

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 6

*Reinhard Busse,
Annette Zentner,
Sophia Schlette (Hrsg.)*

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 6

**Im Blickpunkt: Evaluationskultur, Kontinuität
in der Versorgung, Informationstechnologien**

| Verlag BertelsmannStiftung

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2006 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Verantwortlich: Sophia Schlette
Lektorat: Precision Editorial Services, Valkenburg, NL
Herstellung: Sabine Reimann
Umschlaggestaltung: Nadine Humann
Umschlagabbildung: Aperto AG, Berlin
Satz: Agentur dieSEINER, Bielefeld
Druck: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld
ISBN 10: 3-89204-902-5
ISBN 13: 978-3-89204-902-9

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	8
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung	10
Auswahlkriterien	10
Politikbewertung.....	12
Projektmanagement.....	13
Evaluationskultur	17
Australien: Evaluation von HealthConnect	24
Schweiz: Programm Evaluation Komplementärmedizin	26
Polen: Agentur für Health Technology Assessment	30
Israel: Audit für Krankenhauszulassung	32
Neuseeland: Performance Evaluation Programme	34
Dänemark: Evaluation des DRG-Systems	37
Kontinuität in der Versorgung	39
Konzepte der integrierten Versorgung	39
Konzepte des Disease Managements.....	43
USA: Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker	46
Australien: Chronic Care Collaboratives.....	49
Spanien: Das Denia-Modell.....	51
Kanada: Integrationsnetzwerke in Ontario	54
Australien: Optionen für Versorgung von Krebspatienten	55
England und Wales: Reform von Pflege und Sozialdienst	57
Informations- und Kommunikationstechnologien	61
Schweiz: Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin.....	68

Israel: Institutionenübergreifende elektronische Patientenakte.....	71
Dänemark: Einführung der elektronischen Patientenakte in Krankenhäusern verzögert sich	73
Estland: Nationales Gesundheitsinformationssystem.....	75
Österreich: Gesundheitstelematikgesetz	79
Neuseeland: Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes	82
Australien: Leitliniendatenbank für Krebstherapie	84
Fachkräfteentwicklung	87
Frankreich: Ärztemangel – unklare Daten und Konsequenzen ..	94
Kanada: Interdisziplinäre Weiterbildung	96
Israel: Ambulante Ausbildung von Fachärzten	98
Slowenien: Unabhängige Fachärzte	100
England und Wales: Hausärzte und Gesundheitstrainer für unterversorgte Regionen	102
Singapur: Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin	104
Weitere Nachrichten	107
Niederlande: Krankenversicherungsreform	107
Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika	108
Südkorea: Ausweitung des Leistungskatalogs	110
Finnland: Umfassendes Arzneimittelreformpaket	112
England und Wales: Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten	115
Reformverzeichnis	118

Vorwort

Auch mit der sechsten Ausgabe der Reihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ setzen wir unseren Ansatz fort, mit aktuellen Analysen und Einordnungen von „good practice“-Beispielen aus den 20 Ländern des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik die Debatte in Deutschland zu befördern. Im Mittelpunkt steht diesmal ein überfälliges, in Deutschland oft immer noch negativ besetztes Thema: Evaluation und Evaluationskultur. Wir wollen deutlich machen, wie es anderswo ganz selbstverständlich gelingt, Evaluation nicht als Kontrolle, sondern als Instrument für Qualitätsverbesserung, Coaching und professionelle Unterstützung durch Dokumentation und Feedback einzusetzen. Manche bezweifeln den Nutzen oder scheuen den Aufwand, andere fürchten die Transparenz, die durch Offenlegung der eigenen Leistung und Vergleich mit anderen entsteht. Die hier dargestellten Beispiele sollen ein wenig dazu beitragen, eine positive Evaluationskultur zu schaffen. Des Weiteren stellen wir Ansätze in verschiedenen Ländern vor, die eine stärkere Kontinuität in der Versorgung zum Ziel haben: Viel Aufmerksamkeit widmen wir den diversen „demonstration“-Pilotprojekten, mit denen das US-amerikanische Versicherungsprogramm für Senioren Medicare neue Versorgungsmodelle erprobt. Spezifisch krankheitsbezogene Programme für mehr Qualität durch Koordination werden auch in Australien angewendet. England, Kanada und Spanien mit ihren bevölkerungsbezogenen, auf regionale Vernetzung abzielenden Versorgungsformen liefern gute Beispiele für gelungene, sektorübergreifende Koordination. Ohne moderne Technologien kann Koordination und Vernetzung kaum gelingen: Das Kapitel zu Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zeigt auf, wie und wo neue Technologien im

Gesundheitssektor sinnvoll eingesetzt werden können, um die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern. Vor dem Hintergrund der Entwicklung neuer Versorgungsformen beschäftigt sich diese Ausgabe abschließend erneut mit dem Thema Gesundheitsfachkräfte – hier unter dem besonderen Gesichtspunkt der Ausbildungsbedarfe und der Multiprofessionalität sowie der Gewährleistung des Zugangs zu qualifiziertem Gesundheitspersonal in dünner besiedelten oder unterversorgten Gebieten.

Wir hoffen, dass all jene, die sich mit neuen Versorgungsformen, der Rolle von nicht-ärztlichem Personal, modernen Management- und Kommunikationsmethoden und der Diskussion über die eGK oder ePA in diesen Monaten intensiv beschäftigen, hier die eine oder andere Anregung erhalten.

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten in dem Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus inzwischen 20 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten.

Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik zu verringern, mit halbjährlichen Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewegt und bewährt hat – und was nicht.

Kriterium für die Auswahl der Länder für die systematische Betrachtung im Rahmen des Netzwerks waren einschlägige gesundheitspolitische Reform Erfahrungen oder Innovationen, die die deutsche Debatte bereichern könnten.

Netzwerkpartner sind Fach- und Forschungsinstitutionen mit ausgewiesener Expertise in Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement oder Public Health. Das Netzwerk ist somit interdisziplinär; die Experten und Expertinnen sind Ökonomen, Politikwissenschaftler, Mediziner und Juristen. Viele von ihnen haben Erfahrung als Politikberater, andere solche in international vergleichender Gesundheitssystemforschung. In dieser Runde sind Experten aus den neuen Partnerinstitutionen in Estland, Polen und Slowenien erstmals dabei.

Tabelle 1: Partnerinstitutionen

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	National Institute of Population and Social Security Research (IPSS), Tokyo
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Niederlande	Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Polen	Institute of Public Health, Jagiellonian University, Krakau
Republik Korea (Südkorea)	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
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, Ljubljana
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES), University of Pompeu Fabra, Barcelona
USA	The Commonwealth Fund, New York; Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

Für die Berichterstattung wurden Politikfelder, in denen Reformen dringend nötig sind, identifiziert und diese in die folgenden Gruppen eingeordnet:

- nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen (Hauptfinanzierungsquelle und Verteilung von Finanzmitteln, Vergütung der Leistungsanbieter)
- Fachkräfteentwicklung
- Qualität der Gesundheitsversorgung
- Leistungskatalog und Prioritätensetzung
- Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Nutzerorientierung des Systems und Stärkung der Patienten
- politischer Kontext, Dezentralisierung und öffentliche Verwaltung
- Organisation des Gesundheitssystems und integrierte Versorgung
- Pflege chronisch Kranker und älterer Menschen
- Rolle der Privatwirtschaft
- neue Technologien
- Arzneimittelpolitik
- Prävention
- Public Health.

Auswahlkriterien

Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner über bis zu fünf aktuelle gesundheitspolitische Reformthemen. Kriterien für die Wahl der Berichtsthemen sind:

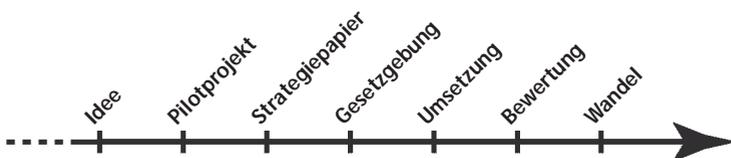
- Bedeutung und Reichweite
- Auswirkung auf den Status quo
- Innovationsgrad (im nationalen und internationalen Vergleich)
- Medienpräsenz/öffentliche Aufmerksamkeit.

Zu jedem Thema füllen die Partner einen Fragebogen aus, um die Reformidee oder -politik sowie den Entwicklungsprozess zu beschreiben und zu bewerten. Abschließend geben die Bericht-

erstatte zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen der Reform ihre Einschätzung ab und beurteile die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit bzw. Übertragbarkeit auf andere Systeme.

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses.

Eine Reformidee oder -politik muss nicht notwendigerweise alle Stadien durchlaufen. Je nach Dynamik des Prozesses kann eine Reformentwicklung innerhalb des Beobachtungszeitraumes auch einzelne Phasen überspringen.



- Unter „Idee“ werden neue oder erneut aufgegriffene Ansätze gefasst, die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen diskutiert werden. Hierunter fallen auch „Ideen“ in einem noch sehr frühen Stadium – fernab von Politik oder formaler Einführung. Auf diese Weise entsteht eine Art „gesundheitspolitischer Ideenspeicher“, der es erlaubt, die Dynamik von Reformideen von ihrer Entstehung bis zu ihrer Umsetzung, ihrem Verschwinden oder ihrer Ablehnung über die Zeit und über Regionen hinweg zu beobachten.
- „Pilotprojekt“ steht für Neuerungen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden.
- „Strategiepapier“ umfasst formale politische Statements (Eckpunkte, Weiß- oder Grünbücher) oder Stellungnahmen. Hierunter verstehen wir auch die Phase wachsender Akzeptanz von Ideen in einschlägigen Fachkreisen wie z.B. der Ärzteschaft.
- Der Begriff „Gesetzgebung“ steht hier für alle Stufen der Gesetzgebung – vom Einbringen eines Gesetzentwurfes über die parlamentarische Debatte nebst Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und

Interessengruppen und sonstiger treibender Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.

- „Umsetzung“ beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Implementierung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von „best practice“ sein.
- „Bewertung“ benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes evaluiert werden. Hier beschriebene Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschluss-evaluierung erfolgen.
- „Wandel“ schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

Politikbewertung

Für den vorliegenden Bericht wurden drei von fünf Bewertungskriterien exemplarisch ausgewählt: Medienpräsenz, strukturelle Wirkung und Übertragbarkeit. Gemäß der Bewertung und Expertenmeinung unserer Berichterstatter wird die Ausprägung dieser Merkmale jeweils auf einer Skala von fünf Stufen grafisch dargestellt und dient als Anhaltspunkt für detaillierte Analysen:

- „Medienpräsenz“: Hier wird bewertet, welchen Stellenwert ein gesundheitspolitisches Reformthema hatte bzw. wie viel Aufmerksamkeit ihm zuteilwurde und welche Rolle Presse, Rundfunk oder Internet in der öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung dabei gespielt haben. Die Skala reicht von „sehr niedrig“ (links) bis „sehr hoch“ (rechts).
- „Strukturelle Wirkung“: Dieses Kriterium beschreibt den strukturell-systemischen Aspekt und die Bedeutsamkeit der Reform. Die Endpunkte der Skala sind mit „marginal“ (links) bzw. „fundamental“ (rechts) bezeichnet.
- „Übertragbarkeit“: Dieses Merkmal zeigt an, inwieweit eine Reform in einen anderen Kontext übertragbar ist. Die Bewertung unserer Experten erfolgt als Einschätzung

zwischen den Extremen „stark systemabhängig“ (links) und „systemneutral“ (rechts).

Die folgende Grafik illustriert beispielhaft eine Reform, deren Struktureffekt der Experte für allenfalls marginal hält, was mit einer nur geringen Medienpräsenz einhergeht, die er jedoch für bedingt übertragbar auf andere Gesundheitssysteme hält:



Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht. Unser besonderer Dank gilt Matthias Dehn (TU Berlin) für seine Hilfe bei der Erstellung des Berichtsentwurfs, Dr. Daniel Rühmkorf für sein Kolektorat sowie Melanie Zimmermann und Ines Galla (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Die Ergebnisse der sechsten halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum Mai bis Oktober 2005 umfasst, werden in diesem Band dargestellt. Von den 68 Reformmeldungen wurden 30 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.

Seit Ausgabe 5 von „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ setzen wir den Schwerpunkt auf eine länderübergreifende Analyse von Reformenentwicklungen. Die Einführung der Kapitel zu jedem Thema bietet einen umfassenden Überblick über international gemeinsame oder gegenläufige Trends. Dies ermöglicht die Einordnung der im Anschluss berichteten Reformentwicklungen in einzelnen Ländern.

Die sechste Ausgabe befasst sich mit vier gesundheitspolitischen Reformthemen, die in verschiedenen Industrieländern ähnlich wie in Deutschland von hoher politischer Relevanz sind:

- Evaluationskultur
- Kontinuum in der Versorgung
- Informationstechnologien
- Fachkräfteentwicklung.

Das Kapitel „Weitere Nachrichten“ berichtet über die jüngste, in Deutschland viel beachtete Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden. Wir schildern die politischen Auseinandersetzungen zum Gesetz für gesundheitliche Sicherheit von kosmetischen Produkten in Kalifornien und zu Ausweitungen des gesetzlichen Leistungskatalogs in Südkorea. Das Kapitel berichtet schließlich über die jüngste umfangreiche Arzneimittelreform in Finnland und über Fortschritte bei der Reduzierung von Wartelisten in England und Wales.

Sämtliche Reformberichte der sechs Befragungsrunden können auf der Website des Netzwerks, www.healthpolicymonitor.org, recherchiert und eingesehen werden. Dort ist auch das unveröffentlichte Arbeitspapier „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ 1/2003 erhältlich. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und geben nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung wieder.

Unser Dank gilt allen Experten aus den Partnerinstitutionen und ihren externen Koautoren:

Autoren: Ain Aaviksoo, Tit Albrecht, Michael O. Appel, Toni Ashton, Gabi Ben Nun, Frankki Bevins, Yann Bourgueil, Fidel Campoy, Luca Crivelli, Thierry Debrand, Janet Digby, Michael Dor, Jennifer Fenley, Kees van Gool, Nathalie Grandfils, Revital Gross, Stuart Guterman, Marion Haas, Sebastian Hesse, Maria M. Hofmarcher, Phuong Trang Huynh, Rod Jackson, Maris Jesse, Iwona Kowalska, Soonman Kwon, Tom McIntosh, Fiona Mackay, Carol Medlin, Lim Meng Kin, Nurit Nirel, Adam Oliver, Ivan Planas Miret, Carol Ramage, Iris Rasooly, Bruce Rosen, Anke Therese Schulz, Helvi Tarien, Lauri Vuorenkoski, Sue Wells und Cezary Włodarczyk.

Kommentatoren/Reviewer: Melinda K. Abrams, Anne-Marie Audet, Iva Bolgiani, Engelbert Prenner, Josef Probst, Mary Ries und Romana Ruda.

Kommentare und Anregungen zum sechsten Halbjahresbericht sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschläge.

Reinhard Busse
Annette Zentner
Sophia Schlette

Evaluationskultur

Evaluation ist die Beschreibung, Analyse und Bewertung von Programmen und Projekten, von Dienstleistungen und Organisationseinheiten. Sie kann sich sowohl auf die Struktur, den Prozess als auch das Ergebnis eines Vorgangs beziehen (Bowling und Shah 2005). Anders als Grundlagenforschung orientiert sich Evaluation an der Realität und an den konkreten Fragen von Entscheidungsträgern. Zielgrößen gesundheitspolitischer Evaluationen sind Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit (equity). Damit sind sie auf ein breites Spektrum an Methoden angewiesen, um zeitgerecht hilfreiche Informationen bereitzustellen (Øvretveit 2002).

Der Evidenzbasierten Medizin (EbM) ist es zu verdanken, dass Studienergebnisse zunehmend Grundlage des klinischen Entscheidungsalltags werden. Ärzten steht eine steigende Anzahl an randomisierten klinischen Studien und an Metaanalysen zur Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Interventionen zur Verfügung. Im Alltag gestaltet es sich jedoch nach wie vor schwierig, aktuelle wissenschaftliche Literatur kontinuierlich und kritisch zu rezipieren und neue Erkenntnisse in die Behandlung von Patienten zu integrieren. Die Prinzipien von EbM aus der akademischen Diskussion heraus stärker in die tägliche Praxis zu überführen, bleibt eine Herausforderung.

Für gesundheitspolitische Entscheidungen gibt es in weiten Teilen keine vergleichbare wissenschaftliche Evidenzbasis. Ein kontinuierlicher Beratungsbedarf, wie die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen verbessert werden kann, ist jedoch nicht minder gegeben. Die Gründe für den Mangel an systematischer Evidenz im Bereich Gesundheitspolitik sind vielfältig (Murray und Evans 2003). Erstens unterscheiden sich Studien dadurch,

Mangel an geeigneten Studiendesigns und Standardisierung

wie sie Input, Prozesse und Output definieren und welche Messinstrumente sie anwenden. Die unterschiedlichen Evaluationsansätze erschweren von vorneherein die Vergleichbarkeit. Ohne Standardisierung ist es schwierig, eine allgemeine und systematische Wissensbasis aufzubauen. Häufigstes Design zur Evaluation von Gesundheitspolitik ist die Fallstudie. Qualitativ hochwertigere, experimentelle Studien sind demgegenüber technisch und politisch deutlich schwierig umzusetzen. Es ist zum Beispiel selten möglich, die Bevölkerung eines Landes in Gruppen zu randomisieren, um die Leistungsfähigkeit von unterschiedlichen Reformmodellen zu untersuchen.

Meinung statt
Evidenz

Zweitens hängen die Empfehlungen, die ein Entscheidungsträger erhält, nicht selten vom Standpunkt der befragten Experten ab. Zum Beispiel kann die Antwort auf die Frage, wie ein Gesundheitssystem finanziert werden sollte, unterschiedlich lauten: durch höhere Zuzahlungen oder Steuern, durch eine Ausweitung der Sozialversicherung oder durch die Einführung von Medical Savings Accounts, d.h. von persönlichen Gesundheitssparkonten.

Mangelnde
Finanzierung

Schließlich investieren Länder selten in ausreichende Forschungsfinanzierung zur systematischen Evaluation von Gesundheitspolitik.

Trend zur
evidenzbasierten
Politikberatung

Seit Ende der 90er Jahre beginnt sich dieses Bild zu ändern. Überall wird heute immer mehr Wert darauf gelegt, gesundheitspolitische Entscheidungen auf wissenschaftliche Evidenz zu stützen.

Evaluation von
medizinischen
Technologien
und Verfahren

Zahlreiche Länder haben zur Bewertung neuer medizinischer Technologien und Verfahren Health Technology Assessment (HTA)-Institutionen geschaffen, die Evaluationen als Planungs- und Steuerungsunterlagen für nationale Gesundheitspolitik erarbeiten (Tabelle 2). In dieser Ausgabe von „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ berichten wir über Polen, das kurz vor der Gründung einer nationalen Health Technology Assessment Agentur steht (siehe Seite 30).

Table 2: Health Technology Assessment-Institutionen

Australien	Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical	ASERNIP-S
	Medicare Services Advisory Committee	MSAC
Dänemark	Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment	DACEHTA
	Danish Institute for Health Services Research and Development	DSI
Deutschland	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information	AHTA@DIMDI
Finnland	Finnish Office for Health Care Technology Assessment	FinOHTA
Frankreich	Haute Autorité de Santé	HAS
	Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques	CEDIT
Großbritannien	The NHS Centre for Reviews and Dissemination	CRD
	National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	NCCHTA
	National Horizon Scanning Centre	NHSC
	National Institute for Health and Clinical Excellence	NICE
	National Health Service Quality Improvement Scotland	NHS QIS
Israel	Israeli Center for Technology Assessment in Health Care	ICTAHC
Kanada	Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé	AETMIS
	Alberta Heritage Foundation for Medical Research	AHFMR
	Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment	CCOHTA
	Medical Advisory Secretariat	MAS
Neuseeland	New Zealand Health Technology Assessment	NZHTA

Niederlande	College voor Zorgverzekeringen/ Standing Committee for Health Insurance	CVZ
	Gezondheidsraad, Health Council of the Netherlands	GR
	Netherlands Organisation for Health Research and Development	ZonMW
	The Netherlands Organization for Applied Scientific Research	TNO HTA
Österreich	Institut für Technologiefolgen- abschätzung	ITA
Polen	in Gründung	
Schweiz	Swiss Network for Health Technology Assessment	SNHTA
Spanien	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	AETS
	Andalusian Agency for Health Care Technology Assessment	AETSA
	Galician Agency for Health Technology Assessment	AVALIA-T
	Catalan Agency for Health Technology Assessment	CAHTA
	Basque Office for Health Technology Assessment	OSTEBA
	Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	UETS
USA	Agency for Health Care Research and Quality/Center for Practice and Technology Assessment	AHRQ
	Department of Veterans Affairs (VA)/ Technology Assessment Program (TAP)	VATAP
	Centers for Medicare & Medicaid Services	CMS

Quelle: www.inahta.org

Health Technology Assessment bewertet Sicherheit, Effektivität und Effizienz diagnostischer und therapeutischer Interventionen. Über einen systematischen Evidenzbericht hinaus werden die Auswirkungen auf Organisationen und Abläufe im Gesundheitswesen sowie soziale und ethische Konsequenzen beleuchtet (www.inahta.org). In der Schweiz wurde jüngst die Komplementär-

medizin aus dem gesetzlichen Leistungskatalog auf Basis des mehrjährigen HTA-Programms „Evaluation Komplementärmedizin“ ausgeschlossen (siehe Seite 26). In Ausgabe 2 / S. 20 berichteten wir über das National Institute for Health and Clinical Excellence, das auf mehrjährige Erfahrung in der Bewertung von Arzneimitteln zurückblickt und als Modell für das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen diene.

Bei der Evaluation von gesundheitspolitischen Programmen und Reformen steht die Frage ihrer dauerhaften Implementierung und der Übertragbarkeit im Vordergrund. Der Bewertung von beabsichtigten als auch ungeplanten Effekten kommt eine herausragende Bedeutung zu. Anders als das Assessment medizinischer Technologien erhalten gesundheitspolitische Themen wie die Organisation von Leistungserbringung, die Entwicklung von Finanzierungsmethoden und Fachkräfteentwicklung bisher nur geringe Aufmerksamkeit.

Evaluation von
Gesundheitspolitik

Hierzulande setzt sich erst in jüngster Zeit die Auffassung durch, dass systematische Evaluation und Qualitätsentwicklung zentrale Anliegen eines modernen Gesundheitswesens sein müssen. Systematische Beobachtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, auch durch die betroffenen Institutionen selbst, findet erst ansatzweise statt (Badura und Siegrist 1999).

Deutschland hat
Nachholbedarf

Vielorts zeichnet sich jedoch bereits eine neue Evaluationskultur ab. Wir berichteten über Israel, das jüngst die Folgen der Erhöhung von Zuzahlungen bei Facharztbesuchen und bei Arzneimitteln und mögliche negative Auswirkungen für Einkommensschwache oder chronisch Kranke analysierte (siehe Ausgabe 4). Beispiele in dieser Ausgabe sind die vom Ministerium in Auftrag gegebenen Evaluationen der leistungsbezogenen Vergütung sowie der elektronischen Krankenakte in dänischen Krankenhäusern (siehe Seite 37 und 73). Nicht immer werden einer Analyse geeignete Parameter und Indikatoren zugrunde gelegt. So ist der Evaluationsansatz zu HealthConnect, dem australischen Programm für eine netzwerkbasierte Patientenakte, in die Kritik geraten, da er u.a. keine Kosten-Nutzen-Bewertung vorsieht (siehe Seite 24).

Bei der Evaluation von Organisationen und Leistungserbringern werden unterschiedliche Ansätze verfolgt. Gemeinsames Ziel ist die Qualitätsentwicklung von Einrichtungen und

Evaluation von
Krankenhäusern
und Ärzten

Versorgungsprozessen. Eine externe wissenschaftliche Begleitforschung dient damit – im Unterschied zu Programmevaluationen – weniger einer Entscheidung über den Fortbestand der Einrichtung; vielmehr handelt es sich hierbei mehr um eine Beratung, die aufzeigen kann, wie kurz- und mittelfristige Restrukturierungen zu Qualitätssteigerung führen können.

Externe
Evaluation in den
Niederlanden
und Südkorea

Die Niederlande und Südkorea haben die externe Bewertung der Qualität von Krankenhäusern vor kurzem als verbindliches Steuerungsinstrument eingeführt. Südkorea beurteilt vorrangig Strukturindikatoren und veröffentlicht die Ergebnisse der besten Krankenhäuser (siehe Ausgabe 4). Die Niederlande haben ein umfassendes Benchmark-Konzept entwickelt, das stationäre Prozesse anhand der Kriterien Effizienz, Qualität und Patientenzufriedenheit bewertet (siehe Ausgabe 2).

USA – Medicare
sorgt für
Transparenz
im Netz

In den USA veröffentlicht Medicare, das staatliche Versicherungsprogramm für Senioren, auf der Website „Hospital Compare“ Daten zur Behandlungsqualität in nahezu allen 4200 Allgemeinkrankenhäusern. Die Transparenz im Netz soll die Krankenhäuser motivieren, ihre Versorgung an evidenzbasierten Empfehlungen auszurichten und durch die Veröffentlichung von Vergleichszahlen die Versorgungsqualität zu verbessern (siehe Ausgabe 5).

Externe Audits
in Israel

In Israel sind Audits für Krankenhäuser verpflichtend. Nur wenn ministerielle Mindeststandards für Struktur- und Prozessqualität eingehalten werden, wird die Zulassung der Häuser zur stationären Versorgung verlängert (siehe Seite 32). Diese Qualitätskontrollen beinhalten eine systematische Analyse von Prozeduren und Ergebnissen der alltäglichen Praxis durch externe Auditoren. Die Prüfer entstammen klassischerweise der Profession ihres zu bewertenden Bereichs.

Audits plus
Fragebogen
in Neuseeland

Das Pilotprojekt „Performance Evaluation Programme“ in Neuseeland überprüft, ob eine aus Kanada importierte Fragebogenmethode in Kombination mit Audits geeignet ist, die Versorgungsqualität in Arztpraxen zu verbessern (siehe Seite 34).

Entwicklung einer
Evaluationskultur

Evaluation und Qualitätsentwicklung sorgen für Transparenz im Gesundheitswesen und sind notwendige Bedingungen für seine rationale Steuerung und intelligente Nutzung. Evaluation und Qualitätsentwicklung tragen zur Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit der erbrachten Dienstleistungen bei, sie schützen die Versicherten vor überflüssigen Ausgaben und die

Patienten vor vermeidbaren Risiken und schlechter Qualität (Badura und Siegrist 1999). Die Evaluationssysteme und -kulturen unterscheiden sich in den einzelnen Ländern in vielerlei Hinsicht. Dennoch gibt es genügend globales Wissen darüber, was in Gesundheitssystemen funktioniert und was nicht – eine noch nicht ausreichend genutzte Chance, von gemeinsamen Erfahrungen zu lernen (Murray und Evans 2003).

Einen neuen Ansatz stellt das „Health Impact Assessment“ (HIA) dar. HIA untersucht Auswirkungen von Politik, Programmen und Projekten auf die Gesundheit der Bevölkerung. Ein expliziter Fokus liegt auf der sozialen Gerechtigkeit und dem Schutz vulnerabler Gruppen. HIA wird von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt und steht ganz im Zeichen des Artikels 152 des Vertrags von Amsterdam, der die Europäische Union auffordert, die möglichen Folgen unterschiedlichster politischer Maßnahmen und Entscheidungen – sei es im Bereich Sozialwesen, Wirtschaft oder Umwelt – auf die Gesundheit zu analysieren. HIA ist damit ein Monitoring- und Evaluationswerkzeug mit Frühwarn- und Beratungsfunktion: Es nutzt qualitative wie quantitative wissenschaftliche Evidenz, um Entscheidungsträger, z. B. Regierungen, nach Möglichkeit bereits vorab über zu erwartende positive oder negative gesundheitliche Konsequenzen ihrer Konzepte zu informieren. Im Idealfall gibt HIA Empfehlungen, um die Qualität der politischen Entscheidungsfindung zu verbessern. Entscheidend ist, dass alle Akteure erkennen, dass sie in der Verantwortung für Gesundheit stehen und ihre Handlungen anhand der Auswirkungen beurteilt werden.

HIA – informierte
politische
Entscheidungen

Literatur und Links

Badura, Bernhard, und Johannes Siegrist (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim: Juventa 1999.

Bowling, Ann, und Shah Ebrahim. *Handbook of Health Research Methods. Investigation, Measurement and Analysis*. Berkshire: Open University Press 2005.

Europäische Union. „Amsterdam – Ein neuer Vertrag für Europa“. <http://europa.eu.int/abc/obj/amst/de/>

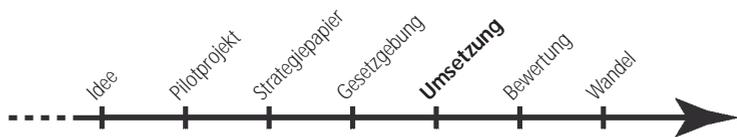
International Network of Agencies for Health Technology Assessment. www.inahta.org

Murray, Christopher J. L., und David E. Evans (Hrsg.). *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*. Genf: Weltgesundheitsorganisation 2003.

