

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Kontext

- Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik fungiert als **Clearinghouse** für gesundheitspolitische Reformprozesse und Gestaltungsoptionen.
- Wie funktioniert Gesundheitspolitik anderswo und warum?
- Was können wir von anderen lernen?
- Wo im Ausland finden sich Beispiele guter Praxis?

Maßnahmen

- Seit März 2003 berichten Experten aus derzeit **weltweit 20 Industrieländern zweimal jährlich** zu aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik: Wir erheben zeitnahe Informationen über gesundheitspolitische Ideen, Reformansätze und deren Wirkungsweise. Der Schwerpunkt der Befragung liegt auf der qualitativen Bewertung der Gestaltungsprozesse in Gesundheitssystemen.
- Expertenmeinungen: Die Berichtersteller des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik geben anhand von fünf aussagekräftigen Kriterien zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen ihre Einschätzung ab:

Grad der Innovation	traditionell	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	innovativ
Grad der Kontroverse	konsensual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	sehr kontrovers
Strukturelle Wirkung	marginal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	fundamental
Medienpräsenz	sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	sehr hoch
Übertragbarkeit	sehr systemabhängig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	systemneutral

- Unter www.healthpolicymonitor.org finden alle gesundheitspolitisch Interessierten unsere Online-Datenbank mit derzeit mehr als 500 ausführlichen Berichten über gesundheitspolitische Entwicklungen und Reformansätze aus dem Zeitraum September 2002 bis Oktober 2006. Die nutzerfreundliche und barrierefreie Suchmaschine macht gezielte Recherchen nach Ländern, Themen, politischen Entscheidungsphasen und Akteuren sowie treibenden Reformkräften möglich.
- Seit November 2005 kooperiert das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, einem Programm des WHO-Regionalbüros für Europa.

Zielgruppen

- Entscheider im deutschen Gesundheitswesen aus Politik, Selbstverwaltung und Wirtschaft
- Interessierte Fachöffentlichkeit
- Entscheider im europäischen und internationalen Kontext

Unsere Partnerinstitute

<p>Dänemark Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense</p> <p>Deutschland - Bertelsmann Stiftung, Gütersloh - Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MIG), Technische Universität, Berlin</p> <p>Estland PRAXIS Center for Policy Studies, Tallinn</p>	<p>Finnland National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Helsinki</p> <p>Frankreich Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris</p> <p>Großbritannien LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science</p>	<p>Niederlande Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ), University of Maastricht</p> <p>Österreich Institut für Höhere Studien (IHS), Wien</p> <p>Polen Institute of Public Health, Jagielloonian University Medical College, Krakau</p>	<p>Schweiz Institute of Microeconomics and Public Finance (Mecop), Università della Svizzera Italiana, Lugano</p> <p>Slowenien Institute of Public Health of the Republic of Slovenia (IPIZRS), Ljubljana</p> <p>Spanien Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut, CRE), University Pompeu Fabra, Barcelona</p>
---	--	--	---

Kanada
Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa

USA
- The Commonwealth Fund, New York
- Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco
- John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Department of Health Policy and Management, Baltimore

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

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

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

Japan
Hokkaido University Public Policy School (HOPS), Sapporo

Republik Korea (Südkorea)
Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University

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

Kontakt

Sophia Schlette, MPH
sophia.schlette@bertelsmann.de

Kerstin Blum
+49 5241 81-81419
kerstin.blum@bertelsmann.de

Neue Kunden: Gesund im Alter

Hohe Lebenserwartung und Lebensqualität bis ins Alter sind wesentliche soziale und wirtschaftliche Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. Damit verbunden ist in allen Industrienationen ein wachsender Gesundheitsmarkt für Ältere, der von speziellen Angeboten der Gesundheitsförderung bis hin zu individuellen Formen der Betreuung und Unterstützung im Alltag reicht.

Gesundheitsförderung für Senioren in Israel

Maccabi Health Services, mit 25 % Marktanteil zweitgrößter Krankenversicherer in Israel, hat sich einer besseren Betreuung seiner älteren Versicherten verschrieben. Ein Pilotprogramm überzeugte Ältere und ihre Hausärzte von der Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.



Zum Programm gehören:

- Impfungen gegen Grippe und Lungenentzündung
- Regelmäßige Hör- und Sehtests
- Ernährungsberatung
- Kostenlose Angebote für Sport und Bewegung
- Betreuung nach Stürzen und Sturzprävention

Mehr Gesundheit im Alter durch Vorsorge und Information

- Bei regelmäßigen Terminen mit ihrem Hausarzt wird der Gesundheitszustand älterer Patienten überprüft und ein maßgeschneiderter Gesundheitsplan (weiter-)entwickelt.
- Fortbildungen und Informationsmaterial für Ärzte informieren über spezielle Gesundheitsbedürfnisse Älterer und machen auf häufige Probleme aufmerksam.
- In Gesundheitskursen erhalten die Patienten Beratung zu Ernährung, Bewegung und Möglichkeiten der Sturzprävention. Kostenlose Sportangebote fördern Bewegung und soziale Kontakte.

Evaluationsergebnisse: Positive Effekte, aber nicht ohne Kosten

- Während der Erprobung leisteten die teilnehmenden Ärzte für alle ihre älteren Patienten, nicht nur innerhalb des Projekts, eine **individuellere, gezieltere Betreuung** mit einem größeren Anteil an Prävention und Gesundheitsförderung.
- Die **Patienten beteiligten sich aktiv** am Projekt und zeigten eine hohe Bereitschaft, selbst zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands beizutragen. Ihre **Zufriedenheit** mit der medizinischen Versorgung stieg und erste Verbesserungen ihrer gesundheitlichen Situation konnten nachgewiesen werden.
- Aber: Die **Zeit**, die Ärzte in Israel für den einzelnen Patienten haben, reicht für diese Form der persönlichen Betreuung nicht aus.
- Nach Ende des Programms und der damit verbundenen **Anreize** (finanzielle Boni für Ärzte, kostenlose Angebote für Patienten) nahm der Einsatz beider Gruppen drastisch ab.
- Maccabi will das Gesundheitsförderungsprogramm für Senioren überarbeiten und weiterführen. Dabei müssen dauerhafte Anreize für Patienten und Ärzte eingeplant werden. Zudem will man soziale **Pflegedienste** einbinden, die in der Gesundheitsförderung für Ältere eine große Rolle spielen und bisher außen vor gelassen wurden.

