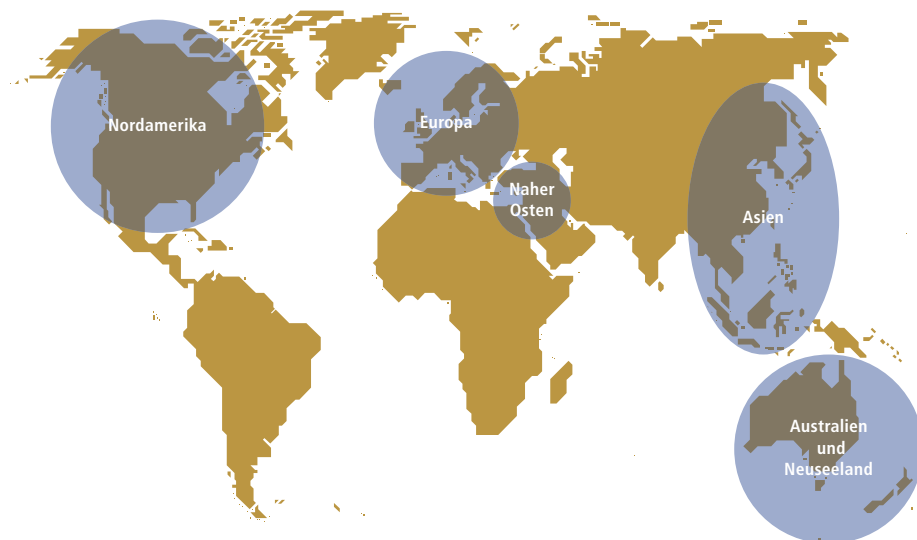


## Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik Plattform für gesundheitspolitische Information und Analyse

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.

### Die Website [www.HealthPolicyMonitor.org](http://www.HealthPolicyMonitor.org)

Kernstück des HealthPolicyMonitors ist eine umfangreiche Internetdatenbank mit derzeit knapp 900 Berichten. Die nutzerfreundliche und barrierefreie Suchmaschine macht gezielte Recherchen möglich.



### HealthPolicyMonitor Spotlights

Die HealthPolicyMonitor Spotlights beleuchten ausgewählte Good-Practice-Beispiele aus den 20 Partnerländern. Die Berichtsrunde des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik vom Herbst 2008 lieferte unter anderem die folgenden Modelle und Reformen:

- **Österreich** schützt Patienten mithilfe eines „Arzneimittel-Sicherheitsgurts“ vor unerwünschten Arzneimittelereignissen.
- In **Spanien** verbessert die Region Andalusien durch Fallmanagement systematisch die Versorgung für chronisch kranke und behinderte Menschen.
- **Kanada** knüpft im PRISMA-Projekt neue Versorgungsnetze für Ältere zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und gemeinnützigen Organisationen.
- In den **USA** ermöglicht „Hospital at Home“ Akutversorgung auf stationärem Niveau in den eigenen vier Wänden.
- **Neuseeland** startet auf nationaler Ebene fünf koordinierte Programme, um die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern.
- **Estlands** nationales Gesundheitsinformationssystem vereint die Gesundheitsdaten der gesamten Bevölkerung – von der Wiege bis zur Bahre.

## Österreich: Ein „Arzneimittel-Sicherheitsgurt“

In Österreich soll die Arzneimittelversorgung durch einen EDV-gestützten „Sicherheitsgurt“ verbessert werden. Diese Software soll zum einen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten erkennen und dadurch die Sicherheit für Patienten erhöhen. Zum anderen meldet der „Sicherheitsgurt“ doppelte Verschreibungen und soll so dazu beitragen, unnötige Ausgaben der Kostenträger zu vermeiden.

### Bitte anschallen... so funktioniert der „Sicherheitsgurt“

- Auf Wunsch des Patienten wird zunächst eine Medikationsdatenbank bei der Pharmazeutischen Gehaltskasse angelegt. Dort speichert der Apotheker alle verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente, die an den Patienten ausgegeben wurden.
- Mithilfe der 2006 eingeführten eCard kann der Apotheker die in der Datenbank gespeicherten Medikamente abrufen.
- Die „Sicherheitsgurt“-Software identifiziert doppelte Verschreibungen und Wechselwirkungen und gibt entsprechende Warnmeldungen.