Øvretveit, John. *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern: Hans Huber Verlag 2002.

World Health Organization. „Health Impact Assessment“. www.who.int/hia/

Australien: Evaluation von HealthConnect



HealthConnect, das australische Pilotprojekt für eine netzwerk-basierte Patientenakte, wird seit 2001 von einer umfassenden Evaluation begleitet (siehe Ausgabe 5 von „Gesundheitspolitik in Industrieländern“). Das Bewertungskonzept unter Federführung der australischen Regierung und der regionalen Gesundheitsminister ist von verschiedenen Seiten in die Kritik geraten.

Nach Meinung der „Productivity Commission“, einer beratenden Regierungskommission im Bereich Mikroökonomie, bleiben entscheidende Aspekte zur Einschätzung von Erfolg und Misserfolg des ehrgeizigen IT-Programms unberücksichtigt. Die Kommission bemängelt in ihrem Bericht vom August 2005 „Impacts of Advances in Medical Technology in Australia“, dass der Nutzen des HealthConnect-Projekts nicht in Relation zu den hohen Investitions- und Unterhaltskosten stehe.

Keine Kosten-Nutzen-Bewertung

Keine Bewertung der IT-Standards

Andere fundamentale Gesichtspunkte seien zu spät oder gar nicht in die Evaluation aufgenommen worden. Im Einklang mit einigen Wissenschaftlern kritisiert die Kommission, dass die

Zielgröße Gesundheit keine Berücksichtigung finde. Ebenfalls nicht überprüft werde die Tauglichkeit der einheitlichen IT-Standards, mit denen HealthConnect die Kompatibilität regionaler und lokaler IT-Lösungen gewährleisten will. Die Kommission sieht die Vielzahl der Modelle zur elektronischen Patientenakte nur mangelhaft durch HealthConnect koordiniert. Sie befürchtet, dass die hohen Investitionen in neue Informations- und Kommunikationstechnologien nicht effizient genutzt werden und HealthConnect seinen potenziellen Nutzen nicht entfalten kann.

Das Evaluationsprogramm von HealthConnect, auf dessen Basis die australische Regierung und die Gesundheitsminister der sechs Staaten und zwei Territorien über eine landesweite Einführung der netzwerkbasierten Patientenakte entscheiden wollen, gliedert sich in zwei Abschnitte. Die erste Forschungs- und Entwicklungsphase von 2001 bis 2003 testete die technische Machbarkeit des Netzwerks, in das mit Einverständnis des Patienten Gesundheitsdaten aufgenommen, archiviert und zwischen den Leistungserbringern ausgetauscht werden können.

HealthConnect
Phase 1
(2001-2003)

In einer zweiten Pilotphase überprüfen seit 2003 fünf der australischen Bundesstaaten bzw. Territorien (Tasmanien, South Australia, Northern Territory, New South Wales und Queensland) die Integrierbarkeit von HealthConnect in den medizinischen Versorgungsalltag und die Akzeptanz bei den Anwendern.

HealthConnect
Phase 2
(2003-2005)

Auch dem Schutz der elektronisch gespeicherten Patientendaten vor unbefugtem Zugriff widmet sich die Evaluation. HealthConnect hat bereits eine Reihe von rechtlich klärungsbedürftigen Aspekten identifiziert. Die Bedenken zu Datenschutzbelangen sind aber noch nicht ausgeräumt. So befürchtet der australische Datenschutzbeauftragte, dass HealthConnect in großem Umfang eingeführt wird, bevor angemessene Kontrollmechanismen zum Schutz der Persönlichkeitsrechte von Patienten etabliert sind.

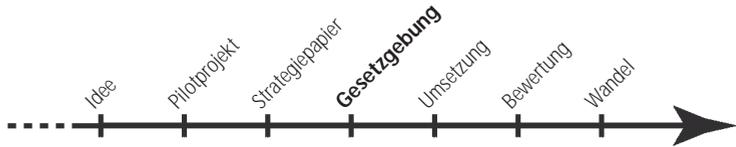
Offene Fragen
zum Datenschutz

Trotz breiter Kritik ist nach Einschätzung von Experten nicht zu erwarten, dass die Regierung den Evaluationsansatz von HealthConnect modifiziert. Der langfristige Nutzen und die Kosteneffizienz des ehrgeizigen Projekts bleiben unklar.

Literatur und Links

Australian Government – Productivity Commission.
„Impacts of Advances in Medical Technology in Australia.“
Research Report vom 31.08.2005. www.pc.gov.au/study/medicaltechnology/finalreport/medicaltechnology.pdf
HealthConnect. A Health Information Network for all
Australians. www.healthconnect.gov.au

Schweiz: Programm Evaluation Komplementärmedizin



Homöopathie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin, anthroposophische Medizin und Neuraltherapie sind seit dem 1. Juli 2005 nicht mehr Bestandteil des gesetzlichen Leistungskatalogs der Schweiz. Grundlage der Regierungsentscheidung war das breit angelegte, mehrjährige „Programm Evaluation Komplementärmedizin“.

Komplementär-
medizin –
Leistung unter
Evaluationsvor-
behalt

1999 waren die fünf komplementärmedizinischen Verfahren für fünf Jahre befristet in die Krankenpflege-Leistungsverordnung der Schweiz aufgenommen worden. Eine Vergütung erfolgte nur, wenn die Leistungen von Ärzten mit entsprechendem Fähigkeitsnachweis erbracht wurden. Der Verbleib der Komplementärmedizin im Leistungskatalog wurde an den Nachweis ihrer Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit geknüpft.

PEK – Programm
Evaluation
Komplementär-
medizin

Zu diesem Zweck initiierte die Regierung das „Programm Evaluation Komplementärmedizin“ (PEK), das von 1998 bis 2005 durchgeführt wurde. In einem zum Teil schwierigen Konsensusprozess legten Vertreter der Komplementärmedizin und der konventionellen Medizin sowie Methodiker ein zweiteiliges Vorgehen fest.

Der erste Teil befasste sich mit der komplementärmedizinischen Versorgungssituation in der Schweiz. 10,6 Prozent der schweizerischen Bevölkerung hatten laut Befragungen mindestens eines der fünf komplementärmedizinischen Verfahren im Jahr 2002 in Anspruch genommen. Am häufigsten wurde Homöopathie genannt. Zum Vergleich: In Deutschland besuchten laut Bundes-Gesundheits-survey 1998 des Robert-Koch-Instituts 9,2 Prozent der Befragten im Jahre 1997 einen Spezialisten für Komplementärmedizin, davon 2,8 Prozent einen Arzt für Naturheilkunde, 2,8 Prozent einen Arzt für Homöopathie und 3,6 Prozent einen Heilpraktiker. Dagegen hatten 72 Prozent einen Allgemeinmediziner konsultiert.

Teil 1 – Stand der komplementärmedizinischen Versorgung

Wie in Deutschland behandelten komplementärmedizinisch tätige Ärzte in der Schweiz Patienten, die eher jünger, weiblich und besser ausgebildet waren sowie eher eine chronische und stärker ausgeprägte Form ihrer Erkrankung aufwiesen. Die Zufriedenheit der Patienten war in komplementärmedizinisch orientierten Praxen höher als in anderen Praxen. Nebenwirkungen gaben – mit Ausnahme der Phytotherapie – deutlich weniger Patienten an als bei konventioneller Therapie.

Die um Faktoren wie Alter und Geschlecht bereinigten patientenbezogenen Gesamtkosten unterschieden sich nicht signifikant von denen der konventionellen Versorgung. Die Konsultationskosten waren höher und die Medikationskosten niedriger. Der reale Kostenanstieg von 1998 bis 2002 erwies sich als deutlich geringer als bei Einführung der fünf komplementärmedizinischen Verfahren erwartet (jährlicher Kostenanstieg von 35,9 statt der prognostizierten 110 Millionen Schweizer Franken / 23,3 statt 71 Millionen Euro).

Kosten mit konventioneller Medizin vergleichbar

Bei der Entscheidung für den Leistungsausschluss der Komplementärmedizin hatte ohne Zweifel der zweite Teil des PEK-Projekts – die systematische Literaturanalyse zur Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der fünf Verfahren – eine maßgebliche Rolle gespielt.

Teil 2 – Systematische Analyse der Literatur

Die wissenschaftlichen Bewertungsberichte kamen in Bezug auf das Wirksamkeits-/ Risikoprofil zu einem positiven Urteil – mit gewissen Einschränkungen bei der Sicherheit der Neuraltherapie und der Traditionellen Chinesischen Medizin. Zur Wirtschaftlichkeit konnten die Wissenschaftler wegen des Mangels an Daten keine sicheren Aussagen machen.

Zum Teil
widersprüchliche
Ergebnisse

Für Homöopathie, Phytotherapie und Traditionelle Chinesische Medizin erstellte eine Gruppe Berner Epidemiologen Metaanalysen der placebo-kontrollierten klinischen Studien. Für anthroposophische Medizin und Neuraltherapie lagen nicht genügend Studien vor. Aus Sicht der Autoren war Homöopathie gegenüber Placebo nicht überlegen. Ein positives Ergebnis zeigte sich bei der Metaanalyse zur Phytotherapie. Bei der Traditionellen Chinesischen Medizin war keine klare Beurteilung möglich.

Unklare Evidenz –
klare politische
Entscheidung

Die ausdrücklichen Hinweise im PEK-Schlussbericht vom April 2005 auf die methodischen Grenzen der Bewertung und den wissenschaftlichen Interpretationsspielraum der zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse fanden im politischen Entscheidungsprozess keine Beachtung: Die Schweizer Regierung entschied trotz harscher Kritik vonseiten der Verbände und Medien, alle fünf Therapierichtungen aus dem Leistungskatalog zu streichen.

Mit dieser Entscheidung will sie der Erweiterung des Leistungskatalogs für jene Leistungen ein Ende setzen, deren Wirksamkeit nicht eindeutig mit wissenschaftlicher Evidenz zu belegen ist.

Volksinitiative „Ja
zur Komplementär-
medizin“

Noch ist unklar, ob die Komplementärmedizin in der Schweiz auf Dauer aus eigener Tasche oder durch private Zusatzversicherungen finanziert werden muss. Die Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“ fordert Bund und Kantone auf, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine Berücksichtigung der Komplementärmedizin zu sorgen. Doch selbst bei einem positiven Votum der schweizerischen Bevölkerung in einer Volksabstimmung wird es der Regierung überlassen bleiben, ob komplementärmedizinische Methoden erneut Krankenkassenleistung werden.

Literatur und Links

Bundesamt für Gesundheit. „Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK)“. www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/PEK.htm

Busato, André, Andreas Dönges, Sylvia Herren, Marcel Widmer und Florica Marian. „Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional

primary care in Switzerland - an observational study“. *Family Practice* (23) 1 2006. 116–124. <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/cmi078?ijkey=xLy16EcmKV0fFTW&keytype=ref>

Crivelli, Luca, Domenico Ferrari und Constanzo Limoni. „Il consumo di 5 terapie di medicina complementare in Svizzera. Analisi statistica sulla base dei dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera 1997 e 2002“. www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/Gesundheitsbefragung-KM.pdf (auf Italienisch).

„Das große Seilziehen um die wahre Medizin.“ *Neue Zürcher Zeitung am Sonntag* vom 13.03.2005.

Dixon, Anna, Annette Riesberg, Susanne Weinbrenner, Omer Saka, Julian Le Grand und Reinhard Busse. „Complementary and Alternative Medicine in the UK and Germany – Research and Evidence on Supply and Demand“. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society 2003. www.agf.org.uk/pubs/pdfs/1413web.pdf

Domenighetti, Gianfranco. „Grandeur et misère des systèmes universels de santé“. *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (4) 2005. 221–226. www.saez.ch/pdf/2005/2005-04/2005-04-038.pdf

Eidgenössische Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“, eingereicht am 15.09.2005. www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vi331.html

„Ein Entscheid mit Signalwirkung“. *Neue Zürcher Zeitung* vom 04.06.2005.

Longchamp, Claude. „Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2005“. gfs.bern im Auftrag von Interpharma. www.interpharma.ch/de/pdf/WIK_deutsch_Gesundheitsmonitor_05.pdf

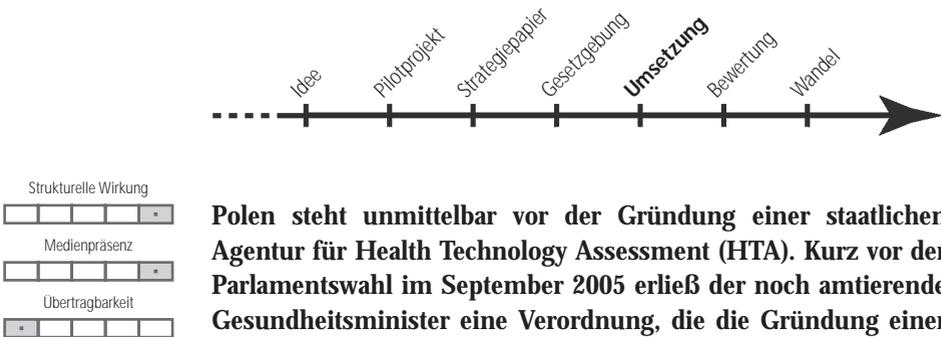
Melchart, Dieter, Florian Mitscherlich, Marianne Amiet, Reiner Eichenberger und Pedro Koch. „Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK)“. Schlussbericht vom 24.04.2005. www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/Schlussbericht_PEK.pdf

Shang, Aijing, Karin Huwiler-Müntener, Linda Nartey, Peter Jüni, Stephan Dörig, Jonathan A. C. Sterne, Daniel Pewsner und Matthias Egger. „Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy“. *The Lancet* 366 2005. 726–732. www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/shang_huwiler.pdf

„Streit um Komplementärmedizin“. *Neue Zürcher Zeitung* vom 06.04.2005.

„Streit um die „sanfte“ Medizin eskaliert“. *Neue Zürcher Zeitung* vom 24.04.2005.

Polen: Agentur für Health Technology Assessment



Polen steht unmittelbar vor der Gründung einer staatlichen Agentur für Health Technology Assessment (HTA). Kurz vor der Parlamentswahl im September 2005 erließ der noch amtierende Gesundheitsminister eine Verordnung, die die Gründung einer öffentlich finanzierten, aber politisch unabhängigen Institution zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien vorsieht.

Ziel ist es, Entscheidungen im Gesundheitssystem auf eine rationale und evidenzbasierte Basis zu stellen, die Implementierung und Finanzierung von neuen Technologien stärker zu kontrollieren und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

In Polen kamen neue Therapien oder Technologien bisher ohne Prüfung von Wirksamkeit und Kosten zur Anwendung. Es genügten positive Erwartungen der Ärzte und Patienten und

Evidenzbasierte
Regulierung neuer
Technologien

etwas Druck seitens der Hersteller, um die Etablierung neuer Verfahren zu forcieren. Experten sehen steigende Arzneimittel- ausgaben und die Überschuldung von Krankenhäusern als eine unmittelbare Folge der ungebremsten Verbreitung.

Über acht Jahre lang diskutierten Fachleute in Polen die Schaffung einer Agentur für Health Technology Assessment, die das Gesundheitsministerium zu gesundheitspolitischen Entscheidungen wissenschaftlich beraten soll. Zu Spannungen kam es dabei zwischen der Regierung und dem Nationalen Gesundheitsfonds, der polnischen Einheitskrankenkasse. Der Fonds forderte, dass die Agentur ihm unterstellt werden solle. Auch vonseiten der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie, die Profiteinbußen befürchten, regte sich Widerstand.

Erst als 2004 das „Gesetz zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen“ ausdrücklich die Gründung einer staatlichen HTA-Agentur vorsah, konnte das Gesundheitsministerium den legislativen Prozess per Verordnung, d.h. ohne eine parlamentarische Mitentscheidung, zum Abschluss bringen.

Der ehemalige Gesundheitsminister setzte sich offen mit Arzneimittelherstellern und anderen Unternehmen auseinander, um die Widerstände zu überwinden. Die jetzige Regierung schlägt einen milderen, industriefreundlicheren Kurs ein. Es hat den Anschein, dass das Ministerium gewillt ist, über Struktur und Funktion und damit zukünftigen Einfluss der Agentur erneut zu verhandeln. Im Unterschied zum ursprünglichen Entwurf könnte die Agentur dann lediglich als Clearingstelle für HTA-Berichte eingesetzt werden, die von medizinischen Fachgruppen oder der Industrie verfasst werden. Empfehlungen an das Gesundheitsministerium würde sie nicht auf Basis eigener Bewertungen aussprechen. Die Praxis wird zeigen, ob und in welcher Form die Agentur die ihr ursprünglich zugedachte Steuerungsfunktion erfüllen kann.

Widerstand von
Industrie und
Krankenkasse

Neue Regierung
verhandlungs-
bereit

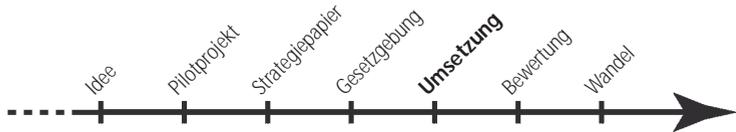
Literatur und Links

Gesetz über öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen vom 27. August 2004. Gesetzbuch Nr. 210, Paragraph 2135.
Kozierkiewicz, Adam, Wojciech Trabka, Artur Romaszewski,

Krzysztof Gajda und Dariusz Gilewski. „Definition of the ‚health benefit basket‘ in Poland“. *European Journal of Health Economics* 6 Suppl 1 2005. 58–65.

Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 1. September 2005 über die Schaffung einer Agentur für Health Technology Assessment, Verlautbarung 13.56 des Gesundheitsministeriums.

Israel: Audit für Krankenhauszulassung



Im August 2005 schloss das israelische Gesundheitsministerium die erste Runde eines kontinuierlichen, 2003 eingeführten Bewertungsverfahrens für Krankenhäuser ab. Überprüft wird, ob Qualitätsstandards in der stationären Versorgung eingehalten werden.

Lizenz nur mit
erfolgreichem
Audit

Alle Allgemeinkrankenhäuser in Israel müssen sich dem externen Audit stellen. Das Audit ist im Gegensatz zur freiwilligen Akkreditierung in den USA durch die US Joint Commission oder der Zertifizierung in Deutschland für alle Krankenhäuser Pflicht. Die Zulassung eines Krankenhauses wird für weitere ein bis drei Jahre verlängert, wenn das Prüfverfahren erfolgreich abgeschlossen wurde.

Struktur- und
Prozessparameter,
Outcomeparameter
geplant

Das jeweilige Krankenhaus wird für einen Tag von einem 20-köpfigen, multiprofessionellen Prüferteam besucht, das sich aus Fachkräften aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Umweltmedizin, Informationstechnologie und Sicherheit zusammensetzt. Die Auditoren überprüfen anhand von Checklisten zu Struktur- und Prozessparametern, ob die vom Gesundheitsministerium definierten Standards eingehalten wer-

den. So listet beispielsweise das strukturierte Audit-Protokoll für die Pflege sechs Kategorien:

Tabelle 3: Israel: Audit-Protokoll für die Pflege

Kategorie	Indikator
Personal	Anzahl qualifizierter Pflegekräfte, Pflegehelfer und nicht ausgebildeter Kräfte
Dokumentation	Vorliegen von Pflegeanamnesen und -berichten
Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Unzugänglichkeit des Arzneimittelschranks - Medikation in Originalhüllen - Überprüfung der Betäubungsmittel in jeder Schicht - Kontrolle der Dokumentation der Arzneimittelverordnungen
Patientenumgebung	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Klingel und Sauerstoff - Bettabsicherung
Wiederbelebung	Trainingsmaßnahmen
Fachkräfteentwicklung	Personalbeurteilung und Weiterbildung

Quelle: www.health.gov.il (auf Hebräisch)

In Zukunft sollen die Auditprotokolle durch Ergebnisparameter ergänzt werden.

Das Gesundheitsministerium wertet die Audits aus und sendet an die Krankenhausleitung einen formalen Bericht, der ausführt, welche Mängel gegebenenfalls behoben werden müssen. Die Untersuchungsergebnisse werden vertraulich behandelt und nicht publiziert, damit alle Krankenhäuser zu einer kooperierenden Mitarbeit bereit sind und Krankenhausdaten von der Presse nicht in undifferenzierter Weise aufgegriffen werden können. Für die Zukunft plant das Ministerium, die Krankenhausdaten vergleichend auszuwerten und übergreifende Problembereiche zu identifizieren (z. B. in der Physiotherapie).

Als bisher größte Schwierigkeit im Bewertungsprozess erweist sich die Rekrutierung von Auditoren, die keine finanzielle oder zeitliche Aufwandsentschädigung erhalten. Auditoren kommen aus dem Gesundheitsministerium oder sind freiwillige

Vertraulichkeit der
Auditergebnisse

Mangel an
Auditoren

Fachkräfte aus Krankenhäusern, die zum Teil bereits pensioniert sind. Der Anreiz besteht für sie allein im Prestigege Gewinn und in der Gelegenheit, in Strukturen und Abläufe anderer Krankenhäuser Einblick zu erhalten.

Minimalstandards

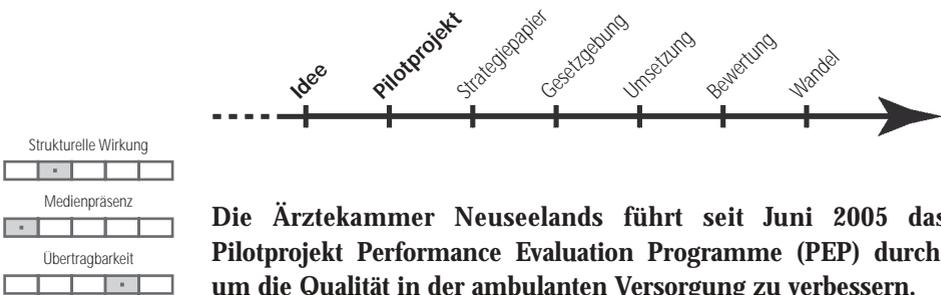
Krankenhausmanager stehen dem Auditverfahren, das kürzlich in die zweite Runde gegangen ist, ambivalent gegenüber. Zwar können sie ein erfolgreich abgeschlossenes Audit als Imagegewinn nutzen oder mehr Ressourcen einfordern, um etwaige Mängel zu beseitigen. Andererseits beanstanden sie, dass die Krankenhauszulassung nicht mehr automatisch verlängert wird. Da das ministerielle Auditverfahren jedoch nur Minimalanforderungen überprüft, erwarten Experten, dass die qualitätsverbessernden Effekte limitiert sind.

Literatur und Links

Freund, Ruth, Eitan Haver und Michael Dor. Accreditation and certification in acute care general hospitals and independent surgical clinics in Israel. 2005. Unveröffentlicht (auf Hebräisch, englisches Abstract erhältlich bei Dr. Michael Dor, E-Mail: dor@moh.health.gov.il).

Ministry of Health. „Checkliste für Krankenhaus-Audits in verschiedenen Bereichen.“ www.health.gov.il (auf Hebräisch).

Neuseeland: Performance Evaluation Programme



Die Ärztekammer Neuseelands führt seit Juni 2005 das Pilotprojekt Performance Evaluation Programme (PEP) durch, um die Qualität in der ambulanten Versorgung zu verbessern.

Die Ärztekammer ist gesetzlich für Zulassung, Sicherstellung und den Erhalt der ärztlichen Kompetenz von niedergelassenen Ärzten und in Krankenhausambulanzen tätigen Ärzten zuständig. Das zwölfmonatige Pilotprogramm PEP besteht aus zwei Teilen. Zunächst überprüft die Ärztekammer bei zehn Prozent aller praktizierenden Ärzte im Detail, ob sie die Anforderungen der kontinuierlichen Fachkräfteentwicklung (Continuing Professional Development, CPD) erfüllen. In Neuseeland ist dies Voraussetzung, damit die Zulassung für die ärztliche Tätigkeit verlängert wird.

Performance
Evaluation
Programme

Dafür müssen Ärzte einmal jährlich belegen, dass sie ein klinisches Audit und mindestens zehn Stunden Peer Review, das heißt eine Begutachtung durch unabhängige Fachkollegen, sowie 20 Stunden anerkannte ärztliche Fortbildung absolviert haben.

Continuing
Professional
Development

Die Ärztekammer geht davon aus, dass zwischen zehn und zwanzig Prozent der in der Stichprobe getesteten Ärzte die CPD-Anforderungen nicht erfüllen. Bei jenen wird im Teil zwei des PEP eine Befragung durchgeführt. Neben einer Selbstbewertung werden Kollegen und Patienten des jeweiligen Arztes telefonisch oder online mittels eines standardisierten Fragebogens zu seiner fachlichen, organisatorischen und sozialen Kompetenz befragt. Der betroffene Arzt benennt dafür acht ärztliche Kollegen und acht nichtärztliche Mitarbeiter und sorgt für die Einwilligung von zehn seiner Patienten. Die Befragungsergebnisse und die Vergleichsdaten anderer Ärzte werden in anonymisierter Berichtsform an den Arzt zurückgemeldet.

Bewertung durch
Patienten,
Kollegen und
Selbsteinschätzung

Wenn der Bericht Leistungsdefizite aufzeigt, wird erwartet, dass der Arzt an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt und sich von Kollegen beraten lässt. Bei schwerwiegenden Mängeln mit einem erhöhten Risiko für Gesundheit und Sicherheit der Patienten kann die Ärztekammer eine detaillierte Leistungsprüfung des Arztes durchführen.

Maßnahmen
bei Mängeln

Das Pilotprojekt soll bis Mitte 2006 überprüfen, ob die PEP-Methode geeignet ist, die Kompetenz der Ärzte aufrechtzuerhalten und jene zu identifizieren, die Unterstützung bei der Verbesserung ihrer Qualifikationen benötigen. Viele neuseeländische Ärzte bezweifeln das. Sie kritisieren den Zeitaufwand, der notwendig ist, um Patienten, Kollegen und Mitarbeiter für die Befragung zu finden. Auch sehen sie das Vertrauens-

Zweifel wegen
Zeitaufwand und
Befangenheit

verhältnis gestört, wenn beim Patienten durch die Evaluation Zweifel an der Kompetenz seines betreuenden Arztes geweckt werden. In Fachkreisen wird dagegen bemängelt, dass Patienten und Kollegen selbst ausgewählt werden dürfen. Die Befragungsergebnisse würden so in Richtung günstiger Resultate verzerrt.

Kanadisches
Vorbild

Das neuseeländische Konzept wurde in Anlehnung an die „Physician Achievement Review“ (PAR) des „College of Physicians and Surgeons“ in Alberta, Kanada entwickelt. Die kanadischen Erfahrungen der ersten drei Jahre waren vorwiegend positiv. 66 Prozent der 255 teilnehmenden Ärzte machten von den Befragungsergebnissen Gebrauch, um Leistung und Qualität ihrer Praxis zu verbessern. Starke Unterstützung erhielt das PAR-Konzept von Seiten der Patienten. Nicht in allen Fällen scheint das kanadische Audit-Programm jedoch geeignet und birgt die Gefahr, für disziplinarische Zwecke missbraucht zu werden. Experten gehen davon aus, dass die Projektergebnisse in Neuseeland ähnlich ausfallen werden.

Literatur und Links

Campbell, John. „Ensuring Competence through Auditing“. *Medical Council News* April 2005. www.mcnz.org.nz/portals/1/news/mcnewsapril05.pdf

College of Physicians and Surgeons of Alberta. „Alberta Physician Achievement Review (PAR) Program: A Review of the First Three Years“. 1998. www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments/par_evaluation.pdf

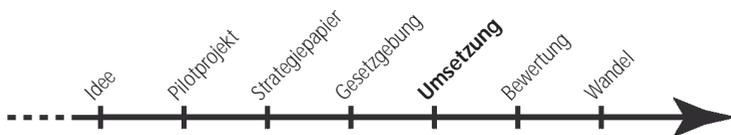
College of Physicians and Surgeons of Alberta. „College Programs“. www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/par_program.asp

Johnson, Lannes. „Hells bells are we guilty until proven innocent“. *New Zealand Doctor* Mai 2005.

Kumar, Rajesh. „Docs Performance under Scrutiny“. *New Zealand Doctor* Mai 2005.

Medical Council of New Zealand. „Maintaining Competence. What is Performance Evaluation Programme (PEP)?“ www.mcnz.org.nz

Dänemark: Evaluation des DRG-Systems

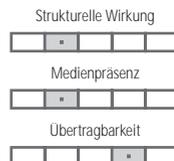


Drei Jahre nach Einführung einer leistungsbezogenen Vergütung in dänischen Krankenhäusern hat das Gesundheitsministerium eine erste Bilanz gezogen. Im Mai 2005 publizierte es gemeinsam mit den Vertretungen der Landkreise eine Bewertung der Auswirkungen des DRG (Diagnosis Related Groups)-Systems auf die stationäre Versorgung.

