

## Kleine Länder – große Ideen Neuseeland, Israel und Estland

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik der Bertelsmann Stiftung betrachtet seit 2003 gesundheitspolitische Entwicklungen in 20 Industrienationen. Immer wieder zeigen sich dabei kleine Länder als besonders innovationsfreudig, pragmatisch und konsensfähig. Die folgenden Tafeln stellen eine Auswahl interessanter Ansätze aus Neuseeland, Israel und Estland vor.

Alle drei Länder finanzieren ihre Gesundheitssysteme über Steuern – dennoch steigen auch dort die Gesundheitsausgaben stetig an. Die Leistungen werden zumeist in staatlichen, regionalen oder kommunalen Einrichtungen erbracht – außer in Estland, wo die Primärversorgung inzwischen reprivatisiert wurde. Israel und Estland sind Vorreiter, was die Anwendungen moderner Informationstechnologien in der Gesundheitsversorgung angeht.

	Einwohnerzahl	Lebenserwartung	Geburtenrate
Deutschland	83 Millionen	79 Jahre	1,3
Estland	1,3 Millionen	72 Jahre	1,4
Israel	7,1 Millionen	80 Jahre	2,8
Neuseeland	4 Millionen	80 Jahre	2

### Das Gesundheitssystem Neuseelands

- **Finanzierung:** Zu 78 % steuerfinanziert, plus Zuzahlungen der Patienten (16 %) und private Zusatzversicherungen (6 %). Patienten tragen den größten Teil der Kosten für Primärversorgung und zahlen bei Medikamenten zu. Facharztversorgung findet im Krankenhaus statt und wird staatlich finanziert.
- **Leistungserbringung:** Die Regierung hat die Verantwortung für das Versorgungssystem an 21 regionale Gesundheitsbehörden delegiert. Diese erbringen einen Teil der Leistungen selbst oder kaufen sie von privaten Anbietern ein.
- **Stärken:** Starke Betonung auf Versorgungsqualität und auf Schaffung gleicher Gesundheitschancen für alle Bürger. Finanzierungsgerechtigkeit durch Steuerfinanzierung und relativ geringe Zuzahlungen.
- **Schwächen:** Lange Wartelisten für elektive Operationen und Mangel an Versorgung in ländlichen Gebieten. Schlechter Gesundheitszustand der indigenen Bevölkerung.



### Das Gesundheitssystem Israels

- **Finanzierung:** Zu 50 % aus Steuermitteln, 25 % über die nationale Krankenversicherung, 25 % über private Zuzahlungen. Die Krankenversicherung umfasst Arzneimittel, Primär- und Krankenhausversorgung. Patienten zahlen u. a. für Psychotherapie, Laboruntersuchungen und Zahnmedizin selbst oder per Zusatzversicherung.
- **Leistungserbringung:** Die Regierung stellt die Hälfte der Krankenhäuser und zwei Drittel der psychiatrischen Kliniken. Die vier Krankenversicherer übernehmen den Rest der Versorgung durch jeweils »kasseneigene« Leistungserbringer. Sie erhalten von der Regierung eine jährliche Pauschale pro Versicherten.
- **Stärken:** Seit 1995 allgemeine Versicherungspflicht, guter Zugang zur Primärversorgung. Da die Versicherer auch für die Versorgung verantwortlich sind, sind sie besonders innovationsfreudig: Im Wettbewerb um die Versicherten achten sie sowohl auf eine hohe Versorgungsqualität als auch auf Effizienz.
- **Schwächen:** Privathaushalte werden finanziell stark belastet, viele Leistungen (s. o.) wurden aus dem Leistungskatalog ausgegliedert. Trotz Obergrenzen sehr hohe Belastung für Einkommensschwächere.

### Das Gesundheitssystem Estlands

- **Finanzierung:** 66 % über die einheitliche gesetzliche Krankenversicherung, 24 % durch die Privathaushalte, der Rest steuerfinanziert. Die Krankenversicherung zahlt für alles medizinisch Notwendige, nur beim Zahnarzt zahlen Patienten selbst. Zuzahlungen bei Facharztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und Arzneimitteln.
- **Leistungserbringung:** Die Gemeinden halten die Krankenhäuser vor. Die ambulante Versorgung ist komplett privatisiert. Das Gesundheitsministerium überwacht Qualität und Zugang. Starke Primärversorgung: Jeder Este ist bei einem Hausarzt eingeschrieben, der immer als erste Anlaufstelle dient und für jeden Patienten eine Pauschale erhält.
- **Stärken:** Guter Zugang zur Primärversorgung. Pauschalvergütung für Hausärzte mit leistungsorientiertem Anteil fördert Prävention und Effizienz. Anspruchsvolle IT-Lösungen sind weit verbreitet.
- **Schwächen:** Hoher Anteil an privaten Zuzahlungen. Mangel an Ärzten und Pflegekräften und immer noch unzureichende Verkehrsinfrastruktur erschweren den Zugang zur fachärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten.

## Neuseeland: Gesundheitsfolgen immer im Blick

Neuseelands Regierung fördert die Einführung der Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment). Sie richtet eine nationale Kontaktstelle ein, die Behörden und andere Akteure mit Informationen und Expertenwissen versorgt. Gesundheitsfolgenabschätzungen sollen nicht zur Pflicht werden; einstweilen soll die Kontaktstelle sie nur anregen.

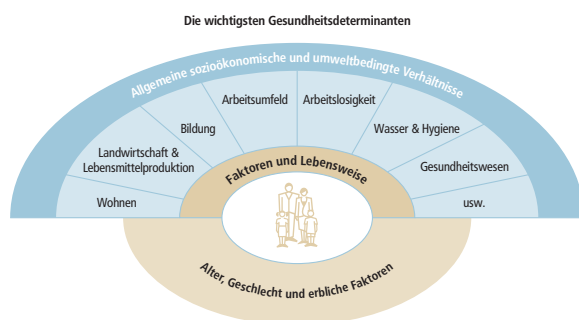
### Health Impact Assessment

Gesundheitsfolgenabschätzung untersucht, wie sich ein Projekt in einem anderen Sektor (etwa Wohnungsbauprojekte, Verkehrsvorhaben oder auch Umweltmaßnahmen) auf die menschliche Gesundheit auswirkt. Behörden sind so gehalten, ihre eigene Tätigkeit mit einem neuen, ganz fremden Blick zu betrachten – ähnlich wie bei der Umweltverträglichkeitsprüfung in Deutschland.