### Das Pilotprojekt: der Salzburger „Sicherheitsgurt“

Im Februar 2007 begann das Projekt in Salzburg mit etwa 9.000 Patienten, was fünf Prozent der über 60-jährigen Salzburger entspricht. Der „Arzneimittel-Sicherheitsgurt“ lief über 71 der 76 Apotheken. Ärzte wollten aus Datenschutzgründen nicht teilnehmen. Das Projekt wurde von der Apothekerkammer finanziert, die insgesamt 1,3 Millionen Euro in die Entwicklung der „Sicherheitsgurt“-Software investierte.

### **Das Ergebnis: über 26.000 Sicherheitsmeldungen bei knapp 175.000 verkauften Arzneimittelpackungen**

- Davon bezogen sich 56 % auf mögliche schädliche Wechselwirkungen. In etwa 80 % der Fälle war der Umstieg auf andere Präparate möglich.
- 28 % der Meldungen waren Hinweise, dass Patienten den Therapieanweisungen ihres Arztes nicht folgten.
- 16 % bezogen sich auf doppelte Verschreibungen.

**Die Apothekerkammer schätzt, dass etwa 150 Millionen Euro pro Jahr gespart werden könnten, wenn der „Sicherheitsgurt“ landesweit eingesetzt würde.**

### **Grünes Licht für den „Sicherheitsgurt“?**

Der Erfolg der Initiative hängt langfristig von der Mitarbeit der Ärzte ab, die für die Verschreibung der Medikamente zuständig sind. Doch während die Apothekerkammer eine Ausweitung des Projekts auf Landesebene befürwortet, zeigen sich die Ärzte aufgrund von Datenschutzbedenken ablehnend gegenüber der elektronischen Erfassung und Auswertung von Patientendaten. Die Zukunft des „Sicherheitsgurts“ ist daher noch ungewiss.

#### **Warum für Deutschland interessant**

- **Eine WISO-Stichprobe\* und Ergebnisse der Stiftung Warentest\*\*** zeigen, dass die Beratungsqualität in Apotheken oft nicht ausreichend ist. Wechselwirkungen werden nicht immer in der Beratung berücksichtigt.

\* in zehn Frankfurter Apotheken im Jahr 2007

\*\* im Test waren 15 Versandapotheken und zwei Apothekenportale, über die man Bestellungen bei Apotheken vor Ort aufgeben kann.

- **Der Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens** schätzt, dass durch Wechselwirkungen verursachte Medikationsfehler 18 % aller unerwünschten Arzneimittelereignisse auslösen.

Quelle: Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens 2007

- **Die geplante elektronische Gesundheitskarte** ermöglicht die freiwillige Speicherung von Angaben zu einzelnen Medikamenten.

Quelle: BMG (2008), Informationen zum Thema „Arzneimitteldokumentation und Arzneimittelsicherheit“

Allerdings haben **nur 40 % der deutschen Hausärzte** EDV-gestützte Warnsysteme, die auf mögliche Interaktionen zwischen Medikamenten hinweisen.

Quelle: Commonwealth Fund 2006

---

#### **Bericht:**

Maria M. Hofmayer. „Pharmaceutical Safety Belt: e-health kicks in“. HealthPolicyMonitor, Oktober 2008.  
[www.hpm.org/survey/at/a12/2](http://www.hpm.org/survey/at/a12/2)

Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226

## Spanien: Fallmanagement für chronisch Kranke in Andalusien

Um die Versorgung von Menschen mit Behinderung, Menschen mit chronischen Krankheiten und älteren Menschen zu verbessern, hat die Regierung der spanischen Region Andalusien im Jahr 2002 ein Fallmanagement-Programm ins Leben gerufen. Nach der fünfjährigen Umsetzungsphase weist das Programm deutliche Erfolge vor.

### Ziele – was sollte erreicht werden?

Das Fallmanagement-Programm in Andalusien richtet sich an vulnerable Gruppen wie chronisch kranke und behinderte Patienten. Insbesondere soll das Programm:

- die Lebensqualität der Patienten erhöhen.
- die Überbelastung pflegender Angehöriger reduzieren.
- den Zugang zu Rehabilitations- und sozialen Einrichtungen verbessern.
- die Anzahl der Notaufnahmen verringern.



