daher in der Formulierung von Strategien und Konzepten, durch welche die Ziele des Gesundheitssystems erreicht werden. Dies kann geschehen durch: i) die Definition einer Gesundheitsvision; ii) die Lenkung des Prozesses zum Entwurf von Strategie und koordinierter Politik und zur Festlegung der Prioritäten für Gesundheitsinvestitionen im Sinne der erwünschten Ergebnisse (z. B. durch einen nationalen Rahmenplan für Gesundheit); iii) die Festlegung der Rollen von Akteuren aus dem öffentlichen und privaten Sektor, aus dem ehrenamtlichen Bereich und aus der Zivilgesellschaft. Sich auf die Gesundheit statt einfach auf die Gesundheitsversorgung zu konzentrieren bedeutet eine ehrgeizige und schwierige, da langfristige Verpflichtung, die den zeitaufwändigen Aufbau von Allianzen über eventuell sich widerstreitenden Interessen hinweg erfordert. Die Abfassung einer nationalen Strategie ist ein sowohl fachspezifischer als auch politischer Prozess, in dem weit gefasste Ziele in länderspezifische, messbare Zielvorgaben umgeformt werden und sichergestellt wird, dass die Grundsätze des Gesundheitssystems mit diesen abgestimmt werden und politische Prozesse und Planungen anderer Ministerien und lokaler Behörden berücksichtigt werden. Die Einbeziehung der Akteure anderer relevanter Arbeitsbereiche innerhalb und außerhalb der Regierung muss unbedingt gewährleistet sein. Der Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und gezielten Investitionen in die Gesundheit sollte betont werden, damit die Entscheidungsträger in beiden Sektoren die Implikationen der Politik und der Entscheidungen über die Mittelzuweisung vollständig begreifen. Im portugiesischen Gesundheitsplan (2004–2010) sollen zum Beispiel mittelfristige Ziele mit konkreten Vorgaben und Margen für das Gesundheitssystem verknüpft und gleichzeitig die Akteure durch eine Reihe von Kanälen eingebunden werden (portugiesisches Gesundheitsministerium, 2004).

Abb. 2: Schematische Darstellung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems



17. Ein weiterer Aspekt der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem ist die Anwendung von Erkenntnissen, die möglich wird durch: i) die Sicherstellung der Erzeugung, Analyse und Anwendung von qualitativ hochwertigen Informationen (Erkenntnissen) über das Erreichen oder Nichterreichen der Ziele des Gesundheitssystems durch eine Bewertung seiner Leistung; ii) die Schaffung evidenzgeleiteter Entscheidungsprozesse und hierunter die aktive Nutzung epidemiologischer, wirtschaftlicher und leistungsbezogener Daten (Nutbeam, 2004). Neben einer evidenzbasierten Politik sollten in der Steuerung des Gesundheitssystems nationale evidenzbasierte klinische Leitlinien und Protokolle für alle Gesundheitsfachkräfte gefördert werden. Die Russische Föderation etwa hat bekannt gegeben, dass die Entwicklung und Annahme klinischer Standards und Protokolle eine der Prioritäten ihrer Gesundheitspolitik ist. So sollen die klinischen Verfahren in allen Regionen und medizinischen Organisationen kostenwirksamer gemacht werden (Figueras, Jakubowski und Robinson, 2005). Für gesundheitliche Fortschritte ist es auch erforderlich, dass die Verantwortlichen starke Bündnisse mit den betroffenen Akteuren aufbauen, und das ist im Kern ein politischer Prozess. Ein solcher Prozess erfordert eine effektive Überzeugungsarbeit, die Ausübung von Einfluss und die Anwendung starker Verhandlungsmittel und -techniken (Mizrahi und Rosenthal, 2001) und das wiederum setzt voraus, dass die Beschäftigten in der Lage und willens sind, die oben erwähnten Erkenntnisse zu nutzen (siehe Kasten 1).

Kasten 1: Stärkung der institutionellen Kapazitäten für Politikanalyse in Kirgisistan

Das WHO-Projekt zur Analyse der Gesundheitspolitik begann in Kirgisistan im Jahr 2000. Es war darauf angelegt, das Manas-Reformprogramm für die Gesundheitsversorgung zu unterstützen, mit dem Nachhaltigkeit, Effizienz und Qualität des kirgisischen Gesundheitssystems gesteigert werden sollten. Das Projekt umfasste vier Aktivitätstypen: Politikanalyse, die Verknüpfung von Erkenntnissen und Konzepten, den Aufbau von Kapazitäten zur Politikanalyse und evidenzbasierten Politikgestaltung sowie die Weiterverbreitung der Ergebnisse. Der Kapazitätsaufbau zur Beobachtung und Auswertung der Gesundheitssystemleistung und zur Politikanalyse im weiteren Sinne wurde auf vier Weisen durchgeführt. Es gab einen regelmäßigen Austausch mit leitenden politischen Entscheidungsträgern, um die Befunde und Bedeutungen der Studien zu präsentieren, ihre politische Anwendbarkeit zu demonstrieren und die Nachfrage zu stimulieren. In Gesprächen am runden Tisch über zentrale gesundheitspolitische Themen wurden fachliche Beiträge geliefert und ein politischer Konsens hergestellt. Gesundheitsmanagementkurse des Gesundheitsministeriums, die sich an Leiter von Einrichtungen der primären und der ambulanten Gesundheitsversorgung richteten, waren ein entscheidender Weg, diesen Personenkreis über gesundheitspolitische Themen zu informieren und für diese zu gewinnen. Kurse zur Gesundheitspolitik für Zentralasien und die Kaukasusregion, die in einer Zusammenarbeit von Weltbankinstitut und WHO-Regionalbüro für Europa angeboten wurden, ermöglichten ein länderübergreifendes Lernen für eine große Anzahl kirgisischer politischer Entscheidungsträger. Außerdem wurde eine Gruppe junger Analytiker der Gesundheitspolitik in diesen sechs Jahren betreut, damit sie als unabhängige Forscher später das Gesundheitsministerium weiter unterstützen konnten. Diese zentralen Aktivitäten wurden jetzt mit der Schaffung der Abteilung für strategische Planung und Reformumsetzung im Ministerium, das die zentrale Überwachung der Gesundheitssystemleistung übernimmt, und einem vom Ministerium geschaffenen Zentrum für Gesundheitssystementwicklung als unabhängiger öffentlicher Einrichtung zur Unterstützung der konzeptionellen Weiterentwicklung und politischen Umsetzung durch Wissenserzeugung und Schulungen institutionalisiert. Diese jungen Einrichtungen werden noch mindestens bis 2010 unterstützt (WHO, 2007b).