Die Evaluation kommt zu dem Ergebnis, dass die schrittweise Einführung von DRGs einen positiven Effekt auf Produktivität und Leistungsvolumen der Krankenhäuser zeigt sowie die Wartezeiten verkürzt. Im Vergleich zur ehemaligen Globalvergütung hat die Einführung von DRGs zu keinem steileren Ausgabenanstieg geführt. In der Versorgungsqualität sind keine negativen Veränderungen feststellbar. Experten geben zu bedenken, dass letztere Aussage mangels einer umfassenden Qualitätsmessung lediglich auf dem Indikator Patientenzufriedenheit beruht.

Dänemark hat vergleichsweise spät mit der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems begonnen. In einem Land, das marktorientierte Reformen oftmals kritisch diskutiert, wurden Krankenhäuser bis 2002 über prospektive Globalbudgets finanziert. Krankenhausmanager verhandelten mit ihrem Landkreis die Globalvergütung für ein Jahr, basierend auf den bisherigen Leistungen, neuen Aufgabenbereichen und zusätzlichem Bedarf. Globalbudgets galten als ein sehr wirksames Instrument zur Kostendämpfung. Aus Sicht von Kritikern war das System jedoch unflexibel und hielt für effiziente Krankenhäuser keine Belohnung bereit.

Um die Produktivität der stationären Versorgung zu erhöhen, stellte die Zentralregierung 2002 ein zusätzliches Budget für die jährlichen Verhandlungen unter der Bedingung zur Verfügung, dass dieses leistungsbezogen verteilt würde. Diese Ad-hoc-



Zögerliche Einführung von DRGs

Landkreise lehnen DRGs ab

Initiative stieß auf wenig Gegenliebe in den Landkreisen. Die 14 Kreise sind für Management und Finanzierung der stationären Versorgung in Dänemark verantwortlich. Da sie Leistungsausweitungen und den Verlust der finanziellen Kontrolle befürchten, stehen sie dem DRG-System nach wie vor ablehnend gegenüber. Dessen ungeachtet stellte die Zentralregierung 2004 das Ziel auf, dass mindestens 20 Prozent der Krankenhausvergütung leistungsbezogen erfolgen muss. Dieser Anteil soll in den nächsten Jahren auf 50 Prozent erhöht werden.

Produktivitäts-
anstieg niedriger
als erwartet

Fazit der DRG-Evaluierung ist, dass in den Jahren 2000 bis 2003 ein kontinuierlicher Produktivitätsanstieg in dänischen Krankenhäusern zu beobachten ist, der aber geringer ausfiel als erwartet. Die Hauptursache für die mangelnde Wirksamkeit der DRG-Vergütung wird darin gesehen, dass es keinen ausreichenden Wettbewerb zwischen den Landkreisen gibt. Experten befürchten, dass die offiziellen Zahlen nicht um die einem DRG-Creep oder Up-coding unterzogenen Fälle, also für ein „optimierendes“ Kodierverhalten, bereinigt werden konnten und sich damit kein bzw. nur noch ein minimaler Effekt auf die Krankenhausproduktivität nachweisen lasse.

Dass die offizielle Evaluation dennoch ein Gemeinschaftsprodukt der Zentralregierung und der Vereinigung der Landkreise ist, werten Fachleute als Zeichen, dass Letztere die Forderung nach stärkeren Wettbewerbsstrukturen nunmehr zu billigen scheinen.

Literatur und Links

Indenrigs- og sundhedsministeren. „Evaluering af taksstyring på sygehusområdet“. www.im.dk/publikationer/eva_takststyring/index.htm (auf Dänisch).

Kontinuität in der Versorgung

In vielen Ländern ist die Gesundheitsversorgung traditionell stark segmentiert. Die unterschiedliche Finanzierung und Steuerung von medizinischer Versorgung, Pflege und von sozialen Diensten wird den Bedürfnissen älterer und chronisch kranker Menschen, Behinderter und psychisch Kranker nicht gerecht. Die akutmedizinische Orientierung der meisten Gesundheitssysteme verschärft die unzureichende Bedarfsorientierung und die Schnittstellenproblematik zusätzlich.

Koordinierungsdefizite treten an „vertikalen“ Schnittstellen von Versorgungsstufen auf, d.h. zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie zwischen stationärem Sektor und Rehabilitation, aber auch „horizontal“, d.h. auf einer Versorgungsebene zwischen unterschiedlichen medizinischen Leistungserbringern und sozialen Organisationen (z.B. zwischen Hausarzt, Soziotherapie, Psychotherapie, Physiotherapie und häuslicher Pflege).

Dieses Kapitel analysiert kreative Ansätze in verschiedenen Ländern, die sich eine stärkere Kontinuität in der Versorgung zum Ziel gesetzt haben – sei es in Modellen der integrierten Versorgung oder des Disease Managements.

Konzepte der integrierten Versorgung

Für den Begriff „integrierte Versorgung“ gibt es keine einheitliche Definition. Er beschreibt unterschiedliche Aspekte der Gestaltung von Versorgung, deren wesentliche Merkmale eine bessere Verzahnung der Leistungsanbieter, ein besseres Schnittstellenmanagement, die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven

und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind. Integrierte Versorgung wird als eine Form des Versorgungsmanagements verstanden, bei der der Behandlungsprozess im Vordergrund steht. Das stark segmentierte Versorgungsgeschehen muss zu diesem Zweck über die Professionen und Sektoren hinweg neu organisiert werden. Die Integration der Versorgung kann dabei sowohl durch verschiedene Formen der Kooperation als auch durch eine vollständige institutionelle Verschmelzung stattfinden (Schreyögg und Weinbrenner 2006). Das deutsche Sozialgesetz versteht unter „integrierter Versorgung“ lediglich vertraglich vereinbarte Formen der Versorgung, die verschiedene Leistungssektoren einschließen oder interdisziplinär sind (§ 140a SGB V).

Horizontale,
vertikale und
erweiterte
Integration

Modelle der integrierten Versorgung gehen auf die Konzepte von Managed Care in den USA zurück. Auch in Kanada sowie zunehmend in Westeuropa und Australien sind eine Vielzahl unterschiedlicher Organisations- und Managementformen entstanden.

Unterschieden wird die horizontale Integration, d.h. innerhalb einer Versorgungsebene, von der vertikalen Integration, d.h. über verschiedene Versorgungsstufen hinweg (Abbildung 1). Oftmals finden sich beide Formen nebeneinander, beispielsweise in der kanadischen Provinz Ontario, die sich die Förderung von Hausarztnetzen („Family Health Groups“ und „Family Health Networks“) und von kommunalen Versorgungsnetzwerken („Local Health Integration Networks“) auf die Fahne geschrieben hat (siehe Ausgabe 3 „Hausarztnetze in Ontario“ und Seite 54).

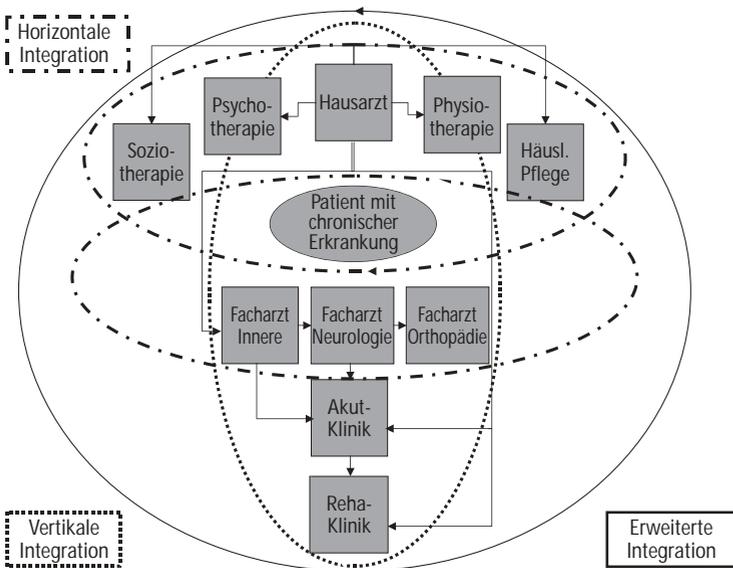
Als erweiterte Integration schließlich wird die Komplettversorgung aus einer Hand bezeichnet. Darunter sind populationsorientierte, häufig regional angesiedelte Versorgungskonzepte zu verstehen, die eine medizinische „Vollversorgung“ erreichen wollen.

Erweiterte
Integration
international

Das spanische Katalonien betreibt seit mehreren Jahren wegweisende Pilotprojekte dieses Typs (siehe Ausgabe 1 „Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien“). In der vorliegenden Ausgabe berichten wir über die spanische Region Valencia, die seit 1997 unter Federführung von Privatversicherungen in drei Bezirken lokale, populationsbezogene Integrationsmodelle erprobt (siehe Seite 51). In den

Niederlanden konzentrieren sich die Integrationsmodelle auf die Bedürfnisse älterer Menschen, wo seit den 80er Jahren große Non-Profit-Unternehmen entstanden sind, die alle wesentlichen Versorgungsbereiche abdecken (siehe Ausgabe 2 „Monopole bei der integrierten Versorgung Älterer“).

Abbildung 1: Horizontale, vertikale und erweiterte Integrationsdimension am Beispiel der medizinischen Versorgung eines chronisch kranken Patienten



Quelle: Schreyögg und Weinbrenner 2006

Das klassische Managed-Care-Modell der USA scheint theoretisch am besten geeignet, dem Bedarf nach Kontinuität in der Versorgung gerecht zu werden: Die Health Maintenance Organization (HMO) vereint Ausgabenträger und Leistungserbringer unter einem Dach. Die Versorgung wird durch einen ärztlichen Gatekeeper koordiniert. Die Kopfpauschale, als Finanzierungsmechanismus integraler Bestandteil des Managed-Care-Modells, setzt den finanziellen Anreiz auf Primärversorgung und Prävention.

Managed Care
Backlash

Nach den anfänglich hohen Erwartungen an Managed Care Ende der 80er Jahre zeigten sich im Laufe der Zeit jedoch Mängel in der Versorgung. Die Fokussierung auf Kosteneffektivität führte zu Qualitätseinbußen und war mit dem Ziel der Versorgungskoordination weniger kompatibel als erwartet. Aufgrund mangelnder Risikoadjustierung der Kopfpauschale war der Anreiz groß, die Gruppe der chronisch Kranken mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten überhaupt nicht in Managed-Care-Modellen zu versichern (Guterman 2005). Die Erfahrungen dieser negativen Auswirkungen des Managed-Care-Modells, die in den USA „managed care backlash“ genannt werden, führten zu wachsender Kritik und zu der Notwendigkeit, das Modell zu überdenken und zu reorganisieren.

Weiterentwicklung
und Rückbesinnung

Seit 2002 findet in den USA und international eine Umorientierung statt, bei der Managed-Care-Instrumente und -Organisationsformen modifiziert und z.B. mit altbekannten Finanzierungskonzepten wie der Einzelleistungsvergütung kombiniert werden (Amelung und Schumacher 2004). Wir berichten über sieben staatliche Pilotprogramme in den USA, die Medicare mit dem Ziel der optimierten Versorgung chronisch Kranker derzeit durchführt (siehe Seite 46).

Ernüchterung
in der Schweiz

Auch in der Schweiz zeigt ein Gutachten des Bundesamtes für Gesundheit aus dem Jahr 2004, dass sich die Erwartungen, die Mitte der 90er Jahre an Hausarztmodelle und HMOs geknüpft wurden, nicht erfüllt haben. Entgegen den Prognosen, die von einem Viertel der Schweizer Bevölkerung ausgingen, waren 2004 nur knapp sieben Prozent der Versicherten in solche Modelle eingeschrieben. Die Schweizer Regierung reagierte 2004 bei der Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes mit einer Neustrukturierung der Managed-Care-Angebote. Leistungserbringer sollen ein sektorenübergreifendes Netzwerk bilden – mit Budgetverantwortung für alle Leistungen, die im Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger vorgesehen sind. Damit werden die Versorgungssteuerung und das Morbiditätsrisiko von den Versicherungen auf die Leistungserbringer verlagert. Die Regierung hofft, dass sich dieser neue Typ von Managed Care, der dem deutschen Modell der integrierten Versorgung nach §140a ff. SGB V ähnelt, als populär erweist (siehe Ausgabe 3 „Regierung weiter auf Reformkurs“ und Ausgabe 4 „Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke“).

Konzepte des Disease Managements

Zur optimierten Versorgung chronisch Kranker steht international das Konzept des Disease Managements im Mittelpunkt vieler Strategien. Auch für Disease Management gibt es keine allgemein anerkannte Definition. Disease Management stellt eine indikationsbezogene, evidenz- und leitlinienbasierte, sektorenübergreifende Versorgungsform dar, die sich an Patientengruppen mit spezifischen Risiken oder Erkrankungen richtet und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ihren Erfolg an belegten Outcome-Parametern misst (Lauterbach 2001).

In zunehmendem Maß wird die aktive Beteiligung der Patienten am Behandlungsprozess in die Definition von Disease Management mit einbezogen. So richtet das jüngst publizierte Senatsgutachten „The Cancer Journey: Informing Choices“ zur Situation Krebskranker in Australien den Fokus auf die Notwendigkeit, Patienten umfassend über Diagnostik, konventionelle und alternative Therapieverfahren sowie Behandlungs- und Betreuungsangebote zu informieren und zu mündigen Mitentscheidern zu machen (siehe Seite 55).

Mitgestaltung
der Patienten

In der Koordination des Wegs der Patienten durch das System nehmen bislang Ärzte eine Schlüsselposition ein. Notwendig ist eine effiziente Organisation und Kommunikation bezüglich der Bedürfnisse chronisch kranker Patienten sowie der Ziele und Inhalte von Diagnostik und Behandlung. Neben geeigneten finanziellen Anreizen mangelt es an einer ausreichenden beruflichen Weiterqualifikation für diese Koordinationsaufgaben. Im Versorgungsmodell der spanischen Region Castilla y León stellte dies ein wesentliches Hindernis bei der Integration medizinischer und sozialer Leistungen dar (siehe Ausgabe 2 „Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung“).

Ärzte als Lotsen

Um Ärzte als koordinierende Lotsen zu qualifizieren, greifen Australien, Großbritannien und die skandinavischen Länder auf das Change-Management-Instrument „Collaborative Methodology“ zurück (siehe Ausgabe 3 „Change Management für Hausärzte“ und Seite 49). Als ein generisches Lernsystem, das vom „US Institute for Healthcare Improvement“ in den 90er Jahren entwickelt wurde, verspricht die Methode in kurzer Zeit lokal relevante

Change
Management

Verbesserungen in der Versorgung ausgewählter Krankheiten, z. B. im Management von Asthmapatienten, zu erreichen.

Selektion
geeigneter
Erkrankungen und
Populationen

Ein Disease-Management-Programm umfasst alle relevanten Aspekte und Versorgungsstufen einer bestimmten Krankheit, angefangen von der Prävention über die Therapie bis zur Nachsorge oder Rehabilitation. Dabei konzentrieren sich alle Länder auf Erkrankungen, die für diese Programme besonders geeignet sind, wie Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, koronare Herzkrankheit und Krebserkrankungen. Die Auswahl erfolgt auf Basis ähnlicher Kriterien wie sie in Deutschland gemäß §137 f. Abs. 2 SGB V zu berücksichtigen sind: Anzahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung, Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative der Versicherten und hoher finanzieller Aufwand der Versorgung (Busse 2004).

Amerikanisches
Disease
Management
als Vorbild

Von amerikanischen HMOs werden bereits seit mehreren Jahren mit Erfolg Krankheitsgruppen anhand der Auswertung von Routinedaten identifiziert, für die gezielt ein Disease-Management-Programm entworfen wird. Mit 46 verschiedenen profitorientierten Disease-Management-Unternehmen ist in den USA mittlerweile eine blühende Gesundheitsindustrie für chronisch Kranke entstanden. Der NHS hat in England die erfolgreichen Versorgungsprogramme der United Healthcare Cooperation oder von Kaiser Permanente – der größten HMO in den USA – den eigenen Programmen zugrunde gelegt (siehe Ausgabe 3 „Disease Management nach amerikanischem Vorbild“).

Gemischte Bilanz

Die Bilanz zu Effektivität und Effizienz von Disease Management fällt aber nicht überall ermutigend aus. Australien entwickelte Ende der 90er Jahre 13 lokale Projekte („coordinated care trials“), die mit teils anspruchsvollem Design (z. B. in Form einer randomisierten kontrollierten Studie) evaluiert wurden. Die ersten Zwischenergebnisse im Jahr 2000 fielen eher enttäuschend aus. Weder ergaben sich Hinweise auf eine Verbesserung von Gesundheitszustand oder Wohlbefinden der Patienten, noch sanken die Gesundheitsausgaben. Das mit Spannung erwartete Endergebnis der Evaluation wird nach Abschluss der Projekte Ende 2005 demnächst vorliegen (siehe Ausgabe 3 „Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker“).

Literatur und Links

Amelung, Volker Eric, und Harald Schumacher. *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag 2004.

Anderson, Gerard F., und Peter S. Hussey. „Population Aging: A Comparison Among Industrialized Countries“. *Health Affairs* 19 (3) Mai/Juni 2000. 191–203.

Busse, Reinhard. „Disease Management Programs in Germany’s Statutory Health Insurance System“. *Health Affairs* 23 (3) Mai/Juni 2004. 56–67.

Guterman, Stuart. „U.S. and German Case Studies in Chronic Care Management: An Overview“. *Health Care Financing Review* 27 (1). 2005. 1–8.

www.cms.hhs.gov/apps/review/05Fall/05Fallpg1.pdf

Hussey, Peter S., Gerard F. Anderson, Robin Osborn, Colin Feek, Vivienne McLaughlin, John Millar und Arnold Epstein. „How does the Quality of Care compare in five Countries?“ *Health Affairs* 23 (3). Mai/Juni 2004. 89–99.

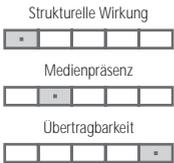
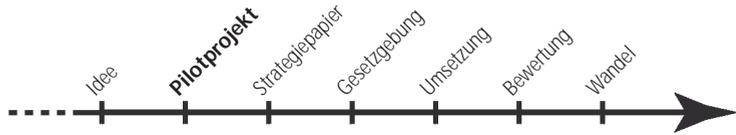
Lauterbach, Karl W. „Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation.“ Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV) 2001. www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/guta/GutachtenDMP.pdf

Schlette, Sophia, Franz Knieps und Volker Amelung (Hrsg.). *Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland*. Bonn 2005.

Schreyögg, Jonas, und Susanne Weinbrenner. „Leistungsmanagement in der integrierten Versorgung.“ Reinhard Busse, Jonas Schreyögg und Christian Gericke (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer Verlag 2006 (in Druck).

Wolff, Jennifer L., Barbara Starfield und Gerard F. Anderson. „Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly“. *Archives of Internal Medicine* 162 (20) 2002. 2269–2276.

USA: Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker



Mit dem Ziel, die Versorgung für chronisch Kranke zu verbessern, hat Medicare in den USA vor vier Jahren mehrere Pilotprojekte gestartet.

Die staatliche Versicherung für Senioren will damit der Inkonsistenz zwischen der akutmedizinischen Ausrichtung und den davon abweichenden Bedürfnissen ihrer oftmals chronisch kranken Versicherten begegnen.

Angestoßen von zwei Gesetzen, dem „Balanced Budget Act“ von 1997 und dem „Medicare Modernization Act“ von 2003, sind fünf verschiedene Programme bereits in der Testphase, zwei weitere in Vorbereitung. Überprüft werden unterschiedliche Anreiz- und Steuerungsoptionen sowie Disease- und Case-Management-Konzepte, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Finanzierungs-
optionen:
Einzelleistungs-
vergütung,
Bonuszahlungen,
Kopfpauschale

Ob Einzelleistungsvergütung von medizinischen Leistungen für chronisch Kranke zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen als die Managed-Care-Kopfpauschale führt, ohne zugleich die Kosten zu erhöhen, steht im Mittelpunkt der Studie „Medicare Coordinated Care Demonstration“, in die seit 2002 rund 15 000 Patienten in 16 US-Staaten eingeschlossen wurden.

Nach dem Finanzkonzept der „Physician Group Practice Demonstration“ erhalten Ärzte Bonuszahlungen, wenn sie die Versorgung ihrer chronisch kranken Patienten – gemessen an verschiedenen Qualitätsindikatoren – besser koordinieren. Die Höhe der Bonuszahlungen an die zehn seit April 2005 beteiligten multidisziplinären Gruppenpraxen hängt von erzielten Einsparungen im Vergleich zur ortsüblichen Medicare-Versorgung ab.

Ein weiteres Pilotprojekt soll die Tauglichkeit der Kopfpauschale zur umfassenden Versorgung von Patienten mit

Nierenkrankheiten im fortgeschrittenen Stadium unter die Lupe nehmen. Organisationen, die nicht nur Dialyse bereithalten, sondern alle weiteren notwendigen Medicare-Leistungen für die vielfältigen medizinischen Probleme dieser Versicherten koordinieren, erhalten eine monatliche Pauschale pro Patient.

Auf Diabetes mellitus und chronischer Herzinsuffizienz liegt der Schwerpunkt des Projektes „Medicare Voluntary Chronic Care Improvement Program“. An neun Orten in den USA sind die beteiligten Krankenversicherungen und Organisationen seit Ende 2005 dafür verantwortlich, dass in ihrer Modellregion (d.h. für insgesamt 180 000 Patienten) die Konzepte der evidenzbasierten Medizin besser umgesetzt und unnötige Krankenhausaufenthalte und Besuche in der Notaufnahme vermieden werden.

Damit verwandt ist die geplante Studie „Care Management for High Cost Beneficiaries Demonstration“, die an sechs Orten verschiedene Case-Management-Modelle für Patienten analysieren wird, deren Versorgung mit überdurchschnittlich hohen Kosten verbunden ist.

Die „Medicare Disease Management Demonstration“ mit rund 30 000 Versicherten in Kalifornien, Arizona, Texas und Louisiana untersucht erstmals die Wirksamkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei Medicare-Programmen für chronisch Kranke.

Für 2006 geplant ist die „Medicare Management Performance Demonstration“, bei der Ärzte durch finanzielle Anreize dazu bewegt werden sollen, Abläufe in ihrer Praxis zu optimieren und die Versorgung ihrer chronisch kranken Patienten durch Einsatz von Informationstechnologien besser zu koordinieren.

Alle sieben Pilotprojekte werden von einer umfassenden internen oder externen Evaluation begleitet. Deren Ergebnisse werden darüber entscheiden, ob der US-Kongress eine landesweite Umsetzung neuer Konzepte für das Medicare-Programm anstoßen wird. Wegen ihrer systematischen Herangehensweise, ihrer Repräsentativität und der sorgfältigen Evaluation werden die – öffentlichen – Medicare-Pilotprojekte auch von privaten Gesundheitsdienstleistern, Disease-Management-Unternehmern und Versicherern mit größter Aufmerksamkeit verfolgt. Sollten sich die neuen Versorgungskonzepte inklusive Vergütungs- und Anreizmechanismen als erfolgreich herausstellen, ist mit einer

Disease und Case Management für Diabetes und Herzerkrankungen

Arzneimittel und Informations-technologie

Auf der Suche
nach Alternativen
zu Managed Care

raschen Anwendung und Verbreitung auch im privaten Sektor und außerhalb der USA zu rechnen.

Die Suche nach neuen oder modifizierten Modellen zur Versorgung chronisch Kranker erhält in den USA breite Unterstützung. Dies liegt vor allem darin begründet, dass sich die in Managed Care gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt haben. Zwar erschien das MC-Organisations- und Finanzierungsmodell mit Gatekeeping, Kopfpauschale und Betonung der primärärztlichen Versorgung Anfang der 90er Jahre zur Versorgung chronisch Kranker dem traditionellen US-System mit Einzelleistungsvergütung und freier Arztwahl eindeutig überlegen. In der Praxis stellte sich aber oftmals das Gegenteil heraus: Krankenversicherungen hatten aufgrund eines mangelnden Risikofinanzausgleichs kein Interesse, chronisch Kranke als Kunden überhaupt aufzunehmen, geschweige denn spezifische Programme für sie aufzulegen. Erschwerend war es Versicherungen bis Ende 2005 gesetzlich nicht gestattet, Programme nur für definierte Gruppen der Medicare-Versicherten anzubieten.

Mit dem Medicare Modernisierungsgesetz (Medicare Modernization Act) von 2003 hat sich diese Situation deutlich verändert. Seit 2006 sind sogenannte Special Needs Plans zugelassen, für die außerdem ein finanzieller Risikoausgleich der Versichertenmorbidity ab 2007 vorgesehen ist.

Literatur und Links

Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary. „National Health Expenditures Tables: National Health Expenditures Aggregate Amounts and Average Annual Percent Change, by Type of Expenditure: Selected Calendar Years, 1980-2003“. <http://new.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/nhetables.pdf>
Disease Management Association of America.
www.dmaa.org/

U.S. Congressional Budget Office. „An Analysis of the Literature on Disease Management Programs“ vom Oktober 2004. www.cbo.gov/ftpdocs/59xx/doc5909/10-13-DiseaseMngmnt.pdf

U.S. Congressional Budget Office. „Fact Sheet for CBO’s March 2005 Baseline: Medicare” vom März 2005. www.cbo.gov/factsheets/2005/Medicare.pdf

U.S. Congressional Budget Office. „High-Cost Medicare Beneficiaries” vom Mai 2005. www.cbo.gov/ftpdocs/63xx/doc6332/05-03-MediSpending.pdf

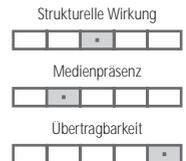
Australien: Chronic Care Collaboratives



In allen Gesundheitsregionen (Area Health Services) im australischen New South Wales (NSW) entstanden von Februar 2004 bis März 2005 sogenannte Chronic Care Collaboratives. Dies sind Teams aus Klinik- und Hausärzten, die eine verbesserte Versorgung ihrer Patienten mit Herzinsuffizienz und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung zum Ziel haben.

Sie greifen dazu auf die „Collaborative Methodology“ zurück, die als Qualitäts- und Change-Management-Instrument vom „Institute for Healthcare Improvement“ in den 90er Jahren in den USA entwickelt wurde. Das generische Lernsystem wird dort, in Großbritannien und in skandinavischen Ländern erfolgreich in der Primärversorgung von Patienten mit Asthma, Diabetes, koronarer Herzerkrankung und Krebs angewendet (siehe „Change Management für Hausärzte“ in Ausgabe 3). Ziel ist, in kurzer Zeit kleine, aber lokal relevante Veränderungen in der Versorgungspraxis zu erreichen.

Vier Teamsitzungen (ein Orientierungs- und drei Lernworkshops) wechseln über einen Zeitraum von rund einem Jahr mit der praktischen Umsetzung des Gelernten ab. Bei jeder Lernsitzung werden den Teams Beispiele für „good practice“ in



„Collaborative Methodology“

Lernworkshops und PDSA-Zyklus

Diagnostik, Therapie und Patientenmanagement vorgestellt, die andernorts erfolgreich waren. Die Teilnehmer präsentieren Ergebnisse aus ihrer Praxis und planen entsprechend dem PDSA-Qualitätsmanagementzyklus „Plan, Do, Study, Act“ weitere Veränderungen.

Finanzielle
Unterstützung
durch die
Regierung

Die „NSW Chronic Care Collaboratives“ sind Teil des „NSW Health Chronic Care Program“, mit dem der am stärksten bevölkerte australische Bundesstaat die Gesundheitsergebnisse von chronisch Kranken verbessern will. Jeder Gesundheitsregion stellt die Regierung von New South Wales 26 000 australische Dollar (16 000 Euro) zur Verfügung.

Mittlerweile haben 22 Teams in allen 18 Area Health Services das einjährige Change-Management-Programm abgeschlossen. Mit Spannung werden die Ergebnisse der anstehenden Evaluation erwartet. Sie soll Auskunft darüber geben, ob sich die Erwartungen an das Konzept bei der Versorgung von Herzinsuffizienz und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen erfüllt haben und ob Krankenhausaufenthalte oder -wiederaufnahmen abnehmen. Die zweite Frage ist, inwieweit das „Chronic Care Collaborative“-Konzept auf andere chronische Erkrankungen übertragbar ist.