### Praxis: Wie arbeitet ein andalusischer Fallmanager?

Wird ein Patient mit einer komplexen Erkrankung aus dem Krankenhaus entlassen, planen Fallmanager eine maßgeschneiderte ambulante Weiterbehandlung. Aufgabe des Fallmanagers ist es, die bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung des Patienten proaktiv zu organisieren und dafür notwendige Ressourcen zu mobilisieren. Medizinische und soziale Aspekte sollen bei der Behandlung verknüpft werden. Fallmanager fungieren dabei als Vermittler zwischen den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems. Insbesondere sollen Fallmanager die Praxisteams in der Primärversorgung dazu motivieren, stärker auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

### Umsetzung – was wurde getan?

2002 beschloss die andalusische Regierung, die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen systematisch zu verbessern:

- Ein Gesetz auf regionaler Ebene regelt die Bedingungen und die Vergütung für patientenorientiertes Fallmanagement.
- Die Regierung stellte die finanziellen Mittel zur schrittweisen Umsetzung des Fallmanagement-Programms innerhalb der letzten fünf Jahre bereit.

- 300 Pflegekräfte wurden im Rahmen eines innovativen Fortbildungsprogramms zu qualifizierten Fallmanagern ausgebildet.
- Je ein Fallmanager wurde in die Primärversorgungsteams integriert, die in Andalusien auch häusliche Pflege für chronisch kranke und behinderte Menschen leisten. Jedes Team besteht aus Hausärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten und ist für 25.000 bis 35.000 Einwohner zuständig.

### Evaluation: Ist Fallmanagement à la Andalusia erfolgreich?

Wie eine quasi-experimentelle Studie ergeben hat, erfüllt das Projekt viele der definierten Erwartungen und Ziele. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die Patienten der Interventionsgruppe nach sechs Monaten:

- eine verbesserte Lebensqualität
- einen erhöhten Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen und Sozialdiensten

- einen geringeren Bedarf an häuslicher Pflege
  - eine geringere Belastung der Pflegenden
- Besuche in der Notaufnahme gingen allerdings nicht signifikant zurück. Auch in Bezug auf wiederholte Krankenhauseinweisungen zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Quelle: Morales JM et al. Effectiveness of a nurse-led case management in Spanish Primary Health Care model. A quasi-experimental, controlled and multicentric study. BMC Health Services Research 2008; 8: 193

### Warum für Deutschland interessant

Während Disease-Management durch die Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland bereits relativ weit verbreitet ist, gewinnt auch Fallmanagement (Case Management) zunehmend an Aufmerksamkeit. Seit 2002 existiert eine Zusatzqualifizierung zum „zertifizierten Case Manager“, die einen Schritt hin zur Professionalisierung dieses Konzepts bedeutet. Im Zuge einer stärkeren Patientenorientierung kann das andalusische Projekt dabei als evidenzbasiertes Referenzmodell dienen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management

---

#### Bericht:

Contel Segura, Juan Carlos. „Case Management in Andalusia“. HealthPolicyMonitor, 11/11/2008. [www.hpm.org/survey/es/a12/1](http://www.hpm.org/survey/es/a12/1)

Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

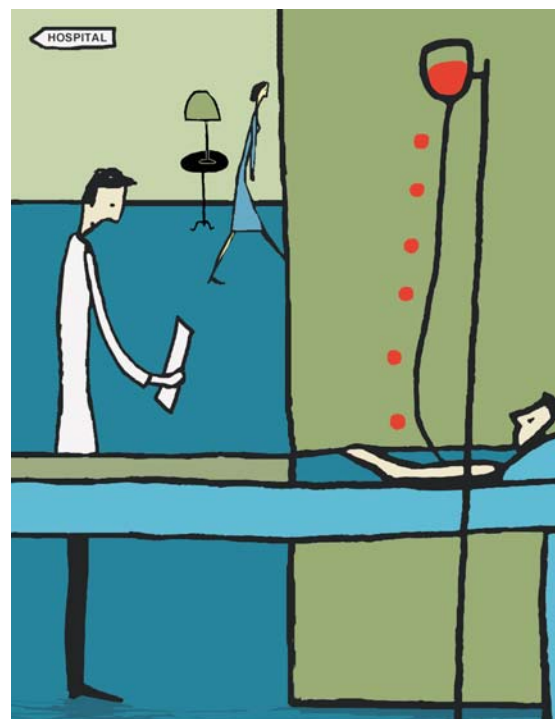
Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226

## USA: „Hospital at Home“ – Das Krankenhaus zu Hause

Die US-amerikanische Johns Hopkins Universität hat ein Versorgungsmodell entwickelt, das Akutversorgung auf stationärem Niveau in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Ziel von „Hospital at Home“ ist es, die für manche Patienten sehr belastenden Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und iatrogene (durch ärztliche Behandlung ausgelöste) Krankheiten und Stress zu reduzieren.