18. Eine gute Steuerung sollte anstreben, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen rechtlichen, regulatorischen und politischen Instrumenten zur Verbesserung der Gesundheitssystemleistung zu finden. Das heißt vor allem: i) Sicherung einer zufrieden stellenden Durchsetzung von Gesetzen und Regeln (auf gleiche Weise durch alle im Gesundheitssystem Tätigen); ii) Herstellung der richtigen Mischung aus Befugnissen, Anreizen, Leitlinien, Praxisvorbildern und Sanktionen zur Dirigierung der Akteure in eine bestimmte Richtung (Figueras, Saltman und Busse, 2002); iii) Angleichung der Anreize im Gesundheitssystem zur Sicherung ihrer Konformität mit den von der Regierung verfolgten Grundsatzzielen. Viele Staaten in der Europäischen Region der WHO haben unterschiedliche Pakete aus Gesetzen, Regeln und Anreizen geschnürt, mit denen die Qualitäts- und Sicherheitsstandards verbessert werden sollten. In Frankreich beschloss das Parlament 1996 zum Beispiel die verbindliche Akkreditierung von öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Es wurden auch verschärfte Mindestanforderungen in Bezug auf den Leistungskatalog (z. B. ab wann Krankenhäuser gewisse Regelleistungen erbringen dürfen) oder höhere Anforderungen an die Qualifikationen des Personals oder an den Personalschlüssel geschaffen (z. B. für die Wiederbelebung in Krankenhäusern). Anreize wurden geschaffen (so die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in Verträge zwischen den Krankenhäusern und den regionalen Krankenhausagenturen) und fachliche Leitlinien und die Bewertung fachlicher Praktiken gefördert (im Rahmen von Haute Autorité en Santé, HAS). Ein weiteres Beispiel ist die Beaufsichtigung der Entwicklung und Funktion des privaten Sektors durch Regierungen, Gesundheitsministerien und/oder Krankenkassen oder die Angleichung des „Spielfeldes“ des privaten Sektors durch Akkreditierung, Qualitätskontrollmechanismen, Anreize usw. In der Schaffung einer ausgewogenen Auswahl politischer Instrumente, die an die verfolgten Ziele angepasst sind, und der Sicherstellung, dass die Systemanreize das Erreichen dieser Ziele unterstützen, liegen für die Gesundheitsministerien und die Regierungen insgesamt wichtige Ansatzpunkte zur Durchführung ihrer Steuerungsaufgabe. Die Angleichung von Anreizen kann in komplexeren Gesundheitssystemen eine einfache und doch wirkungsvolle staatliche Methode sein, gesundheitspolitische Ziele zu erreichen.

19. Steuerung hat auch damit zu tun, das Gesundheitssystem anpassungsfähig für sich ändernden Bedarf zu gestalten und damit Doppelung und Aufsplitterung zu verhindern. Das bedeutet zum Beispiel Systemkapazitäten als Antwort auf einen geänderten Gesundheitsbedarf zu vergrößern, die Anpassungsfähigkeit der Strategien an geänderte Prioritäten zu verbessern und damit ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Strategie und Struktur zu schaffen oder sicherzustellen, dass mit dem Einsatz der Instrumente automatisch eine Evaluierung einhergeht und damit eine kontinuierliche Verbesserung der Leistung erleichtert wird. Beurteilung der Leistung eines Gesundheitssystems heißt, die ausgewogene Ausübung der Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem zum Erreichen konkreter Grundsatzziele im jeweiligen nationalen oder subnationalen Zusammenhang einzuschätzen. Auch ist es wichtig zu verfolgen, ob die eingesetzten Verfahren relevant und verhältnismäßig sind. Dies ist nie eine einfache Aufgabe, denn die unterschiedlichen Steuerungsmaßnahmen hängen zu einem großen Teil von dem Kontext ab, in dem das System operiert, sowie von der konkreten Verteilung der Gesundheitssystemziele, die ein Land erreichen will. Wenn der Bewertungsprozess durch Verfahren zur Leistungssteigerung im Allgemeinen und Rückmeldung im Besonderen ergänzt wird, kann sich die Steuerungsfunktion weiter auf das Erreichen einer besseren Leistung durch bessere Ergebnisse des Gesundheitssystems konzentrieren (Smith, Mossialos und Papanicolas, 2008). Ein anderer Weg zur Sicherung der Anpassung des Gesundheitssystems an sich ändernde Bedarfe ist die stete Frage, ob der Bedarf des Gesundheitssystems und die Gesundheitsinvestitionen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Techniken aus dem Bereich Privatwirtschaft wie das Portfoliomanagement ermöglichen es den Gesundheitsministerien zu erwägen, ob die Zusammensetzung der Investitionen für die Gesundheit optimal zum Erreichen der erwarteten Ergebnisse führt.