### Aufgeschlossenheit der Behörden entscheidend

Experten erwarten nicht, dass das neue Instrument von sich aus einen Siegeszug durch das Land antritt. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass Behörden von sich aus wenig Neigung zeigen, die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Vorhaben ex ante abzuschätzen. Ob Gesundheitsfolgenabschätzungen wirklich stattfinden, wird von der Bereitschaft einzelner Behörden und anderer Akteure abhängen – und von der Bereitstellung finanzieller Mittel, die derzeit noch etwas knapp bemessen sind.

### Was unsere Gesundheit bestimmt



### Beitrag zu Transparenz und Kooperation

Gesundheitsfolgenabschätzungen auf lokaler Ebene gibt es in Neuseeland bereits. Die Erfahrung zeigt: Sie fördern interdisziplinäre Zusammenarbeit, bessere Vernetzung und Partizipation – etwa bei der Bevölkerungsgruppe der Maori. Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist somit ein Instrument, das geeignet ist, klassische Zuständigkeiten und sektorale Grenzen zu überschreiten und zu verwischen.

### Weltweit in 15 Staaten

- Gesundheitsfolgenabschätzungen gibt es weltweit in etwa 15 Staaten, unter ihnen Kanada, England, Wales, Schweden, die Niederlande und die Schweiz.
- Unterstützende Expertenteams, wie demnächst in Neuseeland, sind auch in Schweden, Wales und den Niederlanden tätig.
- Auch der Amsterdamer Vertrag der Europäischen Union von 1997 und die finnische EU-Ratspräsidentschaft 2006 mit dem Leitmotiv »Health in All Policies« regen Gesundheitsfolgenabschätzungen an. Slowenien hat das Konzept in seiner EU-Ratspräsidentschaft 2008 erneut aufgegriffen und wirbt im Rahmen eines Europäischen Aktionsplans gegen den Krebs für Krebsprävention durch Gesundheitsfolgenabschätzung.

### Gesundheitsfolgenabschätzung in Deutschland – ungenutztes Potenzial

In Deutschland sind heute Aspekte der Gesundheitsfolgenabschätzung in die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) integriert, die 1990 gesetzlich verankert wurde. Schon 1992 hat die Gesundheitsministerkonferenz gefordert, der Gesundheitsfolgenabschätzung in der UVP mehr Gewicht zu geben. Zwar findet sie je nach Bundesland bei einigen Projekten im Rahmen der UVP Anwendung, oft aber wird der Gesundheitsaspekt noch kaum ausreichend beachtet. Dabei ließe die gesetzliche Grundlage der UVP bereits heute ausreichend Raum, um umfassende Gesundheitsfolgenabschätzungen in ihrem Rahmen durchzuführen.

## Neuseeland: Ein Plus an Versorgung für Schwerkranke

Es ist ein allgegenwärtiges Manko: Auch in Neuseeland werden Leistungen von verschiedenen Anbietern meist nicht ausreichend koordiniert. Darunter leiden vor allem Schwerstkranke mit hohem und komplexem Versorgungsbedarf. Patienten, die wegen einer chronischen Krankheit oder vor dem Lebensende besonders intensive Versorgung benötigen, hilft seit 2004 ein Programm mit dem Namen »Care Plus«.



### Bei schweren Erkrankungen besondere Betreuung

- Im Programm »Care Plus« ist eine Arztpraxis oder eine kommunale Gesundheitsstation für alle Aspekte der Versorgung des Schwerstkranken zuständig.
- Ein gemeinsam mit dem Patienten erstellter Behandlungsplan soll die Behandlungsergebnisse verbessern.
- Die vereinbarten Gesundheitsziele sollen durch Selbstmanagement und kontinuierliche Betreuung erreicht werden.
- Die regionalen Organisationen der Primärversorgung erhalten für jeden pflegeintensiven Kranken, den sie im Rahmen von »Care Plus« behandeln, eine zusätzliche pauschale Vergütung.

### Nach zwei Jahren gute Resonanz

- Die Mehrheit der Allgemeinärzte und Gemeindeschwestern befürwortet das neue Modell. Sie empfinden es als deutliche Verbesserung der Primärversorgung in Bezug auf Zugang und Koordination.
- Besonders groß ist die Zufriedenheit unter den teilnehmenden Patienten. Sie erhalten eine strukturiertere Versorgung, mehr Beratung über den richtigen Umgang mit ihrer Erkrankung und einen schriftlichen Behandlungsplan.
- Von den 81 regionalen Organisationen Neuseelands beteiligen sich 64 an dem Programm.
- Allerdings stieg die Zahl der beteiligten Patienten bis 2006 langsamer als erwartet. Nur 39 % der berechtigten Patienten waren in das Programm eingeschrieben. Grund ist eine Überlastung der Praxen. Vor allem der bürokratische Aufwand, den die geforderte Dokumentation mit sich bringt, und personelle und logistische Engpässe erschweren den Praxisalltag.

### Weiterentwicklung von »Care Plus« in Planung

Auf der Basis der Erfahrungen der ersten Jahre plant die Regierung eine Verbesserung des Programms. In einem Strategiepapier zur Weiterentwicklung der Primärversorgung bis 2010 hat sie unter anderem Vorschläge für eine Überarbeitung von »Care Plus« vorgelegt. Derzeit werden die Vorschläge von der Politik und den Akteuren des Gesundheitswesens diskutiert.

### Parallelen zu neuen Versorgungsformen in Deutschland

Der Ansatz von »Care Plus« ähnelt den deutschen Hausarztmodellen und einigen Modellen der integrierten Versorgung. Die neuseeländischen Ergebnisse zeigen wieder einmal, dass eine stärkere Koordinierung der Versorgung für Patienten wie Leistungserbringer mit deutlicher Verbesserung der Versorgungsqualität einhergeht. »Care Plus« zeigt aber auch, dass der zusätzliche Aufwand, der durch Koordinierungsfunktion und Dokumentation entsteht, oft unterschätzt wird. In die ärztliche Einzelpraxis sind diese neuen Aufgaben sicher schwieriger zu integrieren als in Gruppenpraxen oder MVZ, wo administrative Tätigkeiten effizienter erbracht werden können. Dies spricht für den »Care-Plus-Ansatz« ebenso wie für die politische und finanzielle Anfangsförderung von neuen Versorgungsformen in Deutschland.