### Die Vision von „Hospital at Home“

- Die hohe Qualität der Krankenhausversorgung soll mit den Vorteilen einer dem Patienten vertrauten Umgebung kombiniert werden.
- Das Programm richtet sich an ältere Patienten mit bestimmten Erkrankungen, wie Lungenentzündung, chronischer Bronchitis oder kongestiver Herzinsuffizienz, die eine Krankenhausbehandlung benötigen, diese jedoch ablehnen.



### Wie funktioniert „Hospital at Home“?

- Voraussetzungen für die Behandlung zu Hause sind eine gesicherte Diagnose, die bestimmte Begleiterkrankungen ausschließt, und das Einverständnis des Patienten.
- Formell wird der Patient in das Krankenhaus eingewiesen, tatsächlich betreuen ihn „Hospital at Home“-Ärzte und -Pflegerkräfte jedoch in den eigenen vier Wänden.
- Dort erhalten Patienten diagnostische Tests, wie Elektrokardiogramme und Röntgen, und therapeutische Behandlung, unter anderem in Form von qualifizierter Pflege und intravenös verabreichten Medikamenten.
- Leistungen wie Endoskopien und Kernspintomographien werden ambulant im behandelnden Akutkrankenhaus durchgeführt.
- Der behandelnde Krankenhausarzt besucht den Patienten mindestens einmal täglich zu Hause und ist in Notfällen rund um die Uhr zu erreichen.
- Wenn der Zustand des Patienten stabil ist, übernimmt der Hausarzt die Weiterbehandlung.

Quelle: [www.hospitalathome.org](http://www.hospitalathome.org)

### Vorläufige Evaluationsergebnisse deuten auf Erfolg hin

Das Programm wurde von einem Team aus geriatrisch vorgebildeten Ärzten, Pflegekräften, Ökonomen und Wissenschaftlern der Johns Hopkins Universität im US-Bundesstaat Maryland entwickelt. Im Jahr 2000 begann ein Pilotprojekt in Kooperation mit drei US-amerikanischen Krankenhäusern. Vorläufige Evaluationsergebnisse sind positiv:

- Die medizinische Komplikationsrate lag bei der Regelversorgung im Krankenhaus um 16 Prozentpunkte höher.
- Gleichzeitig sind zu Hause betreute Patienten zufriedener: Auf einer 9-Punkte-Zufriedenheitsskala lag der Median bei 7, während er bei regulär behandelten Krankenhauspatienten bei 6 lag.
- Zudem zeigt sich ein positiver Effekt bei den Kosten. „Hospital at Home“-Patienten konnten im Durchschnitt günstiger versorgt werden als Patienten im Krankenhaus (\$ 5.081 bzw. \$ 7.480).

Quelle: Leff, B. et al (2005). Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Annals of Internal Medicine*: 143 (11), p. 798-808

### Wie geht es weiter?

Die vorläufigen Evaluationsergebnisse deuten auf Erfolg hin – zwei der drei Krankenhäuser führen das Programm fort. Befürworter des Programms arbeiten zurzeit daran, weitere Krankenhäuser in die Studie miteinzubeziehen. Wegen der geringen Stichprobengröße gibt es noch keine abschließende Auswertung.

### Herausforderungen bei der Umsetzung

- Kritiker befürchten eine „Medikalisierung“ der häuslichen Privatsphäre des Patienten.
- Das Spektrum an Leistungen, das nötig ist, um einen Krankenhausaufenthalt zu ersetzen, ist umfassend. Es beinhaltet medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung.
- Kriterien der Qualitätssicherung müssen erarbeitet werden, um eine adäquate und effektive Versorgung gewährleisten zu können.
- Sektorenübergreifende Kooperation zwischen Krankenhäusern und Hausärzten ist nötig, um eine nahtlose Versorgung zu ermöglichen.

Quelle: Lademann, Julia. „Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwerkranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen. Eine Analyse internationaler Modelle und Überlegungen zur Umsetzung in Deutschland“. Universität Bielefeld 2000

### Warum für Deutschland interessant

- Neue patientenorientierte Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor gewinnen gerade für ältere und behinderte Menschen an Bedeutung.
- Im Zuge der Neudefinition des stationären Sektors können Modelle wie „Hospital at Home“ die Vielfalt in der Versorgungslandschaft erhöhen.
- Die geplante enge Verknüpfung von Hausarzt und Krankenhaus im „Hospital at Home“ wird durch den Paragraphen 140 zur integrierten Versorgung (Sozialgesetzbuch V) ermöglicht.