20. Eine gute Steuerung sorgt auch für eine gute (ethische und auf Werten beruhende) Führung und unterstützt das Erreichen der Gesundheitssystemziele, indem: i) gemeinsame Werte und eine ethische Grundlage für die gesundheitliche Verbesserung geschaffen werden; ii) eine systemweite Rechenschafts- und Transparenzpflicht sowie Klarheit über die Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitssystemakteure gesichert werden; iii) eine Übereinstimmung zwischen Strategie und Struktur und ein Abbau von Doppelung und Aufsplitterung sichergestellt werden; iv) Verbraucherschutz zu einer Priorität gemacht wird. Eine bessere Steuerung des Gesundheitssystems lässt sich zum Beispiel auch durch eine größere Beteiligung der Bürger an Entscheidungsprozessen erreichen. Im Vereinigten Königreich stellte das Weißbuch *Choosing health* [dt. Für Gesundheit entscheiden] weit reichende Fragen dazu, wie das Land gegen vermeidbare Probleme wie Adipositas und Rauchen vorgehen könne. Dieses Dokument bildete die Grundlage einer landesweiten Konsultation durch Hunderte von Veranstaltungen unter Beteiligung von Einzelpersonen, Wirtschaftsvertretern, gemeinnützigen Organisationen und der Regierung. In diesem Weißbuch bekannte sich die Regierung auch zur Einbeziehung von Gesundheit in alle künftige Gesetzgebung, indem sie es zu einem Element der regulatorischen Folgenabschätzung (RIA) machte (WHO, 2005a; Department of Health, 2004). Erhöhte Rechenschafts- und Transparenzpflicht sind ebenfalls wichtige Ziele, die sichern, dass Anbieter und im Namen des Staates agierende Einrichtungen sich auf bessere Ergebnisse des Gesundheitssystems konzentrieren. Eine Reihe von Techniken wie Leistungsverträge und Anreize haben sich als wirkungsvolle Ansätze bewährt, das Verhalten der staatlichen Repräsentanten an die spezifischen Gesundheitssystemziele anzupassen.

21. Auch muss in der Steuerung des Gesundheitssystems für Gesundheit geworben und in Abstimmung mit Partnern Einfluss ausgeübt werden, indem: i) zum Erreichen der Gesundheitssystemziele über die Regierungsressorts hinweg und mit Akteuren außerhalb der Regierung kooperiert und Koalitionen gebildet werden; ii) Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit oder Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit gefördert werden; iii) für die Einbeziehung von Gesundheitsthemen in alle Politikbereiche eingetreten wird. Die Anwendung von Gesundheitsfolgenabschätzung in Finnland und Slowenien zur Bewertung der wahrscheinlichen Auswirkungen politischer Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors auf die Gesundheit zeigt viel versprechende Beispiele von Koordinationsansätzen, sektorübergreifendem Handeln und Eintreten für eine bessere Gesundheit, wie die Erklärung der Europäischen Union über Gesundheit in allen Politikbereichen es vorsieht.

#### Kasten 2: Sektorübergreifende Maßnahmen für Gesundheit

Es ist weithin anerkannt, dass sozioökonomische Faktoren sich stark auf die Gesundheit auswirken. In diesem Zusammenhang muss die Steuerung des Gesundheitssystems die Führung übernehmen und sichern helfen, dass sektorübergreifende Maßnahmen zur Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit ergriffen werden. In Schweden initiierte der Gesundheitssektor eine multidisziplinäre Erforschung der Gesundheitsdeterminanten und förderte die aktive Beteiligung aller politischen Parteien, der Öffentlichkeit und weiterer Akteure in dem Prozess zur Formulierung gesundheitspolitischer Ziele. Das führte zur Annahme des Gesetzes über die gesundheitspolitischen Ziele (2003), das eines der ersten formulierten Gesundheitsstrategien der Welt ist, die den Ansatz der Gesundheitsdeterminanten verfolgen. Elf Ziele und konkrete, messbare Zielvorgaben werden von einem Lenkungsausschuss aus Ministern verschiedener Ressorts unter Vorsitz des Gesundheitsministers beobachtet und ausgewertet. Im Vereinigten Königreich erwähnt das nationale Konzept ausdrücklich Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und nennt sektorübergreifende Maßnahmen eine zentrale Strategie. Durch die Schaffung von „Health action zones“ sollen gebietsbezogene sektorübergreifende Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit organisiert werden. Außerdem wurde eine Überprüfung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich initiiert um sicherzustellen, dass Gemeindepläne für Gesundheit und Entwicklung die Bedürftigsten priorisieren. In Slowenien hat das Gesundheitsministerium damit begonnen, die Gesundheitsfolgenabschätzung auf nationaler Ebene einzuführen, und setzt dabei die Technik aus der Lebensmittel- und Agrarpolitik im Zusammenhang mit dem Beitritt zur Europäischen Union ein. Dieser Prozess führte zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen der Landwirtschaft und dem Gesundheitssektor und zur Aufnahme des Elements Lebensmittelsicherheit in den nationalen Aktionsplan für Nahrung und Ernährung. Norwegen schließlich entschied sich für ein phasenweises Vorgehen zur Reduzierung der sozialen Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit, indem zunächst ein Kompetenzzentrum im Direktorat für Gesundheit und Soziales errichtet wurde, das Wissen erarbeiten und die Arbeit im Bereich der Gesundheitsfolgenabschätzung verstärken konnte. Die Regierung legte dann für den Staatshaushalt einen Bericht vor, in dem sie ihre Strategie über 10 Jahre und Leitlinien für die Regierung und Zentralverwaltung vorstellte (Stahl et al., 2006; Bonnefoy et al., 2007; Public Health Agency of Canada, 2007).

22. Auch wenn das Arsenal der Steuerung vielleicht ebenso sehr aus Intentionen wie aus erprobten Instrumenten besteht, so gibt es doch eine Reihe bewährter Instrumente und Techniken zur Durchführung einer wirksamen Steuerungsfunktion (z. B. Gesundheitssektorkonzepte und mittelfristige Ausgabenrahmen, standardisierte Leistungspakete, Formeln für die Ressourcenzuwendung und leistungsorientierte Verträge). Diese Instrumente sind mit den in Abb. 2 dargestellten konkreten Subfunktionen der Gesundheitssystemsteuerung verknüpft. Auch wenn noch weitere Forschung und Auswertung erforderlich sind, bevor die Wirksamkeit dieser Instrumente in unterschiedlichen Zusammenhängen als gesichert gelten kann, scheinen einige von ihnen schon für die Verbesserung der Gesundheitssystemsteuerung bereitzustehen und werden daher hierunter berücksichtigt.