Warum für Deutschland interessant

- Ernährung und körperliche Aktivität sind wesentliche Einflussfaktoren für Gesundheit im Alter. Im internationalen Vergleich sind ältere Menschen in Deutschland besonders häufig übergewichtig: Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer über sechzig Jahre leiden an **Adipositas** (Body-Mass-Index über 30). Normalgewichtig mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 sind dagegen nur etwa jede fünfte Frau und noch weniger Männer dieser Altersgruppe.
- Auf die Bedürfnisse einzelner **Zielgruppen** zugeschnittene Angebote für **Gesundheitsförderung und Prävention** könnten hier entgegenwirken und Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit erhöhen.
- Die Reformen der letzten Jahre haben den **Wettbewerb zwischen den Krankenkassen** gestärkt. Dabei werden Anreize zur Risikoselektion ab 2009 durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich behoben. Durch **spezifische Versorgungsangebote**, beispielsweise für Ältere, könnten Krankenkassen dann im Wettbewerb punkten.

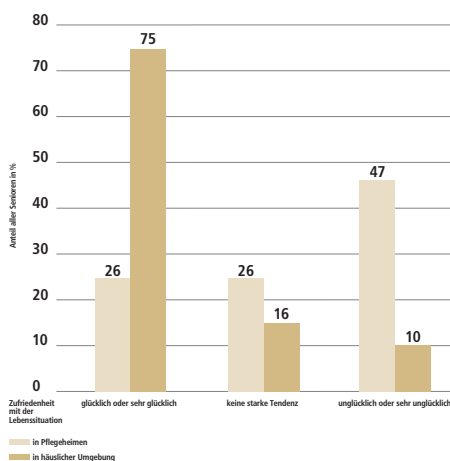
»Ageing in Place« in Neuseeland

Die Regierung Neuseelands hat in der »Health of Older People Strategy« (2002) ambitionierte Ziele formuliert, um Gesundheit und Lebensqualität älterer Mitbürger zu verbessern. Zentrales Element ist die Neuausrichtung der Langzeitpflege: weniger stationäre Betreuung und mehr flexible, individuelle Lösungen, durch die Senioren möglichst lange zu Hause wohnen bleiben können. Die 21 District Health Boards, die für die Leistungserbringung und -steuerung verantwortlich sind, müssen die Strategie bis 2010 umsetzen. Sie haben drei Ansätze getestet und im Jahr 2006 evaluiert.

Drei Pilotprojekte für bessere häusliche Pflege

- **Promoting-Independence-Programme (PIP):**
Nach einem Krankenhausaufenthalt werden ältere Patienten besonders intensiv betreut: bis zu 12 Monate in einer Rehabilitationsklinik und dann nochmals bis zu 12 Monate zu Hause. Ziel ist die vollständige Genesung, damit die Patienten in ihrer häuslichen Umgebung wieder möglichst selbständig leben können.
- **Coordination of Services for Elderly (COSE):**
Ein »Betreuungskordinator« identifiziert gemeinsam mit Hausarztpraxen den individuellen Pflegebedarf. Er sucht haupt- und ehrenamtliche Angebote für Pflege und häusliche Dienstleistungen am Wohnort und koordiniert die individuellen Betreuungspakete.
- **Flexible Integrated Restorative Teams (FIRST):**
FIRST umfasst individuelles Versorgungsmanagement, eine flexible Betreuungsstruktur und eine pauschalisierte Finanzierung. So kann sich die Betreuung an den täglichen Bedarf des Patienten anpassen. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand, kann der Patient übergangsweise in einem Altenpflegeheim untergebracht werden. Bessert sich sein Zustand, kehrt er nach Hause zurück und wird bei der sozialen Reintegration unterstützt.

Neuseelands Senioren glücklicher zu Hause



Quelle: University of Auckland, ASPIRE, 26.09.2006 | BertelsmannStiftung

Evaluationsergebnisse

- Ältere Menschen mit hohem oder komplexem Betreuungsbedarf, die bisher stationär versorgt worden wären, konnten bei gleicher **Qualität** zu Hause betreut werden. Für Pflegekräfte stellte die neue Betreuungsform keine größere Belastung dar.
- Die Evaluation bewies die **klinische Effektivität** aller drei Projekte im Vergleich zum bisherigen Betreuungsstandard. Sie reduzierten:
 - die Zahl der Krankenhauseinweisungen
 - die Tage, die Patienten in Pflegeeinrichtungen verbrachten
 - das Mortalitätsrisiko
- Die **Kosten** der Betreuung waren bei allen drei Projekten höher als in der üblichen Betreuung.

Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Evaluierung – Durchschnittswerte

	PIP	COSE	FIRST
Kosten des Programms pro Person pro Jahr	\$ 40.560	\$ 13.936	\$ 46.256
Kosten der Standardbetreuung pro Person pro Jahr	\$ 32.732	\$ 13.779	\$ 32.413
Zusätzliche Kosten des Programms pro Person pro Jahr im Vergleich zur Standardversorgung	\$ 7.828	\$ 157	\$ 13.843
Gewonnene Tage in häuslicher Umgebung	23 Tage	8 Tage	51 Tage
Gewonnene Lebensstage	1 Tag	1 Tag	35 Tage