---

#### Bericht:

Jessica Holzer und Gerard Anderson. „Hospital at Home“. *Health Policy Monitor*, Oktober 2008.  
[www.hpm.org/survey/us/b12/1](http://www.hpm.org/survey/us/b12/1)

Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226

## Kanada: Pflegebedürftige Menschen profitieren vom PRISMA-Projekt

Ältere und chronisch kranke Menschen effektiv dabei zu unterstützen, so lange wie möglich unabhängig zu bleiben – wie das funktionieren kann, zeigt ein Forschungsprojekt in der kanadischen Provinz Québec. Das dortige Gesundheitsministerium, regionale Gesundheitsbehörden, Leistungserbringer und Wissenschaftler haben gemeinsam PRISMA entwickelt, ein Modell, das sich an Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf richtet.

### Warum PRISMA?

- Pflegebedürftige Menschen haben vielfältige medizinische und psychosoziale Bedürfnisse.
- Die passende Versorgung zu finden und auszuwählen, ist oftmals schwierig, da es eine unüberschaubare Vielzahl an gesundheitlichen und sozialen Angeboten gibt.
- Um ein weitgehend eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können, brauchen die Betroffenen eine maßgeschneiderte Versorgung.



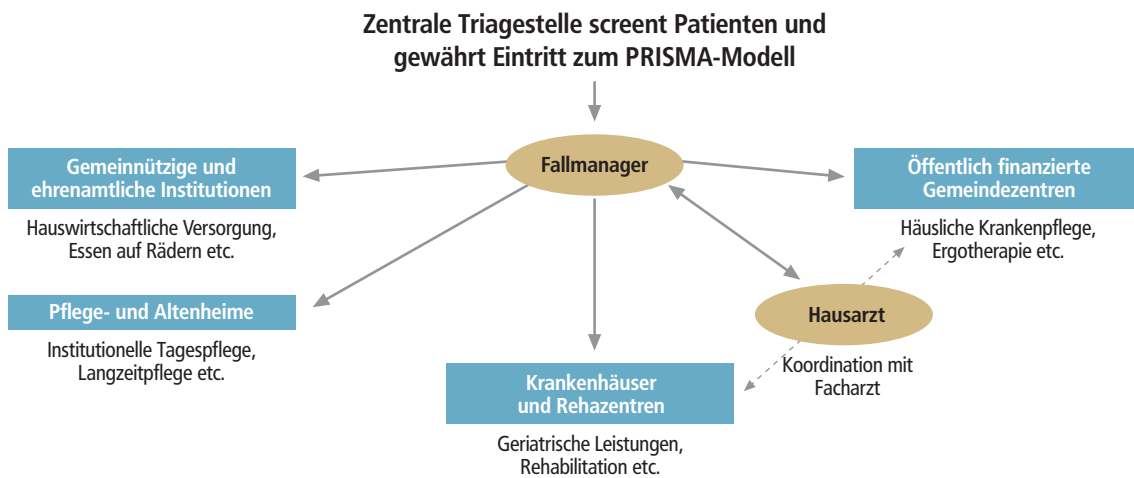
### Die Vision von PRISMA

Den Gesundheitszustand, die Selbstständigkeit und die Zufriedenheit von Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf zu erhöhen – das sind die Kernziele von PRISMA. Um diese Vision zu verwirklichen, soll die Position der Senioren gestärkt werden. Die Nutzung ambulanter gesundheitlicher und sozialer Dienste soll optimiert und eine Institutionalisierung so lange wie möglich vermieden werden, ohne pflegende Angehörige stärker zu belasten.

### Die Idee hinter PRISMA: patientenorientiertes Fallmanagement

- Eine zentrale Triagestelle screenet Patienten und gewährt Zugang zum PRISMA-Modell.
- Danach kümmern sich Fallmanager um die individuellen Bedürfnisse des Patienten, indem sie dessen Versorgung organisieren, koordinieren, überwachen und bewerten.
- Die optimale Versorgung wird sichergestellt durch ein Netzwerk aus Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen, gemeinnützigen, ehrenamtlichen und öffentlich finanzierten Zentren (siehe Grafik, Rückseite).
- Bestehende Strukturen bleiben erhalten. Die teilnehmenden Institutionen passen ihre Arbeitsabläufe und Ressourcen jedoch an die gemeinsam festgelegten Ziele und Prozesse an.