- Vom Punkt der Strategieentwicklung aus gesehen sollten die strategische und operative Planung überprüft und die epidemiologische und ökonomische Analyse stärker fokussiert werden. Mittelfristige Ausgabenrahmen, nationale Gesundheitskonten und Techniken der Ziel- und Prioritätensetzung (wie die Bewertung medizinischer Verfahren oder WHO-CHOICE<sup>1</sup>) sind in dieser Hinsicht nützliche Werkzeuge.
- Zu Unterstützung der Strategieumsetzung sind Gesundheitsrahmengesetze und Werkzeuge wie Anreize oder leistungsbezogene Zahlungen zur Anpassung der Leistung an die in der Gesundheitssystemstrategie skizzierten Erwartungen sinnvoll.

---

<sup>1</sup> WHO-CHOICE: WHO-Projekt „Choosing Interventions that are Cost-Effective“

- Sektorübergreifende Zusammenarbeit kann durch Techniken wie die Gesundheitsfolgenabschätzung und die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit (Wright et al., 1998) sowie sektorübergreifende Ansätze (SWAP – sector-wide approaches) (WHO, 2000) unterstützt werden.
- Die Rechenschaftspflicht kann durch leistungsbezogene Verträge für die Anbieter oder die Bekanntgabe der Leistungsdaten für Anbieter und Öffentlichkeit (wie im Vereinigten Königreich geschehen) gestärkt werden.
- Die Bürger können an der öffentlichen Entscheidungsfindung durch innovative Verfahren wie Konsenstreffen (Vereinigtes Königreich, Frankreich, Dänemark) oder nationale Gesundheitsforen (Vereinigtes Königreich, Frankreich) beteiligt werden.
- Innovative Techniken schließlich, wie die weit reichende Szenarioplanung der Niederlande, haben die modellhafte Berechnung künftiger Szenarien für die Gesundheitsdienste ermöglicht und es so den Verantwortlichen erleichtert, Änderungen vorherzusehen und Anpassungen an geänderte Bedarfe vorzunehmen.

Es sollte angemerkt werden, dass kein einziges Land Lösungen für alle Fragen parat hat, die eine wirksame Umsetzung der Steuerungsfunktion aufwirft.

## **Bewertung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems**

23. Ein besseres Verständnis der für die Steuerung des Gesundheitssystems erforderlichen Rollen und Kompetenzen kann den Regierungen die Analyse erleichtern, wie wirksam die Steuerungsfunktion ausgeführt wird. Die Rollen und Zuständigkeiten der Akteure müssen klar abgegrenzt und in Übereinstimmung mit den angestrebten Zielen sein; dies gilt insbesondere für die Beurteilung, ob die Rechenschaftspflicht verwirklicht ist und ob die Entscheidungsfindungsprozesse einzelne Akteure, hierunter Privatwirtschaft, Patienten und Bürger hinreichend einbeziehen. Der Blick auf die Anwendung rechtlicher Mittel führt zu Fragen, welche die Rechtspraxis des Landes und die Anpassung der Anreize im Sinne des Erreichens der Gesundheitssystemziele betreffen. Auch Fragen nach der Gestaltung des Systems und danach, ob und wie weit das System sich an ändernde Bedarfe anpassen kann, können aufkommen. Außerdem kann die Einfluss/Überzeugungsarbeit-Komponente analysiert werden, indem die zum Erreichen gesundheitlicher Gewinne gewählten Prozesse für die gesamte Regierung und darüber hinaus überprüft werden. Die Methoden, mit denen die Verantwortlichen für die Steuerung des Gesundheitssystems ihre unterschiedlichen Rollen analysieren können, müssen natürlich noch weiter an die nationalen Umstände und politischen Ziele angepasst werden.

24. Eine solide Leistung der Steuerungsfunktion sollte letztlich mit zufrieden stellenden gesundheitlichen Ergebnissen verknüpft sein. Dabei ist es schwierig eine geeignete Auswahl von Leistungsindikatoren zu finden, die stichhaltig und zuverlässig Fortschritte in der Gesundheitssystemreform anzeigen (in denen mit anderen Worten die Regierung eine starke Leistung erkennt) und auch auf die getroffenen Maßnahmen ansprechen. Wegen der zeitlichen Verzögerung zwischen einer Maßnahme und ihrer Auswirkung auf den Gesundheitszustand sowie der dabei schwierigen Zuordnung von Ursache und Wirkung ziehen die Regierungen in der Regel Prozessindikatoren den Ergebnisindikatoren vor. Als weitere Ansätze werden zusammengesetzte Indikatoren unterschiedlicher Gewichtung oder Indikatoren des Vertrauens in das Gesundheitssystem als letzliches Erfolgskriterium verwendet; diese Techniken verdeutlichen, wie wichtig – und schwierig – es ist, die Steuerungsfunktion mit der Leistung des Gesundheitssystems sinnvoll in Verbindung zu bringen. In jedem Fall müssen die politischen Entscheidungsträger aber sicherstellen, dass die Leistungsmessung insgesamt in die Führungssysteme eingebettet ist (Smith, Mossialos und Papanicolas, 2008).

25. Darüber hinaus erweist sich Benchmarking nicht nur für die Privatwirtschaft, sondern zunehmend auch für den öffentlichen Sektor als sinnvoll, denn es kann die Kontinuität fördern und nachahmenswerte Beispiele von Leistungssteigerungen austauschen helfen. Initiativen wie die Commission on a High Performance Health System in den Vereinigten Staaten haben außerdem den Wert dieser Technik für den Vergleich zwischen Ländern (hierunter eine Reihe europäischer) und Bundestaaten innerhalb Amerikas

gezeigt. (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006; Davis, 2007; Cantor et al., 2007). Auch kann man aus Erfahrungen mit verschiedenen Formen der Gesundheitsversorgung sowie von föderalen Staaten lernen, die ein ausgewogenes Punktesystem zur Verknüpfung zentraler Leistungsindikatoren mit einer Gesamtstrategie einführen und daran die Gesamtleistung ihrer Organisation messen (Zelman, Pink und Matthias, 2003). Die Niederlande verwenden in der Gesundheitsversorgung ein Leistungsmodell der OECD zur Bewertung weit gefasster Qualitätsindikatoren und jeder Akteur des Systems kann diese zur Evaluierung der Leistung nutzen (Tawfik-Shukor, Klazinga and Arah, 2007).