Literatur und Links

Institute for Healthcare Improvement. „The Breakthrough Series: IHI’s Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement“ 2003. www.ihl.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83-C85DBABB664D/0/TheBreakthroughSeriespaper.pdf

National Primary Care Development Team. „Collaborative methodology“. www.npdt.org/scripts/default.asp?site_id=1&Id=9748

NSW Health. „Chronic Care Publications“. www.health.nsw.gov.au/sd/igfs/hp/resources/

NSW Health. „Chronic Care Collaborative“. www.health.nsw.gov.au/sd/igfs/hp/cc/index.html

Spanien: Das Denia-Modell



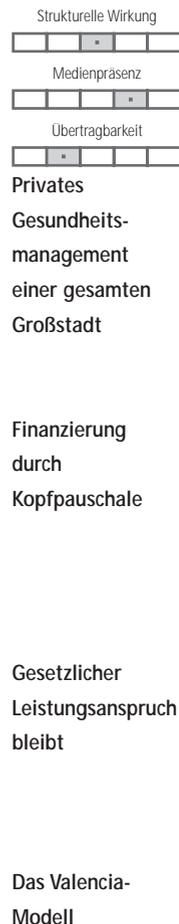
Spanien will durch zeitlich befristete Konzessionen an Privatversicherungen die Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor fördern. Erprobt werden Versorgungsmodelle, die beiden Seiten Vorteile bieten sollen.

So erteilte die Region Valencia der Krankenversicherung DKV Seguros im Jahr 2005 für eine Zeitspanne von 15 Jahren die Lizenz, in Denia, einem Ort mit 160 000 Einwohnern, sämtliche öffentliche Gesundheitseinrichtungen zu managen. Als Betreiberorganisation gründete die spanische Tochter der Deutschen Krankenversicherung die Gesellschaft Marina Salud, an der zu 35 Prozent spanische Banken beteiligt sind.

Marina Salud erhält von der öffentlichen Hand als Finanzierungsbasis eine fixe Jahressumme pro Bewohner. Diese Kopfpauschale belief sich 2005 auf 411 Euro. Wenn sich Patienten aus anderen Bezirken in Denia behandeln lassen wollen, müssen sie zuvor die Erlaubnis der Gemeindeverwaltung einholen. Die Kosten werden dem Heimatort nach Einzelleistungsvergütung in Rechnung gestellt.

Die DKV Seguros muss die Gesundheitsleistungen des gesetzlichen Katalogs garantieren. Dies schließt die Versorgung beim Haus- oder Facharzt bzw. im Krankenhaus ebenso ein wie häusliche Pflege und Präventionsprogramme. Sie kann jedoch private Zusatzleistungen, z. B. Einzelzimmer im Krankenhaus, anbieten, um daraus weitere Einkommensquellen zu erschließen.

Die Reform ist Teil des „Valencia-Modells“, mit dem die Region die Gesundheitsversorgung in 20 Bereiche dezentralisiert und das Management in drei Fällen an Privatversicherungen übertragen hat. In Alzira, einem Ort mit 230 000 Einwohnern, wurden 1997 alle Facharztzentren für zehn Jahre an einen privaten Träger übergeben und 2002 als integriertes Ver-



sorgungsmodell auf primärärztliche Gesundheitszentren aus-
weitet.

Integration und
Dezentralisierung

Torrevieja war mit 130 000 Einwohnern die zweite Gemeinde, in der eine Privatversicherung 2001 die Konzession erhielt, das Management für integrierte Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Mit Denia schließlich wurde 2005 erstmals ein Versorgungsgebiet in die private Hand übergeben, das ein bestehendes Krankenhaus einschloss.

Da die konservative Partei Partido Popular bis 2004 sowohl die nationale Regierung als auch die Führung in Valencia stellte, war die politische Situation zur Umsetzung einer derartigen Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Sektor günstig. Die Privatisierung wurde jedoch an viele Bedingungen geknüpft. In Denia ist die DKV Seguros zu einer Investition von mindestens 96,6 Millionen Euro verpflichtet, was die Instandsetzung bestehender Gebäude und die Schaffung eines neuen Krankenhauses mit 240 Betten einschließt. Die bisherige Klinik wird in ein Pflegeheim umgebaut. Investitionspläne muss die Kasse offenlegen. Nach Ende der Lizenz, die um fünf Jahre verlängert werden kann, fällt die gesamte Infrastruktur an die öffentliche Hand zurück. Eine weitere Auflage ist, dass die Versicherung Gewinne reinvestieren muss, wenn die Rendite 7,5 Prozent übersteigt.

Trotz Auflagen
für „die Privaten“
attraktiv

Trotz der Beschränkungen bleibt das Konzept für Privatversicherungen strategisch attraktiv, da sie die Umstrukturierung des spanischen Gesundheitsmarktes mitgestalten und enge Kooperationen mit dem öffentlichen Sektor eingehen können. Darüber hinaus ist die Region Valencia aus finanzieller Sicht interessant, da die Population in den Sommermonaten durch den Tourismus stark anwächst. Schließlich werden die spanischen Erfahrungen zu integrierten Versorgungsmodellen als wertvoll für die Erschließung anderer europäischer Märkte eingeschätzt.

Viele Chancen –
wenige Risiken

Auch die öffentliche Hand sieht in der Umstrukturierung eher Chancen als Gefahren: Zum einen wird das finanzielle und operative Risiko für die Gesundheitsversorgung auf den Privatversicherer übertragen. Die regionale Verwaltung erwartet, dass dadurch Gesundheitskosten planbar bleiben, Schulden vermieden bzw. Kostensteigerungen vom Konzessionsnehmer getragen werden. Zum anderen zieht die Gebäudesanierung und Schaffung eines neuen Krankenhauses einen deutlichen

Prestigegewinn für die Region nach sich. Auch können „private“ Versorgungsstandards wie geringe Wartezeiten in den öffentlichen Gesundheitssektor Einzug halten. Der Staat aber behält die strukturelle und qualitative Kontrolle in der Gesundheitsversorgung und die Definitionsmacht über die garantierten Leistungen.

Mehr als 62 Prozent aller Arbeitnehmer in Denia arbeiteten im staatlichen Gesundheitswesen. Sie sind in Zukunft funktionell dem privaten Träger unterstellt, bleiben aber Angestellte des öffentlichen Dienstes. Es wird erwartet, dass rund 40 Prozent der Fachkräfte vom Angebot der DKV Seguros Gebrauch machen, für die Dauer der Konzession in ein rein privates Arbeitsverhältnis zu wechseln. Attraktive Weiterbildungsangebote und weitere Extras sollen sie davon überzeugen. Dies ruft Gewerkschaften und Personalvertretungen in der Bezirksverwaltung auf den Plan, die Nachteile für die Arbeitnehmer z.B. bei der Vergütung befürchten.

Ressourcenknappheit, ineffizientes Management und Mangel an kundenorientierter Versorgung sind die Hauptprobleme des derzeitigen spanischen Gesundheitswesens. Viele sehen in der langfristigen Zusammenarbeit des öffentlichen und privaten Sektors einen der wichtigsten Ansätze für die Weiterentwicklung des Systems. Es bleibt abzuwarten, ob Valencia seinen Kurs fortsetzt und wie geplant weitere vier Bezirke für die Privaten öffnet.

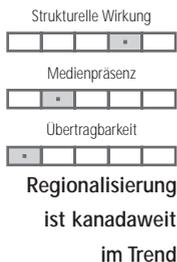
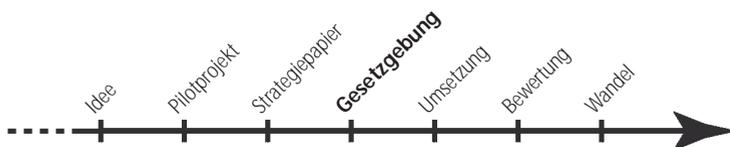
„Public Service – Private Management“ stößt nicht überall auf Gegenliebe

Literatur und Links

Campoy Domene, Luis Fidel. „Integrated Health Care in Spain. The Denia Project – win-win situation for public-private partnerships“. Barcelona: Annual Symposium International Network Health Policy & Reform am 8. Juli 2005 (unveröffentlichte Präsentation).

DKV Seguros. www.dkvseguros.com/awa/inicio_aleman.asp
DKV Seguros. „Marina Salud firma con la Generalitat Valenciana el contrato para la gestión del Área de Salud 12“. Pressemitteilung vom 14. März 2005. www.dkvseguros.com/awa/aplicaciones/NP%20FIRMA%20DENIA.pdf (auf Spanisch).

Kanada: Integrationsnetzwerke in Ontario



Die kanadische Provinz Ontario hat sich Mitte 2004 von der Verwaltungsstruktur ihres Gesundheitssystems verabschiedet und 14 lokale Versorgungsnetzwerke, die Local Health Integration Networks, eingerichtet.

Die bisherigen Distrikträte (Health District Councils) wurden im März 2005 endgültig aufgelöst. Ontario ist dabei die letzte Provinz in Kanada, die ein gemeindebasiertes Gesundheitssystem einführt.

Die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung erfreut sich in Kanada seit den 90er Jahren zunehmender Beliebtheit. Außer Ontario hatten bis zum Jahr 2000 alle neun Provinzen und drei Territorien lokale Strukturen etabliert, um den Einfluss der Gemeinde auf zentrale Entscheidungen zu erhöhen.

Ziel und Aufgabe der örtlichen Versorgungsnetzwerke in Ontario ist es, die Gesundheitsversorgung besser zu planen, zu koordinieren und zu integrieren. Erwartet wird, dass sie als lokale Organisationen deutlich besser auf die Bedürfnisse und Prioritäten der ihr zugewiesenen geografischen Region reagieren können. Die administrativen Strukturen in den Gesundheitseinrichtungen vor Ort – Krankenhäusern, ambulanten Gesundheitszentren, Pflegeheimen und ambulanten sozialen Diensten – bleiben bestehen. Im Unterschied zu den anderen kanadischen Provinzen ist es den Patienten in Ontario freigestellt, wo sie sich behandeln lassen.

Nach Aussage des Gesundheitsministeriums unterstützen die meisten Interessengruppen, Berufsverbände und Krankenhäuser das Konzept. Bürgerrechtsgruppen geben jedoch zu bedenken, dass die Struktur der Integrationsnetze undemokratisch ist: Der jeweilige Vorstand besteht aus sieben bis neun Gesundheitsexperten und Verwaltungsfachleuten, die einschließlich des Vorsitzenden nicht ge-

Kontinuität und
Integration durch
lokale Strukturen

Sorge um
Demokratie und
Arbeitsplätze

wählt, sondern vom Provinzministerium berufen werden. Gewerkschaften befürchten, dass die Versorgungsnetze ein Mittel sein könnten, Arbeitsplätze und Leistungen in den Gemeinden einzusparen und der Privatisierung des Gesundheitssektors Vorschub zu leisten.

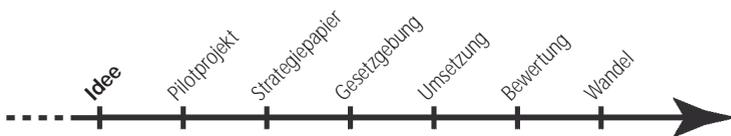
Nach Konsultation der Gemeinden hat das Ministerium im April 2005 die geografischen Grenzen der Versorgungsnetze definiert. Auch wurde festgelegt, dass jedes Netzwerk einmal im Jahr zu Leistungsvereinbarungen mit dem Gesundheitsministerium Ontarios verpflichtet ist. Unklar ist jedoch bisher, wie die Rolle und Verantwortlichkeit der Integrationsnetzwerke für die insgesamt 12 Millionen Bewohner Ontarios genau aussehen werden. Zum Beispiel steht die gesetzliche Entscheidung aus, ob die kommunalen Gesundheitseinrichtungen von den Local Health Integration Networks nur koordiniert, oder auch finanziert werden. In diesem Stadium ist noch nicht einzuschätzen, ob die Netzwerke ihren Auftrag erfüllen können, die Kontinuität der Versorgung und Zugang zum System zu verbessern.

Offene Fragen

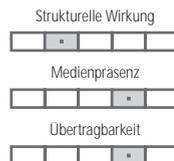
Literatur und Links

Ministry of Health and Long-Term Care. „Local Health Integration Networks: Building a True System“. www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhin_mn.html

Australien: Optionen für Versorgung von Krebspatienten



Im Juni 2005 publizierte das australische Senatskomitee für öffentliche Angelegenheiten (Australian Senate Community Affairs Committee) ein Gutachten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Krebspatienten.



Mangel an
Koordination und
Information

Tumorkranke benötigen über einen langen Zeitraum sehr unterschiedliche Versorgungs- und Behandlungskonzepte. In einem fragmentierten Gesundheitssystem wie dem Australiens führt dies oftmals zu bedeutenden Problemen bei der Behandlungsqualität und der Zugänglichkeit von Leistungen.

Bei Ärzten und Patienten gehen die Meinungen zur geeigneten Krebsbehandlung nicht selten auseinander. Ärzte tendieren dazu, naturwissenschaftlich-schulmedizinisch zu argumentieren und auf dieser Grundlage Behandlungsvorschläge zu unterbreiten. Patienten wollen aber darüber hinaus auch nicht anerkannte therapeutische Methoden bei der Behandlung berücksichtigt wissen, von denen sie sich aus unterschiedlichen Gründen mehr Erfolg versprechen. Mangelnde Unterstützung durch den behandelnden Arzt für alternative Therapien und/oder die Ablehnung der Kostenübernahme seitens der Krankenversicherung lösen bei Patienten oftmals Frustration und Unsicherheit aus.

Diese Situation veranlasste das parteiübergreifende Senatskomitee, eine Studie in Auftrag zu geben, um die Versorgung von Krebspatienten in Australien zu untersuchen und um konventionelle sowie komplementärmedizinische Verfahren in der Tumorbehandlung zu bewerten. Einbezogen wurden über 100 Stellungnahmen von Einrichtungen, Verbänden, Einzelpersonen und regionalen Ministerien. Das Gutachten „The Cancer Journey: Informing Choices“ mündete in 33 Empfehlungen, wie Behandlungsergebnisse bei Krebspatienten verbessert werden können.

Förderung von
multidisziplinärer
Versorgung

Gestützt auf das Gutachten, fordert das Senatskomitee die verpflichtende Akkreditierung von Einrichtungen, die Krebspatienten behandeln. Die Anwendung von Leitlinien soll wesentliches Kriterium für die Qualitätsbewertung sein.

Eine weitere Empfehlung ist, eine besser koordinierte Versorgung durch starke finanzielle Anreize zu fördern. So wird vorgeschlagen, Ärzte und Krankenhäuser nach Einzelleistungen zu vergüten, wenn sie sich für einen multidisziplinären Betreuungsansatz engagieren.

Patienten-
information
im Fokus

Den Verbrauchern mehr Informationen über Diagnostik von Krebs, erhältliche Behandlungen und mögliche Betreuungsmaßnahmen, z. B. durch Adressverzeichnisse bereitzustellen, ist eine Kernforderung des Berichts. Viele Empfehlungen des Gut-

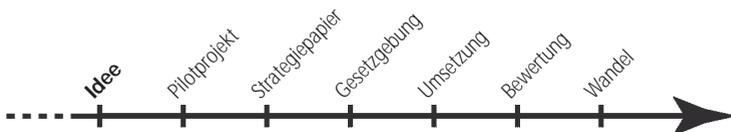
achtens beziehen sich auf Forschungsförderung von Komplementärmedizin und nichtärztliche Unterstützungsmaßnahmen wie psychosoziale Dienste. Dass das Gutachten eindeutig die Position von Verbrauchern stärkt, löste ein starkes und positives Medienecho aus.

Die australische Ärzteschaft hat sich bisher nicht offiziell zu dem Bericht geäußert. Von ihr wird befürchtet, dass sie als Vertreterin der konventionellen Medizin ihren Status und ihre Vergütung gefährdet sieht und sich Veränderungen entgegenstellt. Von der Regierung wird nun eine Stellungnahme erwartet, ob und wie sie die Empfehlungen umsetzen will.

Literatur und Links

Community Affairs References Committee. „The Cancer Journey. Informing Choices“ vom Juni 2005. www.aph.gov.au/Senate/committee/clac_ctte/cancer/report/

England und Wales: Reform von Pflege und Sozialdienst



Im Juli 2005 kündigte die britische Regierung drei Initiativen an, mit der sie Pflege und Sozialdienst optimieren und besser innerhalb des Gesundheitssektors einbinden will.

Bisher ist nur der grobe Rahmen der Reform bekannt, mit der die Regierung der Vision eines übergreifenden Versorgungssystems näherkommen will. Auf regionale Bedürfnisse zugeschnittene Modelle sollen die soziale Versorgung von Älteren, terminal Kranken und Patienten mit physischer oder psychischer Behinderung verbessern. Zudem soll eine Arbeitsgruppe Hürden identifizieren, die die Zusammenarbeit mit dem Gesundheits-



sektor erschweren. Schließlich will sich die Regierung gemeinsam mit dem Bildungsministerium einen Überblick über Optionen der Fachkräfteentwicklung verschaffen.

Nach Konsultationen u. a. mit Verbrauchergruppen, Pflege- und Sozialdiensten wurden die Pläne Ende Januar 2006 in einem neuen Weißbuch (White Paper „Our health, our care, our say: a new direction for community services“) konkretisiert.

Höhere Investi-
tionen und
Patienten-
souveränität

Eine Reihe von spezifischen Maßnahmen hat Sozialminister Alistair Darling bereits angekündigt. Sein Ministerium sieht eine Investition von 140 Millionen Pfund (210 Millionen Euro) vor, um bedürftigen Personen mit Unterstützung von Sozialdiensten ein Leben in größerer Unabhängigkeit zu ermöglichen. Insbesondere soll die Palliativversorgung bei Krebspatienten finanziell gestärkt werden, sodass mehr Personen am Ende ihres Lebens zu Hause verbleiben können. Geplant ist außerdem, dass Hilfsbedürftige über Zuteilung individueller Budgets in die Lage versetzt werden, die Versorgung nach eigenen Bedürfnissen selbst zu bestimmen. Schließlich sollen die Kriterien, anhand derer Personen Anspruch auf öffentlich finanzierte stationäre Pflege haben, landesweit standardisiert und so die regionalen Unterschiede behoben werden.

Unterfinanzierung
und mangelnde
Integration

Seit langem steht die britische Regierung in der Kritik, zu wenig in Sozialdienste und Pflege zu investieren. Der Vorwurf ist in England und Wales besonders deutlich, da dort die Aufwendungen niedriger ausfallen als in Schottland. Wie in vielen anderen Ländern wird bemängelt, dass Gesundheits- und Sozialwesen traditionell weitgehend unabhängig voneinander arbeiten. Wenn es um die eigene Finanzierung geht, verhält sich jeder Sektor äußerst protektiv. Falls die Regierung im Rahmen der angekündigten Reform plant, Ressourcen vom Gesundheitswesen in den sozialen Sektor zu transferieren, ist mit einigem Widerstand zu rechnen.

Literatur und Links

Department of Health. „Government set to deliver integrated health and social care systems“. 21. Juli 2005.
www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/

PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4116486&chk=z0THS/

Department of Health. „Green Paper on adult social care“. 21. März 2005. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4106702&chk=gZEiK5

Department of Health. X White Paper „Our health, our care, our say: a new direction for community services“. 30. Januar 2006. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4127453&chk=NXIecj

Informations- und Kommunikationstechnologien

International besteht Konsens, dass die breite Anwendung von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Gesundheitswesen dazu beiträgt, Ressourcen effizienter zu nutzen, die Versorgungsqualität zu verbessern und eine stärkere Patientenorientierung zu ermöglichen.

Die Initiativen der Europäischen Union zur Förderung der Entwicklung der Informationsgesellschaft, wie sie im Rahmen des Aktionsplans eEurope zum Ausdruck kommen, geben dabei vielen Ländern Impulse und erhöhen den Handlungsbedarf. eEurope will die Akzeptanz der digitalen Technologien in ganz Europa unterstützen und dafür sorgen, dass alle Europäer die für die Nutzung dieser Technologien erforderlichen Fähigkeiten erwerben (eEurope 2005). Die Maßnahmen betreffen verschiedene Bereiche wie Bildung (eLearning), Verwaltung (eGovernment) und Wirtschaft (eBusiness). Im Gesundheitssektor fordert die EU mit dem Aktionsplan eHealth ihre Mitgliedstaaten dazu auf, nationale eHealth-Strategien zu formulieren und internationale Standards für den Austausch von Gesundheitsdaten zu entwickeln (Europäische Kommission 2004).

Informationstechnologien sind aus Kliniken und Praxen nicht mehr wegzudenken. Mittlerweile nutzen rund 80 Prozent der Hausärzte in der Europäischen Union einen Computer in ihrer Praxis (Tabelle 4). In sechs europäischen Ländern verwenden mindestens 55 Prozent der Hausärzte elektronische Patientenakten; rund 60 Prozent aller Hausärzte in der EU waren im Jahr 2001 mit einem Internetanschluss ausgestattet (Dubois et al. 2006). Allerdings zeigen die europäischen Vergleichszahlen auch, dass in Deutschland auf vielen Anwendungsgebieten noch Aufholbedarf besteht.

eEurope
und eHealth

Computer im
medizinischen
Alltag etabliert

Tabelle 4 : Anwendung von elektronischer Technologie durch Hausärzte (in Prozent)

	Computernutzung	Nutzung eines Personal Digital Assistant (PDA)	Internet- oder Netzwerknutzung	Nutzung von elektronischen Patientenakten	Praxis mit eigener Website
Finnland	100	4	100	56	63
Niederlande	100	31	100	88	47
Schweden	98	3	93	90	42
Deutschland	95	10	53	48	26
Großbritannien	95	18	78	58	27
Frankreich	89	11	80	6	11
Österreich	82	2	64	55	18
Irland	72	6	48	28	6
Spanien	71	17	43	9	6
Dänemark	70	2	62	62	13
Luxemburg	68	0	46	30	12
Italien	66	0	48	37	6
Belgien	66	7	51	42	9
Griechenland	52	3	27	17	4
Portugal	37	3	19	5	2
EU-15-Durchschnitt	77	8	61	42	19

Quelle: Dubois et al. 2006

Heterogene IKT-Landschaft

IKT-Instrumente im Gesundheitswesen kommen auch in unterschiedlichsten Formen zur Anwendung. Sie umfassen zum einen Managementprogramme für Patientendaten, Terminmanagement und Abrechnung in Arztpraxen und Kliniken (z.B. Krankenhausinformationssysteme, KIS).

Häufig werden Informationssysteme genutzt, um medizinisches Wissen zu dokumentieren und abzurufen. Dazu zählen z.B. Online-Literaturdatenbanken und Krankheitsregister, Dienste für Experten und Patienten im World Wide Web oder

regelbasierte Systeme zur klinischen Entscheidungsunterstützung (siehe Berichte aus Neuseeland, Seite 82, und Australien, Seite 84).

Eine Vielzahl an IT-Lösungen dient der Steuerung und Dokumentation des klinischen Behandlungsablaufs. Hierunter fallen Informationssysteme für Labor, Radiologie, OP, Intensivmedizin, Pflege und für einzelne medizinische Fachdisziplinen.

Schließlich werden IKT-Systeme genutzt, um die Öffentlichkeit über das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen zu informieren. So stellt die US-amerikanische Website „Health Compare“ Daten zur Qualität der Patientenversorgung in nahezu allen Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung (siehe Ausgabe 5 „Hospital Compare“). In Singapur veröffentlicht das Gesundheitsministerium seit zwei Jahren auf seiner Website die Krankenhausrate für häufige medizinische Diagnosen und Prozeduren (siehe Ausgabe 5 „Transparenz im Web drückt Krankenhausrate“).

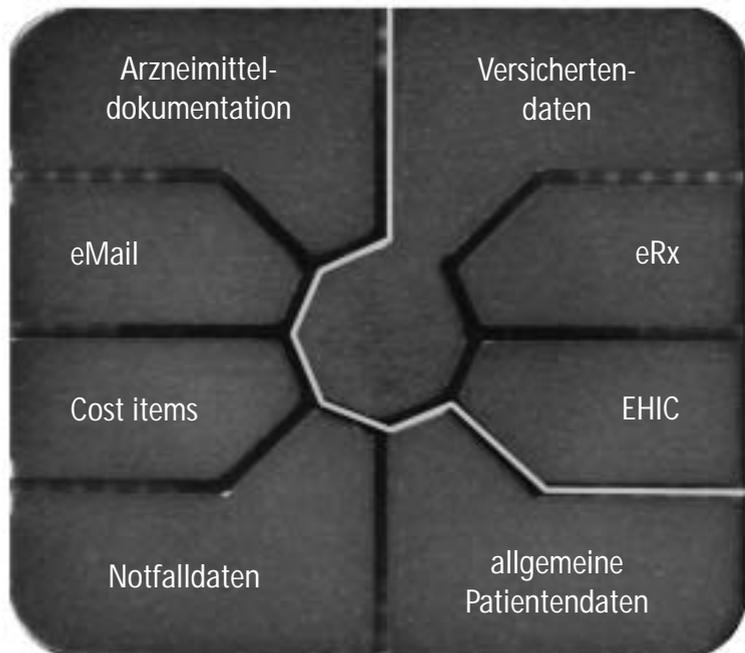
Viele vorhandene Ansätze sind Insellösungen ohne ausreichendes Schnittstellenmanagement, ein fach- oder sektorübergreifender Datentransfer ist in der Regel nicht möglich. An dieser Stelle setzen ganzheitliche Informations- und Kommunikationssysteme an, die zum Ziel haben, den Datenaustausch zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen und öffentlichen Verwaltungen reibungsloser zu gestalten.

Viele Länder setzen zukunftsgerichtet auf die elektronische Gesundheitskarte, die elektronische Patientenakte und elektronische Gesundheitsnetzwerke. Ziel ist, dass aktuelle und verlässliche Informationen über jeden Patienten zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort verfügbar sind. Vorteile der modernen IKT-Systeme sind, dass sie den patientenzentrierten Behandlungsprozess in den Vordergrund stellen und die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer fördern. Sie erhöhen die Therapiesicherheit des behandelnden Arztes, können unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeiden und zu einer effizienteren und effektiveren Versorgung beitragen. Eine Schlüsselrolle kommt den IKT-Konzepten innerhalb von Modellen zur besser integrierten Versorgung zu (siehe Kapitel „Kontinuität in der Versorgung“, Seite 39).

Einzellösungen
statt einheitlicher
Strategie

Zur Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte haben neben Deutschland u.a. die Schweiz, Frankreich, Italien und Österreich, Kanada, die USA und Japan Modellregionen eingerichtet. Deutschland testet ab 2006 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in acht Bundesländern unter Federführung der Betriebsgesellschaft gematik mbH (www.gematik.de). Geplant ist, die eGK nach der Testphase mit bis zu 100 000 Versicherten in Schritten bundesweit einzuführen (www.die-gesundheitskarte.de). Die Gesundheitskarte kann auf einem Mikrochip austauschbare administrative und – mit Einwilligung des Patienten – medizinische Daten (z. B. Notfalldaten) speichern. Sie soll außerdem langfristig den Zugangsschlüssel zu einem virtuellen elektronischen Kommunikationsnetzwerk bilden, in dem Gesundheitsdaten gelagert, gelesen und verändert werden können.

Abbildung 2: Aufteilung des Chips



Quelle: Dr. Christoph F.-J. Goetz, KV Bayern

Beim Konzept „Rete sanitaria“ der Schweizer Modellregion Tessin sind dabei ähnlich dem deutschen System zwei Karten der Kernbestandteil des Systems: je eine Karte für Versicherte und für Gesundheitsfachkräfte bilden die Schlüssel zum elektronischen Gesundheitsnetzwerk (siehe Bericht Seite 68).

Zwei-Schlüssel-
Prinzip

In die zweite Ausbaustufe des Tessiner Projekts, das im November 2004 startete, werden weitere Online-Komponenten integriert, wie z.B. das elektronische Rezept. Ähnlich wie in Deutschland soll am Ende der Entwicklung die elektronische Patientenakte innerhalb eines umfangreichen Kommunikationsnetzwerks stehen.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist die eigentliche Vision der elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen und damit Ziel der gesundheitspolitischen IKT-Strategie vieler Länder. Sie entspricht einer möglichst vollständigen, sektorübergreifenden Langzeitdokumentation aller relevanten Patientendaten. Neben Personendaten enthält die ePA eine Fülle medizinischer Informationen, wie die individuelle Krankengeschichte, wichtige Laborbefunde, Arztbriefe und Operationsberichte sowie digitale Daten von Untersuchungen (z.B. Röntgenbilder, Sonografie- und EKG-Befunde). Üblicherweise setzt sich die ePA aus Gesundheitsdaten zusammen, die verteilt auf verschiedenen Rechnersystemen gespeichert sind.

Elektronische
Patientenakte –
Vision und
Realität

In Israel hat der größte Krankenversicherer Clalit bereits 2005 in allen seinen Krankenhäusern und Gesundheitszentren eine institutionenübergreifende elektronische Patientenakte eingeführt. Der technische Reiz des israelischen Systems liegt darin, dass es bereits bestehende Klinik- und Praxissoftware pragmatisch über das Internet vernetzt und Kompatibilitätsprobleme so weitgehend vermeidet. Eigentliche Hürde ist die unzureichende Akzeptanz durch die Anwender. Kritiker bemängeln, dass Clalit es bisher versäumt hat, die Ärzteschaft systematisch von den Vorteilen des Systems zu überzeugen (siehe Bericht Seite 71).

ePA in Israel,
Dänemark und
Estland

Ernüchternd fällt die Bilanz zur Einführung der elektronischen Patientenakte in Dänemarks Krankenhäusern aus. Dort konnte das Gesundheitsministerium seinen Zeitplan nicht einhalten, die IT-Strategie bis 2005 umzusetzen. Technische Hemmnisse, aber auch Widerstände in den Landkreisen erschweren die Implementierung. Experten sehen kritisch, dass das

Ministerium versucht, die Fehler in strukturellen Hindernissen zu suchen, statt eigene Versäumnisse einzuräumen (siehe Ausgabe 3 „Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern“ und Seite 73).