Quelle: University of Auckland, Economic Evaluation of ASPIRE, 31.10.2006

| BertelsmannStiftung

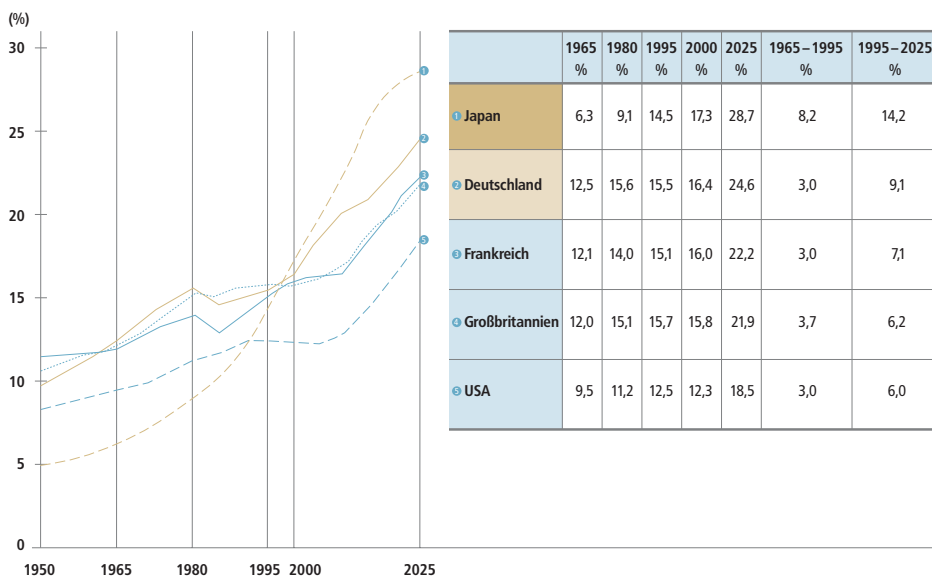
Warum für Deutschland interessant

- Der »**Runde Tisch Pflege**« hat 2003–2005 die Situation der häuslichen Betreuung und Pflege in Deutschland analysiert und eine Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen gefordert.
- Viele Forderungen entsprechen den neuseeländischen Zielen: Die Leistungen ambulanter Pflegedienste sollen an **Bedarf, Umgebung und Alltag der Hilfebedürftigen** angepasst werden. Die selbständige Lebensführung im Alter soll durch neue **Wohn- und Betreuungsformen** abgesichert werden. Die **Koordination** von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche soll gestärkt werden: durch vernetzte Angebote vor Ort (Care Management) und durch individuell angepasste Betreuungsangebote (Case Management).
- Auch in Deutschland gibt es **innovative Projekte** zur Verbesserung der häuslichen Betreuung und Pflege; Beispiele hat der »Runde Tisch Pflege« in seiner Abschlussdokumentation zusammengetragen. Kosten und Nutzen wurden jedoch kaum evaluiert.

Japan wirbt um philippinische Pflegekräfte

Der demografische Wandel bedeutet für viele Menschen gewonnene Lebensjahre, in denen jedoch oft Unterstützung im Alltag notwendig wird. Der steigende Bedarf an Dienstleistungen in Pflege und Haushalt führt zu einer größeren Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften. Japan, das noch schneller altert als Deutschland, wirbt deshalb Personal aus dem Ausland an.

Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung wächst:



Quelle: Ministerium für Finanzen, Japan (www.mof.go.jp)

BertelsmannStiftung

Mit Einwanderung gegen drohenden Pflegenotstand

- Japan hat bisher die Einwanderung **streng reglementiert** und kaum langfristige Arbeitsvisa an Ausländer vergeben. Der Anteil aller Ausländer in Japan (legal und illegal) liegt nur bei ungefähr 1,5 %.
- Ein auf zunächst zwei Jahre angelegtes **Freihandelsabkommen** mit den Philippinen vom September 2006 öffnet den japanischen Arbeitsmarkt erstmals für ausländische Fachkräfte. Es ermöglicht 400 philippinischen Fachkräften aus der medizinischen und 600 Kräften aus der sozialen Pflege einen zunächst befristeten Aufenthalt. Die ersten Einwanderer werden im Frühjahr 2007 erwartet.
- Ziel ist, die Entstehung eines **illegalen Arbeitsmarktes** in der Pflege von vornherein zu verhindern. Doch die Maßnahme könnte trotz allem zu kurz greifen: In naher Zukunft droht Japan ein Mangel von bis zu 40.000 Kräften in der medizinischen Pflege und bereits heute klagen mehr als 60 % der Einrichtungen in der Altenpflege über einen Mangel an qualifiziertem Personal.

Einladung mit strengen Auflagen

Die Einladung an philippinische Pflegekräfte ist an hohe Anforderungen gebunden:

- Die philippinische Regierung wählt aus allen Bewerbern, die eine Ausbildung in der Pflege absolviert haben müssen, 1.000 Kandidaten aus. Sie absolvieren zunächst einen **sechsmonatigen Japanisch-Sprachkurs**.
- Danach folgt eine erneute **Ausbildung** in japanischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Diese müssen den Philippinern die gleichen Arbeitsbedingungen und Löhne wie Japanern bieten.
- Für eine dauerhafte Arbeitserlaubnis müssen die Kandidaten das reguläre japanische Examen für Pflegekräfte innerhalb von drei bis vier Jahren bestehen. Vor allem die sprachlichen Anforderungen könnten dabei eine unüberwindliche Hürde darstellen.

- Die hohen Barrieren sind im Sinne der japanischen Gewerkschaften, die Konkurrenz für einheimische Fachkräfte fürchten. Sie könnten aber die philippinischen Pflegekräfte abschrecken, die wegen ihrer ohnehin **hohen Qualifikation** in Saudi-Arabien, Europa und den USA sehr gefragt sind. Jedes Jahr wandern ca. 8.000 medizinische Pflegekräfte in diese Länder aus.