## Das PRISMA-Modell in Québec



Quelle: Eigene Übersetzung nach Hébert et al. „PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada“. International Journal of Integrated Care, 18 March 2003

### Evaluationsergebnisse zeigen: PRISMA funktioniert!

PRISMA dokumentiert systematisch die Qualität der Prozesse und Ergebnisse im Rahmen des Projekts. Die Auswertung einer vierjährigen Studie belegt positive Auswirkungen auf die Teilnehmer der Interventionsgruppe:

- positiver Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit
- Abbau der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ist 6,3 % geringer
- 20 % weniger Besuche in Notaufnahmen

Die Kosten sind nicht höher als in der Standardversorgung, selbst wenn man die Umsetzungskosten mitrechnet. PRISMA wird nun auf Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie auf Personen mit körperlichen und geistigen Behinderungen ausgeweitet.

Quelle: Hébert et al. (2008). PRISMA Volume II. Integration of services for disabled people: Research leading to action. Québec: Edisem

### Warum für Deutschland interessant

- Patientenorientierte Versorgungsstrukturen mit integrativem, sektorenübergreifendem Ansatz gewinnen gerade für chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen an Bedeutung.
- Das PRISMA-Projekt kann als evidenzbasiertes Referenzmodell für die Versorgung von Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf dienen.
- Auch die systematische Evaluation sowie die geplante enge Verknüpfung aller Akteure und Beteiligten sind vorbildhaft.

#### Bericht:

Margaret MacAdam und Stephanie MacKenzie. „System Integration in Quebec: The Prisma Project“. HealthPolicyMonitor, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/ca/a12/2](http://www.hpm.org/survey/ca/a12/2)

Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226

## Neuseeland: Landesweiter Einsatz für Versorgungsqualität im Krankenhaus

Das neuseeländische Komitee für die Verbesserung der Versorgungsqualität (Quality Improvement Committee) hat fünf nationale Programme entwickelt, die gemeinsam die stationäre Versorgung verbessern und sicherer machen sollen. 2008 starteten Pilotprojekte, die das Gesundheitsministerium mit zehn Millionen Euro finanziert. Erfolgreiche Modelle sollen landesweit implementiert werden.

### Die fünf Programme im Überblick

- **Optimising the Patient's Journey** analysiert und optimiert den Weg der Patienten durch die Abteilungen eines Krankenhauses bis hin zur Entlassung und Nachbetreuung in der Primärversorgung.
- **Management of Healthcare Incidents** identifiziert strukturelle Ursachen medizinischer Fehler, soll Fehlerquellen ausschalten und eine Kultur des Lernens aus Fehlern etablieren.
- **Infection Prevention and Control** soll die Häufigkeit von Krankenhausinfektionen verringern.
- **Safe Medication Management** soll unerwünschte Arzneimittelereignisse verhindern, z. B. durch Vernetzung der Arzneimittelinformationssysteme in Krankenhäusern, elektronische Verschreibung und einen elektronischen Abgleich von Strichcodes auf Armbändern der Patienten mit der Medikamentendosis, die verabreicht werden soll.
- **National Mortality Review Systems** sammelt Daten über Mütter- und Kindersterblichkeit in Neuseeland, soll die Ursachen identifizieren und Lösungsvorschläge erarbeiten sowie Hilfen für Familien entwickeln.

Weitere Infos auf den Seiten des Quality Improvement Committee: [www.qic.health.govt.nz](http://www.qic.health.govt.nz)



### Die Umsetzung

- **Finanzieller Anreiz:** Verantwortlich für die Umsetzung sind die 21 regionalen Gesundheitsbehörden, die die Versorgung in Neuseeland organisieren. Das Ministerium hat 0,25 % ihres jährlichen Budgets an die Teilnahme gekoppelt.
- **Berichterstattung:** In Pilotprojekten werden die Programme bis 2011 erprobt. Die Steuerungsgruppen berichten vierteljährlich an das Quality Improvement Committee und das Gesundheitsministerium.
- **Informationskultur:** Zu jedem Programm informiert eine Website über Ziele und Fortschritte. Zum Teil wurden die Informationen auf speziellen Unterseiten laienverständlich für Patienten und Angehörige aufbereitet.