Im internationalen Vergleich besonders ehrgeizig ist Estland. Das innovationsfreudige baltische Land plant ein nationales medizinisches Informationssystem, das über das Konzept einer elektronischen Patientenakte hinausgeht. In einer Datenbank sollen bis 2008 Gesundheitsinformationen aller 1,35 Millionen Bürger von Geburt bis zum Tod zusammengeführt und zugänglich gemacht werden (siehe Seite 75). Das Projekt steht allerdings unter erheblichem Zeitdruck. Auch bedürfen Finanzierung sowie Datenschutzbelange noch der Klärung.

Stärkung der
Patienten-
souveränität

Die Bedeutung moderner IKT-Systeme im Gesundheitswesen, ob elektronische Karten, Akten oder Netzwerke, liegt nicht allein in der technischen Innovation. Als mindestens ebenso weitreichende Veränderung gilt Experten, dass die neuen Technologien das Potenzial haben, die Rolle von Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen zu revolutionieren. So wie nicht Computer, sondern erst der selbstbestimmte Zugang der Kunden zu den eigenen Konten das Bankenwesen von Grund auf verändert hat, können nun Patienten ihre medizinischen Daten selbst einsehen und den Zugriff darauf regeln. Versicherte und Patienten bestimmen dank IKT selbst, welche medizinischen Daten gespeichert werden, und legen z. B. mittels Freigabe durch eine Geheimzahl (PIN) fest, wer sonst noch Einsicht hat und die Daten verändern darf. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhäuser können ausschließlich über einen verschlüsselten Kommunikationsweg auf sensible Gesundheitsdaten zugreifen. Sie müssen sich dabei mit elektronischen Ausweisen, Signaturen oder Zertifikaten – in Deutschland dem Heilberufsausweis – gegenüber dem System identifizieren.

Schutz sensibler
Daten genießt
hohe Priorität und
sichert Akzeptanz

Die allgemeine Erwartung ist, dass die garantierte Sicherheitsarchitektur der personenbezogenen Daten und deren vollständige Handhabbarkeit durch den Patienten zu der gewünschten und erforderlichen Akzeptanz der neuen elektronischen Systeme führen wird (Hempel et al. 2006). Welch hohe Bedeutung auch Nachbarländer dem Schutz persönlicher Daten im Gesundheitswesen beimessen, zeigt das Anfang 2005 in Österreich ver-

abschiedete Gesundheitstelematikgesetz (siehe Seite 79). In den Augen vieler Akteure längst überfällig, befasst sich das Gesetz vorrangig mit den Anforderungen an die Datensicherheit beim elektronischen Transfer medizinischer Information.

Das Beispiel Österreich verdeutlicht jedoch auch eine weitere, bisher vernachlässigte Zielsetzung von Gesundheitspolitik im Bereich Telematik: Bisher erfolgen Evaluierungen des Einsatzes von IKT im Gesundheitswesen nach volkswirtschaftlichen und versorgungsspezifischen Gesichtspunkten oftmals nur punktuell und projektbezogen. Die österreichische Regierung dagegen will vorbildhaft die Auswirkungen des IKT-Einsatzes im Gesundheitswesen analysieren und ein systematisches Monitoring aufbauen.

Systematische
Evaluation von
IKT in Österreich

Literatur und Links

Bundesministerium für Gesundheit. „Die Gesundheitskarte“. www.die-gesundheitskarte.de/

Dubois, Carl-Ardy, Martin McKee und Ellen Nolte (Hrsg.). *Human resources for health in Europe*. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2006. www.who.dk/Document/E87923.pdf

Europäische Kommission. „eEurope 2005. An information society for all“. http://europa.eu.int/information_society/eeurope/index_en.htm

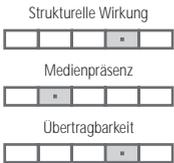
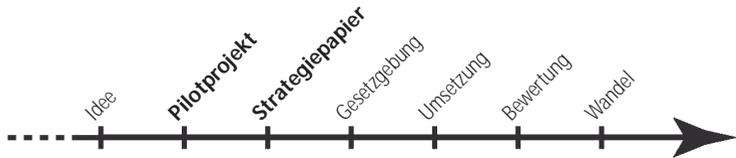
Europäische Kommission. „Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste. Mitteilung an den Rat, an das Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen“. KOM (2004) 356 vom 30.4.2004. http://europa.eu.int/information_society/doc/qualif/health/COM_2004_0356_F_DE_ACTE.pdf

Europäische Kommission. „Mitteilung zur Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte“ KOM (2003) 73 vom 17.02.2003. http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2003/com2003_0073de01.pdf

gematik. Gesellschaft für Technikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. www.gematik.de

Hempel, Volker, Achim Jäckel und Lutz Reum (Hrsg.).
Telemedizinführer Deutschland 2006. 2. Sonderausgabe
 „Modellregionen, Projekte und Initiativen zur elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland und Europa“.
 Darmstadt: Minerva 2006.

Schweiz: Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin



Ein System –
zwei Karten

Im Schweizer Kanton Tessin nutzen bisher rund 1000 Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte. Sie ist Bestandteil des Modellprojekts „Rete sanitaria“, das im November 2004 im Ballungsraum Lugano nach sechsjähriger Vorbereitungszeit startete. Langfristiges Ziel ist der Aufbau eines lokalen elektronischen Gesundheitsnetzwerks, dessen Kernbestandteil zwei elektronische Karten sind.

Die Gesundheitskarte für Versicherte (Carta Sanitaria), auf Basis internationaler Standards entwickelt, bietet die Möglichkeit, administrative Daten und medizinische Informationen zu speichern. Letztere umfassen Notfalldaten wie Allergien, Impfungen, Blutgruppe oder aktuelle Medikation. Auch Daten bezüglich der Krankengeschichte wie Diagnosen, Laborwerte oder eine Liste der Röntgenaufnahmen können gespeichert werden.

Die zweite Mikroprozessor-Karte (Carta Professionista) ist für Gesundheitsfachkräfte in Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, Notfall- und Pflegeeinrichtungen bestimmt. Sie erlaubt der zugreifenden und eindeutig identifizierten Person, geschützte Daten einzusehen, zu ändern und auf den neuesten Stand zu bringen. Patienten müssen dazu über einen persönlichen Zugangscode (PIN) ihre ausdrückliche Genehmigung erteilen.

Zur Finanzierung des Projekts bewilligte der Tessiner GroBrat, die Legislative des Kantons, im März 2003 einstimmig einen Kredit von 2,25 Millionen Schweizer Franken (1,4 Millionen Euro) und eine Beteiligung an den Lohnkosten von 1,5 Millionen Schweizer Franken. (900 000 Euro). Geplant ist, dass bis Juni 2006 rund 2500 Versicherte und 600 Gesundheitsfachkräfte die Gesundheitskarten testen.

Ab 2007 bilden diese den Zugriffsschlüssel zum elektronischen Gesundheitsnetzwerk „Rete sanitaria“, das in einer zweiten fünfjährigen Umsetzungsphase Online-Dienste wie elektronisches Ausstellen von Rezepten und eine elektronische Patientenakte integrieren soll. Abhängig von den Modellergebnissen will die Kantonsregierung entscheiden, ob sie die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten und des Netzwerks im gesamten Tessin vorantreibt und gesetzlich verankert.

Karte als Schlüssel
zum elektronischen
Gesundheitsnetz

Auch wenn das Pilotvorhaben vom Tessiner Gesundheits- und Sozialdepartement initiiert wurde, ist es Ergebnis eines Bottom-up-Konsenses mit den Hauptakteuren im Gesundheitssektor, wie Ärzte- und Apothekenverbänden, Krankenversicherern und Patientenorganisationen. Novum ist, dass deren zehn Vertreter im Steuerungsgremium eng mit der Industrie zusammenarbeiten. Die industriellen Partner unterstützen das Projekt z.B. bei Fragen zu Hardware, Kommunikationsinfrastruktur und Netzarchitektur.

Bottom-up-
Konsens und
öffentlich-private
Partnerschaft

Auf die nationale Gesetzgebung hat das Tessiner Modell bereits spürbaren Einfluss. Im Oktober 2004 verabschiedete das Schweizer Parlament Artikel 42a des Krankenversicherungsgesetzes zur Implementierung einer eidgenössischen Versicherungskarte. Ab 2006 eingeführt, wird sie zunächst administrative Daten wie Name, Alter, Geschlecht und Versicherungsnummer elektronisch speichern und die EU-Anforderungen zur europäischen Versicherungskarte erfüllen. Langfristig lässt die Formulierung des Gesetzes aber auch die Speicherung medizinischer Daten zu.

Gesamtschweizer
Versichertenkarte

Eine schweizerische Gesamtstrategie zur Einführung von telemedizinischen Verfahren wird jedoch dadurch erschwert, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz in der Verantwortung der autonomen Kantone liegt. Nichtsdestotrotz

Föderalismus
erfordert
Koordination von
IT-Initiativen

streben die Kantone mittlerweile nach einer engen Kooperation der einzelnen Telematikinitiativen.

Schwesterprojekt
„e-toile“ in Genf

So steht das Tessiner Projekt in engem Kontakt mit dem Pilotprojekt „e-toile“ im Kanton Genf. Dort wird – ausgehend vom Universitätsklinikum Genf – eine elektronische Patientenakte allmählich zu einem regionalen IT-Gesundheitsnetzwerk ausgebaut. Auch hier erfolgt der Datenzugriff per Karte.

Datenschutz stärkt
Patienten-
souveränität

In den beiden Schweizer Pilotprojekten sehen Experten die eigentliche Innovation weniger in der technischen Entwicklung als vielmehr in der kulturellen Veränderung beim Umgang mit Gesundheitsdaten. Die Modelle legen den Großteil der Verantwortung, welche Informationen elektronisch gespeichert, durch wen eingesehen und geändert werden dürfen, in die Hand des Patienten. So haben die Regelungen zum Schutz der Privatsphäre das Potenzial, die Rolle des Patienten im Gesundheitssystem zu revolutionieren.

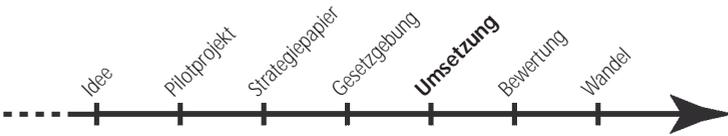
Literatur und Links

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. „Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Gesamtstrategie und Risikoausgleich)“. Änderung vom 8. Oktober 2004. www.admin.ch/ch/d/ff/2004/5479.pdf

Cassis, Ignazio. „Die elektronische Gesundheitskarte in der Schweiz: Pilotprojekt im Kanton Tessin“. *Telemedizin-führer Deutschland. 2. Sonderausgabe: Modellregionen, Projekte und Initiativen zur elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland und Europa*. Hrsg. Volker Hempel, Achim Jäckel und Lutz Reum. Darmstadt: Minerva 2006. 121–124.
Pilotprojekt „Rete sanitaria“ im Kanton Tessin. www.retesan.ch
Pilotprojekt „e-toile“ im Kanton Genf. www.geneve.ch/sante/avantprojet/etoile.html (auf Französisch).

Schweizerischer Bundesrat. „Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte)“. 26. Mai 2004. www.admin.ch/ch/d/ff/2004/4259.pdf

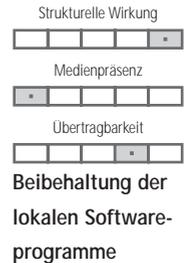
Israel: Institutionenübergreifende elektronische Patientenakte



Der größte israelische Krankenversicherer und gleichzeitig größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, Clalit, hat 2005 für seine Krankenhäuser und Gesundheitszentren eine institutionenübergreifende elektronische Patientenakte eingeführt.

Technische Besonderheit des Systems ist es, dass es unabhängig von den jeweiligen Softwareprogrammen der Einrichtungen anwendbar ist. Medizinische Informationen der einzelnen lokalen Systeme werden vernetzt und in Echtzeit zu einer virtuellen Patientenakte zusammengeführt. Kompatibilitätsprobleme werden weitgehend umgangen. Der kommerzielle Softwareentwickler dbMotion hat das System so entwickelt, dass die einzige technische Voraussetzung ein Internetzugang an jedem Computerarbeitsplatz ist. Zusätzliche Hard- oder Softwareinstallationen sind nicht erforderlich. Der Schutz persönlicher Daten ist dadurch gewährleistet, dass die Akte nur nach Zustimmung des Patienten vom behandelnden Arzt über das Internet abrufbar ist.

Mit der sektorübergreifenden Patientenakte verfolgt Clalit das Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Indem Ärzte über die aktuellsten Behandlungsinformationen verfügen, können medizinische Fehler, wie die unwissentliche Verschreibung kontraindizierter Medikamente, verhindert werden. Die Krankenkasse hofft außerdem, Kosten einzusparen, wenn Doppeluntersuchungen wegfallen, die aufgrund von Informationslücken zwischen den einzelnen Leistungserbringern durchgeführt werden. Clalit managt 15 Krankenhäuser und über 1200 Primärversorgungszentren als Eigenbetriebe. Da diese jeweils über ein festes Budget verfügen, ist für die einzelnen Einrichtungen der Anreiz groß, durch die elektronische Patientenakte Geld einzusparen. Experten rechnen daher mit einer breiten Unterstützung des Vorhabens.



Verbesserung der Qualität, Reduzierung der Kosten

Mehrarbeit
für Ärzte?

Ein Problem des Systems sehen sie jedoch darin, dass die elektronische Patientenakte nur dann funktionieren kann, wenn alle Leistungserbringer die Informationen lückenlos und zeitnah in ihren Computer eingeben. Während die Ergebnisse von Laboruntersuchungen bereits automatisch in die Akte aufgenommen werden, müssen Ärzte aktuelle Diagnose- und Therapiedaten noch manuell einpflegen. In der Sorge, dass die elektronische Dokumentation zu einem erheblichen Anstieg der Arbeitsbelastung führt, haben sich Vertreter der Ärzteschaft Clalits gegen eine Einführung der elektronischen Patientenakte ausgesprochen. Clalit dagegen argumentiert, dass die Ärzte unterm Strich sogar Zeit sparen werden, wenn sie dank der Vernetzung ohne Verzögerung die neuesten Behandlungsdaten ihrer Patienten erhalten.

Erfolg an
Akzeptanz
gekoppelt

Obwohl die elektronische Patientenakte landesweit in allen Clalit-Institutionen zugänglich ist, machen bisher nur wenige Ärzte davon Gebrauch. Ein wichtiger Grund hierfür liegt in der unzureichenden Kommunikation und Einführung des neuen Instruments: Mediziner wurden zu wenig über die Vorzüge des Programms informiert. Allerdings kann das Programm nur durch die regelmäßige Aktualisierung der Akten den erwünschten Erfolg bringen – ohne Beteiligung der Ärzte würde das Projekt scheitern. Daher wird Clalit die Leistungserbringer in den kommenden Monaten mit einer groß angelegten Kampagne vom Nutzen der elektronischen Patientenakte zu überzeugen versuchen.

Literatur und Links

Blondheim, Orna. „RHIOs – from Vision to Reality“. Präsentation bei der Healthcare Information and Management Systems Society im Februar 2006. San Diego CA, USA.

dbMotion. „The dbMotion solution“. www.dbmotion.com/content/Content.asp?topMenu=Solutions&selectedID=dbMotion

Dänemark: Einführung der elektronischen Patientenakte in Krankenhäusern verzögert sich



Die elektronische Patientenakte konnte nicht wie geplant in allen dänischen Krankenhäusern bis Ende 2005 installiert werden. Damit hat das Gesundheitsministerium sein Zeitziel nicht erreicht und muss die Einführung des flächendeckenden stationären IT-Systems um mindestens drei Jahre verlängern.

Mit der standardisierten Krankenhausakte sollen sämtliche Daten jedes Patienten elektronisch zusammengeführt werden. Langfristig sollen die Informationen auch ambulanten Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Die Vision des dänischen Gesundheitsministeriums ist es, mit einem umfassenden IT-Konzept mehr Patientenorientierung, Kontinuität in der Versorgung, systematische Qualitätssicherung und eine effiziente Verwendung der Gesundheitsressourcen zu erreichen. Die elektronische Patientenakte soll dabei eine zentrale Rolle spielen (siehe Ausgabe 3 „Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern“).

Über das Ziel, landesweit eine elektronische Patientenakte einzuführen, besteht in Dänemark Konsens zwischen Politik und Interessengruppen. Den Erfolg der bisherigen Umsetzung bewerten die Akteure jedoch sehr widersprüchlich. Das Gesundheitsministerium sowie die Vertreter der Landkreise rechtfertigen das Scheitern des Zeitplans damit, dass die Implementierung des Systems weitaus komplizierter sei als im Projektplan angenommen. Da in dänischen Krankenhäusern sehr unterschiedliche Computersysteme benutzt werden, hätten Kompatibilitätsprobleme zu unerwarteten Verzögerungen geführt. Einige Politiker machen den Gesundheitsminister selbst verantwortlich. Er habe, so die Opposition, nicht ausreichend über die technischen Probleme informiert, was den Zeitverlust vergrößert habe.



Gesundheitsministerium macht Komplexität verantwortlich

Machtspiele
zwischen
Landkreisen

Experten sehen den Grund für die Verzögerung auch darin, dass sich in der Vergangenheit einige der insgesamt 14 Landkreise zusammengeschlossen haben, um ein gemeinsames System für die elektronische Patientenakte zu entwickeln. Dieses ist nicht mit dem System anderer Landkreise kompatibel. Die Wissenschaftler vermuten, dass die Landkreise durch ihr Bündnis eine politische Vormachtstellung gegenüber anderen Kreisen und der nationalen Ebene verwirklichen wollen. Außerdem könnte es im Interesse der Kreisverwaltungen liegen, die Mobilität ihrer Patienten einzuschränken, indem sie eine national einsetzbare Patientenakte behindern. Denn sie müssen Transferzahlungen an andere Landkreise leisten, wenn Patienten Gesundheitsleistungen außerhalb des eigenen Krankenhausbezirks in Anspruch nehmen.

Teures Lehrgeld

Das Gesamturteil von dänischen Gesundheitsexperten zum Projekt elektronische Patientenakte fällt streng aus. Sie sehen im Scheitern der IT-Strategie eine Verschwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen. Sie gehen so weit zu fordern, dass der Fall dem Rechnungshof mit der Frage nach Verschwendung öffentlicher Gelder vorgelegt werden muss.

Ministerium
verliert an
Glaubwürdigkeit

Schwer wiegt aus Sicht der Fachleute zudem der Verlust der Glaubwürdigkeit des Gesundheitsministeriums, da es versucht, die Fehler auf strukturelle Hindernisse zu lenken, statt selbstkritisch eigene Versäumnisse einzuräumen. Der Gesundheitsminister, der zu seinem Amtsbeginn 2001 von allen Akteuren im Gesundheitssystem mehr Transparenz gefordert hatte, hat mit der Zurückweisung der Vorwürfe die Chance vertan, dass auch andere bereit sind, Schwierigkeiten einzugestehen.

Umsetzung
bis 2008?

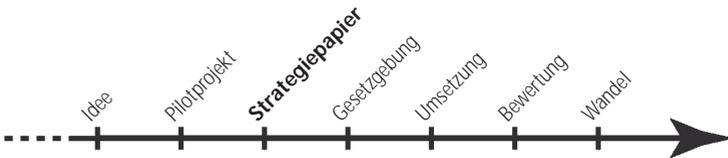
Es bleibt abzuwarten, wann eine einheitliche elektronische Patientenakte in Dänemark tatsächlich eingeführt sein wird. Ein kürzlich erschienener Evaluationsbericht rechnet im schlimmsten Fall mit einer flächendeckenden Verwendung erst im Jahr 2020.

Literatur und Links

Andersen, Stig Kjær, Christian Nøhr, Søren Vingtoft, Knut Bernstein und Morten Bruun Rasmussen. „A comparative

study of EPR projects in Denmark“. Conference Proceedings of Medical Informatics in Europe 2002. www.epj-observatoriet.dk/publikationer/EpjObsMie2002.pdf Danish Electronic Health Record Observatory. www.epj-observatoriet.dk (auf Dänisch).

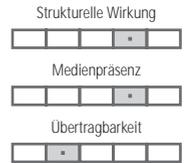
Estland: Nationales Gesundheitsinformationssystem



Bis Ende 2008 will Estland ein umfassendes medizinisches Informationssystem aufbauen, das die Gesundheitsdaten jedes einzelnen Bürgers elektronisch abrufbar bereithält.

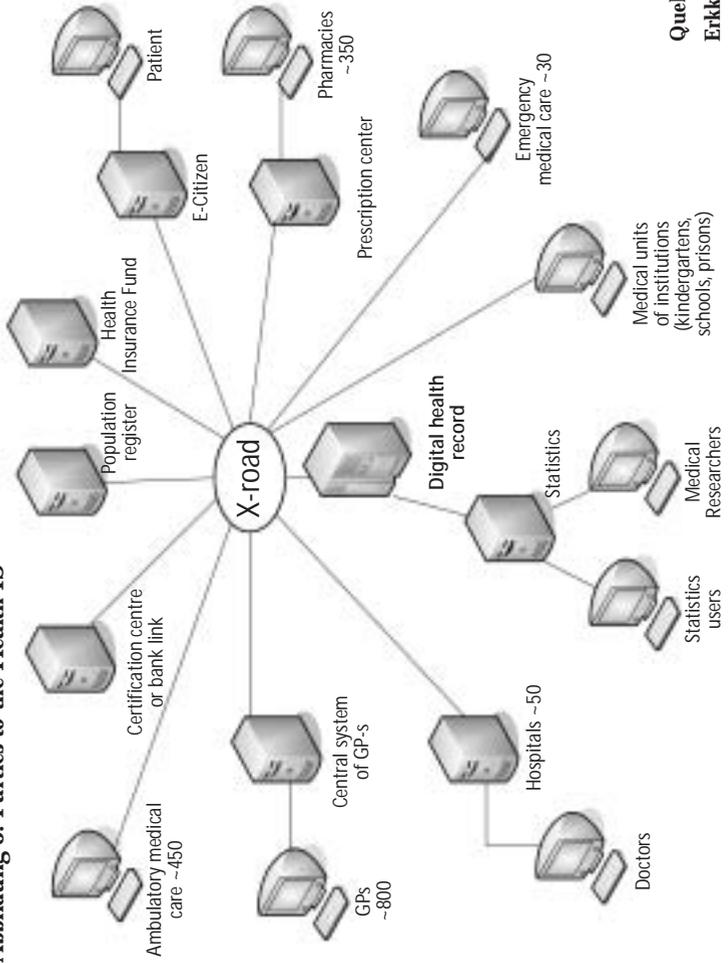
Geplant ist eine zentral verwaltete Datenbank, die über einheitliche IT-Standards den landesweiten Austausch von Informationen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Dienstleistern ermöglicht.

Das Konzept, das die estnische Regierung seit 2000 vorbereitet, ist sowohl inhaltlich als auch vom Zeitplan her sehr ehrgeizig. Zwischen 2005 und 2008 soll eine elektronische Akte für jeden der 1,35 Millionen Bürger Estlands entstehen, die die wichtigsten Gesundheitsdaten enthält. Dazu werden verschiedenste Datenkomponenten elektronisch verknüpft und zentral verwaltet: Systeme für digitale Terminbuchung, für elektronische Rezepte und IT-gestützte Leistungsabrechnung sowie Datenbanken für bildgebende Verfahren und Blutbanken. Schließlich sollen die bestehenden Krankheitsregister harmonisiert und einige neue, z.B. ein nationales Unfallregister, in elektronischer Form aufgebaut werden.



Ehrgeiziges
Komplettprogramm

Abbildung 3: Parties to the Health IS



Quelle:
Erkki Leego, Berlin, Mai 2005

Die Regierung veranschlagt für das Programm eine Gesamtinvestition von 2,6 Millionen Euro, wovon 85 Prozent aus den Strukturfonds der Europäischen Union stammen. Neben der technischen Entwicklung sollen Gelder in intensive Schulungsmaßnahmen für Anwender, in erster Linie Ärzte und Pflegekräfte, sowie in eine umfassende PR-Kampagne fließen.

Mit der Umsetzung betraut ist eine private, gemeinnützige Stiftung, die Krankenhäuser und Berufsverbände auf Initiative des estnischen Sozialministeriums im Oktober 2005 ins Leben gerufen haben. Um Effizienz und technische Kompetenz zu erhöhen, hat die Stiftung Aufträge an private Anbieter von IT-Lösungen – auch international – ausgeschrieben.

Bestärkt durch die eEurope-Initiative der Europäischen Kommission, hat die Förderung von Informationstechnologien bei der estnischen Regierungskoalition einen hohen Stellenwert. Ziel von Zentrumspartei, Reformpartei und Volksunion ist es, das medizinische Versorgungssystem effektiver, sicherer, effizienter und patientennäher zu gestalten. Die eHealth-Strategie wurde im „Gesundheitsprojekt Estland 2015“ verankert. Seit 2003 ist im Sozialministerium eine eigene Abteilung mit ihrer Weiterentwicklung betraut.

Estland und seine Bürger stehen informationstechnischen Neuentwicklungen sehr positiv gegenüber, sodass das Regierungskonzept von vielen Seiten Unterstützung erfährt. In öffentlichen Umfragen führen die Bürger den Ausbau von Internet- und anderen IT-Applikationen ganz oben auf ihrer Wunschliste an das Gesundheitswesen.

Jedoch waren Patienten- und Verbraucherverbände kaum am Entwicklungsprozess des Gesundheitsinformationssystems beteiligt. Sie sind auch nicht im Vorstand der eHealth-Stiftung vertreten. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die Regierung substanzielle Veränderungen im gesetzlichen Datenschutz plant, um den Austausch an medizinischen Informationen zwischen den verschiedenen Beteiligten zu ermöglichen. Die gesetzlichen Vorgaben sind in Estland bisher vergleichsweise restriktiv. So darf kein Krankheitsregister Daten von Personen ohne deren schriftliche Genehmigung zu Forschungszwecken zur Verfügung stellen.

Bisher scheiterten sämtliche Versuche in Estland, sich freiwillig auf einheitliche Standards zum Datenaustausch zu einigen. Bereits seit Anfang der 1990er Jahre sind in Praxen und Kliniken unter-

Stiftung für
eHealth

Innovations-
freundliches
Estland

Zusammenführung
bislang inkom-
patibler Systeme

schiedlichste IT-Systeme und Datenbanken im Einsatz. Diese konzentrieren sich jedoch auf den Vergütungsprozess, da die nationale Krankenversicherung Abrechnungsdaten seit 2002 nur noch elektronisch entgegennimmt. Hausärzte erhoffen nun vom nationalen Gesundheitsinformationssystem, dass der patientenzentrierte Behandlungsprozess in den Vordergrund rückt, wenn Informationen weniger Redundanz aufweisen, die zeitintensive Papierdokumentation abnimmt und das Einholen von Zweitmeinungen leichter wird. Etwas weniger enthusiastisch sind Fachärzte und das Pflegepersonal, die seit geraumer Zeit mit ihren eigenen Informationssystemen arbeiten und wenig Nutzenzuwinn für ihre alltägliche Arbeit sehen.

Die eHealth-Strategie Estlands gilt unter Experten als ambitioniert. Ein medizinisches Informationssystem, das von Geburt bis zum Tod Gesundheitsdaten jedes Einwohners bereitstellt, sucht international seinesgleichen. Jedoch wird erst die Zukunft zeigen, ob es gelingt, das Projekt erfolgreich umzusetzen und die Hindernisse Finanzierbarkeit, Zeitdruck sowie Datenschutzbelange zu überwinden.

Literatur und Links

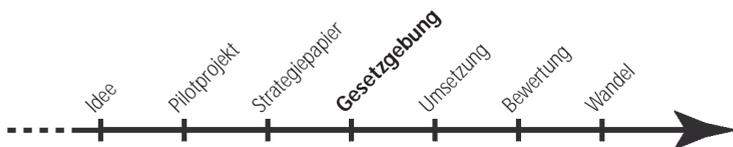
European Commission. „eEurope“. http://europa.eu.int/information_society/eeurope/2005/index_en.htm

Leego, Erkki. „E-Health initiatives in Estonia“. *Baltic IT&T Review* (37) 2 2005. 67–69. www.hlp.ee/E-Health_initiatives_in_Estonia_Leego_BITT_Review_2005_02.pdf

Ministry of Social Affairs Homepage. www.sm.ee/eng/pages/index.html

Ministry of Social Affairs. „Tervishoiu infosüsteem“ (Gesundheitsinformationssystem). www.sm.ee/esttxt/pages/goproweb0023 (auf Estnisch).