Warum für Deutschland interessant

- Auch Deutschland hat **nicht genug Pflegekräfte**. Sozialverbände sprechen bereits heute von 40.000 fehlenden Fachkräften in Deutschland und erwarten aufgrund der demografischen Entwicklung einen deutlichen Anstieg in den nächsten Jahren.
- Seit 2005 dürfen Arbeitnehmer aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten in Mitteleuropa legal in deutschen Haushalten beschäftigt werden, allerdings nur als **Haushaltshilfe** ohne Erlaubnis für pflegerische Tätigkeiten. Arbeitszeit und Gehalt müssen dabei tariflichen Bedingungen entsprechen und der Arbeitgeber muss den Sozialversicherungsanteil zahlen.
- Schätzungen zufolge arbeiten zwischen 70.000 und 300.000 Pflegekräfte illegal in deutschen Haushalten. Gerontologie-Experten des Deutschen Zentrums für Altersfragen warnen davor, **diese Pflegekräfte** zu verteuern: Ohne sie sei die ambulante Pflege in Deutschland kaum noch denkbar. Stattdessen müssten **flexible neue Lösungen** für die ambulante Pflege gefunden werden.

Neue Vernetzung: Koordination der Versorgung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2005 fehlende Koordination als Hauptgrund für Qualitätsmängel in der deutschen Gesundheitsversorgung identifiziert. Auch in vielen anderen Ländern ist die Versorgung traditionell stark segmentiert. International existieren aber inzwischen zahlreiche kreative Ansätze, die eine stärkere Koordination der Versorgung zum Ziel haben und dabei an unterschiedlichen Ebenen ansetzen.

US-amerikanische Ärzte wollen ein Zuhause für Patienten

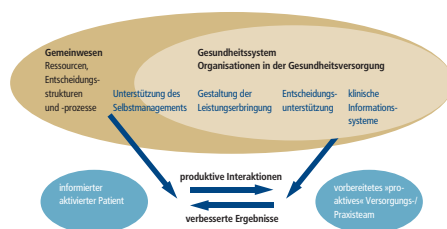
Das American College of Physicians stellte im Sommer 2006 ein Konzept für die Neugestaltung der Primärversorgung vor. Arztpraxen sollen sich als »Advanced Medical Home« zertifizieren lassen, wenn sie:

- umfassende patientenorientierte Versorgung anbieten – im Zentrum steht die dauerhafte Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt und Praxisteam,
- evidenzbasierte Richtlinien und passende IT-Lösungen anwenden,
- regelmäßig Best-Practice-Modelle aufgreifen.

Vorbild: Das Chronic-Care-Modell

Als Goldstandard für die Versorgung chronisch Kranker gilt seit geraumer Zeit das »Chronic Care Model« (CCM) von Ed Wagner, Seattle, in das US-Erfahrungen der vergangenen 15 Jahre eingeflossen sind. Das CCM beschreibt den idealen Versorgungstypus, der Leistungserbringer, Patienten, Angehörige und kommunale Infrastruktur miteinander vernetzt. Mit dem »Advanced Medical Home« wird es zur Grundlage einer neuen Form der Primärversorgung.

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



Quelle: Wagner, MacCall Institute for Healthcare Innovation, 1996. Deutsche Übersetzung: Gensichen, Knips, Schlette 2006. | Bertelsmann Stiftung

Die Vision des »Advanced Medical Home«

- Hausarzt und Praxisteam sind mit einem multiprofessionellen Versorgungsteam vernetzt, zu dem beispielsweise Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Physiotherapeuten oder Apotheker gehören können. Sie leisten gemeinsam patientenorientierte, langfristige Betreuung.
- Hausarzt und Praxisteam dienen Patienten und Angehörigen als Lotsen durch das System.
- Der Patient wird durch verständliche Information und gemeinsame Entscheidungsfindung in die Versorgung eingebunden und übernimmt durch Selbstmanagement Mitverantwortung für seine Gesundheit.
- Eine neue Vergütungsstruktur in der Primärversorgung honoriert die koordinierte Versorgung, den Einsatz effizienzsteigernder Instrumente und nachgewiesene Qualität.

Umsetzung: US-Kongress beschließt Medical-Home-Pilotprojekt

Im Dezember 2006 hat der US-Kongress ein dreijähriges Pilotprojekt zum Medical Home im Rahmen des staatlichen Versicherungsprogramms für Senioren (Medicare) beschlossen. Teilnehmende Ärzte erhalten aus dem Budget für Leistungen des Versorgungsmanagements eine zusätzliche Vergütung und werden zu 80 % an den Einsparungen beteiligt, die die Medical Homes erzielen sollen. Sparpotenziale wurden unter anderem in seltener auftretenden Komplikationen und weniger Krankenhausaufenthalten gesehen. Das Gesundheitsministerium arbeitet zunächst Details der neuen Vergütungsstruktur aus, dann startet das Projekt in acht Bundesstaaten.

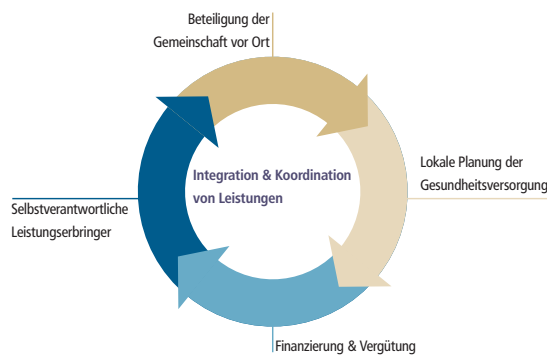
Warum für Deutschland interessant

- Der Patient und seine Familie stehen im Zentrum der Versorgung, die Arzt-Patient-Beziehung wird gestärkt.
- CCM und Medical Home fördern Eigenverantwortung und Selbstmanagement der Patienten.
- Beide Modelle verbessern die Koordination der Versorgung durch Vernetzung der verschiedenen Professionen.
- Attraktive Anreize fördern technische Innovationen, Qualität und Effektivität in den Praxen.

Koordination auf lokaler Ebene in Kanada

Kanada setzt seit den 90er Jahren auf lokale Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Mitte 2004 verabschiedete sich auch die Provinz Ontario von der regionalen Verwaltungsstruktur ihres Gesundheitssystems und richtete 14 lokale Versorgungsnetzwerke ein: die **Local Health Integration Networks (LHIN)**. Mit Ontario haben so alle 17 Provinzen in Kanada ein gemeindebasiertes Gesundheitssystem.