## Neuseeland: Gleiche Gesundheitschancen für alle

Neuseelands Gesundheitsministerium stellte 2002 rund 1,5 Millionen Euro zur Verfügung, um gleiche Gesundheitschancen für alle Einwohner zu fördern. 34 Projekte, die den Gesundheitszustand benachteiligter Bevölkerungsgruppen verbessern wollen, werden aus diesem Topf finanziert.

### Gesundheitschancen ungleich verteilt

Schon seit den 80ern erforscht man in Neuseeland die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Maori und Angehörige anderer indigener Völker, die meist auch zu den Ärmsten des Landes gehören, haben eine geringere Lebenserwartung und leiden häufiger unter vermeidbaren Krankheiten. Weil sie sich Zuzahlungen oft nicht leisten können, schieben sie Arztbesuche auf. Später werden dadurch oft schwierigere und langwierigere Behandlungen notwendig.

#### Barrieren nicht nur finanzieller Art

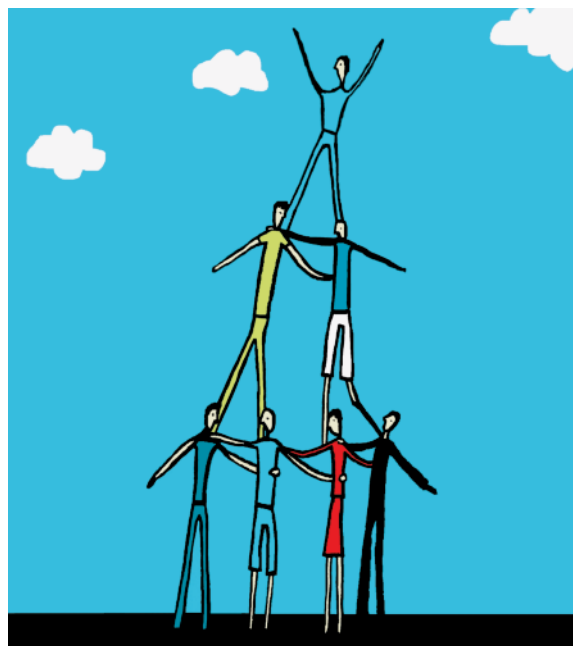
Nicht nur Geldnot hält benachteiligte Gruppen vom Arztbesuch ab. Nach neuseeländischen Studien ist es besonders oft soziale Isolation: Ethnische Minderheiten und Menschen aus sozial schwachen Familien erleben den Besuch in der Arztpraxis als Stress. Gefühlte Statusunterschiede und der Einblick des Praxispersonals in die eigene Lebenssituation werden als herabsetzend empfunden, der Kontakt mit Fremden im Wartezimmer als einschüchternd. Viele Projekte versuchen daher, benachteiligte Gruppen in ihrem eigenen Umfeld zu erreichen.

### Neue Angebote direkt vor Ort

- Die meisten geförderten Projekte schaffen **aufsuchende Leistungen**: von Gemeindefürsorge-Programmen über Angebote für Gesundheits-Checks, Krankentransporten bis hin zu Drogenberatung für Jugendliche. **Community Health Workers** bringen Gesundheits- und Präventionsleistungen, Ernährungsberatung und Sportangebote in das Lebensumfeld der Betroffenen.
- Zwei **neue Versorgungszentren** wurden gegründet – eines gekoppelt an ein Jugendzentrum für benachteiligte Kinder und Jugendliche, eines an eine soziale Einrichtung für ältere Maori.
- Bestehende Einrichtungen nutzen die Mittel, um einen kostenlosen oder **vergünstigten Zugang** zur Gesundheitsversorgung für sozial Schwache zu ermöglichen.

### Aufsuchende Angebote und professionelles Management verbessern Zugang – erste Ergebnisse

- Community Health Workers und Pflegekräfte, die Menschen in ihrem Lebensumfeld aufsuchen, können Zugangshürden überwinden, indem sie persönliche Kontakte zu isolierten Patienten aufbauen. Besonders erfolgreich waren Projekte, wenn Mitarbeiter aus der sozialen Gruppe kamen, die man erreichen wollte.
- Sollen Benachteiligte in Arztpraxen oder Versorgungszentren erreicht werden, braucht es häufigere Termine, mehr Zeit im direkten Kontakt mit dem Patienten und eine bewusst offene Atmosphäre in der Praxis, um Vertrauen aufzubauen.
- Flexibilität bei den Angeboten, professionelles Management und eine gute IT-Infrastruktur waren bei allen Projekten deutliche Erfolgsfaktoren.



### Deutschland: Vernetzung für gesundheitliche Chancengleichheit

Seit 2003 gibt es in Deutschland den bundesweiten Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« mit derzeit 49 Partnern: Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, der Ärzteschaft, den Landeszentralen für Gesundheit sowie weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung. Der Verbund will das Feld der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen transparenter machen und die Akteure miteinander vernetzen. Auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) kann man eine Datenbank mit derzeit 1.256 Projekten durchsuchen, die sich für gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen. Besonders vielversprechende Ansätze werden als »Good Practices« ausgezeichnet.

## Neuseeland: Gemeinsam gegen den Zucker

Die Provinz Manukau, in der besonders viele Maori leben, macht seit 2005 mobil gegen Diabetes. »Let's Beat Diabetes« ist der Titel des Programms, mit dem man dort den grassierenden Diabetes Typ II in den Griff bekommen will.

### Zahl der Zuckerkranken steigt

Durch die Alterung der Gesellschaft und die Zunahme von Übergewicht steigt in Neuseeland die Zahl der Erkrankungen mit Diabetes Typ II. Besonders häufig betroffen sind die Maori: Jeder fünfte Maori über 45 Jahren leidet an Diabetes, verglichen mit 8,5 % aller Nicht-Maori in dieser Altersgruppe. Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der Patienten in der Provinz Manukau in den kommenden 20 Jahren verdoppeln.