Österreich: Gesundheitstelematikgesetz



Am 1. Januar 2005 trat in Österreich das Gesundheitstelematikgesetz in Kraft, das den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen regelt.

Das Gesetz besteht aus 20 Paragraphen und enthält Regelungen zur Verbesserung der Datensicherheit beim elektronischen Transfer von Gesundheitsdaten sowie zur Präzisierung und Vereinheitlichung von IT-Standards. Das Monitoring von IT-Entwicklungen im Gesundheitswesen sowie die Bereitstellung von modernen Informationsdiensten bilden einen weiteren Schwerpunkt.

Die Weiterentwicklung zur Informationsgesellschaft hat seit Mitte der 1990er Jahre in Österreich an politischem Gewicht gewonnen. Ziel diverser staatlicher Förderprogramme ist der effiziente, nachhaltige und systematische Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien in den Bereichen Bildung, Wissenschaft und Kultur (eLearning, eFit) sowie in der Wirtschaft (eBusiness) und öffentlichen Verwaltung (eGovernment). Entscheidende Impulse stammen von Initiativen der Europäischen Union im Rahmen des Aktionsplans eEurope.

Im Gesundheitssektor war die Berufung der STRING-Kommission (Kommission zu Standards und Richtlinien für den Informatikeinsatz im österreichischen Gesundheitswesen) im Jahr 1995 durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ein erster Ansatzpunkt der Konkretisierung. Experten aus Wissenschaft, Berufsverbänden, Sozialversicherung und Behörden erarbeiteten im Jahr 2000 die „MAGDA-LENA“-Empfehlungen (Medizinisch-administrativer Gesundheitsdatenaustausch – Logisches und Elektronisches Netzwerk Austria). Diese umfassen technische und organisatorische Rahmenbedingungen für ein österreichweites „logisches Gesundheits-



Datensicherheit, elektronische Standards und Informationsdienste

Österreich als Informationsgesellschaft

MAGDA-LENA-Empfehlungen

datennetz“. Sie bildeten die Basis für den Entwurf des Gesundheitstelematikgesetzes.

Datenschutz
im Fokus

Den MAGDA-LENA-Empfehlungen folgend, nehmen Datenschutz und Datensicherheit einen besonderen Stellenwert im neuen Gesetz ein. So dürfen Gesundheitsdaten in elektronischer Form nur ausgetauscht werden, wenn Identität und Befugnis der Kommunikationspartner durch Zertifikate bzw. elektronische Signaturen nachgewiesen und geprüft sind. Leistungserbringer haben die Wahl, ob sie die Nachweise gesondert erbringen oder dies im Wege der Eintragung in einen neuen eHealth-Verzeichnisdienst ermöglichen. Die Umsetzung der Datensicherheitsmaßnahmen ist bis Ende 2007 vorgesehen, wobei in diesem Zeitraum auch ungeeignete Hardware ersetzt bzw. Software-Anpassungen durchgeführt werden sollen. Eine finanzielle Unterstützung stellt das Gesetz jedoch nicht in Aussicht.

eHealth-
Verzeichnisdienst

Der eHealth-Verzeichnisdienst soll in Zukunft alle Personen und Einrichtungen führen, die in Österreich am elektronischen Gesundheitsdatenaustausch teilnehmen. Er dient einerseits der systematischen Auffindbarkeit und eindeutigen Identifikation der Leistungsanbieter. Andererseits kann eine statistische Auswertung des Verzeichnisses zu regionalen Planungszwecken oder zur Berichterstattung z. B. gegenüber der Europäischen Kommission genutzt werden.

Monitoring von
IT-Entwicklungen

Bisher sind in Österreich aufgrund der Fragmentierung des Gesundheitswesens und damit auch der Leistungserstellung keine bundesweit komprimierten Informationen über Art und Anzahl der am elektronischen Datentransfer teilnehmenden Anbieter verfügbar. Auch gibt es keine verlässlichen Daten zum aktuellen Stand der Ausstattung an Informations- und Kommunikationstechnologien oder zu ökonomischen Kenngrößen wie IT-Ausgaben als Anteil des Bruttoinlandsprodukts. Um die Entscheidungsgrundlagen auf nationaler Ebene zu verbessern, sieht das Gesetz eine Marktbeobachtung und Analysetätigkeit durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und das Bundesministerium für Technologie vor. Ziel ist, ein standardisiertes Berichtswesen unter Einbeziehung der im eHealth-Verzeichnisdienst enthaltenen Daten aufzubauen.

Die OECD bewertete Österreichs Initiativen im Bereich Gesundheitstelematik im Rahmen des „Ausblicks Informationstechnologie 2004“ positiv. Sie hob hervor, dass sich Regierung, Sozialversicherung und Wirtschaft zu einer gemeinsamen Strategie beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen verpflichtet haben.

OECD lobt
Gesund-
heitstelematik
in Österreich

Nach Ansicht mancher nationaler Experten stehen jedoch mehrere Faktoren einer zeitgerechten und kohärenten IT-Strategie im österreichischen Gesundheitswesen entgegen. So definiert das Gesundheitstelematikgesetz die Rolle der Sozialversicherungsträger nicht eindeutig, obwohl jene eine Schlüsselrolle bei der Finanzierung von technischen Infrastrukturen und bei Gewährleistung der Datensicherheit einnehmen. Die Wissenschaftler geben auch zu bedenken, dass die Regierung dem Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Vergleich zu anderen gesundheitspolitischen Themen eine geringe Priorität einräumt. Zudem fällt dieser Bereich in die Zuständigkeit verschiedener Ministerien, insbesondere in die des Ministeriums für Gesundheit und Frauen, für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz sowie für Verkehr, Innovation und Technologie. Deren Aktionen verlaufen nicht immer koordiniert.

IT-Strategie nicht
kohärent genug?

So wurde die Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte im Mai 2005 nicht ausdrücklich mit dem Gesundheitstelematikgesetz synchronisiert. Österreich erprobt die eCard derzeit in 13 Regionen. Sie ersetzt Krankenschein und Urlaubskrankenschein, Letzteren in Form der Europäischen Krankenversicherungskarte auf der Rückseite der Karte. Neben den administrativen Informationen ist in Zukunft auch die Speicherung medizinischer Daten geplant. Belange des Datenschutzes, wie sie das Telematikgesetz nun regelt, sind von großer Bedeutung. Das Gesetz war daher in den Augen vieler Akteure, z. B. der Österreichischen Ärztekammer, längst überfällig und wurde von politischer Seite unnötig verzögert.

eCard im Test

Trotz der kritischen Punkte ist die Bewertung des Gesundheitstelematikgesetzes in Österreich von einem positiven Tenor geprägt. Denn es bietet die Chance, Transparenz, Verantwortungsbewusstsein, Qualität und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen.

Literatur und Links

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. „Gesundheitstelematikgesetz“. www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0015&doc=CMS1038912447892

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. „MAGDALENA 2.0“ www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0015&doc=CMS1038912712944

Embacher, Gerhard. „Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreich“. Präsentation des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen beim 4. Drei-Länder-Treffen Deutschland-Schweiz-Österreich in Innsbruck am 1. Oktober 2004. www.dim.di.de/static/de/klassi/koop/internat/embacher04.pdf

OECD. „Information Technology Policy Survey 2004 – Austria“. www.oecd.org/dataoecd/48/31/35233324.pdf

Ohler, Fritz, Wolfgang Polt, Alexandra Rammer und Julia Schindler. „Governance in der österreichischen Politik im Politikfeld Informationsgesellschaft“. Endbericht vom März 2004 im Auftrag des Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, des Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, des Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und des Rats für Forschung und Technologieentwicklung. <http://europa.eu.int/idabc/servlets/Doc?id=21515>

STRING-Kommission. www.meduniwien.ac.at/akh/STRING/

Neuseeland: Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes



Mit der landesweiten Einführung des Computerprogramms PRE-DICT im Jahr 2005 haben neuseeländische Ärzte in Kranken-

häusern und ambulanten Arztpraxen die Möglichkeit erhalten, individuelle Risiken ihrer Patienten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus einzuschätzen und geeignete Präventions- und Behandlungsprogramme zu erstellen.

Das an eine elektronische Patientenakte gekoppelte Programm gibt für den jeweiligen Patienten anhand der Krankengeschichte und klinischen Daten ein Risikoprofil. Es erstellt auf dieser Basis Empfehlungen für Vorsorgemaßnahmen und Therapien, die konkret auf die Belange des Patienten zugeschnitten sind. Dem Programm liegen evidenzbasierte Leitlinien zugrunde. Das IT-Tool ist mit dem Internet verbunden, wodurch die Präventions- und Behandlungsempfehlungen zeitnah auf den neuesten Stand wissenschaftlicher Entwicklungen gebracht werden können.

Individuelle
Prävention und
Behandlung

Entworfen wurde das Programm von der Universität Auckland gemeinsam mit der Softwarefirma Enigma Publishing Limited. Aus Sicht der Entwickler liegt neben der Unterstützung von Ärzten im klinischen Alltag ein weiteres Potenzial des Programms darin, qualitativ hochwertige epidemiologische Daten zu generieren. Dies bietet die Chance, gezielte Präventionsprogramme für Risikopopulationen zu entwickeln.

Populationsdaten
für gezielte
Kampagnen

PREDICT-CVD, der Vorläufer von PREDICT aus dem Jahr 2003, konzentrierte sich auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wurde zunächst im ambulanten Bereich eingesetzt. Kurze Zeit später übernahm die Herzklinik eines großen neuseeländischen Krankenhauses das Programm. Eine Evaluation ergab, dass im Besonderen Hochrisikopatienten von der elektronischen Entscheidungsunterstützung für Ärzte profitierten. Als Nachteil zeigte sich, dass die Software nicht an einen Internetzugang gekoppelt war. So konnte keine zeitnahe Aktualisierung der klinischen Behandlungsleitlinien stattfinden. Die Version PREDICT 2.0 hat daher ein monatliches Online-Update integriert. Zudem wurde sie um die Risikoanalyse bei Diabetespatienten erweitert.

Vorläuferversion
sehr erfolgreich
bei Hochrisiko-
patienten

Eine gesetzliche Grundlage hat das Programm nicht, auch wenn das Gesundheitsministerium der Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes oberste Priorität einräumt und die Weiterentwicklung des Projekts unterstützt. Auf positive Resonanz stößt es auch bei der nationalen Herzstiftung sowie bei Ärzten und Krankenhäusern.

Breite
Unterstützung
des Projekts

Probleme bei
Finanzierung
und Technik

Die Entwickler fürchten, dass das Programm wegen unzureichender Finanzmittel scheitern könnte, da die kontinuierliche Pflege des Systems unverzichtbar, aber auch kostspielig ist. Zudem haben nicht alle Ärzte einen Breitband-Internetanschluss zur Online-Nutzung des Programms. Ein weiteres Problem stellt das Erreichen von Kompatibilität mit einer Vielzahl unterschiedlicher Praxissoftwarepakete dar. Somit bleibt der langfristige Erfolg des Projekts trotz der ersten positiven Resultate abzuwarten.

Literatur und Links

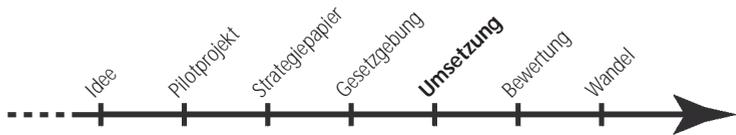
Arroll, Bruce, Ngaire Kerse und Trevor Lloyd. „Four clinical guidelines – their use and usefulness to GPs“. *New Zealand Family Physician* (29) 2002. 177–183.

Enigma Publishing Limited. www.enigma.co.nz/

King, Annette. „The New Zealand National Health Strategy“. Wellington: Ministry of Health. 2000. www.moh.govt.nz/moh.nsf/49b6bf07a4b7346dcc256fb300005a51/fb62475d5d911e88cc256d42007bd67e?OpenDocument

Wells, Susan, und Rod Jackson. „Online management of cardiovascular risk in New Zealand with PREDICT™ – getting evidence to the ‚moment of care‘“. 2005. <http://hcro.enigma.co.nz/website/results/2006032320391226400651.pdf>

Australien: Leitliniendatenbank für Krebstherapie



Strukturelle Wirkung	■				
Medienpräsenz	■				
Übertragbarkeit					■

Zur Standardisierung der medikamentösen Behandlung von Krebspatienten hat das Krebsforschungsinstitut New South Wales 2005 eine Internetdatenbank mit ausführlichen Behandlungsleitlinien zu chemotherapeutischen Verfahren veröffentlicht.

Die klinischen Behandlungsempfehlungen in Form von Protokollen bauen auf Methoden der evidenzbasierten Medizin auf. Die Protokolle enthalten Informationen über die derzeitige Evidenz zu Wirksamkeit und unerwünschten Nebeneffekten von Chemotherapien, listen die Anwendungsmöglichkeiten verschiedener Arzneimittelkombinationen und Dosierungsschemata der Medikamente auf und schlagen eine optimale Behandlungsreihenfolge vor.

Internetprotokolle für evidenzbasierte Krebsbehandlung

Neben evidenzbasierten Behandlungsansätzen werden auch alternative Therapien aufgeführt. Einmal pro Monat wird die Datenbank aktualisiert. Neue Entwicklungen können somit schnell und zugleich flächendeckend in die Praxis umgesetzt werden.

Die Protokolle sind sowohl für Onkologen und Pflegepersonal als auch für Patienten und ihre Angehörigen gedacht. Während Ärzte detaillierte medizinische Behandlungsschemata auf der Internetseite abrufen können, beschränken sich die Informationen für Patienten und Pflegepersonal auf die wichtigsten Leitlinien zu Chemotherapien.

Zugang für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten

Ausgearbeitet wurden die Protokolle durch das vom australischen Bundesstaat New South Wales finanzierte Krebsforschungsinstitut mit Unterstützung von Onkologen, Pflegekräften sowie Pharmazeuten und Verbrauchern. Dabei nutzten sie ähnliche Projekte in Kanada und in Großbritannien als Referenz.

Derzeit steht das Krebsforschungsinstitut vorwiegend technischen Problemen bei der flächendeckenden Implementierung gegenüber. Denn nicht alle australischen Ärzte haben permanenten Zugang zum Internet; besonders in ländlichen Gebieten ist die Datenbank nicht immer verfügbar. Außerdem fürchten die Forscher, dass die Komplexität der Informationen zur Ablehnung durch Ärzte führen könnte. Trotzdem hofft das Krebsforschungsinstitut mit Werbung in Fachzeitschriften und auf Symposien eine Vielzahl von Nutzern zu erreichen und von der grundsätzlich einfachen Struktur der Datenbank zu überzeugen.

Hohe Komplexität und Zugangsprobleme

Eine zukünftige Evaluierung des Nutzerprofils und der Bedienerfreundlichkeit soll Aufschluss über die Akzeptanz der Datenbank geben. Geplant ist z. B. eine Analyse der Zugriffe auf die Website und eine Treffersondierung über verschiedene Internetsuchmaschinen in einem festgelegten Zeitraum. So bleibt abzuwarten, ob die Leitliniendatenbank ihr Ziel erreicht,

durch Standardisierung der Chemotherapie die Versorgungsqualität bei der Behandlung von Tumorpatienten zu verbessern.

Literatur und Links

Avon, Somerset, und Wiltshire NHS Cancer Services (in Großbritannien). „Haematology Chemotherapy Protocols“. www.aswcs.nhs.uk/pharmacy/chemohandbook/hcp/index.htm
BC Cancer Agency (in British Columbia, Kanada). „Systemic Therapy Treatment Protocol Summaries“. www.bccancer.bc.ca/hpi/chemotherapyprotocols/default.htm
Cancer Institute NSW. „Cancer Institute Standard Cancer Treatments“. www.treatment.cancerinstitute.org.au

Fachkräfteentwicklung

Mit rund zehn Prozent aller Berufstätigen ist das Gesundheitswesen einer der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren in den Ländern der Europäischen Union. Etwa 70 Prozent des Gesundheitsbudgets fließen in Gehälter und andere Leistungen, die direkt mit Personal im Zusammenhang stehen (European Commission 2002).

Adäquat ausgebildete Gesundheitsfachkräfte sind unverzichtbar, um den tief greifenden Veränderungen und vielfältigen Herausforderungen zu begegnen, vor denen alle Gesundheitssysteme stehen. Langlebigkeit und chronische Erkrankungen führen zu zunehmender Komplexität von Gesundheitsproblemen und Versorgungsprozessen. Die Möglichkeiten moderner medizinischer Therapie und hoch entwickelter Technologien erfordern neue Berufsbilder und -qualifikationen. Zum Beispiel haben die Fortschritte in der Biotechnologie den Bedarf an qualifiziertem Personal in Bioingenieurwissenschaften und Genetik erhöht. Komplexe technologische Entwicklungen in Fächern wie der Chirurgie, Radiologie, invasiver Kardiologie, Transplantation oder Onkologie bedingen stärkere Spezialisierung und neue Kompetenzen.

Auch Erwartungen von Patienten ändern sich. Gerade chronisch Kranke sind zunehmend besser über ihre Erkrankung informiert und nicht mehr willens, Diagnostik- und Therapieschemata unkritisch zu akzeptieren. Mehr denn je benötigen Gesundheitsfachkräfte kommunikative und soziale Kompetenzen, um mit dem informierten Patienten über seine Behandlungsoptionen und das Selbstmanagement zu sprechen.

Die Zahl der Arbeitskräfte wird in den nächsten Jahrzehnten aufgrund von Alterung kontinuierlich abnehmen – mit entsprechend negativen Konsequenzen für das Angebot an fachlichem

Komplexe
Erkrankungen und
Technologien

Der informierte
Patient

Nachwuchs fehlt

Nachwuchs. Im Gesundheitssektor sehen wir bereits die Folgen dieser Entwicklung. In Dänemark, Island, Norwegen, Schweden und Frankreich liegt der Altersdurchschnitt des Pflegepersonals bei 41 bis 45 Jahren (International Council of Nurses 2002). Im ärztlichen Bereich wird ein ähnlicher Trend beobachtet. 1985 waren 55 Prozent der französischen Ärzte unter 40 Jahre alt – im Jahr 2000 nur noch 23 Prozent (DREES 2002). In Deutschland nahm der Anteil niedergelassener Ärzte über 59 Jahre zwischen 1995 und 2000 um 40 Prozent zu, während der Anteil an Ärzten unter 35 Jahre zwischen 1991 und 2000 von 27 auf 20 Prozent zurückging (Weinbrenner und Busse 2006).

Hoher
Frauenanteil
im Arztberuf

77 Prozent der Gesundheitsfachkräfte in Europa sind Frauen – mit steigender Tendenz. Auch in traditionell männerdominierten Bereichen wie dem Arztberuf wird der Anteil der Studentinnen und berufstätigen Frauen kontinuierlich größer. 1999 wurden in Deutschland 46 Prozent der Approbationen an Frauen vergeben, im Vergleich zu 30 Prozent im Jahr 1980 (Weinbrenner und Busse 2006). Nach wie vor verhindern in vielen Ländern rigide Strukturen und ein konventionelles Rollenverständnis flexible Arbeitszeitmodelle und umfassende Kinderbetreuung. In der Folge unterbrechen Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit ihre Karriere oder arbeiten in Teilzeit.

Veränderung der
Berufseinstellung

Nicht nur Frauen, auch die Männer streben nach einem neuen Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben. Die tradierten Geschlechterrollen und die Einstellung zum Beruf ändern sich. Wie derzeit in Deutschland bei Ärztestreiks zu verfolgen, werden die gestiegenen Ansprüche an Arbeitsbedingungen und Gehalt nachdrücklich geltend gemacht.

Internationale
Mobilität

Die Förderung der Arbeitsmarktmobilität, die dem Prinzip des freien Personenverkehrs im europäischen Binnenmarkt folgt, ist ein Schlüsselement der EU-Politik. Jedoch führt die internationale Rekrutierung von Personal durch einige westeuropäische Länder in osteuropäischen Staaten wie Slowenien, Polen und den baltischen Ländern zu einer krisenhaften Abwanderung von Ärzten und Pflegepersonal.

Im Ergebnis drohen all diese Faktoren – demographische und technische Entwicklung, Veränderung der Berufskultur und Migration – zu einem ausgeprägten Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage an Arbeitskräften und Qualifikationen zu führen.

Trotz dieser Tatsache rangiert das Thema „Fachkräfteentwicklung“ in vielen Ländern weiter auf den unteren Plätzen der politischen Agenda, was von einer ungenügenden Beachtung der Ressource Mensch zeugt (Narasimhan et al. 2004).

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Es scheint eine endlose Sequenz von Vorschlägen zu geben, wie Gesundheitssysteme besser zu finanzieren und zu steuern seien. Bei diesem starken Interesse an finanziellen und strukturellen Reformen wird selten in Betracht gezogen, dass und wie sich ein sich veränderndes Umfeld auf Fachkräfte auswirkt (Dubois et al. 2006).

Zudem war die Sichtweise von Gesundheitspolitik lange Zeit auf Berufe mit formaler medizinischer Ausbildung beschränkt. Der Weltgesundheitsbericht 2000 definiert „human resources for health“ als den Bestand an Individuen, die in Förderung, Schutz oder Verbesserung von Gesundheit involviert sind (World Health Organization 2000). Diese Definition macht deutlich, dass nicht nur Gesundheitsprofessionen, sondern auch viele andere Berufe wie Manager, Ökonomen, Verwaltungsangestellte, Reinigungskräfte, Personal in Fahrdienst und Küche oder ehrenamtliche Helfer Teil des Systems sind.

Schließlich gehen die Meinungen zur Dringlichkeit von Reformen und zum Ausmaß eines Fachkräftemangels nicht selten auseinander. Seit Anfang des Jahres verfolgen wir in Deutschland einen Disput zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und der Politik. Erstere attestieren Deutschland bereits jetzt einen ausgeprägten Ärztemangel, den Letztere dementieren – eine Debatte, die in ähnlicher Form in Frankreich stattfindet. Wie politisch aufgeladen diese Bewertung ist, zeigt ein Rückblick in die 90er Jahre. Damals war allenthalben – bei geringerer Ärztedichte als heute – von „Ärztenschwemme“ die Rede. Deutschlands Nachbar Frankreich hat 2003 den „Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé“ eingerichtet, der sämtliche nationalen und regionalen Daten zur demographischen Entwicklung der Gesundheitsberufe zusammenführt und eine objektive Informationsgrundlage für Regulierung und Steuerung von Fachkräften schaffen soll (siehe Bericht Seite 94).

Erst seit kurzem beginnt sich in Industrieländern eine Debatte zum Thema Fachkräfteentwicklung zu etablieren. Themen sind neue Formen der beruflichen Qualifikation, Kompetenzen und

Unausgewogener
Fokus von
Reformen

Eng gefasste
Definition von
Gesundheits-
fachkräften

Mangel an
objektiven
demographischen
Daten

Internationale
Debatte zur Fach-
kräfteentwicklung

interdisziplinären Zusammenarbeit sowie Modelle zur Flexibilisierung von Arbeitsort und -zeit.

Viele Länder gelangen zu der Überzeugung, dass die klassischen Demarkationslinien zwischen den Gesundheitsprofessionen, z.B. zwischen Ärzten und Pflegekräften, aber auch fehlende Links zwischen den Sektoren, hier insbesondere zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich, nicht die optimale Form der Gesundheitsversorgung bieten. Mit wachsender Erkenntnis und zunehmendem Problemdruck steigt auch die Bereitschaft, berufliche Grenzen und Zuständigkeiten zu modifizieren.

Verlagerung
ärztlicher
Kompetenzen

So ist in Großbritannien, den USA und den Niederlanden die neue Berufsgruppe der „nurse practitioners“ entstanden. Die an Universitäten ausgebildeten Pflegekräfte übernehmen neben pflegerischen Funktionen einen Teil der traditionell ärztlichen Aufgaben, z.B. in der Notaufnahme oder im Management chronischer Erkrankungen (siehe Ausgabe 2 „Nurse practitioners“).

Auslaufmodell
Einzelpraxis

Nicht der ärztlichen Einzelpraxis, sondern den patientenfreundlicheren und kostengünstigeren Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen gehört die Zukunft. Kanada erforscht derzeit in elf Pilotprojekten, wie Fachkräfte durch Vermittlung kommunikativer und fachlicher Kompetenzen auf eine multiprofessionelle Teamarbeit vorbereitet werden können (siehe Bericht Seite 96). Israel plant, Teile der Facharztausbildung in Augenheilkunde, Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in den ambulanten Bereich zu verlagern, um die ärztliche Qualifikation praxisnäher zu gestalten und an zukünftige Versorgungsmodelle anzupassen (siehe Bericht Seite 98).

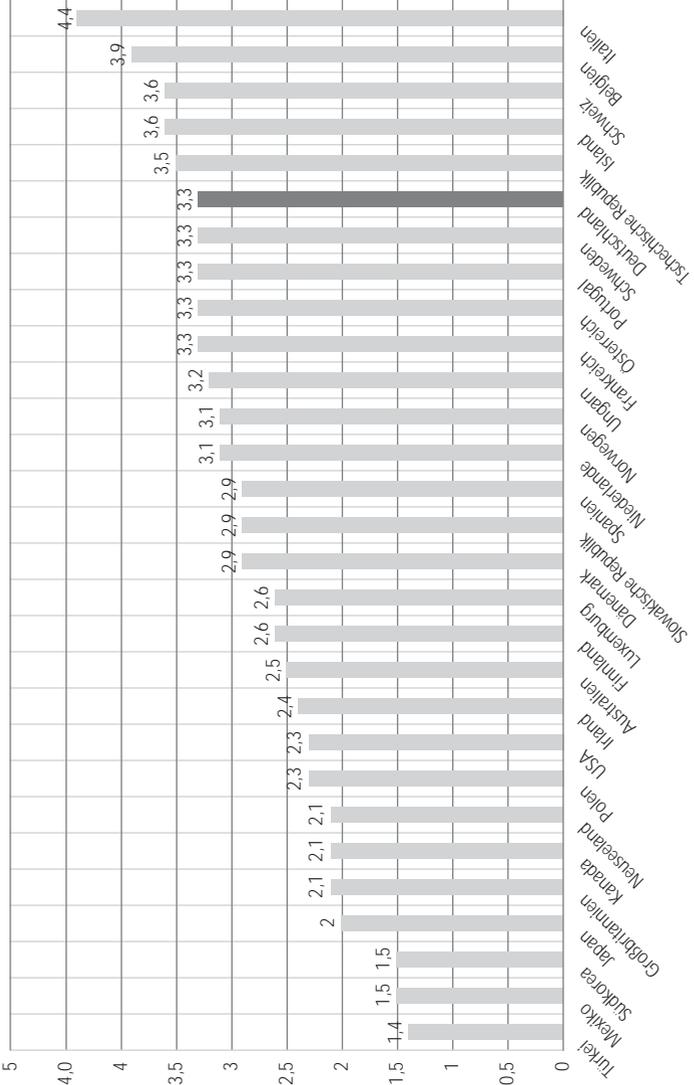
Flexible
Arbeitsverträge
und Arbeitszeiten

Andere Länder setzen auf flexible Beschäftigungsmodelle, die die Lebenszeitkarrieren innerhalb einer einzigen Organisation zunehmend ersetzen. So ermöglicht Slowenien Fachärzten erstmals, Verträge mit mehreren Krankenhäusern einzugehen, und löst sich von seinen rigiden Arbeitszeitregelungen (siehe Bericht Seite 100).

Hausärztemangel
auf dem Land

In der ärztlichen Versorgung verzeichnen viele Länder deutliche regionale und fachspezifische Unterschiede. Hausärzte sind z.B. in ländlichen Gebieten Großbritanniens oder Frankreichs Mangelware (siehe Berichte Seite 102 und 94). Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte auf (Abbildung 4).

Abbildung 4: Praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner im internationalen Vergleich (2002)



Datenquelle:
OECD Health Data 2005

Hausärztemangel
in Deutschland

Auch hierzulande ist die Anzahl an Ärzten je Einwohner in den Flächenländern – insbesondere im Osten Deutschlands – deutlich niedriger als in den Ballungszentren (2004 kamen in Hamburg 184 Einwohner auf einen berufstätigen Arzt, während ein Arzt in Brandenburg 331 Einwohner zu versorgen hatte). Nachwuchsprobleme gibt es bei den Hausärzten mit 2504 nicht besetzten Kassenarztsitzen im Jahr 2005 (Bundesministerium für Gesundheit 2006). Um den Ärztemangel in den ostdeutschen Ländern zu beheben, will die große Koalition eine Liberalisierung des Vertragsarztrechts vornehmen. Ab Anfang 2007 soll die Möglichkeit für Ärzte, als Angestellte zu arbeiten, ausgeweitet werden. So wird ein Arzt künftig mehrere andere Mediziner beschäftigen können. Das Angestelltenverhältnis dürfte insbesondere für Berufsanfänger attraktiv sein, weil der Einstieg in die Selbstständigkeit sehr teuer ist (Deutsches Ärzteblatt 2005).