Ontario: Lokale Versorgungsnetzwerke stärken Integration und Kooperation vor Ort



Ziele:

- Nahtlose Versorgung aus einem Guss für Patienten, Minimierung von Schnittstellen
- Bessere Übereinstimmung von erbrachten Leistungen mit den vielfältigen Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen
- Effektive Nutzung von Ressourcen und Kapazitäten im System

Quelle: Webseite des Ministeriums für Gesundheit und Langzeitpflege, Provinz Ontario (www.hlns.on.ca)

BertelsmannStiftung

Die Vision hinter Ontarios Versorgungsnetzwerken

- Der **Zugang** zum System basiert auf den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patienten.
- Patienten haben **Wahlmöglichkeiten**: Im Gegensatz zu anderen Regionen sind die Netzwerkgrenzen in Ontario für Patienten durchlässig.
- Die **bevölkerungsorientierte Versorgung** behält die Bedürfnisse aller Bewohner der Region im Blick.
- Es gibt klare Ziele für **strategische Entscheidungen** in Politik, Unternehmens- und Informationsmanagement sowie eine **Evaluation** der Ergebnisse.
- Leistungserbringer, Politik, Verwaltung und Bürger teilen sich die **Verantwortung**.

Umsetzung: Die Einrichtung der lokalen Versorgungsnetzwerke

- Alle Beteiligten im Gesundheitswesen waren in Planungen eingebunden – von Kommunalpolitik über Wissenschaft, Berufsverbände und Interessengruppen bis hin zu Patientenvertretungen und Bürgervereinen.
- Das Gesundheitsministerium der Provinz Ontario definierte die geografischen Grenzen der Versorgungsnetzwerke. Es setzte für jedes LHIN einen Verwaltungsrat ein, der durch lokal nominierte Mitglieder ergänzt wurde.
- Lokale Akteure des Gesundheitswesens erarbeiteten in Workshops Möglichkeiten, die Versorgung in ihrer Gemeinde zu koordinieren. Sie wurden beraten von einer überregionalen Expertengruppe.
- LHINs tragen ab 1. April 2007 die Verantwortung für die Integration der Versorgung. Sie erhalten Finanzmittel vom Gesundheitsministerium Ontarios, mit dem sie eine Arbeitsvereinbarung für das kommende Jahr treffen. LHINs können Verordnungen erlassen, Kommissionen einsetzen und Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern ihrer Region abschließen.

Warum für Deutschland interessant

- Anders als »Runde Tische« in Deutschland können die kanadischen Netzwerke nicht nur Empfehlungen abgeben, sondern **versorgungsrelevante Entscheidungen** treffen. Sie sind gegenüber dem Gesundheitsministerium der Provinz rechenschaftspflichtig.
- Versorgungsnetzwerke vor Ort können die Gesundheitsversorgung besser planen, koordinieren und integrieren und dabei gezielt auf die **Bedürfnisse der Bevölkerung** und die spezifischen Prioritäten der Region eingehen.
- **Institutionelle Barrieren** gegen Integration und Koordination können durch Kontakte vor Ort leichter abgebaut werden.
- Die **Gesundheitseinrichtungen vor Ort** – Krankenhäuser, ambulante Gesundheitszentren, Pflegeheime und ambulante soziale Dienste – bleiben bestehen.

Nurse Practitioners verbinden medizinische Versorgung und Pflege

Definition

Nurse Practitioners (NPs) sind Pflegekräfte mit einer akademischen Zusatzqualifikation. Der Beruf existiert in den USA seit den 60er Jahren, seit kürzerem auch in Neuseeland, Kanada und einigen europäischen Ländern. NPs leisten eigenverantwortlich Diagnose und Behandlung in der Primärversorgung und verbinden medizinische Versorgung mit Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung.

Beispiel Niederlande

- Auch unsere Nachbarn in Holland kämpfen gegen den Mangel an Hausärzten und Pflegekräften.
- Seit 2000 werden NPs an fünf niederländischen Hochschulen ausgebildet.
- NPs sind in der Primärversorgung und in Krankenhäusern tätig. Sie übernehmen neben pflegerischen Funktionen einen Teil der Aufgabenbereiche von Ärzten.
- Wissenschaftliche Studien zeigen:
 - NPs erbringen in Primärversorgung, Gesundheitsförderung oder Routine-Management von chronischen Krankheiten ebenso hohe **Qualität** wie Ärzte.
 - NPs in Versorgungsteams führen nicht zu einer Arbeitsentlastung der Allgemeinmediziner. NPs arbeiten also nicht als Ersatz für Ärzte, sondern **erweitern das Angebot der Versorgungsleistungen**.
 - NPs verfügen über **hohe soziale Kompetenz** – mit positiven Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit.

Quellen: Horrocks et al. 2002, Laurant et al. 2004, www.bmj.com.

Beispiel Neuseeland

- Neuseeland führte im Jahr 2000 Nurse Practitioners als neuen Beruf ein, um Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Ziele:
 - **Koordinierte Betreuung** zwischen ambulanter Versorgung, Krankenhaus und Sozialdiensten im lokalen Umfeld des Patienten
 - **Sicherung des Zugangs** zu Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen
 - **Gemeindebasierte, bevölkerungsorientierte Versorgung** mit stärkerer Gesundheitsförderung und Prävention
- Seit 2005 dürfen NPs Arzneimittel verschreiben. Dabei gelten strenge Anforderungen an Aus- und Fortbildung sowie regelmäßige Kompetenz- und Qualitätsnachweise.

Warum für Deutschland interessant

- Deutschlands ländlichen Regionen gehen langsam die Hausärzte aus. Unter dem Namen **AGNES** testet die Universität Greifswald gemeinsam mit mehreren Bundesländern die medizinische Primärversorgung durch universitär ausgebildete Gemeindefachpersonen. Solche und andere innovative Versorgungsprojekte können aus internationalen Erfahrungen Nutzen ziehen.
- Die Große Koalition will **nichtärztliche Heilberufe** stärker in die medizinische Versorgung einbinden. Das GKV-WVG sieht vor, nicht-ärztliche Heilberufe und Leistungen des SGB XI in Verträge der integrierten Versorgung aufzunehmen.
- Durch die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen steigen die **Nachfrage** nach und die **Qualitätsanforderungen** an Pflege.
- Die **Reform der Berufsqualifikationen** in der Pflege und eine engere **Verzahnung mit medizinischer Versorgung** sind daher notwendig.