**Im Fokus:**

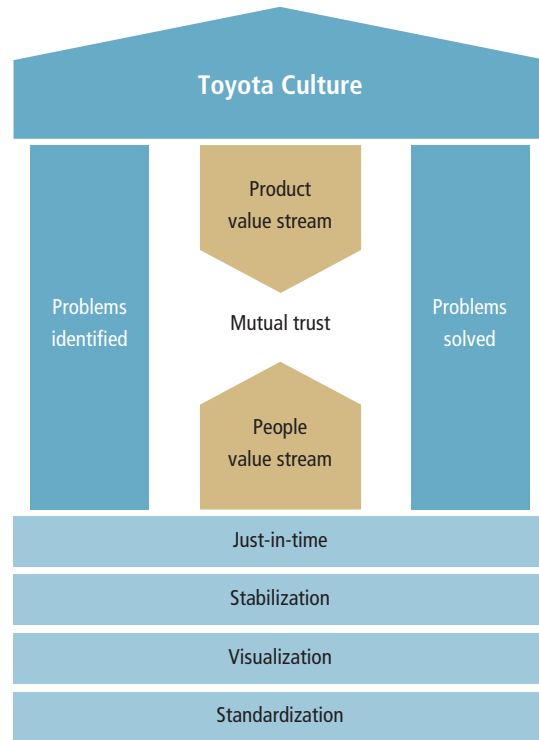
**Optimising the Patient’s Journey**

Neun Pilot-Krankenhäuser testen von Juni 2008 bis März 2011, wie der Weg der Patienten durch verschiedene Abteilungen des Krankenhauses sicherer, effektiver und effizienter werden kann. Darüber hinaus will man optimale Strukturen der Zusammenarbeit zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung erarbeiten.

Die Prinzipien des „**Toyota-Produktions-systems**“ (TPS) sollen Versorgungsabläufe optimieren. Dazu gehören:

- transparentes Fehlermanagement,
- Übertragung von Verantwortung und Entscheidungsbefugnissen an die Mitarbeiter, die die Versorgung leisten
- und das „Stop the line“-Prinzip: Jeder Mitarbeiter, der einen Fehler entdeckt, soll sofort den gesamten Prozess stoppen, damit die Fehlentwicklung analysiert und korrigiert werden kann.

**Das Toyota-Produktionssystem**



Quelle: Liker, J., Hoseus, M. (2008). Toyota Culture: The Heart and Soul of The Toyota Way

**Warum für Deutschland interessant**

- **Konzertierte Maßnahme:** Neuseeland greift zentrale Ursachen von Qualitätsmängeln in der Krankenhausversorgung in einer konzertierten Anstrengung auf und will die Versorgungsprozesse landesweit optimieren.
- **Evaluation und Roll-out:** Durch Erprobung der Maßnahmen in Pilot-Krankenhäusern und ihre Evaluation können die wirksamsten Mechanismen identifiziert und später in ganz Neuseeland umgesetzt werden.
- **Gleiche Ziele:** Auch in Deutschland setzen viele Krankenhäuser innovative Ansätze im Qualitätsmanagement um. Initiativen wie das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ oder „Lernen vom Besten“ identifizieren Beispiele guter Praxis und entwickeln Handlungsempfehlungen.
- **Evidenz:** Die Evaluationsergebnisse aus Neuseeland können einen Überblick über die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen im neuseeländischen Kontext geben und für deutsche Initiativen als zusätzliche Evidenz dienen.

**Bericht:**

Toni Ashton. „Optimising the patient’s journey“. HealthPolicyMonitor, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/nz/a12/5](http://www.hpm.org/survey/nz/a12/5).