Internationale
Antworten auf
den Ärztemangel

International gibt es vielfältige Antworten auf einen Mangel an Ärzten und an medizinischem Personal. Die Ärzteschaft in Frankreich fordert, die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium und zur Facharztqualifikation aufzuheben. Das Gesundheitsministerium hingegen will die finanziellen Anreize verstärken, um Ärzte aufs Land zu locken. Ein weiterer Regierungsvorschlag sieht vor, der ärztlichen Spezialisierung verbindlich eine umfassende allgemeinmedizinische Ausbildung vorzuschalten (siehe Bericht Seite 94).

Der nationale Gesundheitsdienst Englands setzt den Fokus auf unterversorgte Regionen und wird dort im Rahmen von Pilotprojekten mehr Allgemeinärzte und Gesundheitstrainer anstellen (siehe Bericht Seite 102).

Singapur versucht mit der Entwicklung in anderen Ländern Schritt zu halten und will die Allgemeinmedizin als gleichberechtigte Fachrichtung neben anderen ärztlichen Disziplinen etablieren (siehe Bericht Seite 104).

Angesichts des Pflegenotstands in öffentlichen Krankenhäusern erleichtert der australische Bundesstaat New South Wales Pflegekräften den beruflichen Wiedereinstieg und hat ein Programm mit praxisorientierten Refresher-Kursen etabliert (siehe Ausgabe 2 „Strategie gegen Pflegenotstand“).

Einbeziehung
der Betroffenen

Allen Strategien gemein ist, dass ihre Durch- und Umsetzung oftmals großen Widerstand durch konkurrierende Interessen,

strukturelle Trägheit und die empfundene Unsicherheit der Betroffenen erfährt. Für den Erfolg von Reformen müssen die Fachkräfte vollständig in den Reformprozess mit einbezogen werden.

Literatur und Links

Bundesministerium für Gesundheit. „Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005“. www.bmg.bund.de/cdn_041/nn_603384/SharedDocs/Publikationen/Gesundheit/a-404-05.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-404-05.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. „Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft“. Pressemitteilung vom Januar 2006. www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressemitteilung/pdf/2006_1/pmnr_006_Zahlen-Fakten-Aerzte.pdf

Deutsches Ärzteblatt online vom 29. Dezember 2005. „Koalition will zügig Maßnahmen gegen Ärztemangel ergreifen“. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/aoinhalt.asp

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Données sur la situation sanitaire et sociale – Les acteurs et les structures. Paris, La Documentation française 2002.

Dubois, Carl-Ardy, Martin McKee und Ellen Nolte (Hrsg.). *Human resources for health in Europe*. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2006. www.who.dk/Document/E87923.pdf

European Commission. „Employment in Europe 2002: Recent Trends and Prospects“. Brüssel: European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Unit EMPL/A.1 2002. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/sep/employment_in_europe2002.pdf

International Council of Nurses. „Nursing workforce profile 2002“. www.icn.ch/SewDatashet02.pdf

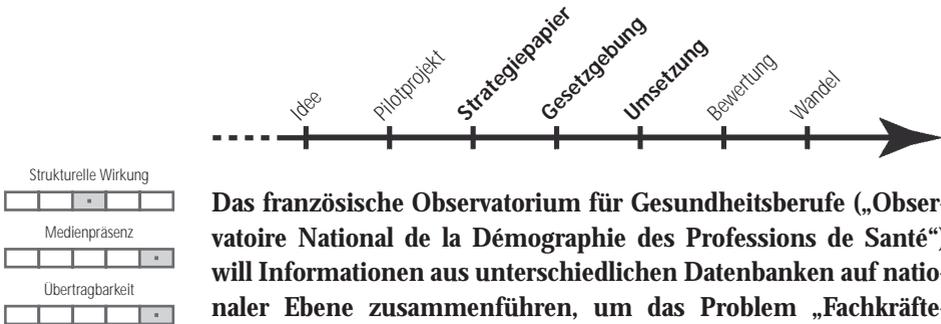
Narasimhan, Vasant, Hilary Brown, Ariel Pablos-Mendez, Orvill Adams, Gilles Dussault, Gijs Elzinga, Anders

Nordstrom, Demissie Habte, Marian Jacobs, Giorgio Solimano, Nelson Sewankambo, Suwit Wibulpolprasert, Timothy Evans und Lincoln Chen. „Responding to the global human resources crisis“. *Lancet* 363 2004. 1469–1472.

Weinbrenner, Susanne und Reinhard Busse. „Case-study: Germany“. Dubois, Carl-Ardy, Martin McKee und Ellen Nolte (Hrsg.). *Human resources for health in Europe*. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2006.

World Health Organization. „World Health Report 2000 – Health systems: improving performance“. Genf: WHO. www.who.int/whr/2000/en/index.html

Frankreich: Ärztemangel – unklare Daten und Konsequenzen



Das französische Observatorium für Gesundheitsberufe („Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé“) will Informationen aus unterschiedlichen Datenbanken auf nationaler Ebene zusammenführen, um das Problem „Fachkräftemangel“ erstmals objektiv zu analysieren und zielgerichtet Vorschläge zu seiner Lösung zu entwickeln.

Ärztemangel und „Héliotropisme“

Nach Meinung von Experten steht Frankreich in den nächsten zehn Jahren vor einem ausgeprägten Ärztemangel. Schon heute prägt das Land eine ausgesprochene Ungleichverteilung. So beträgt die Arztdichte im Norden Frankreichs nur 60 Prozent derer in den südlichen Regionen mit zumeist erheblich höherer Lebensqualität. Betroffen ist vor allem die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten.

Eindeutige Zahlen und Prognosen fehlen jedoch. Die sich teilweise widersprechenden Angaben stammen aus unterschiedlichen

ten Quellen: Daten der Krankenversicherungen, des Gesundheitsministeriums und der regionalen Verwaltungen sowie der nationalen Ärztekammer (Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Die Ursachen des Ärztemangels in Frankreich sind vielfältig. Die Einführung der 35-Stunden-Woche und die EU-Arbeitszeitrichtlinie führten zu einem erhöhten Bedarf an ärztlichem Personal. Zugleich nahm mit der steigenden Feminisierung der Ärzteschaft (60 Prozent der französischen Medizinstudenten sind weiblich) und der veränderten Berufseinstellung von Medizinabsolventen die Anzahl an klinisch tätigen Ärzten insgesamt ab.

Arbeitszeit-
verkürzung und
EU-Auflagen

Dass die Datenlage für Bedarfsplanung und Steuerung der ärztlichen Versorgung verbessert werden muss, ist in Frankreich unstrittig. Zu diesem Zweck wurde 2003 das staatliche Observatorium für Gesundheitsberufe ins Leben gerufen, das in Zusammenarbeit mit regionalen Behörden die Entwicklung von Fachkräften im Gesundheitswesen dokumentiert und analysiert.

Weniger Einigkeit besteht darüber, wie dem Ärztemangel zu begegnen ist. Das Gesundheitsministerium spricht sich dafür aus, einen Teil ärztlicher Funktionen an nichtärztliche Berufe zu übertragen. Unterstützung erhält es von privaten und öffentlichen Krankenhaus- sowie Pflegeverbänden. Die Ärzteschaft ist gespalten, da einige Fachdisziplinen Einkommenseinbußen und eine fehlende Abgrenzung beruflicher Kompetenzen fürchten.

Übertragung
ärztlicher
Kompetenzen

Ebenfalls auf wenig Gegenliebe bei der Ärzteschaft stößt die Empfehlung des Observatoriums, die ärztliche Weiterbildung verstärkt außerhalb von akademischen Einrichtungen anzusiedeln und die ärztliche Spezialisierung erst nach einer umfassenden allgemeinmedizinischen Ausbildung anzuschließen.

Stärkung der
Allgemeinmedizin

Als Gegenvorschlag plädiert die Ärztekammer dafür, die Zahl der Medizinstudenten zu erhöhen und den Numerus Clausus und das Examen National Classant, das die Absolventen für die fachärztliche Weiterbildung zulässt, zu lockern.

Mehr
Medizinstudenten

Unterversorgte Gebiete für Ärzte durch finanzielle Anreize attraktiver zu machen, ist kein neues Konzept in Frankreich. So offerieren öffentliche Krankenhäuser Prämien, und der Staat lockt mit Steuervergünstigungen für praktizierende Ärzte. Das Ministerium hat erklärt, dass es die Einkommensanreize insbesondere für Hausärzte verstärken will, ohne dies bisher zu spezi-

Ärzte aufs Land
durch finanzielle
Anreize

fizieren. Das Observatorium machte in seinen jüngsten Empfehlungen von 2005 jedoch klar, dass die Niederlassungsfreiheit in Ballungsgebieten nicht eingeschränkt werden dürfe.

Ziel des derzeit entstehenden ministeriellen Gesamtmodells zur Fachkräfteentwicklung ist es, die unterschiedlichen Empfehlungen und Ansätze zu verarbeiten und die Kontroversen zu beenden.

Literatur und Links

Berland, Yvon. „Démographie des professions de santé“ vom November 2002 www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml.

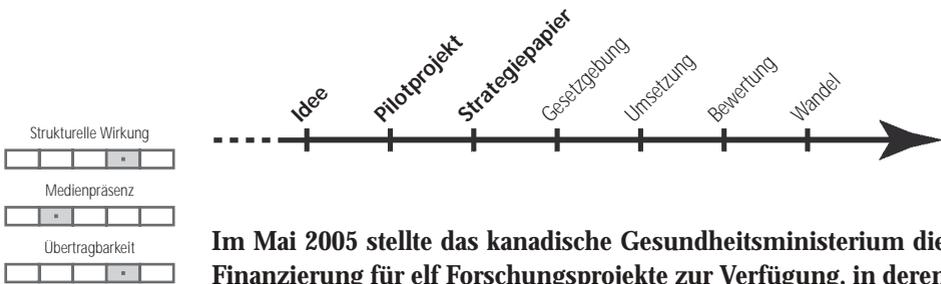
Berland, Yvon. „Cooperation des professions de santé: Le transfer de tâches et de competences“ vom Oktober 2003. www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf

Legifrance. „Décret n° 2003 XX – 529 du 19 juin 2003 portant creation de l’Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé“. www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SQHPE.htm

Legifrance. „LOI n° 2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 131“. www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. www.sante.gouv.fr/ondps/

Kanada: Interdisziplinäre Weiterbildung



Rahmen Gesundheitsfachkräfte durch Weiterbildung zum Arbeiten in interdisziplinären Teams qualifiziert werden sollen.

Es ist eine Kernkomponente der kanadischen Reform des ambulanten Sektors, Alternativen zur hausärztlichen Einzelpraxis zu entwickeln. Entstehen sollen Praxismodelle, in denen mehrere Ärzte im Team mit Pflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen, Diätassistenten, Hebammen und Physiotherapeuten arbeiten. Ziel ist, eine primärärztliche Versorgung zu schaffen, die sich stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Diese sollen multidisziplinär, besser koordiniert und 24 Stunden am Tag zugänglich sein.

Interdisziplinarität
ist Modell
der Zukunft

Vor diesem Hintergrund untersuchen die elf Projekte mit dem Titel „Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice“, wie Gesundheitsfachkräfte für das hausärztliche Versorgungsmodell der Zukunft vorbereitet werden können. Über einen Zeitraum von fünf Jahren stehen dafür 13 Millionen kanadische Dollar (neun Millionen Euro) zur Verfügung.

Die von verschiedenen Universitäten in Kanada koordinierten Forschungsprojekte setzen jeweils ihren eigenen Schwerpunkt, wie Veränderung der Berufskultur oder interdisziplinäre Versorgung von bestimmten Patientengruppen (z.B. chronisch Kranken, psychisch kranken Kindern, geriatrischen Patienten).

Der die Projekte einende Ansatz ist, dass das interdisziplinäre, patientenorientierte Training sowohl in der Berufsausbildung, in der Phase der Spezialisierung und in der kontinuierlichen Weiterbildung stattfindet. Im Mittelpunkt stehen Themen wie die Entwicklung von Kompetenzen für das Arbeiten in Gemeinschaftspraxen, Verständnis und Respekt für andere Fachbereiche und Berufsgruppen sowie „shared decision-making“.

Qualifikation
durch wiederholtes
Training

Die Projekte gehen auf Empfehlungen verschiedener Kommissionen wie der „Romanow-Kommission“, des „Kirby Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology“ und des „Health Council of Canada“ zurück, die wiederholt eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungsmuster und -qualifikationen forderten.

In Konsultationen mit den Provinzregierungen und medizinischen Berufsverbänden erhielt das nationale Gesundheits-

Nutzen für Versorgungsqualität?

ministerium 2004 breite Unterstützung für das interdisziplinäre Programm. Idealerweise sollen die Projektkonzepte in Aus- und Weiterbildungscurricula aller Gesundheitsberufe einfließen und Gesundheitsfachkräfte für eine gut funktionierende hausärztliche Gemeinschaftspraxis vorbereiten. Der langfristige Nutzen von interdisziplinären Trainingsmaßnahmen und die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität bedürfen jedoch zuvor der gründlichen Klärung.

Literatur und Links

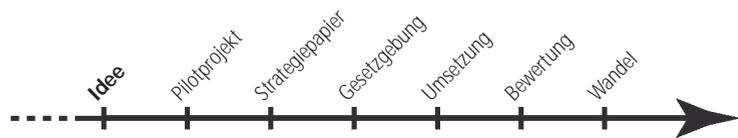
Health Canada. „Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice“. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_e.html

Health Council of Canada. Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change. Ottawa 2005.

Kirby Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. „The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report“. Oktober 2002. www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.htm

Romanow Commission. „Building on Values: The Future of Health Care in Canada“. November 2002. www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html

Israel: Ambulante Ausbildung von Fachärzten



Gemeinsam mit der Ärztekammer hat das israelische Gesundheitsministerium 2005 vorgeschlagen, Teile der Facharzt-ausbildung aus dem Krankenhaussektor in ambulante Gesundheitszentren zu verlagern.

In vielen klinischen Fächern, so zum Beispiel in der Augenheilkunde, Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, werden medizinische Prozeduren zunehmend ambulant durchgeführt. Jedoch findet in Israel die fachärztliche Ausbildung bisher noch ausschließlich im Krankenhaus statt.

Durch Rotationen in ambulante Einrichtungen sollen sich Assistenzärzte in Zukunft besser für die Anforderungen des alltäglichen Berufslebens qualifizieren. Dort werden sie zum Beispiel Gelegenheit erhalten, Erfahrungen im Umgang mit Erkrankungen zu sammeln, die nur selten stationär behandelt werden.

Praxisnahe
Weiterbildung

Bei akademischen Einrichtungen stößt der Vorschlag auf klare Ablehnung. Da die Weiterbildungsassistenten einen Gutteil des ärztlichen Personals in den Kliniken stellen, fürchten Krankenhäuser, dass der Fortgang dieser Assistenten entweder durch höher bezahlte Ärzte kompensiert werden muss oder zu höherer Arbeitsbelastung der verbleibenden Ärzte führt – mit Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität als Folge.

Medizinische
Fakultäten und
Krankenhäuser
auf Gegenkurs

Für die medizinischen Fakultäten bedeutet die Änderung der Weiterbildungsordnung, dass sich ihr Lehrkontingent und damit Budget verkleinert. Außerdem befürchten sie, dass die Qualität der ärztlichen Ausbildung sinkt, wenn im ambulanten Sektor das akademische Niveau nicht aufrechterhalten wird.

Viele ambulante Zentren sehen zwar die Chance, sich als akademische Weiterbildungseinrichtungen zu profilieren. Sie befürchten aber, dass die ihnen zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen hierfür nicht ausreichen. Basierend auf Vergleichsdaten aus dem Ausland erwarten sie Kostensteigerungen von 24 bis 36 Prozent.

Ambivalenz bei
ambulanten
Zentren

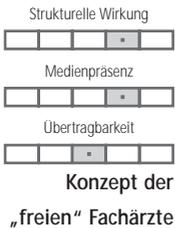
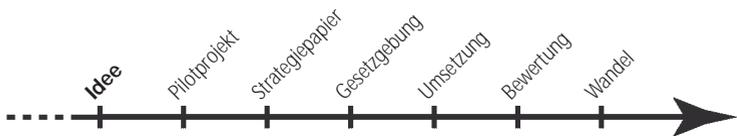
Es ist Aufgabe der Ärztekammer, die neuen Anforderungen in die Weiterbildungscurricula einzuführen und Vereinbarungen mit den Ausbildungseinrichtungen, d.h. mit den Krankenkassen als Trägern der ambulanten Zentren und mit den akademischen Krankenhäusern zu treffen. Für einen erfolgreichen Abschluss wird entscheidend sein, wie die ambulante Weiterbildung von Assistenzärzten finanziert wird und in welchem Ausmaß die stationären Einrichtungen Teile ihres Budgets an den ambulanten Sektor abtreten müssen.

Finanzierung
noch unklar

Literatur und Links

Nirel, Nurit, Avi Israeli und Shlomo Birkenfeld. „Has the time come to transfer residency training from hospitals to the community? Lessons from other countries and implications for Israel“. Arbeitspapier in Druck (auf Hebräisch, Abstract auf Englisch).

Slowenien: Unabhängige Fachärzte



In Slowenien arbeiten Gesundheitsministerium und Ärztekammer derzeit an einem Konzept, das die fachärztliche Versorgung flexibilisieren soll.

Fachärzte sind in Slowenien als Angestellte in Krankenhäusern tätig – sei es in der Versorgung stationärer Patienten oder in fachärztlichen Ambulanzen. Ärztliche Tätigkeit an mehreren Dienststellen ist per Gesetz untersagt. Dieses exklusive Angestelltenverhältnis will die Regierung nun stufenweise aufbrechen. Fachärzte sollen zukünftig Verträge mit mehreren Arbeitgebern eingehen können. Auch Arbeitszeitbeschränkungen, die bisher strikt umgesetzt werden müssen und zusätzliche Dienststunden lediglich in Rufbereitschaft und bei Nacht gestatten, will das Ministerium lockern.

Erklärtes Ziel der Reform von Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitszeiten ist es, fachärztliche Leistungen stärker an die Bedürfnisse von Patienten und Krankenhäusern anzupassen. Insbesondere in chirurgischen Fächern hofft die Regierung, effiziente und leistungswillige Ärzte dazu zu motivieren, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Arbeitskraft an mehreren Stellen einzusetzen. Für Fachärzte ist das neue Konzept attraktiv, denn es

stellt größere Unabhängigkeit und ein höheres Einkommen in Aussicht. Verbraucher- und Patientenverbände dagegen sind besorgt um die medizinische Versorgungsqualität, wenn Fachärzte mobil und möglicherweise einer sehr viel höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt sein werden als bisher.

Das Konzept der „freien“ Fachärzte ist Teil der Reformstrategie, mit der die Regierung das slowenische Gesundheitswesen stärker liberalisieren und für Marktmechanismen öffnen will. Initiator der Idee ist die Ärztekammer Sloweniens, die das Ziel einer größeren Unabhängigkeit von Fachärzten bereits in ihrem Strategiepapier von 2000 verankerte. Inspiriert von Erfahrungen in den Niederlanden und Kanada griff das Gesundheitsministerium das Konzept auf.

Das Arbeitsministerium und der Verband öffentlicher Arbeitgeber stehen einem gesetzlich verbrieften Facharztprivileg bei der Gestaltung von Arbeitsplatz und Arbeitszeit skeptisch gegenüber und befürchten, dass diese Sonderregelung zum Präzedenzfall für andere Sektoren wird. Aufgrund des politischen Konsenses zwischen den Schlüsselakteuren – der Ärztekammer und dem Gesundheitsministerium – ist jedoch zu erwarten, dass sich das neue Facharztkonzept in Slowenien durchsetzen wird.

Liberalisierung
im Fokus

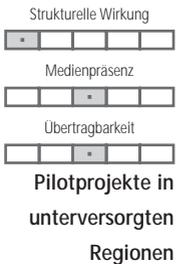
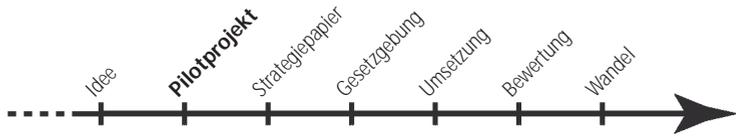
Privileg für
Fachärzte?

Literatur und Links

Website des Ministry of Health of the Republic of Slovenia. www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf (auf Slowenisch und Englisch).

Website der Ärztekammer Sloweniens (Zdravniška zbornica Slovenije). www.zzs-mcs.si/ (auf Slowenisch).

England und Wales: Hausärzte und Gesundheitstrainer für unterversorgte Regionen



Mit dem Ziel, geografische und soziale Unterschiede zu minimieren, plant die britische Regierung, die Zahl der Hausärzte in unterversorgten Regionen zu erhöhen und sogenannte Gesundheitstrainer („Health trainers“) zu etablieren.

Umgesetzt wird die Reform zunächst in Form von Pilotprojekten. Sechs Primary Care Trusts (PCTs) werden neue Hausarztpraxen und Ambulanzen gründen, mehr Allgemeinmediziner und Pflegepersonal einstellen und ihre Öffnungszeiten verlängern. Die PCTs, insgesamt 302 in England, sind seit 2002 auf lokaler Ebene für die Steuerung und Vergütung der Gesundheitsversorgung innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes NHS verantwortlich. In einer zweiten Stufe des Projektes ist die Ausdehnung auf 15 weitere PCTs geplant.

„health trainers“

Aufgabe der „health trainers“, die zunächst in zwölf Regionen ihre Arbeit aufnehmen werden, ist es, einen gesünderen Lebensstil in der Bevölkerung zu fördern. Beispielsweise stellen sie Informationen zur Raucherentwöhnung zur Verfügung, begleiten Personen zur Gesundheitsvorsorge und unterstützen Nicht-Muttersprachler bei Verständigungsschwierigkeiten. Die Einsatzmöglichkeiten der „health trainers“ variieren von PCT zu PCT je nach lokalem Bedarf. Auch entscheiden die PCTs jeweils vor Ort, welche Qualifikationen die Gesundheitstrainer mitbringen oder erwerben müssen. 2007 soll das Programm auf ganz England ausgedehnt, nach Auswertung der ersten Phase soll auch ein Curriculum für die „health trainers“ festgelegt werden.

Regierungsziel:
 Verminderung
 von Versorgungs-
 unterschieden

Die Labour-Regierung besinnt sich in den letzten Jahren verstärkt auf ihre Grundprinzipien, zu denen die Verbesserung der Lebenssituation von benachteiligten Gruppen zählt. Übergeordnetes Ziel ist zum einen, die Differenz in der Geburtenrate

zwischen Arbeiternehmern und der Gesamtbevölkerung bis 2010 um zehn Prozent zu verringern. Zum Zweiten soll die Lebenserwartung in den fünf Regionen, die derzeit am schlechtesten abschneiden, nicht mehr als zehn Prozent von der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung abweichen. So reihen sich die jüngsten Pilotprojekte in eine Anzahl von Initiativen ein, mit denen das Gesundheitsministerium den Versorgungsunterschieden und der Ungleichverteilung von Gesundheitschancen begegnen will.

Die Regierung kann bei ihren neuesten Reformprojekten auf Unterstützung von PCTs und der Ärzteschaft rechnen, die eine Aufstockung von Fachkräften in unterversorgten Gebieten sehr befürworten. Die britische Public-Health-Community, bestehend aus Gesundheitswissenschaftlern, Soziologen, Hausärzten und Politikern, begrüßt insbesondere das Konzept der „health trainers“ und hofft auf mehr Raum für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Medien dagegen werfen der Regierung vor, einen „Kindermädchen-Staat“ einführen zu wollen. Die Mehrheit der Bevölkerung lehnt die Einmischung in den persönlichen Lebensstil eindeutig ab. So bleibt abzuwarten, ob es den jüngsten Reformen gelingt, Veränderungen im Gesundheitsverhalten und in der Versorgungspraxis zu bewirken.

Fürsorge oder
„Kindermädchen“?

Literatur und Links

Department of Health. „More GPs for under doctored areas“. Pressemitteilung vom 26. Juli 2005. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4116460&chk=13Mk6P

Department of Health. „Health trainers for disadvantaged areas“. Pressemitteilung vom 11. August 2005. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4117720&chk=j8T/Dk

The United Kingdom Parliament: Health trainers. www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmhansrd/cm050720/wmstext/50720m04.htm

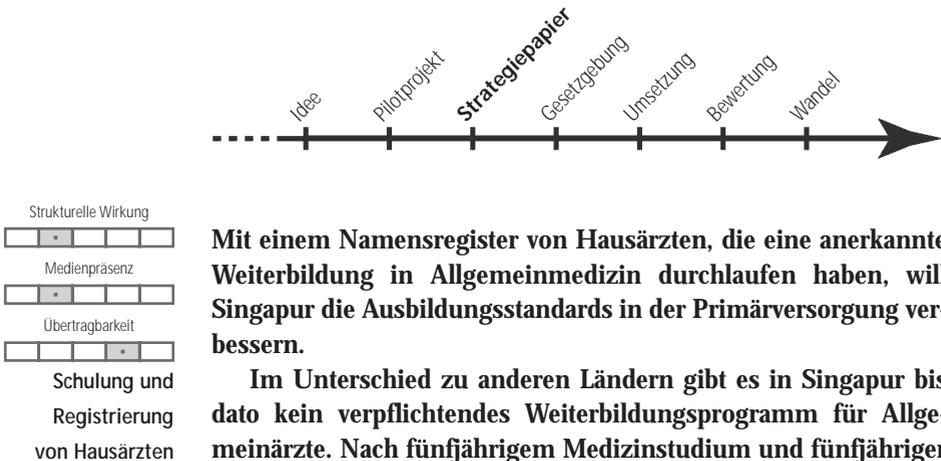
Department of Health. „Choosing health“. November 2004. www.dh.gov.uk/choosinghealth

Department of Health. „Health inequalities“. www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthInequalities/fs/en

Department of Health. „Tackling health inequalities: a programme for action“. Juli 2003. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4008268&chk=Ad%2BpLD

Department of Health. „The NHS plan. A plan for investment. A plan for reform“. Juli 2000. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/57/83/04055783.pdf

Singapur: Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin



Mit einem Namensregister von Hausärzten, die eine anerkannte Weiterbildung in Allgemeinmedizin durchlaufen haben, will Singapur die Ausbildungsstandards in der Primärversorgung verbessern.

Im Unterschied zu anderen Ländern gibt es in Singapur bis dato kein verpflichtendes Weiterbildungsprogramm für Allgemeinärzte. Nach fünfjährigem Medizinstudium und fünfjähriger Rotation durch Krankenhausabteilungen und Polikliniken können Mediziner ohne formale Qualifikation oder Prüfung als Hausarzt praktizieren. Das für 2007 geplante Hausarztregister will nur jene Ärzte aufnehmen, die sich auf freiwilliger Basis weitere zwei Jahre nebenberuflich in Allgemeinmedizin qualifiziert haben. Außerdem hat das Gesundheitsministerium angekündigt, dass in neu gegründeten Gemeinschaftspraxen mindestens ein registrierter Hausarzt in Vollzeit arbeiten muss.

Mit dem Vorstoß reagiert das Gesundheitsministerium unmittelbar auf eine Forderung des Beratungskomitees für Primärversorgung, das 2005 anmahnte, die Kompetenzen von Hausärzten zu verbessern. Hausärzte verfügen nicht ausreichend über Wissen und Erfahrung in der Betreuung chronisch Kranker, für die sie zudem aufgrund des hohen Patientenaufkommens zu wenig Zeit aufbringen. Üblicherweise überweisen sie chronisch Erkrankte frühzeitig an mehrere Fachärzte, die in Singapur in den Krankenhäusern angesiedelt sind – mit der Konsequenz hoher Kosten und einer stark fragmentierten Versorgung.

Versorgung
chronisch Kranker
ist ineffizient

Die Schulung und Registrierung von Hausärzten soll nun die stärker präventiv ausgerichtete, medizinisch optimierte und effizientere Behandlung von multimorbiden Patienten ermöglichen. Die Bewohner Singapurs zählen zu den am schnellsten alternden Bevölkerungsgruppen in Asien. Die Hälfte der über 65-jährigen Einwohner des Vier-Millionen-Stadtstaats leidet an Hypertonie, je ein Viertel an Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie. Die steigende Zahl älterer Patienten mit chronischen Erkrankungen lässt die Gesundheitsausgaben kontinuierlich ansteigen, die derzeit bei 3,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts liegen. Allein aufgrund des Faktors Alter gehen Prognosen von einer Verdoppelung der Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2030 aus.