Neue Offenheit: Transparenz über Versorgungsqualität

Mehr Transparenz über die Qualität medizinischer Versorgung ist in vielen Ländern gesundheitspolitische Priorität. Die Veröffentlichung übersichtlicher und leicht verständlicher Daten soll Patienten bei der informierten Wahl eines Versorgers unterstützen und Leistungserbringern per Vergleich zusätzliche Anreize zu Qualitätssteigerungen geben.

Dänemark: Webportal zur Qualität stationärer Versorgung

- Im Oktober 2006 ist ein Webportal an den Start gegangen, das die Qualitätsdaten dänischer Krankenhäuser auch für **Laien verständlich** präsentiert.
- Es enthält Informationen über fünf Bereiche:
 - Ausstattung der Klinik
 - Patientensicherheit
 - Patientenzufriedenheit
 - Hygiene und Infektionsraten
 - Wartezeiten
- Besucher der Seite können jeweils Unterpunkte auswählen und erhalten eine **übersichtliche Auflistung** der Daten aller Kliniken.
- Die Initiative erfolgte durch die **dänische Regierung**. Die für die Krankenhausversorgung zuständigen Bezirke und die Kliniken sehen das Webportal kritisch und bemängeln Vergleichbarkeit und Validität der Daten.

Frankreich: Benchmarks zur Verringerung von Krankenhausinfektionen

- Das französische Gesundheitsministerium entwickelt seit 2003 mit Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen **Indikatoren** zur Messung der Qualität stationärer Versorgung.
- Betrachtet werden nicht die Infektionsraten der Häuser, sondern ihr **Einsatz bei der Vermeidung von Infektionen**: der jährliche Verbrauch von antiseptischen Handwaschmitteln, das Auftreten postoperativer Wundinfektionen und die Antibiotika-Anwendung.
- Im Februar 2006 erschien ein erstes **Ranking zu Krankenhausinfektionen**. Im Internet können die Daten aller französischen Kliniken verglichen werden.
- Eine **Erweiterung der Qualitätsindikatoren** ist in Arbeit. 40 Krankenhäuser beteiligen sich an einem Pilotprojekt, in dem weitere Faktoren wie Patientenzufriedenheit oder Wartezeiten erhoben werden.



Warum für Deutschland interessant

- 86% der Deutschen wünschen sich Qualitätsdaten über Krankenhäuser.
- Aber es fehlt an flächendeckenden und unabhängigen Informationen: Ein zersplittertes, größtenteils **unübersichtliches Informationsangebot** erschwert die Orientierung und findet nicht das nötige Vertrauen.
- Nur 19% der Bevölkerung wissen, dass seit September 2005 die **Qualitätsberichte** der deutschen Krankenhäuser online veröffentlicht werden (nach § 137 SGB V); und gerade 4% haben die Internetseite besucht.
- Die Qualitätsberichte sind für Laien nur schwer verständlich. **Behandlungsbezogene Vergleiche** verschiedener Leistungsanbieter sind in Deutschland immer noch kaum möglich.

Quelle: Gesundheitsmonitor 2006

Projekt: • WEISSE Liste

Mit dem Vorhaben »Weiße Liste« reagiert die Bertelsmann Stiftung auf diese Problematik. Sie arbeitet an einem unabhängigen und ausschließlich an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Internetportal. Leicht verständliche Informationen über das Angebot und die Qualität von Krankenhäusern, später auch anderer Leistungsanbieter, werden Patienten als Entscheidungshilfe dienen.

Bezogen auf den individuellen Anlass können Patienten Strukturinformationen zur Ausstattung, die jeweiligen Kompetenzschwerpunkte und die Behandlungsqualität der Leistungserbringer recherchieren. Die Qualitätsinformationen werden, soweit das möglich ist, für das gesamte Bundesgebiet zusammengestellt und mittels standardisierter Methoden auf nationaler Ebene vergleichbar sein. Neben dem Portal wird auch eine Informationsvermittlung über Patientenberatungsstellen und Telefon-Hotlines angestrebt. Langfristiges Ziel ist es, eine vertrauenswürdige und unabhängige Erkennungsstelle für Transparenz im Gesundheitswesen zu etablieren.

Kontakt

Uwe Schwenk
+49 5241 81-81418
uwe.schwenk@bertelsmann.de

Kampagnen gegen medizinische Fehler in den USA

2004 ergriff das Institute for Healthcare Improvement (IHI) die Initiative, um das seit geraumer Zeit getrübe Ansehen US-amerikanischer Krankenhäuser zu rehabilitieren.

Ist Irren menschlich?

- Im November 1999 hatte das renommierte Institute of Medicine die amerikanische Öffentlichkeit mit der Studie »**To Err is Human**« erschüttert.
- Die Studie wies nach,
 - dass in US-Krankenhäusern jedes Jahr **44.000–98.000 Patienten an den Folgen medizinischer Fehler** sterben.
 - dass vermeidbare Fehler in der medizinischen Betreuung in den USA die **häufigste Todesursache** sind.
 - dass die Ursache meist nicht beim medizinischen Personal, sondern im **Gesundheitssystem oder im Management der einzelnen Häuser** liegt. System und/oder Prozessorganisation verleiten dazu, Fehler zu machen oder sie nicht zu verhindern.



100.000 Lives Campaign

- Die beteiligten Krankenhäuser nahmen sich vor, durch die freiwillige Einführung einer Reihe **kostenneutraler Interventionen** die Qualität der Versorgung zu erhöhen und die Sterblichkeitsrate innerhalb von 18 Monaten um 100.000 Fälle zu senken.
- Die Kampagne »100.000 Leben« war ein großer Erfolg: 3.100 Krankenhäuser in öffentlicher, privater und Non-Profit-Trägerschaft nahmen teil. Die **Mortalitätsrate** war zum Stichtag im Juni 2006 um **122.000 Fälle gesunken**.
- Die **öffentliche Resonanz** war sehr positiv. Die Kampagne erhielt die Unterstützung aller bedeutenden Verbände und Institutionen der Gesundheitsversorgung.