### Partner aus allen gesellschaftlichen Bereichen

»Let's Beat Diabetes« bringt Partner aus verschiedenen Sektoren zusammen, darunter die lokalen Behörden, die Lebensmittelindustrie, kulturelle Gruppen, Schulen, Sportvereine sowie öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen. Für die zahlreichen Handlungsfelder wurden jeweils messbare Ziele entwickelt:

- Informationskampagnen sollen das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung stärken.
- Städtebauliche Maßnahmen müssen einen gesunden Lebensstil in der Stadt ermöglichen.
- Regionale Gesundheitsbehörden und die Lebensmittelindustrie haben ein Abkommen zur langfristigen Zusammenarbeit unterzeichnet. Bisher hat man in Schulen und Fast-Food-Restaurants das Angebot zuckerarmer Getränke erweitert.
- Mit Schulen und Betreuungseinrichtungen arbeitet man gegen Adipositas und Übergewicht bei Kindern.
- Sozial schwächere Familien erhalten Gesundheitsberatung.
- Präventionsmaßnahmen bekommen ein stärkeres Gewicht in der Primärversorgung.
- Modelle integrierter Versorgung sollen die Behandlung von Diabetes-II-Patienten optimieren.

### Flexibler Fünf-Jahres-Plan

Die für Manukaus 470.000 Einwohner zuständige Gesundheitsbehörde hat bis 2010 rund 4,8 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Der Fünf-Jahres-Plan wird ergänzt durch Jahrespläne zur konkreten Umsetzung. So können Erfahrungen direkt in die weitere Planung einfließen. Der aktuelle Stand mit allen Zwischenzielen ist auf [www.letsbeatdiabetes.org.nz](http://www.letsbeatdiabetes.org.nz) dokumentiert.

### Beteiligte sind vom Erfolg überzeugt

Erste Evaluationen zeigen, dass die Bevölkerung gut erreicht wird und die Vernetzung der Partner deutliche Fortschritte macht. Ob die konkreten Ziele wie Gewichtsreduktionen bei Kindern oder bessere medizinische Betreuung von Diabetespatienten erreicht werden, müssen kommende Auswertungen zeigen. Die Beteiligten sind sich allerdings heute schon einig, dass eine konsequente Umsetzung der Maßnahmen die Zahl der Diabetespatienten nachhaltig verringern kann.

### Deutschland: Nationaler Aktionsplan in Arbeit

Das Weißbuch »Diabetes in Deutschland« stellte 2006 fest: Während sich die Versorgungsqualität für die sechs Millionen Patienten verbessert hat, fehlt es an systematischen Vorbeugemaßnahmen gegen die Risikofaktoren Übergewicht, Zucker- und Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck.

Die Bundesregierung hat im Mai 2007 einen Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten angekündigt. Man will erfolgreiche Projekte identifizieren, vernetzen und Qualitätsstandards für zukünftige Aktivitäten setzen. Daran sollen unter anderem auch Sozialversicherungen, Sportvereinigungen, Verbraucherverbände, Wirtschaft und Wissenschaft mitarbeiten.



## Israel: Qualität der Primärversorgung wird landesweit verglichen

Das israelische Gesundheitsministerium hat 2004 ein Benchmarking-System für die Qualität der Primärversorgung eingeführt. Die vier Krankenkassen, die für die Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind, sollen so Anreize zur Qualitätssteigerung erhalten. Das Programm, das von allen maßgeblichen Akteuren unterstützt wird, zeigt erste positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

### Versorgungsqualität messen

- Gesundheitsministerium und Krankenkassen arbeiten zusammen an der Weiterentwicklung des Instruments. Inzwischen hat man die Zahl der Indikatoren von 13 auf 46 erhöht und die Erhebungsinstrumente verbessert.
- Das System misst das Versorgungsmanagement, die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, die Behandlung nach klinischen Leitlinien und Ergebnisparameter. Dabei betrachtet es fünf häufige Erkrankungen: Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Grippe.
- Die Krankenkassen erhalten ihre eigenen Daten und den nationalen Schnitt als Referenzwert.

### Messungen verdeutlichen Trends

Eine erste Auswertung der Daten 2004–2006 brachte folgende Ergebnisse:

- In einigen Bereichen ließen sich bereits erste Qualitätsverbesserungen nachweisen: u. a. steigende Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen, bessere Betreuung von Diabetikern, stärkere Kontrolle bei Patienten mit hohem Blutdruck.
- Auch unerwartete Veränderungen wurden sofort deutlich: So war der Anteil der Älteren (65+), die sich gegen Grippe impfen ließen, seit 2003 jährlich um 3 % gestiegen. 2006 führten Medienberichte über Risiken zu einem plötzlichen Rückgang um 3,5 % auf 46,3 %.
- Die Indikatoren zeigen geringe Unterschiede in der Versorgungsqualität für verschiedene Bevölkerungsgruppen. In einigen Bereichen wird jedoch eine schlechtere Versorgung einkommensschwacher Patienten deutlich: Sie sind beispielsweise seltener gegen Grippe geimpft und erhalten seltener eine vorsorgende Behandlung gegen Asthma – eine Krankheit, die bei der ärmeren Bevölkerung deutlich häufiger auftritt.

### Wie viel Transparenz ist sinnvoll?

Derzeit wird debattiert, wie die Daten aufbereitet und publiziert werden sollen. Denn das Material ermöglicht auch Aussagen über die Erfolge der Gesundheitsversorgung in verschiedenen Orten, über unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen und die Versorgungsqualität einzelner Kassen. Zunächst haben sich Regierung und Kassen darauf geeinigt, die Daten zur Veröffentlichung nur für Bevölkerungsgruppen und Regionen aufzuschlüsseln. Ob und wie kassenspezifische Daten öffentlich gemacht werden sollten, wird noch diskutiert.



### Wie sich deutsche Arztpraxen vergleichen können

Das Europäische Praxisassessment (EPA) ist ein wissenschaftlich fundiertes, alltagsnahes Qualitätsmanagement-System für die Arztpraxis. Es beruht auf Qualitätsindikatoren und verschiedenen Assessment-Verfahren. Der besondere Vorteil: Das Verfahren erlaubt den Teilnehmern einen anonymen Vergleich mit strukturgleichen Praxen. In einer internetbasierten Software kann das Abschneiden der eigenen Praxis in den Bereichen Infrastruktur, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit sowie Sicherheit anhand von über 200 Indikatoren mit dem der Kollegen verglichen werden. Die Praxis kann ihre Ergebnisse besser einordnen und Verbesserungspotenziale identifizieren. Praxen, die ihre Qualität nach außen darlegen möchten, können dies mit einem Zertifikat von der Stiftung »Praxissiegel e. V.« tun. Deutschlandweit haben bisher rund 900 Arztpraxen das »Praxissiegel« erhalten, darunter 750 Hausärzte.