**Kasten 3: Benchmarking für eine bessere Leistung des Gesundheitssystems: Beispiel Commonwealth Fund in den Vereinigten Staaten.**

Der Commonwealth Fund ist eine private Stiftung, die für ein leistungsstarkes Gesundheitssystem in den Vereinigten Staaten eintritt, indem sie unabhängige Forschung zu Themen der Gesundheitsversorgung unterstützt und innovative Politik und Praxis in den Vereinigten Staaten und anderen Industrieländern fördert. 2005 schuf sie mit der Commission on a High Performance Health System ein Gremium mit Experten und Leitern aus jedem Sektor der Gesundheitsversorgung sowie aus den Fachverbänden, der Geschäftswelt, der Wissenschaft und den Regierungen der Bundesstaaten und des Bundes.

Die Kommission ist nach einer Untersuchung der Praxis mehrerer Länder zu dem Schluss gelangt, dass die Vereinigten Staaten eine generelle Versorgung der Allgemeinheit sowie bessere gesundheitliche Ergebnisse zu dramatisch geringeren Kosten pro Einwohner erzielen könnten. In einem Benchmark-Vergleich mit einer Reihe von europäischen Ländern kor sie Dänemark zum europäischen Spitzenreiter in Bezug auf die Zufriedenheit der Öffentlichkeit mit dem Gesundheitssystem. Auch bezogen auf die primäre Gesundheitsversorgung lag es an der Spitze (gemessen an den Kriterien: hohe Zugänglichkeit beim ersten Kontakt, anhaltender Patientenfokus in der Versorgung, umfassendes Leistungspaket und Leistungsabstimmung bei Erbringung an mehreren Orten) und das bei weiterhin niedrigeren Gesundheitsausgaben als in vielen anderen Ländern. Deutschland ist beim nationalen Benchmarking von Krankenhäusern führend und verfügt über Qualitätsdaten von allen deutschen Krankenhäusern auf der Grundlage von über 300 Indikatoren. Die Niederlande und das Vereinigte Königreich sind in Bezug auf die transparente Meldung von Qualitätsdaten führend (Davis, 2007). Innerhalb der Vereinigten Staaten hat die Kommission auch Bundesstaaten per Benchmarking miteinander verglichen. Nachdem sie 2006 ein nationales Punktesystem für die Leistung der Gesundheitssysteme in den Vereinigten Staaten geschaffen hatte, bewertete sie damit die Leistungsschwankungen zwischen den Staaten anhand fünf zentraler Kriterien: Zugang, Qualität, vermeidbare Krankenhausnutzung und -kosten, Chancengleichheit und gesundes Leben (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006). Für das Gesamtbild und jeden Einzelaspekt wurden Ranglisten erstellt und den politischen Entscheidungsträgern wurden konkrete, praktische Konsequenzen zur Diskussion vorgelegt. Die öffentlich zugänglichen Ergebnisse sollen den Staaten helfen, Chancen für eine bessere Befriedigung der gesundheitlichen Bedürfnisse ihrer Bevölkerungen zu erkennen und von den Leistungsführern zu lernen (Cantor et al., 2007).

26. Vorstände privater Unternehmen verwenden Leistungsindikatoren häufig zur Bewertung des Erfolgs ihrer Führung oder zum Vergleich mit erfolgreichen Vorständen anderer Firmen. Solch eine Praxis verspräche auch Erfolg bei den für die Steuerung des Gesundheitssystems Verantwortlichen, wenn sie Indikatoren zur Messung und Vergleichung ihrer Leistung mit der von Kollegen, die ähnliche Ziele für das Gesundheitssystem verfolgen, oder sogar für einen Vergleich mit anderen komplexen Organisationen entwickeln würden. Auch wenn das im Gesundheitsbereich bisher nur selten praktiziert wurde, könnte es zu Kontinuität und zu einem leistungssteigernden Austausch der besten Praktiken beitragen. Ein interessanter Schritt in diese Richtung wurde mit dem neu entwickelten methodischen Rahmen zur Bewertung der Steuerung/Führung im Gesundheitsbereich des WHO-Regionalbüros für den östlichen Mittelmeerraum versucht (2008). Gemäß den Prinzipien und Themen für Regierungsführung aus dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen beruht dieser Analyserahmen auf den folgenden Grundsätzen: strategische Vision, Teilhabe und Konsensorientierung, Rechtsstaatlichkeit, Transparenz, Bedarfsgerechtigkeit,



Chancengleichheit und Inklusivität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Rechenschaftspflicht, Informationen und Erkenntnisse, Ethik (mehr hierzu in Anhang 2). Zu jedem Grundsatz sind drei Bewertungsebenen definiert (nationale Ebene, Ebene der Formulierung der Gesundheitspolitik und Ebene ihrer Umsetzung) und eine Reihe sowohl weit gefasster als auch konkreter Fragen vorgesehen. Der Rahmen wurde extern von Kollegen begutachtet und dann in neun Mitgliedstaaten der WHO-Region Östlicher Mittelmeerraum angewendet, die dadurch Stärken und Schwächen im Bereich der Führung/Steuerung ihrer Gesundheitssysteme erkennen konnten.

## **Entscheidende Herausforderungen und Prioritäten für die Steuerung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO**

27. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO streben danach, ihre Gesundheitssysteme nach ihren Werten und gesellschaftspolitischen Umständen zu gestalten und anzupassen. Trotz ihrer Unterschiede bemühen sich alle Länder so weit angesichts ihrer vorhandenen Mittel möglich, die grundlegenden gemeinsamen Werte in dem Streben nach den Zielen ihres Gesundheitssystems zu verwirklichen: Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Chancengleichheit bei den gesundheitlichen Ergebnissen, mehr Schutz vor finanziellen Risiken durch die Nutzung der Gesundheitsversorgung, gerechtere Lastenverteilung der Systemfinanzierung und größere Bedarfsgerechtigkeit. Dafür müssen sie sicherstellen, dass ihre Gesundheitssysteme in Bezug auf die Gesundheitsprobleme und ihre Determinanten eine strategische Richtung verfolgen, dass Grundsatzentscheidungen auf der Grundlage zweckdienlicher Erkenntnisse über die Kostenwirksamkeit bestehender Ansätze gefällt werden, dass zur Maximierung des gesundheitlichen Nutzens eine gesundheitsförderliche Politik in allen Teilen der Regierung gefördert wird und dass die Beziehungen unter allen Gesundheitsakteuren in einem Kontext aus Transparenz und Rechenschaft geregelt werden. Einigen Ländern fiel es allerdings bisher schwer, ihre Ansätze und Strukturen an moderne Steuerungsfunktionen für das Gesundheitssystem anzupassen. Vier mögliche Gründe hierfür sind: i) die relativ kurze Amtszeit eines Gesundheitsministers (im Vergleich zu der langen Verzögerung zwischen einer politischen Entscheidung und ihrer Auswirkung auf die gesundheitlichen Ergebnisse); ii) ein nicht hinreichend klarer Rahmen zur Angleichung der Steuerungsfunktion im Verein mit politischem Druck zur Erfüllung kurzfristiger Aufgaben zu Lasten mittel- und langfristigen Handelns; iii) Schwierigkeiten in der Umstellung der Fertigkeiten und Kompetenzen des Personals im Gesundheitsministerium auf die Steuerung des Gesundheitssystems (im Gegensatz zur traditionellen Verwaltung), insbesondere wenn das Ministerium weiter stark an der direkten Leitung der Gesundheitsdienste und Bereitstellung von Leistungen beteiligt ist; iv) das Fehlen gültiger und verlässlicher Leistungsdaten und Erkenntnisse für die Entscheidungsfindung.

28. Die globalen Prioritäten der WHO auf dem Gebiet der Steuerung (WHO, 2007b) ist die Unterstützung der Mitgliedstaaten darin: i) Grundsätze und Rahmen für den Gesundheitssektor zu entwickeln, die zu der umfassenderen nationalen Entwicklungs- und Ressourcenplanung passen; ii) gesundheitsbezogene Gesetze, Vorschriften und Normen zu entwickeln, umzusetzen und begleitend zu beobachten, die das Erreichen klar definierter Ziele unterstützen; iii) die Verantwortlichkeit im Gesundheitssystem durch eine Bewertung der Gesundheitssystemleistung und Rechenschaftspflicht zu fördern; iv) Wissen und Forschung zu den politischen Optionen zu erzeugen und zu deuten; v) Bündnisse über Ressortgrenzen hinweg und mit dem privaten Sektor sowie Bevölkerungsgruppen für ein Handeln im Bereich der zentralen Gesundheitsdeterminanten aufzubauen und dabei sicherzustellen, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse der Schwächsten angemessen thematisiert werden; vi) mit externen Partnern und Akteuren für die Förderung der Harmonisierung und Angleichung der nationalen Gesundheitspolitiken zu arbeiten. Allerdings sind die Funktionen eines Gesundheitssystems miteinander verknüpft und eine Leistungssteigerung erfordert ein zusammenhängendes Konzept, dessen aufeinander abgestimmte Maßnahmen an allen Funktionen des Systems ansetzen. Maßnahmen, die Steuerung wie eine isolierte Funktion behandeln, werden wahrscheinlich nicht zu wesentlichen Fortschritten oder den erwünschten Ergebnissen führen.

## **Die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa**

29. Als Antwort auf die oben genannten Herausforderungen und Begrenzungen und in Übereinstimmung mit seinem Leitbild wird das WHO-Regionalbüro für Europa weiterhin die Mitgliedstaaten in der Entwicklung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, Gesundheitssysteme und Programme für die Bevölkerungsgesundheit durch die Aufstellung von Prioritäten unterstützen, welche die Steuerung des Gesundheitssystems stärken sollen. Das Regionalbüro wird weiter seine normative und fachlichen Rolle wahrnehmen und mit vielen Partnern eng zusammenarbeiten, u. a. mit der Weltbank, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, der Internationalen Organisation für Migration, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, dem Europarat, der Europäischen Kommission und verwandten Einrichtungen sowie der Europäischen Investitionsbank. Diese Arbeit wird insbesondere auf der Charta von Tallinn aufbauen, die während der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme unterzeichnet wurde. Diese Arbeit wird auch von zwei Buchveröffentlichungen, neun Grundsatz- und drei Hintergrundpapieren profitieren, die für Konferenz erschienen erstellt wurden. Die Themen dieser Veröffentlichungen hatten die Mitgliedstaaten benannt und auf vier Vorbereitungstagungen erörtert: in Brüssel, Belgien, im März 2007 (Bewertung der Gesundheitssystemleistung); in Belgrad, Serbien, im September 2007 (Personalpolitik im Gesundheitsbereich); in Bled, Slowenien, im November 2007 (Verbesserung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen) und Rom, Italien, im April 2008 (Steuerung von Gesundheitssystemen).

## **Resolutionsentwurf**

30. Das WHO-Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung ihrer Rollen und Fähigkeiten sowie ihrer Instrumente und Rahmenkonzepte in Bezug auf Steuerungsfunktion für Gesundheit und für das Gesundheitssystem unterstützen. Diese Prioritäten sind auch in dem beiliegenden Resolutionsentwurf enthalten. Die Kernthemen des Resolutionsentwurfs werden auf den Erörterungen der Vorbereitungstagung zum Thema Steuerung des Gesundheitssystems und der Ministerkonferenz selbst, auf der während der Konferenz unterzeichneten Charta und den noch stattfindenden Erörterungen der 58. Tagung des Regionalkomitees aufbauen.

## Anhang 1

### Begriffsglossar

*Zugang* bezeichnet den Umfang, in welchem eine Bevölkerung die von ihr benötigten Gesundheitsleistungen erreichen kann. Es bezieht sich auf das Vorhandensein (oder Fehlen) wirtschaftlicher, physischer, kultureller oder anderer Barrieren, die Menschen an der Nutzung von Gesundheitsangeboten hindern.

*Rechenschaftspflicht* bedeutet für die politische und praktische Leitung die Heranziehung zur Verantwortung. Dazu gehört die Auswertung, in welchem Umfang die Maßnahmen einer Organisation dem Erreichen erwünschter und gemessener Ergebnisse dienen (Sinclair, Rochon and Leatt, 2005).