5 Million Lives Campaign

- Im Dezember 2006 startete das IHI eine Folgekampagne. Binnen **24 Monaten** sollen Patienten vor **5 Millionen Schadensfällen** durch Fehler in der medizinischen Versorgung bewahrt werden.
- Als »**medizinischen Schaden**« definiert das IHI eine nicht beabsichtigte Verletzung, die als Resultat der medizinischen Versorgung entsteht, zusätzliche Behandlung notwendig macht oder sogar zum Tod des Patienten führt.
- Durch die Einführung **evidenzbasierter Interventionen** sollen 12 der häufigsten Komplikationen während der stationären Behandlung vermieden werden.
- Die 5-Millionen-Leben-Kampagne will 4.000 Krankenhäuser gewinnen und stellt **Informationsmaterial** und **detaillierte Anweisungen** zur Umsetzung zur Verfügung.

Warum für Deutschland interessant

- Es gibt in Deutschland **keine umfassende Statistik** über medizinische Fehler und daraus resultierende Todesfälle. Internationale Studien deuten jedoch auf ähnliche Zahlen hin.
- Einige deutsche Träger stellen sich freiwillig der Debatte um Qualität in ihren Krankenhäusern. Sie erreichen durch **Transparenz und Risikomanagement** deutliche Verbesserungen und sinkende Mortalitätsraten. Das »**Aktionsbündnis Patientensicherheit**« setzt sich seit 2005 für mehr Transparenz über medizinische Fehler und daraus entstehende Schäden ein. Expertengruppen erarbeiten Empfehlungen für eine effektive Risikoprävention.
- »100.000 Lives« zeigt, dass Transparenz sich lohnt. Ein **klar definiertes, positiv dargestelltes Ziel**, ein **überschaubarer Zeitrahmen** und eine **professionelle Öffentlichkeitsarbeit** erzielen öffentliche Aufmerksamkeit und große Resonanz.

Neue Agenda: Psychische Gesundheit

»Mental Health« steht erst seit kurzem auf der gesundheitspolitischen Agenda. Gesundheitsversorgung ist traditionell auf die Heilung physischer Erkrankungen ausgerichtet. Psychische Störungen werden häufig übersehen und/oder gesellschaftlich stigmatisiert. Das ist nicht nur belastend für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch volkswirtschaftlich mit hohen Kosten verbunden. Die Zahlen sprechen für sich:

- 450 Millionen Menschen weltweit leiden unter einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung.
- In der EU kämpfen in jedem Jahr mehr als 27% aller Erwachsenen mit psychischen Problemen.
- 35-45% der Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind in Industrienationen auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.
- Die Kosten psychischer Probleme in Industrienationen belaufen sich auf 3-4% des Bruttoinlandsprodukts.
- In Deutschland liegen die direkten Krankheitskosten durch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei 22 Milliarden Euro im Jahr.
- Die Zahl der Demenzerkrankungen in Deutschland wird sich nach derzeitigen Schätzungen von heute rund einer Million bis zum Jahr 2050 verdoppeln.

Quellen: WHO, Europäische Kommission, Statistisches Bundesamt 2004.

Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland

Jahr	Herz/Kreislauf		Psyche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2003	73,5	82,3	131,9	156,8
2001	78,2	84,0	130,5	154,1
1999	83,6	85,6	105,5	117,8
1997	77,8	83,1	86,6	100,6
1995	100,0	97,7	102,9	103,5

Arbeitsunfähigkeitstage nach ausgewählten Krankheitsarten 1995-2003, Indexanstellung (1994 = 100%)
Quelle: Wissenschaftliches Institut der AGK

Paradigmenwechsel in Wahrnehmung und Politik

- Die WHO initiierte 2001 das Mental-Health-Global-Action-Programme (mhGAP).
- Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit verabschiedete im Januar 2005 einen europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit.
- Die EU-Kommission veröffentlichte im Oktober 2005 das Grünbuch »Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung«. Eine EU-Richtlinie zu diesem Thema soll folgen.
- Das Bundesministerium für Gesundheit stellte im März 2006 das 6. nationale Gesundheitsziel vor: »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen einer Selbstverpflichtung der Akteure im Gesundheitswesen.

Nationale Strategien für psychische Gesundheit

Die internationale Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen schlägt sich auch in nationaler Gesundheitspolitik nieder. Verschiedene Nationen haben Ansätze entwickelt, um die mit psychischen Erkrankungen verbundenen wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Herausforderungen anzugehen. Die folgenden Tafeln stellen einige Beispiele vor.

Die 10 häufigsten gesundheitlichen Störungen als Prozentsatz der gesamt-DALYs in Deutschland

Rang	Männer		Frauen	
	Behinderungskategorien	Prozentsatz der gesamt-DALYs (%)	Behinderungskategorien	Prozentsatz der gesamt-DALYs (%)
1	Neuropsychiatrische Erkrankungen	24,3	Neuropsychiatrische Erkrankungen	28,1
2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20,8	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	18,8
3	Krebs	17,7	Krebs	17,0
4	Krankheiten des Verdauungssystems	6,1	Sinnesorganerkrankungen	5,5
5	Unbeabsichtigte Ereignisse	5,6	Muskel-Skelett-Erkrankungen	5,5
6	Atemwegserkrankungen	5,6	Atemwegserkrankungen	5,2
7	Sinnesorganerkrankungen	4,5	Krankheiten des Verdauungssystems	5,0
8	Muskel-Skelett-Erkrankungen	3,3	Unfallverletzungen	3,0
9	Vorsätzliche Verletzungen	2,9	Diabetes mellitus	2,0
10	Diabetes mellitus	1,9	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	1,6

Quelle: WHO-Regionaleuropäer: Gesundheit im Schlagslicht - Deutschland 2004.