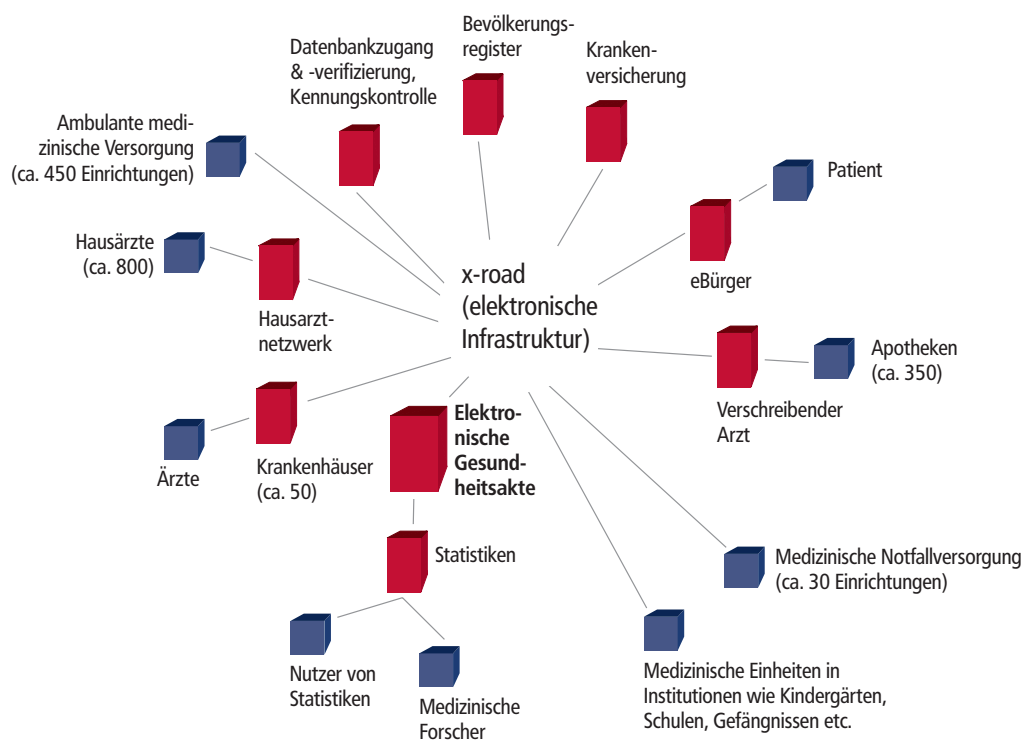
Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226

## Estland: Nationales Gesundheitsinformationssystem – Patientenorientiertes Monitoring von der Wiege bis zur Bahre

Seit September 2008 vereint Estland die Gesundheitsdaten der gesamten Bevölkerung in einem zentralen Gesundheitsinformationssystem. Diese nationale Datenbank für Gesundheitsinformationen entstammt der Initiative des Sozialministeriums; Träger ist eine private Stiftung für eHealth. Ziel ist es, alle wesentlichen Informationen nicht mehr institutionenbezogen, sondern personenbezogen von der Geburt bis zum Tod zu speichern.

### Aufbau des Nationalen Gesundheitsinformationssystems



### Die Kernaspekte des nationalen Gesundheitsinformationssystems

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

Ab 2013 soll die Teilnahme am System für alle Leistungserbringer verpflichtend sein.



### Das System bietet Vorteile für alle Beteiligten ...

- mehr Informationsmöglichkeiten für Patienten über ihren Gesundheitszustand
- bessere Koordination zwischen Leistungserbringern
- erhöhte Effizienz der Gesundheitsversorgung
- weniger Bürokratie für Leistungsanbieter

### ... aber steht noch Herausforderungen gegenüber

- zeit- und kostenintensive regelmäßige Aktualisierung der Daten
- ungesicherte Finanzierung auf lange Sicht
- rechtlicher Rahmen für Umgang mit Patientendaten muss noch verabschiedet werden

### Breite Unterstützung für die eHealth-Initiative

- Technische Innovationen stehen in Estland hoch auf der politischen Tagesordnung. Der 1,4-Millionen-Einwohner-Staat hat bereits ein ausgebautes eGovernment-System.
- Die Menschen in Estland erwarten weitere Innovationen im eHealth-Bereich und stehen diesen Entwicklungen sehr aufgeschlossen gegenüber.
- Die wesentlichen Stakeholder im estnischen Gesundheitssystem (Sozialministerium, Krankenkasse und Ärzteorganisationen) stehen hinter dem Ansatz.

### Warum für Deutschland interessant

- Das estnische nationale Gesundheitsinformationssystem zeigt, wie weitreichend Vernetzung durch Informationstechnologie sein kann.
- Estland ist kaum größer als manche Region in Deutschland. Für regional begrenzte, populationsbezogene integrierte Versorgung mit einem sektorenübergreifenden Ansatz könnte das estnische Gesundheitsinformationssystem als Vorbild dienen.

---

#### Bericht:

Siret Läänelaid, Ain Aaviksoo. „National Health Information System in Estonia“. HealthPolicyMonitor, April 2008. [www.hpm.org/survey/ee/a11/4](http://www.hpm.org/survey/ee/a11/4)

Weitere Berichte finden Sie auf der HealthPolicyMonitor Website: [www.hpm.org](http://www.hpm.org)

Kontaktieren Sie das HealthPolicyMonitor Team unter der Nummer +49 (0)5241 81-81226