Singapur altert
schneller als das
restliche Asien

Die Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin setzt sich seit Jahren für Weiterbildungsstandards und die Anerkennung der Allgemeinmedizin als gleichwertiger Fachrichtung neben z.B. Innerer Medizin und Chirurgie ein. Dass der Eintrag im Hausarztregister und die damit verbundene Weiterbildungsverpflichtung laut Regierungsplänen freiwillig sein sollen, bleibt weit unter ihren Erwartungen. Sie fordert, dass in Zukunft alle jungen Ärzte, die eine hausärztliche Tätigkeit in Singapur erwägen, einen zweijährigen Weiterbildungskurs absolvieren müssen. Noch ist Überzeugungsarbeit zu leisten, denn viele Ärzte fühlen sich durch die lange Ausbildungszeit an Universität und in Krankenhäusern ausreichend qualifiziert und befürchten, dass die nebenberufliche Weiterbildung die Arbeitsbelastung im Alltag unnötig erhöht.

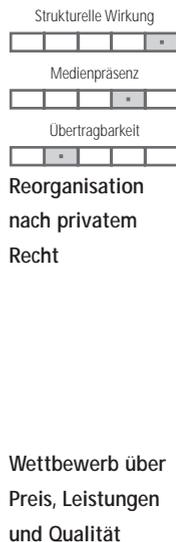
Allgemeinmedizin
unterbewertet

Weitere Nachrichten

Niederlande: Krankenversicherungsreform



Im Januar trat in den Niederlanden nach fast 20-jähriger Debatte eine weitreichende Krankenversicherungsreform in Kraft. Das „Krankenversicherungsgesetz“ (Zorgverzekeringswet) beendet die bisherige Trennung zwischen öffentlichen und privaten Krankenkassen durch die Reorganisation aller Krankenversicherungen nach privatem Recht. Neu ist auch die Versicherungspflicht für alle Personen, die in den Niederlanden ihren Wohnsitz haben und/oder Steuern und Sozialabgaben zahlen. Standardpolicen enthalten ein Basispaket mit medizinisch notwendigen, wirksamen, qualitätsgesicherten und evidenzbasierten Leistungen, das von allen Versicherern allen Kunden zum gleichen Preis angeboten werden muss (Versorgungsauftrag). Die Versicherungsunternehmen konkurrieren nun über Preis, Zusatzangebote, Qualität und Service. Kein potenzieller Kunde darf wegen seines Gesundheitszustands oder seines Alters abgelehnt werden. Die Versicherer müssen aber nicht mit allen Leistungserbringern kooperieren, die ihrerseits über Qualität und Preis um Verträge konkurrieren. In Versicherungspflicht, Kontrahierungszwang und Versorgungsauftrag sehen Befürworter der Reform eine Stärkung der Solidarelemente in der Krankenversicherung.



Größeres soziales
Gefälle in der
Versorgungs-
qualität?

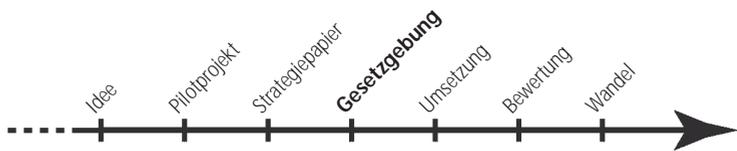
Das neue Gesetz gibt aber auch wettbewerbliche Impulse, die, so fürchten Kritiker, zu einem großen sozialen Gefälle in der Versorgungsqualität führen können. Versicherungen, die mit teureren, guten Versorgungszentren Verträge schließen, geben die höheren Preise in Form von höheren Beiträgen an zahlungskräftige Versicherte weiter. Zusatzversicherungen, Zuzahlungen, Selbstbehalte und Rückerstattung verstärken den Trend zur besseren Versorgung für Gutverdiener.

Literatur und Links:

Busse, Reinhard, Ewoul van Ginneken, Jonas Schreyögg and Wendy Wisbaum. „The health care system and reform in the Netherlands“. *Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies* (7) 1 2005. 6-8. www.euro.who.int/document/obs/euroobserver7_1.pdf

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport. „Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden: Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz“. www.minvws.nl/images/boekje-zorgstelsel-duits_tcm20-107940.pdf

Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika



Als erster US-Bundesstaat hat Kalifornien im Oktober 2005 ein Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Inhaltsstoffen in Kosmetikprodukten (California Safe Cosmetics Act 2005) verabschiedet. Es zwingt die Kosmetikhersteller, gesundheitsschädliche Inhaltsstoffe auf Anfrage des kalifornischen Gesundheitsministeriums (Department of Health Services, DHS) offenzulegen. Des Weiteren erhält das Gesund-

heitsamt (Occupational Health and Safety Administration) die Erlaubnis, die Produktpalette von Schönheitssalons zu prüfen.

Beim Fund gefährlicher Inhaltsstoffe ist das DHS verpflichtet, dieses der Generalstaatsanwaltschaft sowie der Bundesbehörde zur Überwachung von Nahrungs- und Arzneimitteln (Food and Drug Administration) zu melden. Das Gesetz erlaubt dem kalifornischen DHS allerdings nicht, Produkte mit gesundheitsgefährdenden Inhaltsstoffen zu verbieten.

Das Department of Health Services geht davon aus, dass rund ein Drittel aller Kosmetika krebserregende Stoffe enthält. Einige Produkte stehen unter dem Verdacht, embryonale Entwicklungsstörungen zu verursachen. Inspiriert wurde das kalifornische Gesetz unter anderem durch eine EU-Richtlinie von 2003, welche Phthalate in Konsumgütern verbietet. Phthalate sind Weichmacher, die als Trägersubstanz in Kosmetika verwendet werden.

Der Gesetzesvorschlag führte zu starken Protesten der chemischen und pharmazeutischen Industrie. In bis zu 600 000 Dollar teuren Werbekampagnen argumentierten Unternehmen und Industrieverbände, das Gesetz bedrohe die Existenz von Kosmetikstudios und Schönheitssalons.

Die politischen Entscheider stehen in der Kritik, der Industrie nachgegeben zu haben. Nach Ansicht von Brustkrebsverbänden und dem Gesundheitskomitee des kalifornischen Senats fehlt dem Gesetz die entscheidende Durchschlagskraft. Es decke zwar gefährliche Stoffe in Kosmetikprodukten auf, aber da kein Vertriebsverbot verhängt werden kann, bleiben Konsumenten und Mitarbeiter der Schönheitsbranche den gefährlichen Stoffen auch weiterhin ausgesetzt. Damit ist das Erreichen des Ziels, die Bevölkerung vor Gesundheitsschäden zu schützen, fraglich.

Aus Sicht von Experten nimmt das Gesetz dennoch eine bahnbrechende Rolle in der US-amerikanischen Legislative ein, da es zumindest teilweise der starken Lobby des Pharma- und Chemiesektors entgangen ist. In Zukunft könnte der California Safe Cosmetics Act 2005 als Vorlage für andere Bundesstaaten bzw. für die US-weite Gesetzgebung dienen.

Transparenz bei Inhaltsstoffen von Kosmetika

Viele Produkte mit Gesundheitsrisiken

Großer Widerstand der Pharma- und Chemiebranche

Kein Verkaufsverbot für gefährliche Produkte

Vorlage für landesweite Gesetzgebung?

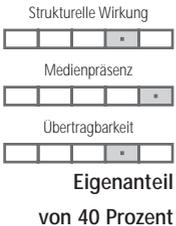
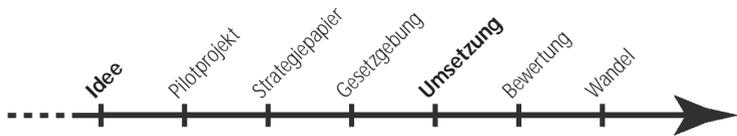
Literatur und Links

Official California Legislative Information. „Senate Bill No. 484“ vom 7. Oktober 2005. www.leginfo.ca.gov/pub/bill/sen/sb_0451-0500/sb_484_bill_20051007_chaptered.pdf

Farmer, Rebecca. „Governor signs Safe Cosmetics Bill“. 8. Oktober 2005. www.safecosmetics.org/newsroom/press.cfm?pressReleaseID=13.1

Ortiz, Deborah V. „Senate Health Committee Analysis of SB 484“. http://info.sen.ca.gov/pub/bill/sen/sb_04510500/sb_484_cfa_20050418_151953_sen_comm.html

Südkorea: Ausweitung des Leistungskatalogs



Im September 2005 hat das südkoreanische Gesundheitsministerium begonnen, das Leistungspaket der nationalen Krankenversicherung um bestimmte neue Arzneimittel und teure medizinische Verfahren zu erweitern.

In Südkorea tragen Patienten im Durchschnitt 40 Prozent der Behandlungskosten selbst (out-of-pocket payments). Viele teure Spezialbehandlungen sind vom gesetzlichen Leistungskatalog ausgeschlossen, wodurch bestimmte Patientengruppen einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Diagnostik- und Behandlungskosten privat finanzieren müssen. So liegt die Eigenleistung bei Krebserkrankungen bei rund 50 Prozent. Die hohen Kosten werden auf neue Arzneimittel, medizinische Verfahren und Technologien zurückgeführt, die noch nicht in den Leistungskatalog aufgenommen sind. Gesundheitsexperten sind der Auffassung, dass die Regierung zu langsam auf neue medizinische Entwicklungen reagiert, um die Erstattungsfähigkeit zu klären.

Umgekehrt besteht bei Südkoreas Ärzten die Tendenz, neue Technologien sehr schnell in der Praxis anzuwenden und privat in Rechnung zu stellen. Ein Grund dafür ist, dass durch private Abrechnungen deutlich höhere Einkünfte als durch die Vergütung für gesetzliche Leistungen erzielt werden können. Für Mediziner ist es also attraktiv, nicht erstattungsfähige Arzneimittel zu Marktpreisen an Patienten abzugeben. Nicht selten führen privat finanzierte medizinische Behandlungen die Patienten und ihre Familien in die Armut.

Armut durch Krankheit trotz Versicherungs-schutz

Das Gesundheitsministerium will den gesetzlichen Katalog in den nächsten zwei Jahren um mehrere hochspezialisierte Leistungen ergänzen. Ziel ist, dass nach 2008 der durchschnittliche Eigenanteil für medizinische Leistungen von 40 auf 30 Prozent sinkt. Im ersten Schritt wurden im September 2005 neue Arzneimittel und Prozeduren in den drei Bereichen Onkologie, Herzchirurgie und Neurochirurgie aufgenommen. Auch die kommenden Leistungserstattungen werden sich auf medizinische Spezialbehandlungen konzentrieren, um die finanzielle Belastung für Patienten mit teuren Therapien zu senken.

Aufnahme hoch-spezialisierter teurer Leistungen

Das Vorhaben wird von der nationalen Krankenversicherung und von Patientengruppen stark unterstützt. Beide weisen allerdings darauf hin, dass das Budget der Krankenversicherung bisher nur eine Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellt und eine Leistungsausweitung nicht deckt.

Bisher können Patienten nur bei den drei genannten Indikationsbereichen von der Neuregelung profitieren. In Zukunft, so Experten, muss die Regierung versuchen, eine Gleichbehandlung aller teuren medizinischen Leistungen zu erreichen. Außerdem geben sie zu bedenken, dass sich die Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen bisher zu wenig an einer Kosten-Nutzen-Bewertung mittels Kosteneffektivitätsstudien orientieren.

Vergütung auch in Zukunft nicht einheitlich

Literatur und Links

Ministry of Health and Welfare. <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>

Finnland: Umfassendes Arzneimittelreformpaket



Am 13. Januar 2006 ratifizierte der finnische Staatspräsident ein umfassendes Arzneimittelreformpaket. Eckpunkte des neuen Gesetzes sind Preissenkungen von Medikamenten, Förderung von Nikotinersatzpräparaten, Implementierung der europäischen Patentschutzrichtlinie 2004/27/EG sowie Auflagen für den Generikamarkt.

Kostendämpfung
bei Arzneimitteln

Ziel der Regierung ist, die Ausgaben für Arzneimittel nachhaltig zu senken. Das Gesetz sieht vor, Bagatellarzneimittel aus dem Vergütungskatalog zu streichen. Daneben werden die Erstattungspreise innerhalb der ersten zwei von insgesamt drei in Finnland bestehenden Arzneimittelkategorien gesenkt. Im Gegenzug entfällt die Zuzahlung für Patienten beim Kauf von Medikamenten von fünf bis zehn Euro pro verschreibungspflichtigem Arzneimittel.

Sogenannte Basismedikamente werden zukünftig nur noch zu 42 Prozent – statt wie bisher zu 50 Prozent – erstattet. Innerhalb der zweiten, der niedrigen Spezialisierungskategorie wird der Erstattungssatz von 75 auf 72 Prozent gesenkt. Hierbei handelt es sich um zehn Medikamente für chronische Erkrankungen, wie Asthma, arterielle Hypertension oder Herzinsuffizienz. Medikamente der dritten, der sogenannten höheren Spezialerstattungskategorie, werden auch weiterhin zu 100 Prozent vergütet. Dieses sind Präparate für schwerwiegende Erkrankungen wie Diabetes oder Tumorerkrankungen.

Das neue Gesetz schreibt des Weiteren die Senkung der Großhandelspreise um fünf Prozent vor. Damit reagiert die Regierung auch auf die Probleme, die im Vorjahr im Zusammenhang mit der Behandlung seltener Krankheiten aufgetaucht waren. Finnische Krankenhäuser hatten Patienten eine medikamentöse Behandlung mit teuren Produkten vorenthalten,

da diese Präparate jährlich Kosten von 200 000 bis 300 000 Euro pro Patient verursacht hätten (siehe Ausgabe 5 „Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen“). Mit einer Reduzierung der Großhandelspreise will die Regierung nun Krankenhäuser zur Behandlung seltener Krankheiten (orphan diseases) motivieren.

Besonders umstritten ist der zukünftige Verkauf von Nikotinersatzpräparaten in Drogeriemärkten. Die Regierung verfolgt mit der Gesetzesänderung das Ziel, Rauchern die Entwöhnung zu erleichtern. Apotheker allerdings fürchten, ihre Monopolstellung in einem für sie höchst profitablen Bereich zu verlieren und in Zukunft bei weiteren bisher apothekenpflichtigen Präparaten mit Drogeriemärkten in Konkurrenz treten zu müssen. Die Apotheken sehen darüber hinaus die ihnen gewährten Mengenrabatte in Gefahr, da das neue Gesetz Großhandelspreise verbindlich festlegt.

Nikotinersatz erstmals in Drogerien

Im Zuge der Harmonisierung der europäischen Gesetzgebung gewährleistet Finnland Patenteignern Datenexklusivität für acht Jahre und dazu Marktexklusivität von zwei Jahren (8+2 Regelung). Sollte ein Arzneimittel innerhalb der ersten acht Jahre den therapeutischen Nutzen in einer weiteren Indikation belegen, kann der Patentschutz um ein zusätzliches Jahr auf elf Jahre ausgedehnt werden.

Patentschutz nach EU-Richtlinie

Bisher betrug die Datenexklusivität in Finnland sechs Jahre bzw. zehn Jahre im Falle eines sogenannten Hochtechnologie-Produkts. Die neue Regelung erhöht die Zeitdauer bis ein Generikahersteller Zugang zu pharmakologischen, klinischen und toxikologischen Studien der Patenteigner erhält signifikant.

In der Vergangenheit vereinfachte das finnische Prozesspatent die Substitution von Originalpräparaten durch Generika, da nur das Herstellungsverfahren selbst geschützt war. Vor der Arzneimittelreform konnten Originalprodukte bereits auf eine Liste austauschbarer Arzneien gesetzt werden, auch wenn sie noch ein Prozesspatent besaßen.

Auf Druck der forschenden Arzneimittelhersteller hat die Regierung entgegen ihrer ursprünglichen Absicht den Ersatz von Originalpräparaten durch billigere Generika begrenzt (siehe Ausgabe 4 „Einschränkungen für Generika“). Der Inhaber einer Marktzulassung kann den Ausschluss seines Originalprodukts von der Liste der austauschbaren Medikamente beantragen, wenn

Zugeständnis an Pharmabranche

das Produkt vor Januar 1995 ein finnisches Prozesspatent erhalten hat. Alternativ kann ein Originalprodukt nur durch ein Generikum ersetzt werden, wenn es sein Produktpatent oder ergänzendes Schutzzertifikat in Finnland oder in mindestens fünf anderen EU-Mitgliedstaaten verloren hat.

Finanzielle
Einsparungen
fraglich

Fachleute bezweifeln, dass die Reform das Ziel der Kostendämpfung erreicht. Medikamente werden zwar grundsätzlich günstiger, doch der zukünftige Wegfall einiger verkaufsstarker Generika könnte den Einspareffekt aufheben. Eine Neustrukturierung des Leistungskatalogs, der seit den 60er Jahren nicht grundlegend überarbeitet worden ist, würde nach Ansicht der Experten dagegen die Kosten für Arzneimittel in Finnland langfristig senken.

Literatur und Links

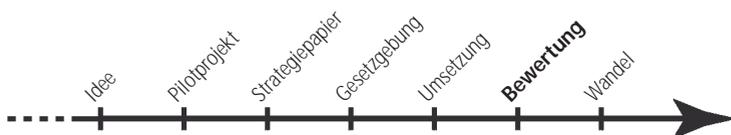
Europäische Kommission. *Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates*. Amtsblatt 136/34 der Europäischen Union vom 30. April 2004. http://pharmacos.eudra.org/F2/review/doc/final_publ/Dir_2004_27_20040430_DE.pdf

Halonen, Tarja, und Sinikka Mönkäre. „Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta HE 97/2005“ (Regierungsantrag an das Parlament zur Änderung der Arzneimittelgesetzgebung HE 97/2005). www.edilex.fi/content/virallistieto/he/20050097/ (auf Finnisch).

Halonen, Tarja, und Sinikka Mönkäre. „Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta HE 108/2005“ (Regierungsantrag an das Parlament zur Änderung der Arzneimittelgesetzgebung HE 108/2005). www.edilex.fi/virallistieto/he/20050108 (auf Finnisch).

Rainer, Hilli, und Mikael Segercrantz. „Finland: Reform of the Medicines Act and Implementation of the Medicines Directive in Finland“. 17. Januar 2006. www.mondaq.com/article.asp?articleid=37192&lastestnews=1

England und Wales: Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten



Die britische Regierung hat beschlossen, bis Ende 2006 die Wartezeit für stationäre Behandlungen im nationalen Gesundheitsdienst NHS auf maximal sechs Monate zu begrenzen. Danach ist eine weitere Verkürzung geplant: Ende 2009 sollen alle Patienten innerhalb von drei Monaten behandelt werden; für 2023 schließlich wurde die Obergrenze auf zwei Wochen festgelegt.

Seit Beginn ihrer Amtszeit 1997 hat sich die Labour-Regierung mit Erfolg für die Reduzierung von Wartelisten und Wartezeiten bei Krankenhausbehandlungen eingesetzt. Nach der ersten Amtsperiode bis 2001 wurden 100 000 Menschen weniger auf den Listen verzeichnet als noch vier Jahre zuvor (bei 1 262 260 wartenden Patienten im Dezember 1997).

Erreicht wurde die Reduzierung von Wartelisten in erster Linie durch Aufstockung des Gesundheitsbudgets. Die Gesamtgesundheitsausgaben in Großbritannien stiegen von 6,8 Prozent im Jahr 1997 auf 7,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2002. Zum Vergleich: Deutschland verzeichnete in diesem Zeitraum lediglich eine Steigerung um 0,2 Prozentpunkte (von 10,7 auf 10,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts). Erklärtes Ziel der britischen Regierung ist es, auch in Zukunft die Ausgaben des NHS zu erhöhen und an die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben in der Europäischen Union anzugleichen. Diese lagen im Jahr 2002 für die alten Mitgliedstaaten der EU bei 9,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Den Zuwachs des Leistungsangebots im NHS bewerten viele britische Wissenschaftler positiv, da die öffentlichen Kapazitäten die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weitem nicht erfüllen konnten. Sie machen jedoch deutlich, dass die Erfolge in



Verkürzung von Wartelisten und Wartezeiten

Budgetausweitung statt Effizienzsteigerung

den letzten Jahren nicht als Effekte einer Effizienzsteigerung zu interpretieren sind. Forscher kritisieren weitere Etatausweitungen als Mittel der Reduzierung von Wartezeiten, da auf Grund knapper werdender Ressourcen und nicht abschätzbarer Opportunitätskosten diese Maßnahmen langfristig nicht aufrechterhalten werden können.

Wartezeit als
öffentlicher
Gradmesser

Britische Medien nutzen Wartelisten als zentrales Kriterium zur Bewertung des Gesundheitssystems, da dieses Thema den Bürgern leicht zu vermitteln ist. Es wird erwartet, dass die Regierung auch in Zukunft versuchen wird, über die Reduzierung von Wartezeiten ein positives Bild des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit zu zeichnen.

Für den Fall, dass die Lösung der Wartezeitenproblematik trotz Budgetaufstockung stagniert, will die Regierung die vorhandenen finanziellen Mittel effizienter nutzen. Durch Wahlmöglichkeiten für Patienten soll der Wettbewerb angekurbelt werden. So sollen Patienten von ihrem Hausarzt vier bis fünf verschiedene Krankenhäuser zur Auswahl für eine stationäre Behandlung angeboten bekommen. Um Patienten die Möglichkeit zu geben, Ort und Zeit der Behandlung besser bestimmen zu können, soll die Koordination durch stationäre Buchungssysteme verbessert werden. Pilotprojekte zeigen bisher allerdings widersprüchliche Ergebnisse (siehe Ausgabe 3 „Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service“).

Literatur und Links

Department of Health. „The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform“. London: The Stationery Office 2000. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4002960&chk=07GL5R

Department of Health. „Statistical Press Notices: NHS Waiting List Figures“. Pressemitteilungen vom 29. Juli und 26. August 2005. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/83/65/04118365.pdf

Oliver, Adam. „The English national health service: 1979-2005“. *Health Economics* (14) 2005. 75–100.

Wanless, Derek. „Securing our future health: taking a long-term view. Final report.“ London: HM Treasury 2002.
www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm

Yates, John. „UK evidence on waiting“. Appleby, John, Nancy Devlin und Diane Dawson (Hrsg.). *How much should we spend on the NHS? Issues and challenges arising from the Wanless review of future health care spending*. London: King's Fund 2004.

Reformverzeichnis

Land, *Thema*, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Arzneimittelpolitik

Reform der Arzneimittelbewertung wegen
Freihandelsabkommen mit den USA; V, 50

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation von HealthConnect; VI, 74

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

Finanzierung und Vergütung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Informationstechnologien

Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Integrierte Versorgung

Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Patientensicherheit und Fehlerprävention

HealthConnect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Primärversorgung

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Psychische Gesundheit

„beyondblue“ – Nationale Initiative gegen Depression; IV, 18

Public Health und Prävention

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77

Versorgung chronisch Kranker

Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker; III, 30

Change Management für Hausärzte; III, 32

Chronic Care Collaboratives; VI, 49

Dänemark

Alternde Gesellschaft

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation des DRG-Systems; VI, 37

Finanzierung und Vergütung

Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung – Krankenhäuser, Landkreise und Anreizsysteme; I, 23

Informationstechnologien

Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62

Einführung der elektronischen Patientenakte in Krankenhäusern verzögert sich; VI, 73

Nutzerorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

Public Health und Prävention

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

Verwaltungs- und Krankenhausreform unter Dach und Fach;
IV, 84

Zugang zum Gesundheitssystem

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Deutschland

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um ein Zentrum für Qualität in der Medizin; I, 28

Estland

Informationstechnologien

Nationales Gesundheitsinformationssystem; VI, 75

Finnland

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112

Finanzierung und Vergütung

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Nutzerorientierung und Partizipation

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten
Versorgung; I, 30

Primärversorgung
Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117

Public Health und Prävention
Senkung der Alkoholsteuer als Folge des EU-Beitritts; V, 102

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung
Das Kainuu-Experiment; III, 48

Zugang zum Gesundheitssystem
Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

Frankreich

Alternde Gesellschaft
Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

Arzneimittelpolitik
Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung;
II, 47
Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Fachkräfteentwicklung
Ärztmangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94

Finanzierung und Vergütung
Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72
„Hôpital 2007“; V, 37
Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und
Privatversicherungen; V, 40

Integrierte Versorgung
Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

Public-Health-Gesetz mit vielen Gesundheitszielen; III, 38

Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82

Zugang zum Gesundheitssystem

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80

Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28

Großbritannien

Alternde Gesellschaft

England: Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik

England und Wales: Bilanz nach vier Jahren

Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Fachkräfteentwicklung

Hausärzte und Gesundheitstrainer für unterversorgte Regionen;

VI, 102

Finanzierung und Vergütung

England: Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens; I, 21

England: Stärkung des privaten Sektors; I, 22

England: Neue Formen stationärer Versorgung (NHS Foundation Trusts); I, 25

Integrierte Versorgung

Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

Nutzerorientierung und Partizipation

England: Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Primärversorgung

England und Wales: Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47

Public Health und Prävention

England: Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien; III, 39
Nationales Screeningprogramm für Darmkrebs; V, 89

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

England: NHS Foundation Trusts; IV, 59

Versorgung chronisch Kranker

England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild;
III, 28

Zugang zum Gesundheitssystem

Zähneknirschende Patienten; IV, 42

Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten; VI, 115

Israel

Evaluation im Gesundheitswesen

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Fachkräfteentwicklung

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Informationstechnologien

Institutionenübergreifende elektronische Patientenakte; VI, 71

Organisationsreform

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Palliative Versorgung

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112

Public Health und Prävention

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Japan

Finanzierung und Vergütung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 77

Public Health und Prävention

Anstrengungen für ein „Gesundes Japan 21“; III, 41

Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung; V, 91

Kanada

Fachkräfteentwicklung

Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96

Integrierte Versorgung

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54

Nutzerorientierung und Partizipation

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein;
III, 25

Patientensicherheit und Fehlerprävention

Institut für Patientensicherheit; V, 69

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Saskatchewan – unabhängige Kommission zur
Qualitätsverbesserung; I, 27

Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74

Barcelona und Montréal vergleichen ihre

Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Versorgung chronisch Kranker

Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Zugang zum Gesundheitssystem

Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung?

IV, 39

Neuseeland

Alternde Gesellschaft

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

Arzneimittelpolitik

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

Evaluation im Gesundheitswesen

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Finanzierung und Vergütung

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Informationstechnologien

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes;

VI, 82

Primärversorgung

Primary-Health-Organisationen; I, 42

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Psychische Gesundheit

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87

Zu 100 Prozent rauchfrei; V, 108

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen

Gesundheitsversorgung; III, 58

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Fachkräfteentwicklung

„Nurse practitioners“; II, 78

Finanzierung und Vergütung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Nutzerorientierung und Partizipation

Personengebundene Budgets in der ambulanten Pflege und sozialen Hilfe; III, 22

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Krankenversicherungsreform ; VI, 107

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Finanzierung und Vergütung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Informationstechnologien

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Organisationsreform

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Polen

Evaluation im Gesundheitswesen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Evaluation im Gesundheitswesen

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26

Finanzierung und Vergütung

Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; I, 20

Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65

Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71

Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77

Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämienystem; V, 33

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Informationstechnologien

Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin; VI, 68

Organisationsreform

Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52

Singapur

Fachkräfteentwicklung

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Finanzierung und Vergütung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18

Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield;
I, 19

Medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Informationstechnologien

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116

Organisationsreform

HealthConnect – ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell;
IV, 75

Slowenien

Fachkräfteentwicklung

Unabhängige Fachärzte; VI, 100

Spanien

Alternde Gesellschaft

Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung; II, 23

Arzneimittelpolitik

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56
Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem;
V; 58

Finanzierung und Vergütung

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Integrierte Versorgung

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38
Das Denia-Modell; VI, 51

Informationstechnologien

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Public Health und Prävention

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32
Barcelona und Montréal vergleichen ihre
Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung
Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Zugang zum Gesundheitssystem
Verbesserter Zugang zu fachärztlichen Diensten und
Medikamenten für illegale Einwanderer; IV, 33

Südkorea

Arzneimittelpolitik
Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln;
II, 60

Leistungskatalog
Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

Organisationsreform
Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Public Health und Prävention
Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42
Tabaksteuer und Gesundheitsförderung; V, 107

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Alternde Gesellschaft
Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik
Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente;
IV, 80
Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53
Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108

Fachkräfteentwicklung

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel;
II, 80

Finanzierung und Vergütung

Steuergutschriften zum Erwerb der Krankenversicherung für
Nicht-Versicherte; I, 47

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 31

Integrierte Versorgung

Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker;
VI, 46

Patientensicherheit und Fehlerprävention

Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66
„Hospital Compare“; V, 71

Public Health und Prävention

Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien; III, 44

Kampf gegen die Übergewichtsepidemie; V, 99

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer
Managed-Care-Unternehmen; I, 33

Zugang zum Gesundheitssystem

Pläne für die Reform der staatlichen Krankenversicherungen
Medicaid und SCHIP; I, 44

Kalifornien: Managed-Care-Träger für arbeitgebergebundene all-
gemeine Krankenversicherung; I, 48

Hawaii: Neuerlicher Gesetzentwurf für eine allgemeine
Krankenversicherungspflicht; I, 49

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten
Krankenversicherungsschutz; II, 69

Oregon: Oregon Health Plan – der Anfang vom Ende; III, 70

Kalifornien: Volksabstimmung zu

Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehr-
heitsfähig; IV, 35