*Chancengleichheit* bezieht sich auf eine gerechte Ressourcenzuweisung oder Behandlung der gesundheitlichen Ergebnisse unterschiedlicher Personen oder Gruppen. Zwei allgemein verwendete Unterbegriffe sind die horizontale und die vertikale Chancengleichheit. Unter horizontaler Chancengleichheit wird allgemein gleiche Behandlung bei gleichem Bedürfnis verstanden. So bedeutet horizontale Chancengleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung den gleichen Zugang für alle Personen unabhängig von Faktoren wie Ort, ethnischer Zugehörigkeit oder Alter. Vertikale Chancengleichheit bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem Personen mit unterschiedlichen Merkmalen unterschiedlich behandelt werden sollten. So kann eine soziale Krankenversicherung zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Personen mit einem höheren Einkommen einen höheren Versicherungsbeitrag fordern als von Personen mit einem geringeren Einkommen.

*Effizienz* bedeutet einen möglichst großen Gegenwert für die eingesetzten Ressourcen zu erhalten (oder möglichst wenige Ressourcen für ein gewisses Ergebnis aufzuwenden). Zwei allgemein verwendete Unterbegriffe von Effizienz sind allokativer und fachliche Effizienz. Mit allokativer Effizienz ist die Zuweisung von Ressourcen in einer Art und Weise gemeint, die den maximal möglichen Nutzen sichert. Fachliche Effizienz (auch produktive Wirtschaftlichkeit) bedeutet die Erzeugung eines möglichst großen Ausstoßes durch eine feste Einsatzmenge.

*Führung* ist definiert als die Ausübung politischer, ökonomischer und administrativer Autorität zur Leitung der Angelegenheiten eines Landes auf allen Ebenen (WHO, 2000). Im Bereich von Gesundheit wird es manchmal synonym mit Steuerung gebraucht, was insbesondere an Verständnis- und Übersetzungsproblemen liegt.

*Gesundheitsfolgenabschätzung* ist eine Kombination von Prozeduren, Methoden und Instrumenten durch die eine Politik, ein Programm oder ein Projekt nach seinen potenziellen Folgen für die Gesundheit einer Bevölkerung und der Verteilung dieser Folgen auf die Bevölkerung beurteilt werden kann (Europäisches Zentrum für Gesundheitspolitik, 1999).

*Steuerung* handelt von der Rolle der Regierung im Bereich Gesundheit und ihrem Verhältnis zu anderen, deren Handlungen Gesundheit beeinflussen (WHO, 2007b). *Gesundheitssystemsteuerung* setzt für einige Autoren die Fähigkeit voraus, eine strategische Grundrichtung festzulegen, für geeignete Regeln und Werkzeuge zu ihrer Umsetzung zu sorgen und die zur Sicherung von Rechenschaft und Transparenz erforderlichen Erkenntnisse über die Leistung des Gesundheitssystems bereitzustellen (WHO, 2000; WHO, 2007b; WHO-Regionalbüro für Europa, 2005a).

Einige verstehen unter *Gesundheitssteuerung* die Konzentration auf Maßnahmen zu sekundären gesundheitsförderlichen Faktoren wie der Bildung oder Maßnahmen zu tertiären Faktoren wie den sozioökonomischen Bedingungen im weiteren Sinne.

Gesundheitssteuerung ist die Verantwortung der Regierung insgesamt, berührt jedoch zu einem großen Teil die Gesundheitsministerien.

*Nachhaltigkeit* ist die Fähigkeit des Systems seine normalen Aktivitäten bis weit in die Zukunft hinein aufrechtzuerhalten. Zwei allgemein verwendete Unterbegriffe von Nachhaltigkeit sind die finanzielle und

die institutionelle Nachhaltigkeit. Finanzielle Nachhaltigkeit ist die Fähigkeit des Gesundheitssystems ein adäquates Finanzierungsniveau zur Fortsetzung seiner Aktivitäten aufrechtzuerhalten. Institutionelle Nachhaltigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit des Systems bei nachhaltiger Finanzierung die erforderlichen nichtfinanziellen Ressourcen so zu bündeln und zu leiten, dass seine normalen Aktivitäten bis weit in die Zukunft hinein aufrechterhalten werden.

## Anhang 2

### Prinzipien der Bewertung der Gesundheitssystemführung (-steuerung) (WHO-Regionalbüro für Europa für den östlichen Mittelmeerraum, 2008)