BertelsmannStiftung

Aktionsplan für psychische Gesundheit in Australien

Ein umfassender Bericht über die schlechte Lebenssituation psychisch kranker Menschen in Australien führte zur Verabschiedung eines Nationalen Aktionsplans für psychische Gesundheit 2006–2011. Die Regierung verpflichtet sich darin zur Umsetzung konkreter Maßnahmen, die in Zusammenarbeit mit dem australischen Rat für psychische Gesundheit (Mental Health Council of Australia) erarbeitet wurden.

Der Etat für psychische Gesundheit wurde um 25 % erhöht; die Mittel fließen größtenteils in bereits bestehende Programme. Zu den wichtigsten finanziell geförderten Maßnahmen gehören:

- **zwei persönliche Betreuer** für jeden psychisch Kranken: Jeder Patient wird in Zukunft betreut von einem
 - »**clinical care coordinator**«, der ihm den Weg durch das komplexe und fragmentierte Versorgungssystem weist, und einem
 - »**community care coordinator**«, der für die bestmögliche Einbindung des Patienten in das gesellschaftliche Leben sorgt (Wohnsituation, Arbeit, Bildung, soziale Dienste, Freizeit)
- der Ausbau der **Unterstützung für pflegende Familienangehörige**, z.B. durch das Ermöglichen von Auszeiten
- die stärkere Förderung von **Dienstleistungen**, die psychisch kranken Menschen ein eigenständiges Leben in einem stabilen Wohnumfeld ermöglichen
- der Ausbau spezieller **Aus- und Fortbildungsprogramme** für psychisch Kranke



Gleiche Herausforderungen – unterschiedliche Ansätze

Strategischer Schwerpunkt in Frankreich: Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008:

- **Zielgruppenorientierte Programme** für psychisch auffällige/erkrankte Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Obdachlose
- **Unterstützung für Allgemeinmediziner:** Fortbildungen, Behandlungsrichtlinien, stärkere Vernetzung mit Fachärzten und Therapeuten
- Aufstockung der finanziellen Unterstützung von **Selbsthilfe- und Interessengruppen** für psychisch Kranke und Angehörige, stärkere Einbindung in versorgungsrelevante Entscheidungen

Praktische Hilfen in Kanada: Empfehlungen für einen Nationalen Aktionsplan, Mai 2006:

- Schaffung von angemessenem und finanzierbarem **Wohnraum** für Menschen mit psychischer Erkrankung
- Ausbau **kommunaler Unterstützungs- und Betreuungsangebote**
- Einrichtung einer **unabhängigen Kommission** zur Interessenvertretung von psychisch Kranken und zur strategischen Planung ihrer Versorgung

Warum für Deutschland interessant

- Bessere Versorgung bei **Depressionen** ist das 6. nationale Gesundheitsziel. Ein **umfassender Aktionsplan** für psychische Gesundheit ist in Deutschland derzeit jedoch **nicht im Gespräch**.
- Doch das **fragmentierte System** erschwert auch in Deutschland psychisch kranken Menschen den Zugang zu optimaler medizinischer Versorgung und Betreuung.
- 2007 steht die **Reform der Pflegeversicherung** auf der Agenda der Großen Koalition. Sie bietet Chancen für eine bessere Versorgung schwer psychisch Erkrankter.
- Die Bundesbeauftragte für die Belange behinderter Menschen sowie Selbsthilfe- und Wohlfahrtsverbände fordern: ambulante vor stationärer Betreuung, Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und mehr Teilhabe am sozialen Leben (Dezember 2006).

Primärversorgung und psychische Gesundheit in Israel

In Israel sind Angststörungen und Depressionen Grund für 30 % aller Arztbesuche in der Primärversorgung. Wegen der sich verschlechternden Sicherheitslage und wirtschaftlichen Situation hat die Last psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren zugenommen. Der Anteil der Erwachsenen, bei denen ein psychisches Leiden diagnostiziert wurde, stieg von 14 % der Gesamtbevölkerung im Jahr 1997 auf 39 % im Jahr 2005. Fehlende Plätze und lange Wartelisten in den öffentlichen Kliniken erschwerten bisher für viele Patienten den Zugang zu angemessener Versorgung.

Auffangnetz Primärversorgung

Clalit, Israels größter Krankenversicherer (versichert 54 % der Bevölkerung), hat 2005 ein **Trainingsprogramm** für alle Mediziner und Fachkräfte in der Primärversorgung gestartet. Ziel ist eine bessere Diagnose und Behandlung von Depressionen und Angststörungen in der ambulanten Versorgung. Zum Programm gehören:

- ein obligatorisches **Seminar** für Mediziner und Fachkräfte in der Primärversorgung
- **Behandlungsrichtlinien** mit praktischer Ausrichtung:
 - standardisierte Instrumente zur Diagnose psychischer Erkrankungen (z.B. Fragebogen »mood ruler«)
 - Anleitung zur Verschreibung 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
- Berechtigung von Ärzten, in der Primärversorgung eine größere Auswahl von **Psychopharmaka** zu verschreiben

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 %.
- **Aber:** Vor wie auch nach dem Training sagten 20 % der Teilnehmer, sie seien unsicher, wenn sie mit Patienten über mögliche psychische Erkrankungen sprechen müssten.

Warum für Deutschland interessant

- Allgemeinmedizinische Praxen sind oft **erste Anlaufstellen** für Menschen mit psychischer Erkrankung. Mehr als ein Drittel dieser Patienten werden in Deutschland vom Allgemeinarzt beraten.
- Dabei wird von bewährten **pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien** nur in den wenigsten Fällen Gebrauch gemacht – so erhalten nur 10 % der Patienten mit depressiven Episoden Antidepressiva, weniger als 5 % eine systematische Psychotherapie.
- Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen haben in der **ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung** keinen hohen Stellenwert.
- Oftmals als **körperlich empfundene Beschwerden** muss der Allgemeinmediziner als Symptome einer psychischen Krankheit erkennen können.

Quelle: Maier/Linden/Satorius 1996, Studie im Auftrag der WHO