Weitere Informationen unter [www.praxissiegel.de](http://www.praxissiegel.de)

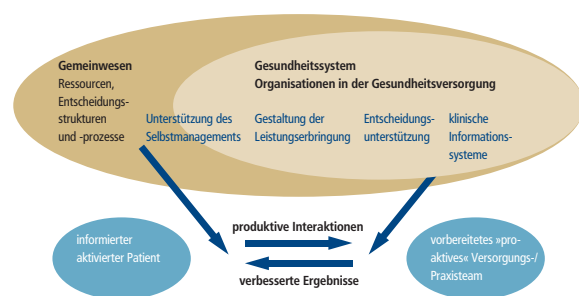
## Israel: Primärversorgung nach dem Chronic-Care-Modell

Maccabi, zweitgrößte Krankenkasse und Anbieter ambulanter Versorgung, verabschiedet sich von der Einzelpraxis und setzt auf ein modernes, integriertes System der Versorgung.

### Versorgungsteams statt Einzelpraxen

Bisher arbeitete Maccabi in der Primärversorgung mit freiberuflichen Ärzten in Einzelpraxen zusammen. Vorbeugung und Gesundheitsförderung fanden nur vereinzelt und oft zufällig statt. Angeregt vom Chronic-Care-Modell, das in den USA längst als Goldstandard für die Versorgung chronisch Kranker gilt, richtete Maccabi jetzt landesweit fünfzig Gesundheitszentren ein.

#### Chronic Care Model – ein innovatives Konzept zur umfassenden Versorgung für chronisch Erkrankte



Quelle: Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation, 1996. Deutsche Übersetzung: Gensichen, Knieps, Schlette 2006. | BertelsmannStiftung

### Das Ziel: Versorgungsform der Zukunft?

- Unter Leitung eines Arztes und einer Pflegekraft ist ein multidisziplinäres Team für alle Aspekte der Gesundheit seiner Patienten zuständig.
- One-Stop-Shop: Kein Patient soll mehr von Arzt zu Arzt laufen müssen.
- Die Versorgung wird auf den einzelnen Patienten zugeschnitten.
- Jeder Arzt ist für eine definierte Bevölkerungsgruppe zuständig und soll von sich aus – etwa mit Angeboten zur Gesundheitsförderung – an seine Zielgruppe herantreten.
- Die Pflegekraft koordiniert die Versorgung mit anderen Anbietern und sorgt dafür, dass Kranke in ihrem Wohnumfeld bekommen, was sie brauchen.
- Regelmäßige, geplante Praxisbesuche geben Raum für Lebensberatung, Fallmanagement und Stressbewältigung.
- Das Praxisteam unterstützt den Patienten, durch Selbstmanagement Mitverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.

### USA: »Medizinisches Zuhause« wird Wirklichkeit

Auch in den USA wird die Primärversorgung auf der Basis des Chronic-Care-Modells (CCM) umgestaltet – unterstützt von den wichtigsten Ärzteverbänden. In der Zukunft soll sich eine Praxis als »Advanced Medical Home« zertifizieren lassen können. Neben den Grundlagen des CCM, die auch in Israel Anwendung finden, muss sie dafür unter anderem:

- Leitlinien evidenzbasierter Medizin einhalten,
- besseren Zugang zur Versorgung durch flexible Öffnungszeiten und Kontaktangebote über Telefon oder E-Mail ermöglichen,
- Medizinische Indikatoren erheben, um Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten kontinuierlich überprüfen zu können,
- Daten für eine Evaluation der klinischen Ergebnisse und Serviceleistungen liefern.

### Ähnliche Ansätze in Deutschland

Auch in Deutschland gewinnt die Koordination der Versorgung immer mehr an Fahrt. Die Hausarztprogramme wollen die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten verbessern und dem Patienten einen Lotsen im Gesundheitswesen an die Hand geben. In Medizinischen Versorgungszentren werden Patienten von multidisziplinären Versorgungsteams betreut. Disease-Management-Programme stellen die passende Versorgung bei bestimmten Erkrankungen sicher; einige IV-Verträge versuchen sich bereits an bevölkerungsorientierten Modellen integrierter Versorgung. Die Beispiele aus Israel und den USA verbinden mehrere Elemente dieser deutschen Ansätze. Die dort existierenden Modelle, die das bereits erprobte Konzept des Chronic-Care-Modells in der Primärversorgung neu verankern, können Vorbild und »Sparring-Partner« für ambitionierte Projekte in Deutschland sein.

## Israel: Bessere Versorgung durch innovative Weiterbildung

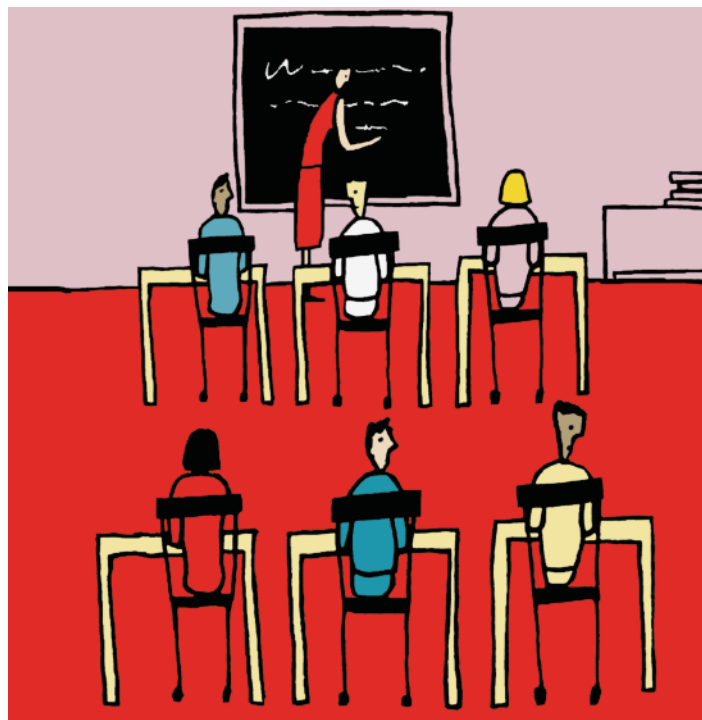
Als Anbieter ambulanter Versorgung ist die Versorgungsqualität für Israels Krankenkassen ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Entsprechend legen sie großen Wert auf kontinuierliche Qualifizierung ihrer Fachkräfte. Sie entwickeln innovative Fortbildungsprogramme, um ihren Versicherten bedarfsorientierte Versorgung in verschiedenen Lebenslagen anbieten zu können.