<i>Das Prinzip Führung</i>	<i>Erklärung</i>
<i>Strategische Vision</i>	Leitende Persönlichkeiten sollten eine breit angelegte und langfristige Perspektive von Gesundheit und menschlicher Entwicklung sowie Sinn für die strategischen Richtungen einer solchen Entwicklung besitzen. Sie sollten auch ein Verständnis der historischen, kulturellen und sozialen Komplexität haben, auf denen diese Perspektive beruht.
<i>Teilhabe und Konsensorientierung</i>	Alle Männer und Frauen sollten bei der Entscheidungsfindung im Bereich Gesundheit gehört werden, entweder direkt oder durch legitime Zwischeninstanzen, die ihre Interessen vertreten. Eine solche breite Beteiligung baut auf dem Organisationsrecht und der Redefreiheit ebenso auf wie auf der Fähigkeit zur konstruktiven Beteiligung. Eine gute Führung des Gesundheitssystems vermittelt unterschiedliche Interessen im Sinne eines breiten Konsenses über das, was im besten Interesse der Gruppe liegt, und so weit möglich, über die Gesundheitspolitik und -verfahren.
<i>Rechtsstaatlichkeit</i>	Der gesetzliche Rahmen für Gesundheit sollte gerecht sein und unparteiisch durchgesetzt werden, insbesondere was die auf Gesundheit bezogenen Menschenrechte betrifft.
<i>Transparenz</i>	Transparenz baut auf dem freien Informationsfluss für alle Gesundheitsangelegenheiten. Die Verfahren, Einrichtungen und Hinweise sollten für die Betroffenen direkt zugänglich sein und es sollte hinreichende Informationen gegeben werden, damit Gesundheitsthemen verstanden und begleitet werden können.
<i>Bedarfsgerechtigkeit</i>	Die Einrichtungen und Verfahren sollten darauf angelegt sein, allen Akteure zu dienen und zu sichern, dass die Politiken und Programme bedarfsgerecht im Sinne der gesundheitlichen und anderen Bedürfnisse ihrer Nutzer sind.
<i>Chancengleichheit und Inklusivität</i>	Alle Männer und Frauen sollten die Chance zur Verbesserung und Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlempfindens erhalten.
<i>Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit</i>	Die Verfahren und Einrichtungen sollten Ergebnisse bewirken, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden, die gesundheitlichen Ergebnisse beeinflussen und zugleich die Ressourcen optimal nutzen.
<i>Rechenschaftspflicht</i>	Entscheidungsträger in Regierung und an Gesundheit beteiligte Organisationen in Privatsektor und Zivilgesellschaft stehen der Öffentlichkeit sowie institutionellen Akteuren gegenüber in der Verantwortung. Die Rechenschaftspflicht gestaltet sich unterschiedlich je nach Organisation und danach, ob die Entscheidung eine Organisation intern betrifft oder über sie hinausweist.
<i>Erkenntnisse und Informationen</i>	Erkenntnisse und Informationen sind für ein gutes Verständnis des Gesundheitssystems unabdingbar und ohne dieses ist es nicht möglich die Evidenz für aufgeklärte Entscheidungen bereitzustellen, die das Verhalten verschiedener Interessengruppen beeinflusst, welche die strategische Vision für Gesundheit unterstützen oder zumindest ihr nicht widersprechen.
<i>Ethik</i>	Zu den allgemein akzeptierten Prinzipien einer Ethik der Gesundheitsversorgung gehören der Respekt vor der Autonomie des Patienten, keine bösartigen Handlungen, Wohltätigkeit und Gerechtigkeit. Ethik in der Gesundheitsversorgung, die auch Ethik in der Gesundheitsforschung einschließt, ist zum Schutz der Interessen und Rechte der Patienten wichtig.

## Literatur

Anand S and Ravallion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.

Arah OA et al. (2006). Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18:5–13.

Bonnefoy J et al. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health Secretariat (<http://www.who.int/pmnch/topics/socialdeterminantsguide/en/index.html>, accessed 15 July 2008).

Cantor JC et al. (2007). *Aiming higher: Results from a state scorecard on health system performance*. New York, The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=494551](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=494551), accessed 15 July 2008).

Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2006). *Why not the best? Results from a national scorecard on U.S. health system performance*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=401577](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=401577), accessed 15 July 2008).

Davis K (2007). *Learning from high performance health systems around the globe*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=441618](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=441618), accessed 15 July 2008).

Davies P (2001). “Stewardship: what is it and how can we measure it?”. Presentation to meeting on Health economics in developing and transitional countries: the changing role of the state, Department for International Development, York, United Kingdom, 26 July 2001.

Department of Health (2004). *Choosing health making healthy choices easier*. London, The Stationery Office.

European Centre for Health Policy (1999). *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf](http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf), accessed 15 July 2008).

European Commission (1998). *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Figueras J, Saltman R, Busse R, eds. (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in the health sector*. Buckingham, Open University Press.

Figueras J, Jakubowski E, Robinson R, eds. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press.

Figueras J, et al. (2008). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Gostin L, Archer R (2007). The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights and international law. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 35(4):526–533.

Kaplan RS, Norton DP (2003). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston, MA, Harvard Business School Press.

- Khaleghian P, Das Gupta M (2004). *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/NR559H5L00>, accessed 15 July 2008).
- Kirby J (2005). Towards a theory of high performance. *Harvard Business Review*, 83(7):30–39,190.
- McKee M, Nolte E (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust.
- Mizrahi T, Rosenthal B (2001). Complexities of coalition building: Leaders' successes, strategies, struggles, and solutions. *Social Work*, 46(1), 63–78.
- Nohria N et al. (2003). What really works. *Harvard Business Review*, 81(7):42–52, 116.
- Nutbeam D (2004). Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, 19:137–140.
- Perlin JB (2006). Transformation of the US veterans health administration. *Health Economics, Policy and Law*, 1:99–105.
- Portuguese Ministry of Health (2004). *National Health Plan 2004–2010: Volume I – Priorities*. Lisbon, Ministry of Health ([www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i0066666.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i0066666.pdf), accessed 15 July 2008).
- Preston S (1980). Causes and consequences of mortality declines in less developed countries in the twentieth century. Easterlin RA, ed. *Population and economic change in developing countries*. Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Public Health Agency of Canada (2007). *Crossing sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Ministry of Health, ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html), accessed 15 July 2008).
- Sen A (1999). *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.
- Sinclair D, Rochon M, Leatt P (2005). *Riding the Third Rail; The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission 1996–2000*. Montreal, Institute for Research on Public Policy.
- Smith P, Mossialos E, Papanicolas I (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Suhrcke M et al. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Stahl T et al. (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health.
- Tawfik-Shukor A, Klazinga NS, Arah OA (2007). Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*, 7:25.
- Travis P et al. (2003). Towards better stewardship: Concepts and critical issues. In: Murray CJL, and Evans DB, eds. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007a). *Basic documents, 46th ed.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2007b). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization.

WHO-Regionalbüro für Europa, 1996. *Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung 1996*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

WHO-Regionalbüro für Europa (2002). *Der europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

WHO-Regionalbüro für Europa (2005a). *Gestärkte Gesundheitssysteme retten mehr Leben: Ein Überblick über die WHO-Strategie für europäische Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

WHO-Regionalbüro für Europa (2005b). *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

WHO Regional Office for Europe (2007). Health for All database. [online database], Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 14 July 2008).

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2008). *Health system governance for improving health system performance: Report of a WHO global consultation*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (document WHO-EM/PHP/043E).

Wright J et al. (1998). *Health needs assessment in practice*. London, BMJ Books.

Zelman WN, Pink GH, Matthias CB (2003). Use of the balanced scorecard in healthcare. *Journal of Healthcare Finance*, 29:4.