### Herausforderung Frauengesundheit

- **E-Learning am Arbeitsplatz:** Clalit, Israels größter Versicherer, bietet Ärzten seiner Gesundheitszentren ein E-Learning-Programm zur Frauengesundheit. Neben audiovisuellen Lektionen am Computer mit konkreten Fallpräsentationen besprechen die Teilnehmer sich untereinander oder in einem Intranet-Forum mit Experten anderer Kliniken.
- **Gute Resonanz:** Die Teilnehmer waren mit der Methode des E-Learning am eigenen Arbeitsplatz sehr zufrieden. Der Wissensstand über die somatischen und psychologischen Behandlungsbedürfnisse weiblicher Patienten stieg signifikant.
- **Frauen bisher vernachlässigt:** Hintergrund ist die späte Erkenntnis, dass Gesundheitsversorgung sich zu stark am männlichen Organismus und der männlichen Lebensweise orientiert hat: Als Folge ist in Israel der Gesundheitszustand von Frauen durchschnittlich schlechter als der von Männern.

### Erste Hilfe bei psychischen Erkrankungen

- **Anlaufstelle Primärversorgung:** Clalit hat 2005 ein Trainingsprogramm für alle Mediziner und Fachkräfte in der Primärversorgung gestartet, um der wachsenden Last psychischer Erkrankungen zu begegnen. Ziel ist die bessere Diagnose und Behandlung von Depressionen und Angststörungen in der ambulanten Versorgung.
- **Unterstützung für Praxen:** Zum Programm gehören
  - ein obligatorisches Seminar für Mediziner und nicht medizinische Fachkräfte in der Primärversorgung,
  - standardisierte Instrumente zur Diagnose psychischer Erkrankungen,
  - die Berechtigung von Ärzten, in der Primärversorgung eine größere Auswahl von Psychopharmaka zu verschreiben, sowie die Anleitung zur Verordnung von Medikamenten,
  - Informationen zu homöopathischen Mitteln und ihrer Wirksamkeit,
  - Ratgeber zum Umgang mit Compliance-Problemen,
  - Ratgeber zur Arbeitsteilung im Praxisteam bei der Behandlung psychisch Kranker,
  - Informationsmaterial für Patienten.
- **Erste Evaluationsergebnisse:** 90 % der Ärzte und Fachkräfte bewerteten das Programm als nützlich für ihre Arbeit. Ihr Wissen zu Angststörungen und Depressionen stieg nachweislich. Sie fühlten sich besser qualifiziert, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Von 2004 auf 2005 stiegen Verordnung und Einnahme von Antidepressiva um 15 %.



### Schulung für Palliativversorgung

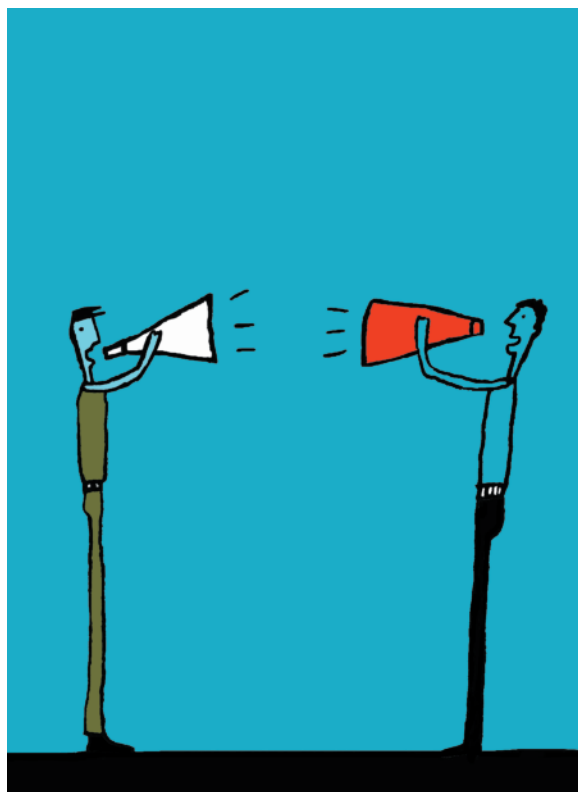
- **Interdisziplinäres Programm:** Gefördert von der karitativen »Jewish Federation New York« entwickelten erfahrene Palliativpfleger, Ärzte und Pflegekräfte ein eigenes Weiterbildungsprogramm. In mehrtägigen Kursen werden Ärzte, Krankenschwestern und Sozialarbeiter in der Versorgung Sterbender geschult.
- **Landesweiter Roll-out:** 2005–2007 nahmen rund 400 Interessierte an den Kursen teil. Zwei Drittel der Teilnehmer waren Pflegekräfte, ein Sechstel Sozialarbeiter, ein Sechstel Ärzte. Es gab keine finanziellen Anreize zur Teilnahme; dennoch überstieg die Nachfrage das Angebot.
- **Nachgewiesener Erfolg:** Die Teilnehmer gewannen mehr Wissen zur Schmerzmedikation und der Behandlung von Übelkeit und anderen körperlichen Beeinträchtigungen. Sie fühlten sich besser gerüstet, mit der emotionalen Situation der Patienten und ihrer Angehörigen umzugehen. Viele Teilnehmer bildeten informelle Unterstützungsgruppen, um sich auch im Arbeitsalltag auszutauschen.

## Estland: Hausarzt-Hotline verbessert den Zugang zur Gesundheitsversorgung

Bei Gesundheitsproblemen geht in Estland der erste Griff nicht zur Hausapotheke, sondern zum Telefon: Unter der Nummer 1220 stehen rund um die Uhr dreizehn Allgemeinmediziner und zwölf Krankenschwestern zur Verfügung. Sie beraten bei einfachen Problemen, vergeben Hausarzttermine, bestellen einen Rettungswagen oder verweisen die Anrufer direkt an die Notfallaufnahme in einem Krankenhaus.

### Ziel: Zugang verbessern

- Die Hotline wurde eingeführt, um vor allem die ländliche Bevölkerung besser zu erreichen und Notarzteinsätze zu vermeiden.
- In der Vergangenheit gab es in Estland besonders in abgelegenen Gegenden und außerhalb der Öffnungszeiten von Hausarztpraxen Engpässe bei der Sicherstellung der Versorgung.
- Die Hotline steht allen Einwohnern, ob mit oder ohne Krankenversicherung, zur Verfügung.
- Sie bietet Beratung auf Estnisch oder Russisch und ist während der ersten fünf Minuten kostenlos.



### Hotline wird gut angenommen

Rund 10 % der Bevölkerung haben den Service schon einmal genutzt. Inzwischen machen monatlich mehr als 13.000 Patienten von der Hotline Gebrauch – Tendenz steigend. Oft suchen Senioren und Mütter kleiner Kinder medizinischen Rat. Aber auch Landärzte, die sich mit Kollegen über eine Diagnose austauschen wollen, wenden sich an die Hotline. Der Anteil der russischsprachigen Minderheit unter den Nutzern liegt bei knapp 25 % und entspricht damit fast ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung.

### Neben besserem Zugang wird Spareffekt erwartet

Die Krankenkasse zahlt für einen Anruf umgerechnet 2,86 Euro, während ein Arztbesuch – ohne Laboruntersuchungen und andere Befunde – schon 6,39 Euro kostet. Um einen Spareffekt auszumachen, ist es allerdings noch zu früh: Noch bleibt die Zahl der Anrufer hinter den Erwartungen zurück. Die Hotline hat aber gute Aussichten, ihr Ziel von 25.000 Anrufen pro Monat zu erreichen: Drei Viertel der Esten haben von dem Service gehört und fast 90 % von ihnen geben an, die Hotline bei Bedarf auch nutzen zu wollen.

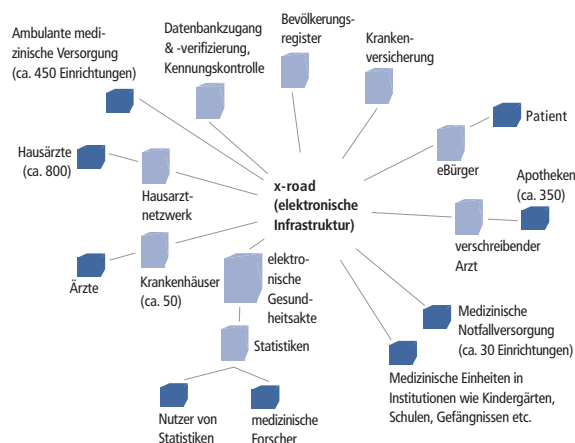
### Warum für Deutschland interessant?

Auch Deutschlands dünn besiedelten Regionen gehen langsam die Ärzte aus. Zunehmend spricht man von möglichen Versorgungsengpässen. Besonders Menschen, die wenig mobil sind, könnten in Zukunft Probleme haben, zeitnah medizinische Beratung zu erhalten. Außerhalb der regulären Sprechstunden steht nur der notärztliche Dienst zur Verfügung. Auch wenn medizinische Beratung am Telefon in Deutschland derzeit nicht möglich ist, stellt sich die Frage, ob der Zugang zur Gesundheitsversorgung immer über einen Besuch in der Praxis oder einen Hausbesuch des Arztes erfolgen muss. Die Erfahrungen in Estland und anderen Ländern, wo neben Telefon-Hotlines auch der E-Mail-Kontakt des behandelnden Arztes mit seinem Patienten genutzt wird, zeigen andere Möglichkeiten auf.

## Estland: Nationales Gesundheitsinformationssystem

Bis September 2008 will Estland ein Nationales Gesundheitsinformationssystem aufbauen, das die Gesundheitsdaten jedes Bürgers elektronisch abrufbar bereithält. Eine zentral verwaltete Datenbank soll den landesweiten Austausch von Informationen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern ermöglichen. Gefördert wird das Projekt zu 85 % aus dem EU-Strukturfonds.

### Aufbau des Nationalen Gesundheitsinformationssystems



Quelle: Leego 2005

BertelsmannStiftung

### Vorteile für alle

- Gesundheitsleistungen sollen schneller und besser erbracht werden.
- Patienten sollen über ihren Gesundheitszustand besser informiert sein und einfacher Zugang zu einer ärztlichen Zweitmeinung bekommen.
- Ärzte sollen von Bürokratie befreit werden.
- Die nationalen Krankheitsregister sollen harmonisiert und die Gesundheitsstatistik im Land verbessert werden.
- Das System wird der zentrale Anknüpfungspunkt für weitere E-Health-Innovationen in Estland.

### Kritik von Patientenvertretern und Fachärzten

Kritik kommt von Patienten- und Verbraucherverbänden. Sie waren kaum an der Entwicklung des Systems beteiligt, obwohl die Regierung substanzielle Änderungen am Datenschutz plant. Auch Fachärzte sind eher zurückhaltend, weil sie keinen Mehrwert für sich erwarten – viele Praxen und Kliniken nutzen schon umfangreiche IT-Anwendungen, wenn auch unterschiedlichste Systeme. Hausärzte dagegen erhoffen sich weniger Papierdokumentation und einen stärker auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichteten Behandlungsprozess.

### Alle Patienteninformationen werden gebündelt

In der Aufbauphase bis Herbst 2008 soll für jeden der 1,34 Millionen Bürger eine elektronische Akte entstehen, die die wichtigsten Gesundheitsdaten enthält:

- Digitale Krankenakte – alle lebenswichtigen Informationen zentral gespeichert
- Digitale Bilddatenbank – zentral zugänglich für alle Leistungserbringer
- Digitale Blutdatenbank
- Verschreibungen – elektronisches Rezept
- Terminverwaltung für die Patienten

Seit 2007 wird das System in einem Pilotprojekt getestet; im Herbst 2008 soll es für alle Leistungserbringer geöffnet werden. Spätestens ab 2013 ist die Nutzung für alle Anbieter Pflicht.

### Die Zeichen stehen auf Erfolg

- Estland hat bereits eine weit ausgebaute E-State-Infrastruktur (E-Government).
- Die Esten erwarten weitere Innovationen im E-Health-Bereich und stehen diesen Entwicklungen sehr aufgeschlossen gegenüber.
- Die wesentlichen Akteure – Sozialministerium, Krankenkassen und Ärzteorganisationen – stehen hinter dem Ansatz.
- In einem Land mit 1,3 Millionen Einwohnern stehen die Chancen gut, ein Nationales Gesundheitsinformationssystem flächendeckend einzuführen.

### System setzt neue Maßstäbe

Estland zeigt, wie weitreichend Vernetzung durch Informationstechnologie sein kann – wenn die Innovationsbereitschaft gegenüber datenschutzrechtlichen Bedenken überwiegt. Landes- und Bevölkerungsgröße sind weitere Faktoren, die die Einführung eines flächendeckenden, einheitlichen Gesundheitsinformationssystems begünstigen: Estland ist kaum größer als manche Region in Deutschland. Für regional begrenzte, populationsbezogene integrierte Versorgung mit einem sektorübergreifenden Ansatz könnte das estnische Gesundheitsinformationssystem ein Referenzmodell sein.

## Estland: Leistungsbezogene Boni für Hausärzte

Im Januar 2006 führte Estland eine neue leistungsbezogene Vergütung für Hausärzte ein. Ärzte können zusätzlich zu der Kopfpauschale pro eingeschriebenem Versicherten einen Bonus von rund 250 Euro pro Monat erhalten, wenn sie bestimmte Leistungen erbringen. Ausgangspunkt sind die Performance-Daten des Vorjahres.



### Ziele der leistungsbezogenen Vergütung für Hausärzte in Estland

Mit der Anreizvergütung will Estland:

- die Chronikerversorgung optimieren (besseres Monitoring der Erkrankung, weniger Krankenhauseinweisungen),
- die Effektivität und Qualität von Präventionsmaßnahmen in der Primärversorgung verbessern und
- die Sterblichkeit durch vermeidbare Infektions- und Kinderkrankheiten reduzieren.

### Klinische Bereiche leistungsbezogener Boni

- Impfungen
- Screening: Bluthochdruck, Blutfette, Blutzucker, Brustkrebs
- Begleitung von Regelschwangerschaften
- Kleinere chirurgische Eingriffe

Für diese Bereiche wurden Prozessindikatoren als Zielwerte festgelegt. So müssen Ärzte unter anderem an allen bei ihnen eingeschriebenen Typ-II-Diabetikern jährlich neun vorgegebene Tests durchführen, um sich für den Bonus zu qualifizieren.

### Ärzte zeigen Interesse, doch Teilnahme lohnt sich noch nicht für alle

Die Anreizvergütung wurde sofort landesweit eingeführt; das erste Jahr galt als Pilotphase. Die Hausärzte reichen einmal im Jahr elektronische Berichte über das Erreichen der gesetzten Ziele bei der Krankenkasse ein. Diese gleicht die Berichte mit ihren Leistungsdaten ab.

- Im Testjahr 2006 haben sich mit 500 Teilnehmern 63 % aller Hausärzte für die leistungsbezogene Vergütung registriert.
- Neun von ihnen, also nur 2 %, erhielten den maximalen Bonus von 250 Euro pro Monat; 21 Teilnehmer erhielten 80 %, 110 den halben Bonus und 360 Ärzte nur ein Viertel.
- Im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern nahmen die teilnehmenden Ärzte häufiger die gewünschten Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen vor und leisteten ein besseres Monitoring bei ihren chronisch kranken Patienten. Nur bei der Krebsvorsorge zeigte sich kein signifikanter Unterschied.
- Über die Höhe der Bonuszahlungen und die Zielwerte wird noch diskutiert. Experten empfinden den Bonus als zu gering für die sehr hohen Zielvorgaben.

### Den Lotsen belohnen

Eine Kombination aus Pauschalvergütungen und gezielten Bonuszahlungen ist auch als steuernder Anreiz für die ambulante Versorgung in Deutschland denkbar. Man kann die Mischvergütung in die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung aufnehmen, um die Koordinationsfunktion der Hausärzte – Hausarzt als Lotse – durch entsprechende Zusatzzahlungen attraktiver zu machen. Auch bei der integrierten Versorgung kann die Anreizvergütung eine tragende Rolle spielen – einige Verträge enthalten bereits entsprechende Elemente.

Mit dem EBM 2008 werden ab Juli für deutsche Hausärzte 13 Qualitätszuschläge eingeführt, unter anderem für Leistungen wie Sonografie, Langzeit-EKG oder Chirotherapie. Sie sollen abgerechnet werden können, wenn ein Hausarzt bestimmte Geräte vorhält und anwendet beziehungsweise über eine bestimmte Qualifikation verfügt.

## Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

### Plattform für gesundheitspolitische Information und Analyse

Seit 2003 berichten die Netzwerkpartner zweimal jährlich über gesundheitspolitische Ideen und aktuelle Entwicklungen in den 20 Partnerländern. Das Netzwerk fungiert als Clearinghouse für gesundheitspolitische Reformprozesse und Gestaltungsoptionen.

### www.HealthPolicyMonitor.org

Kernstück des HealthPolicyMonitors ist eine umfangreiche Internetdatenbank mit derzeit knapp 700 Berichten. Die nutzerfreundliche und barrierefreie Suchmaschine macht gezielte Recherchen möglich.

#### Die Partner



**Australien**  
Centre for Health, Economics Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney

**Dänemark**  
Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense

**Deutschland**  
– Bertelsmann Stiftung, Gütersloh  
– Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MIG), Technische Universität, Berlin

**Estland**  
PRAXIS Center for Policy Studies, Tallinn

**Finnland**  
National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Helsinki

**Frankreich**  
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris

**Großbritannien**  
LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science

**Israel**  
Smokler Center for Health Policy Research, The Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem

**Japan**  
Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University, Kyoto

**Kanada**  
Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa

**Neuseeland**  
Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland

**Niederlande**  
Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ), Faculty of Health Sciences, University of Maastricht

**Österreich**  
Institut für Höhere Studien (IHS), Wien

**Polen**  
Institute of Public Health, Jagiellonian University Medical College, Krakow

**Schweiz**  
Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano

**Singapur**  
Department of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore (NUS)

**Slowenien**  
Institute of Public Health of the Republic of Slovenia (IVZRS), Ljubljana

**Spanien**  
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona

**Südkorea**  
Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University

**USA**  
– Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco  
– Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore