



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: Ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen



Arbeitsdokument



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

Punkt 5 g) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC66/15

+ EUR/RC66/Conf.Doc./11

1. August 2016

160535

ORIGINAL: ENGLISCH

Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: Ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen

Der Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen befasst sich mit der vorrangigen Aufgabe, die Leistungserbringung im Gesundheitswesen im Sinne einer Anpassung an die gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts grundlegend umzugestalten. Er übernimmt die Zukunftsvision aus „Gesundheit 2020“ und legt den Schwerpunkt der Arbeit auf gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen nach den gleichen Grundsätzen einer primären Gesundheitsversorgung in bürgernahen Gesundheitssystemen. Er fordert Maßnahmen in vier Bereichen: sich zu bemühen, die gesundheitlichen und vielschichtigen Bedürfnisse der Bevölkerung zu bestimmen und sowohl auf der Ebene der Gesamtbevölkerung als auch auf der individuellen Ebene partnerschaftlich zu agieren; sicherzustellen, dass die Leistungserbringungsverfahren die ermittelten Bedürfnisse befriedigen; andere Funktionen des Gesundheitssystems so auszurichten, dass sie die Leistungserbringung für eine optimale Bilanz unterstützen; und die Steuerung der Umgestaltung zu erleichtern.

Der Handlungsrahmen orientiert sich eng an den Werten, Grundsätzen und Strategien, die in dem globalen Rahmenkonzept für eine integrierte bürgernahe Leistungserbringung im Gesundheitswesen sowie in der geplanten Globalen Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal: Workforce 2030 genannt werden, die auf der 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 angenommen wurde. Diese beiden Konzepte wurden an die Gegebenheiten in der Europäischen Region der WHO angepasst. Die Inhalte des Handlungsrahmens wurden auch mit anderen Zielsetzungen in der Europäischen Region der WHO abgestimmt, die auf der 66. Tagung des Regionalkomitees für Europa vorgestellt werden und in dem Bestreben, Maßnahmen zu koordinieren und zu ergänzen sowie die Verwirklichung dieser Zielsetzungen zu beschleunigen, der Verbesserung der Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten, der Gesundheit von Frauen, der reproduktiven Gesundheit und krankheitsspezifischer Strategien (HIV und Hepatitis C) dienen sollen.

Überblick und zentrale Elemente

Zukunftsvision

Die in „Gesundheit 2020“ (1) erläuterte Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme, die darauf ausgerichtet sind, schneller gesundheitliche Zugewinne für die Bevölkerung insgesamt wie auch für die einzelnen Bürger zu erzielen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, eine finanzielle Absicherung zu gewährleisten und eine effiziente Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen sicherzustellen, namentlich durch ressortübergreifende Maßnahmen, die mit dem Konzept gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Handelns vereinbar sind.

Strategischer Ansatz

Die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen, die auf denselben Grundsätzen basiert, die erstmals in der Agenda „Gesundheit für alle“ sowie in der Vision der primären Gesundheitsversorgung (2), thematisiert wurden, ist ein Lösungsansatz zur grundlegenden Umgestaltung der Leistungserbringung und zur Schaffung jener optimalen Rahmenbedingungen, die der Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme zuträglich sind: eine umfassende Erbringung hochwertiger Gesundheitsleistungen im gesamten Lebensverlauf, die auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Bevölkerung insgesamt wie auch des Individuums zugeschnitten sind, von einem koordinierten Team von Leistungserbringern aus verschiedenen Umfeldern und Versorgungsebenen erbracht und wirksam gesteuert werden, um auf der Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse optimale Resultate und eine angemessene Nutzung vorhandener Ressourcen zu gewährleisten, mit Rückmeldungskreisläufen zur kontinuierlichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit, und durch bereichsübergreifende Maßnahmen an den vorgelagerten Ursachen von Krankheit anzusetzen und gezielt Wohlbefinden zu fördern.

Vorrangige Handlungsfelder

Bereich 1: Bevölkerungsebene und individuelle Ebene

Bestimmung der gesundheitlichen Bedürfnisse
Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit
Befähigung der Bevölkerung
Einbindung der Patienten

Bereich 2: Leistungserbringungsverfahren

Gestaltung der Versorgung über den gesamten Lebensverlauf
Sortierung von Leistungserbringern und Umfeldern
Steuerung der Leistungserbringung
Verbesserung der Leistung

Bereich 3: Befähigende Faktoren im System

Neuordnung der Rechenschaftslegung
Gestaltung von Anreizen
Bereitstellung kompetenten Gesundheitspersonals
Förderung des verantwortungsbewussten Gebrauchs von Arzneimitteln
Innovation der Gesundheitstechnik
Durchgehende Einführung von e-Gesundheit

Bereich 4: Veränderungssteuerung

Strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt
Durchführung der Umgestaltung
Ermöglichung dauerhafter Veränderungen

Inhalt

	Seite
Überblick und zentrale Elemente	2
Hintergrund.....	5
Politische Rahmenbedingungen und Ausrichtung	5
Faktoren für Veränderungen der Erbringung von Gesundheitsleistungen	7
Entwicklung des Versorgungsmodells	8
Umgestaltung zur integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen.....	8
Errungenschaften bei der Umgestaltung von Leistungen	9
Herausforderungen auf dem Weg zu einer nachhaltigen Umgestaltung.....	10
Die Ökonomie der Integration	11
Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen	11
Zukunftsvision	11
Strategischer Ansatz.....	11
Ziele.....	12
Handlungsfelder	14
Bereich 1: Bevölkerungsebene und individuelle Ebene.....	14
Bestimmung der gesundheitlichen Bedürfnisse	14
Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit	15
Befähigung der Bevölkerung	16
Einbindung der Patienten	17
Bereich 2: Leistungserbringungsverfahren	18
Gestaltung der Versorgung über den gesamten Lebensverlauf	19
Sortierung von Leistungserbringern und Umfeldern	20
Steuerung der Leistungserbringung	20
Verbesserung der Leistung.....	21
Bereich 3: Befähigende Faktoren im System.....	22
Neuordnung der Rechenschaftslegung.....	22
Gestaltung von Anreizen.....	23
Bereitstellung kompetenten Gesundheitspersonals.....	24
Förderung des verantwortungsbewussten Gebrauchs von Arzneimitteln.....	25
Innovation der Gesundheitstechnik.....	25
Durchgehende Einführung von e-Gesundheit.....	26

Bereich 4: Veränderungssteuerung	27
Strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt	27
Durchführung der Umgestaltung	28
Ermöglichung dauerhafter Veränderungen	29
Der Handlungsrahmen in der Praxis.....	29
Zielgruppe	29
Vorrangige Integrationswege	30
Anpassung an bestimmte Gegebenheiten	31
Umsetzungspaket	32
Wirkungskontrolle	33
Quellenangaben	34
Anhang: Anwendung des Handlungsrahmens.....	45

Hintergrund

Politische Rahmenbedingungen und Ausrichtung

1. Letztlich läuft es sowohl bei Gesundheits- als auch bei Entwicklungsprioritäten auf die entscheidende Bedeutung leistungsfähiger Gesundheitssysteme für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung hinaus. Dies wird explizit im Ziel 3 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern) zum Ausdruck gebracht und insbesondere in Zielvorgabe 3.8 über die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, bei der Fortschritte den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten erfordern, die sicher und für alle Individuen und Gemeinschaften akzeptabel sind (3).

2. Die WHO trägt dieser Verknüpfung zwischen leistungsfähigen Gesundheitssystemen und der Gesundheit sowie dem Wohlbefinden bereits seit langem Rechnung.¹ Sie wird im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO (8) für den Zeitraum 2014–2019 ausdrücklich hervorgehoben, wobei eine Vielzahl an fachlichen Aktivitäten und organisatorischen Funktionen konkret auf die Stärkung der Gesundheitssysteme abzielt. 2016 wurde die Verpflichtung der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit dieser Priorität auf der 69. Weltgesundheitsversammlung mit der Annahme eines Rahmenkonzepts zur Stärkung der integrierten bürgernahen Gesundheitsversorgung in der Resolution WHA69.24 (9) und der Globalen Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal: Workforce 2030 in der Resolution WHA69.19 (10) erneut bekräftigt. Die integrale Rolle der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und des Gesundheitspersonals für starke und widerstandsfähige Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt wurde in diesen Dokumenten ebenfalls erneut hervorgehoben.

3. In der Europäischen Region der WHO sind die Mitgliedstaaten in einem zeitlosen Engagement zur Stärkung der Gesundheitssysteme zugunsten von Gesundheit und Entwicklung vereint. Dieses fand seinen konkreten Ausdruck in der Konferenz von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung im Jahr 1996 und wurde 2008 durch die Charta von Tallinn (11) erneut bekräftigt. In jüngerer Zeit fand die Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme,² einschließlich einer Neubelebung der grundlegenden Funktionen und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, auch als eines der vier vorrangigen Handlungsfelder des Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ (1) Anerkennung, in dem eine Marschroute für die Verwirklichung eines maximalen Gesundheitspotenzials in der Europäischen Region bis zum Jahr 2020 festgelegt wurde. Die Bedeutung patientenorientierter Gesundheitssysteme spiegelt sich auch in den Prioritäten von Partnerorganisationen in der Entwicklungspolitik, von

¹ Dies wird beispielsweise in Weltgesundheitsberichten und Dokumenten veranschaulicht, die ausführlich auf die Funktionen des Gesundheitssystems eingehen, die der Steuerung (4), der Finanzierung (5), der Sicherung der finanziellen, materiellen und personellen Ausstattung (6) und der Leistungserbringung (7) dienen, sowie in einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und von Gipfeln zur Thematik Stärkung von Gesundheitssystemen wie der internationalen Konferenzen zum 30. und 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung, Almaty, Kasachstan.

² **Patientenorientierte Gesundheitssysteme** sind definiert als Systeme, die so gestaltet sind, dass ihre zentralen Funktionen die Bedürfnisse von Patienten, Familien und Gemeinschaften – sowohl als Beteiligte an als auch als Nutznießer von umfassenden und koordinierten qualitativ hochwertigen Leistungen, die chancengerecht erbracht werden und die Menschen partnerschaftlich an Entscheidungen beteiligen – in den Vordergrund stellen (12).

Berufsverbänden und von Organisationen der Zivilgesellschaft in der gesamten Europäischen Region wider.

4. Die in „Gesundheit 2020“ propagierte Zukunftsvision patientenorientierter Gesundheitssysteme beinhaltet eine Ausweitung der Grundsätze der Chancengleichheit, der sozialen Gerechtigkeit, der Bürgerbeteiligung, der Gesundheitsförderung, des angemessenen Umgangs mit Ressourcen und des ressortübergreifenden Handelns, wie sie in der 1978 unterzeichneten Erklärung von Alma-Ata verankert sind (2). Die Kontinuität dieser Grundsätze spiegelt den Umstand wider, dass das Konzept der primären Gesundheitsversorgung eine entscheidende Voraussetzung dafür ist, dass Gesundheitssysteme signifikante Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung machen und gleichzeitig zu verbesserten gesundheitlichen Ergebnissen, zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung (2) sowie zur Schaffung von Wohlstand beitragen können (11, 14–16).

5. Im Einklang mit dieser kollektiven Priorität und der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ bemüht sich das WHO-Regionalbüro für Europa um die Verdeutlichung konkreter Ansatzpunkte für die Schaffung stärker patientenorientierter Gesundheitssysteme. Auf der 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa befürworteten die Mitgliedstaaten mit der Resolution EUR/RC65/R5 das Dokument mit dem Titel „Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“ (12), in dem die grundlegende Umgestaltung der Gesundheitsversorgung zu einem von zwei prioritären Arbeitsbereichen erklärt wurde.

6. In den letzten drei Jahren hat sich das Regionalbüro bemüht, den Wunsch der Mitgliedstaaten nach evidenzbasierten Grundsatzoptionen bei der Vorgehensweise zur Veränderung der Leistungserbringung zu erfüllen (17). Ein Prozess zur Beschleunigung dieser Arbeit wurde 2013 auf einer Veranstaltung zur Erinnerung an den fünften Jahrestag der Annahme der Charta von Tallinn in Estland in Gang gesetzt, indem eine Reihe konkreter Aktivitäten zur Sammlung von Evidenz und zur Durchführung analytischer Arbeit festgelegt wurde. Gelegenheiten für regelmäßige Diskussionen und Beiträge wurden organisiert, einschließlich eines Forums mit den von den Mitgliedstaaten ernannten fachlichen Ansprechpartnern, internationalen Sachverständigen sowie Vertretern von Verbänden von Patienten, Anbietern und Praktikern, Entwicklungspartnern und anderen Interessengruppen sowie WHO-Personal aus Büros in den Ländern und aus verschiedenen Fachabteilungen. Diese Veranstaltungen fanden in der gesamten Region statt, unter anderem in Istanbul (Türkei), Brüssel (Belgien) und Kopenhagen (Dänemark).

7. Der hier vorgestellte Handlungsrahmen ist das Ergebnis dieser Aktivitäten und partizipatorischen Prozesse. Frühere Entwürfe wurden redigiert und mit Hilfe der Beiträge verbessert, die von den leitenden Organen, einer Online-Konsultation mit den Mitgliedstaaten und einer abschließenden Konsultationstagung unter Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren kamen. Das Regionalbüro hat sich bemüht, auf die einschlägigen Beiträge zu reagieren und den Handlungsrahmen kontinuierlich zu aktualisieren und mit in der jüngsten Zeit gebilligten und zukünftigen Konzepten in Einklang zu bringen, damit die hieraus resultierenden Aktivitäten koordiniert und einander ergänzend durchgeführt werden. Dies umfasst insbesondere auch parallele Anstrengungen zur Verbesserung der Ergebnisse im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten, der Gesundheit von Frauen, der reproduktiven Gesundheit und krankheitsspezifischer Strategien (HIV und Hepatitis C).

Faktoren für Veränderungen der Erbringung von Gesundheitsleistungen

8. Gesundheitssysteme müssen sich entsprechend den für sie geltenden Rahmenbedingungen kontinuierlich anpassen und weiterentwickeln (18). Derzeit erhöht die kumulative Wirkung von Veränderungen die Notwendigkeit der Umgestaltung. So leben heute die Menschen in allen Teilen der Europäischen Region länger als je zuvor. Die zunehmende Langlebigkeit ist mit einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheit und Behinderung, Mehrfacherkrankungen und chronische Leiden verbunden, die nicht nur durch nichtübertragbare Krankheiten, sondern auch durch hartnäckige und wiederkehrende Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Hepatitis C bedingt sind. Diese Veränderungen stellen die Gesundheitssysteme nun vor die Notwendigkeit, Leistungsangebote bereitzustellen, die proaktiv statt reaktiv wirken und die umfassend und anhaltend statt krankheitsspezifisch und sporadisch sind und die auf langfristigen Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern begründet sind, anstatt nur zufällig und anbietergesteuert zu erfolgen.

9. Zu den sonstigen Trends, die die Aufmerksamkeit auf die Leistungserbringung im Gesundheitswesen lenken, zählen steigende Erwartungen an die Qualität und die Sicherheit, die das Resultat von verstärkter Mediennutzung, höherer Gesundheitskompetenz insgesamt und mehr Bewusstsein in Bezug auf gesundheitsbezogene Rechte waren. Zusätzlich erhöhten gesellschaftliche Veränderungen, in deren Rahmen sich die traditionellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern grundlegend verändern, mit einem resultierenden Wandel von lebensstil- und verhaltensbedingten Faktoren, neue verstärkte und schlimmere umweltbedingte Risikofaktoren und eine steigende Nachfrage nach dem Zugang zu Gesundheitsleistungen über Grenzen hinweg die Dynamik der Umgestaltung.

10. Andere Trends, die die Entwicklung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen beschleunigen, sind die Fortschritte in Forschung, Design und Produktion, die drastische Veränderungen der Art und Weise ermöglicht haben, in der wir Schmerzen lindern, Menschen wieder gesund machen und das Leben verlängern. Beispielsweise haben innovative medikamentöse Behandlungen und Therapien die Behandlung von Krankheiten und das Krankheitsmanagement am Wohnort und zu Hause möglich gemacht. In ähnlicher Weise haben neue Technologien die Nutzung von e-Gesundheit, m-Gesundheit³ und anderen Fernanwendungen für die Personalisierung von Leistungen in früher nicht vorstellbarer Weise erleichtert.

³ **m-Gesundheit** wird definiert als die Nutzung mobiler Technologien zur Unterstützung von Gesundheitsinformationen und Behandlungspraxis, häufig im Rahmen von Angeboten wie gesundheitsbezogenen Call Centern oder Notrufdiensten (19).

Entwicklung des Versorgungsmodells

11. Zusätzlich zu den beschriebenen Gegebenheiten hat sich die Leistungserbringung im Gesundheitswesen an das sich weiterentwickelnde Versorgungsmodell⁴ angepasst. Dies zeigt sich an Trends zur Wertschätzung von Wahlfreiheit und den Präferenzen von Personen in Bezug auf Leistungsanbieter und persönliche Gesundheitsziele; der Deinstitutionalisierung von Leistungen zugunsten von mehr ambulanter und gemeindenaher Versorgung und kontinuierlicher Befriedigung von Bedürfnissen; einer stärkeren Fokussierung auf patientenorientierte Versorgung zugunsten der Erbringung von Leistungen über den Lebensverlauf, die entsprechend Gesundheitsrisiken und Gesundheitsdeterminanten personalisiert sind; der Verlagerung der Versorgung näher an den Wohnort unter Einbeziehung von Patienten und ihren Betreuern in das Management der Gesundheit des einzelnen Patienten und seiner langfristigen Versorgungsbedürfnisse; der Inanspruchnahme einer Vielzahl von Versorgungsdisziplinen wie Ergo- und Rehabilitationstherapie zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden insgesamt und der Bereitstellung von Optionen, der Förderung der Wahrnehmung der persönlichen Entscheidungsfreiheit und der Ausweitung von Leistungen über die physischen Grenzen in virtuelle Modalitäten, die die Versorgung in einer ganz neuen Dimension ermöglichen.

12. Als eine Folge dieser Veränderungen müssen sich auch die Sortierung der Leistungserbringer, die Steuerung des Leistungsangebots und die Prozesse zur Steigerung der Leistungsfähigkeit anpassen, um auf neue Versorgungsmodelle zu reagieren. Dies umfasst beispielsweise die Etablierung neuer Arbeitsweisen, Verwaltungsstrukturen und Informationssysteme, die das Versorgungsmodell unterstützen. Wird die Anpassung über das Spektrum der Leistungserbringungsverfahren unterlassen, drohen potenzielle Engpässe, die Fortschritte bei der Verwirklichung der optimierten Versorgung untergraben können. Beispielsweise sind hohe, aber schwankende Raten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen bei Erkrankungen, die potenziell ambulant behandelt werden können,⁵ wie Asthma, Diabetes und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung ein weithin erwartetes Symptom von Mängeln bei der Durchführung von Leistungserbringungsverfahren.

Umgestaltung zur integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen

13. Verschiedene Arten von Leistungen sowie die Zahlen und Profile der Erbringer und der Versorgungsumfelder sind zunehmend ein Resultat der beschriebenen Trends und verändern die allgemeine Architektur der Leistungserbringung. Im Einklang mit diesen Veränderungen hat sich die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen als ein Gestaltungsprinzip für komplexe Interventionen⁶ herauskristallisiert, indem es die

⁴ Das **Versorgungsmodell** ist definiert als eine sich weiterentwickelnde Vorstellung davon, wie Leistungen erbracht werden sollten. Die Weiterentwicklung des Versorgungsmodells impliziert Veränderungen der Leistungserbringungsverfahren als Reaktion darauf, einschließlich der Gestaltung der Versorgung, der Sortierung der Leistungserbringer, der Steuerung des Leistungsangebots und kontinuierlicher Steigerung der Leistungsfähigkeit.

⁵ **Erkrankungen, die potenziell ambulant behandelt werden können**, sind definiert als diejenigen Erkrankungen, bei denen bei rechtzeitiger und wirksamer ambulanter Versorgung eine Krankenhauseinweisung vermieden werden kann (20).

⁶ **Komplexe Interventionen** sind definiert durch ihre gemeinsamen Charakteristika, zu denen eines oder mehrere der folgenden zählen: verschiedene interagierende Komponenten; Zielgruppen oder -

Ausrichtung auf den Facettenreichtum von Leistungserbringung und Gesundheitssystemen fördert, um die gesundheitlichen Bedürfnisse von Gruppen und Individuen optimal managen und darauf reagieren zu können (21).

14. Die integrierte Versorgung ist ein Instrument – mehr Mittel als eigentliches Ziel – zur Innovation und zur Durchführung der nachhaltigen Umgestaltung der Leistungserbringung zur Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse (22,23). Dem Prozess der Umgestaltung der Leistungserbringung eine Zielrichtung zu geben, spiegelt die Quintessenz von Integration wider, die sich von dem lateinischen Wort *integer* ableitet, was „ganz“ oder „vollständig“ bedeutet: prinzipiell eine Fokussierung auf die Zusammenführung von Teilen, sodass sie zusammenarbeiten oder ein Ganzes bilden.

15. Diese Beschreibung erinnert an frühere Definitionen von integrierter Versorgung, die von der WHO formuliert wurden, und zwar als „ein Konzept zur Verknüpfung von Einsatzmitteln, Leistungserbringung, Steuerung des Leistungsangebots und Organisation von Leistungen in Bezug auf Diagnose, Therapie, Versorgung, Rehabilitation und Gesundheitsförderung“ (24). In jüngerer Zeit wurden als Ziele integrierter Gesundheitsleistungen das Management und die Durchführung der Versorgung derart beschrieben, dass die Bürger ein Kontinuum von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Therapie, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und palliativen Versorgungsleistungen erhalten, koordiniert über die unterschiedlichen Versorgungsebenen und -orte innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, entsprechend ihren Bedürfnissen über den Lebensverlauf (9).

Errungenschaften bei der Umgestaltung von Leistungen

16. In der gesamten Europäischen Region hat sich die Leistungserbringung im Gesundheitswesen durch eine beeindruckende Fähigkeit zu Reaktion und Anpassung ausgezeichnet. In den letzten Jahrzehnten wurden in prioritären Bereichen wichtige Gesundheitsprobleme und Risikofaktoren wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs sowie die Mutter- und Kindgesundheit angegangen. Die dokumentierten Erfolge zeigen aus erster Hand, dass robustere integrierte Interventionen potenziell den Determinanten von Gesundheit Rechnung tragen und die gesundheitlichen Ergebnisse nachhaltig verbessern können.

17. In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass sich die Mitgliedstaaten verbreitet bemühten, die Grundsätze der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen aufrechtzuerhalten. Dies reichte von Initiativen, die als lokale, einrichtungsspezifische Pilot- und Demonstrationsprojekte durchgeführt wurden, bis zu regions- und systemweiten Reformen. Diese Bemühungen sind zunehmend gut dokumentiert und untersucht und tragen zu einer kontinuierlich größer werdenden Evidenzgrundlage zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen bei. Diese konkreten Erfahrungen ermöglichen tiefe Einblicke darin, was in der Praxis funktioniert, sowohl in Bezug auf fachliche Strategien als auch unter Prozessbewertungen (18).

organisationen statt oder zusätzlich zu Individuen; Vielfalt angestrebter (oder unbeabsichtigter) Ergebnisse; geeignet für die zielgenaue Ausrichtung und Lernen durch Rückmeldungsschleifen; und Wirksamkeit beeinflusst durch Verhaltensweisen derjenigen, die die jeweilige Intervention durchführen, und derjenigen, an denen sie durchgeführt wird (21).

Herausforderungen auf dem Weg zu einer nachhaltigen Umgestaltung

18. Trotz dieser Tätigkeit und der nachgewiesenen Erfolge ist der Grundsatz „Die Menschen zuerst“ nicht leicht umzusetzen und macht möglicherweise einen wesentlichen, wenn auch häufig einfachen Kurswechsel erforderlich. Die Erkenntnisse aus Erfolgen in einzelnen Themenbereichen bedeuten ein riesiges, bislang unvollständig genutztes Potenzial, das eingezwängt ist in Strukturen, die es versäumen, Zusammenhänge zwischen Maßnahmen und Reihenfolgen von Aufgaben zu bedenken. Außerdem wurde nur in beschränktem Umfang versucht, die allgemein erforderlichen Maßnahmen zur Stärkung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu beschreiben und zu erläutern.

19. Hinzu kommt, dass die zur erfolgreichen Umgestaltung der Gesundheitsdienste benötigte Führungs- und Leitungsrolle hart erarbeitet werden muss. Die Maßnahmen sind oft in zeitlicher oder finanzieller Hinsicht beschränkt und werden nicht von Anfang an als zentrale Aufgaben eingestuft, sodass viele Versuche einer Umgestaltung von Leistungen nur in kleinem Umfang oder in bestimmten Umfeldern stattfinden.

20. Als gemeinsame Herausforderungen für die grundlegende Umgestaltung der Leistungserbringung wurden ermittelt:

- **Annahme eines ergebnisorientierten Ansatzes** – Die Herausforderung, die Güte der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und ihren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Resultate zu konkretisieren und zu messen, hat insofern die Umgestaltung blockiert, als eine Bestimmung der Grundursachen von Leistungsdefiziten und ein Ansetzen an diesen Ursachen bisher nicht gelungen sind.
- **Analyse der zentralen Komponenten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen** – Zur Bestimmung der zugrunde liegenden Ursachen von Leistungsdefiziten in den Gesundheitssystemen gilt es die Prozesse ins Visier zu nehmen, die für die Funktion der Leistungserbringung einzigartig sind. Hierzu ist Klarheit darüber notwendig, aus welchen Komponenten sich die Leistungserbringung im Gesundheitswesen zusammensetzt; dies wirft in der Praxis die problematische Frage auf, mit welchen Komponenten begonnen werden soll.
- **Orientierung am Systemansatz** – Die Leistungserbringung im Gesundheitswesen ist ein anpassungsfähiges Konstrukt, das in der Lage ist, auf Veränderungen zu reagieren und seine Prozesse in Bezug auf die Leistung zu optimieren. Diesen Anpassungen sind jedoch Grenzen gesetzt, wenn den Wechselwirkungen über alle Systemfunktionen hinweg nicht Rechnung getragen wird und was die Abstimmung mit Systemen anderer Politikbereiche wie Soziales und Bildung betrifft.
- **Steuerung des Umgestaltungsprozesses** – Es gibt deutliche Belege dafür, dass Systeme wirksam geführt und gesteuert werden müssen, wenn Veränderungen im Sinne einer integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen herbeigeführt werden sollen. Angesichts eines Trends zu dezentralisierten institutionellen Umfeldern und verteilter Steuerung zugunsten einer stärkeren Fokussierung auf lokale Bedürfnisse und angepasste Mittel und Leistungen entstehen für die Rechenschaftslegung neue Anforderungen, Mandate darzulegen und Ressourcen zu verteilen, damit alle Akteure in sinnvoller Weise in den Umgestaltungsprozess einbezogen werden.

Die Ökonomie der Integration

21. Die von der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen ausgehende Dynamik ist zu einem großen Teil ein Reflex auf die kontinuierlich wachsende Evidenzgrundlage für ihren Beitrag zu den Ergebnissen. Es gibt jetzt deutliche Belege dafür, dass die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen als komplexe Intervention zu verbesserten Maßen der Versorgungsqualität, des Zugangs, weniger unnötigen Krankenhauseinweisungen und Wiedereinweisungen sowie besserer Therapieeinhaltung beiträgt (25–28). Manches weist auch darauf hin, dass die integrierte Versorgung als eine komplexe Intervention zur Wirksamkeit von Leistungen und zu Verbesserungen des Gesundheitsstatus beiträgt (29–30).

22. Wenngleich Evaluierungen einzelner Interventionen Hinweise auf die Kostenwirksamkeit der integrierten Versorgung liefern, lassen sie für komplexe Interventionen keine Aussagen zu (22). Klare Belege für die Wirksamkeit vielfältiger und komplexer Veränderungen zu finden, hat sich aufgrund der methodischen Begrenzungen für die Definition, die Messung und die Evaluierung der integrierten Versorgung als schwieriges Unterfangen erwiesen. Obwohl beweiskräftige Belege fehlen, ist es nach den Grundsätzen allokativer Effizienz dennoch plausibel zu erwarten, dass eine bessere Zuweisung von Ressourcen als Folge besserer Koordinierung, minimierter Überschneidungen von Verfahren, weniger Patientenunzufriedenheit, kürzeren Wartezeiten und vermiedener Verschwendung Effizienzgewinne mit sich bringt.

Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen

Zukunftsvision

23. Die in „Gesundheit 2020“ (1) geschilderte Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme, die darauf ausgerichtet sind, schneller möglichst große Zugewinne an Gesundheit und Wohlbefinden für die Bevölkerung insgesamt wie auch für die einzelnen Bürger zu erzielen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, eine finanzielle Absicherung zu gewährleisten und eine effiziente Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen sicherzustellen, namentlich durch ressortübergreifende Maßnahmen, die mit dem Konzept gesamtgesellschaftlichen und gesamtstaatlichen Handelns vereinbar sind.

Strategischer Ansatz

24. Die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen,⁷ die auf denselben Grundsätzen basiert, die erstmals in der Agenda „Gesundheit für alle“ sowie in der Vision

⁷ Die **integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen** ist definiert als ein Lösungsansatz zur Stärkung patientenzentrierter Gesundheitssysteme durch die Förderung der umfassenden Erbringung hochwertiger Gesundheitsleistungen im gesamten Lebensverlauf, die auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Bevölkerung insgesamt wie auch des Individuums zugeschnitten sind und von einem koordinierten multidisziplinären Team von Leistungsanbietern aus verschiedenen Umfeldern und Versorgungsebenen erbracht werden. Sie sollte wirksam gesteuert werden, um auf der Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse und unter Nutzung von Rückmeldekreisläufen zur kontinuierlichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit optimale Resultate und eine angemessene Nutzung vorhandener Ressourcen zu

der primären Gesundheitsversorgung (2), thematisiert wurden, ist ein Lösungsansatz zur grundlegenden Umgestaltung der Leistungserbringung und zur Schaffung jener optimalen Rahmenbedingungen, die der Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme zuträglich sind.

Ziele

25. Das letztendliche Ziel des Handlungsrahmens ist die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden durch die Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Zur Begründung der Interaktionen mit anderen Funktionen des Gesundheitssystems und dem weiteren Umfeld sollte dabei Systemdenken angewendet werden (15). Er beschreibt die entscheidenden Bereiche für die Durchführung der Umgestaltung zugunsten der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen, worauf im Abschnitt *Handlungsfelder* eingegangen wird. Für jedes Handlungsfeld werden wesentliche Strategien bestimmt und nur zu denjenigen befähigenden Faktoren in Bezug gesetzt, an denen im Geltungsbereich von Politikoptionen auf der Mikro- und der Mesoebene angesetzt werden kann. So dient der Handlungsrahmen als Checkliste, die sichern hilft, dass alle maßgeblichen Faktoren für die Umgestaltung berücksichtigt und wie gefordert aktiviert werden (siehe Anhang, Tabelle 1).

26. Bei den Bemühungen zur Umgestaltung der Leistungserbringung sind umfassende Systemreformen auf der Makroebene nicht weniger wichtig, spielen sie doch eine integrale Rolle bei der Schaffung der unterstützenden Bedingungen für komplexe Interventionen und grundlegende Veränderungen. Um Skaleneffekte, die durchgehende Einführung und die Nachhaltigkeit der Umgestaltung zu ermöglichen und sicherzustellen, sind darüber hinaus auch konzeptionelle Veränderungen erforderlich.

27. Alle genannten Bereiche sind, wie in Abb. 1 gezeigt, nach vier übergeordneten Aspekten geordnet und werden von folgenden Zielen geleitet:

- **Bevölkerungsebene und individuelle Ebene** – Bestimmung der gesundheitlichen Bedürfnisse und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Bevölkerungsgruppen und Bürgern als Patienten, Familienmitglieder, Betreuer und Mitglieder von Gemeinschaften, der Zivilgesellschaft und Interessengruppen zur Unterstützung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, Kompetenzen und Ressourcen, damit sichergestellt ist, dass die Menschen über das Potenzial verfügen, um ihre eigene Gesundheit beeinflussen zu können, daneben aber auch Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit und Arbeiten für bessere die Gesundheit über den Lebensverlauf, ohne Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, sozialem Geschlecht, Ethnizität und Religion;
- **Leistungserbringungsverfahren** – Sicherstellung, dass die Prozesse zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch entsprechende Maßnahmen zur Organisation, Steuerung und Verbesserung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer Optimierung der Güte der Leistungserbringung im Gesundheitswesen ergänzt werden, die sich an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerungsgruppen und Bürger orientiert, für die sie bestimmt sind;

- **Befähigende Faktoren im System** – zur Ausrichtung der Beiträge anderer Funktionen des Gesundheitssystems, um durch die Regelung von Mechanismen für die Rechenschaftslegung, die Abstimmung von Anreizen, den Aufbau eines Bestands an kompetentem Personal, die Förderung des verantwortungsvollen Gebrauchs von Arzneimitteln, die Innovation von Gesundheitstechnik und die durchgehende Einführung von e-Gesundheit die für die Leistungserbringung benötigten Bedingungen zu unterstützen; und
- **Veränderungssteuerung** – Strategische Anleitung und Steuerung des Veränderungsprozesses in den unterschiedlichen Phasen der Umgestaltung von Gesundheitsangeboten, indem eine klare Richtung vorgegeben wird und Partner gefunden und eingebunden werden und indem Innovationen erprobt werden, damit sichergestellt ist, dass die grundlegenden Veränderungen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten sind und durchgehend eingeführt und beibehalten werden.

Abb. 1: Überblick über den Europäischen Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen



Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa.

Handlungsfelder

Bereich 1: Bevölkerungsebene und individuelle Ebene

28. Der Grundsatz „Die Menschen zuerst“ bedeutet, dass die vielschichtigen Bedürfnisse des Einzelnen wie auch der Bevölkerung ganzheitlich betrachtet werden müssen, wenn das Leistungsangebot passgerecht zugeschnitten wird und die Betroffenen einbezogen werden, sodass sie nicht nur an diesem Prozess beteiligt sind, sondern zu aktiven Partnern bei der Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und ihres Wohlbefindens werden.⁸ Die Förderung der Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Ressourcen, die die Menschen zu mündigen und befähigten Partnern im Gesundheitsbereich machen, findet mittlerweile tatkräftige Unterstützung (32-34). Dies gilt umso mehr, als immer mehr Entscheidungen im Gesundheitsbereich und immer mehr für Gesundheit und Wohlbefinden relevante Verhaltensweisen außerhalb des Gesundheitssystems und stattdessen eher im heimischen oder gesellschaftlichen Umfeld erfolgen.

29. In diesem Bereich wird ein Handlungsverlauf skizziert, der die Veränderungen nach vorrangigen gesundheitlichen Verbesserungen einstuft. Die Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Ressourcen, die den Menschen das Wissen und die Motivation dazu geben sollen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen, und die die Patienten zu aktiven Partnern beim Zugang zur Gesundheitsversorgung machen sollen, sind ebenfalls Schlüsselbereiche für strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt.

30. Die Einleitung von Umgestaltungsprozessen mit den Bürgern im Mittelpunkt fordert von herkömmlichen Reformen, die stärker auf die Optimierung der Einsatzmittel fokussiert sind, die gesundheitlichen Ergebnisse in den Vordergrund zu stellen. Die damit verbundene Herausforderung sollte in der Praxis nicht unterschätzt werden: Ihre Bewältigung erfordert Zeit, Vertrauen und solide, auf Erkenntnissen beruhende Argumente für Veränderungen (18). Um die notwendige Dynamik zu erzeugen, bedarf es einer zwingenden narrativen Evidenz für Veränderungen, unterstützt durch ein einheitliches Vorgehen der Akteure im gesamten Gesundheitssystem sowie eine Vision und einen Aktionsplan, die sich durch Klarheit auszeichnen und Einheit stiften (siehe Bereich 4: Veränderungssteuerung).

Bestimmung der gesundheitlichen Bedürfnisse

31. Ein konsequentes Ansetzen an den entscheidenden Herausforderungen für die Bevölkerungsgesundheit, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Demenzerkrankungen, HIV/AIDS und Tuberkulose, sowie an den lebensstilbedingten Risikofaktoren wie Tabak-, Alkohol-, Zucker- und Salzkonsum hat den Zusammenhang zwischen energischen Interventionen in der Leistungserbringung und zügigeren

⁸ Wohlbefinden kann subjektiv als die Lebenserfahrungen eines Menschen definiert werden und umfasst neben dem allgemeinen Gefühl des Wohlbefindens und der psychologischen Funktionsfähigkeit auch seine affektiven Zustände und objektiv als ein Vergleich seiner Lebensumstände mit gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen wie Gesundheit, Bildung, Beschäftigung, sozialen Beziehungen und der bebauten Umwelt.

Verbesserungen in Bezug auf die gesundheitlichen Resultate verdeutlicht⁹. Vorrangige Bereiche für gesundheitliche Verbesserungen klar zu bestimmen, ist eine entscheidende Voraussetzung für die Leistungsgestaltung und -planung auf der Grundlage wichtiger epidemiologischer, demografischer und sozialer Herausforderungen und bekannter Risiken bei gleichzeitiger Minimierung der Verschwendung durch die Priorisierung wesentlicher Leistungen (40,41).

32. In diesem Handlungsfeld sollen grundlegende Veränderungen durch das Anstreben konkreter und messbarer Zugewinne an Gesundheit und Wohlbefinden herbeigeführt werden, wobei zunächst die gesundheitlichen Bedürfnisse und Risikofaktoren zu bestimmen sind. Der Ansatz soll ein gut begründetes Verständnis in Bezug auf die Bevölkerung ermöglichen und sicherstellen, dass auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse vorausschauend und unter Wahrung von Chancengleichheit reagiert wird.

33. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Stratifizierung der gesundheitlichen Bedürfnisse und Risiken der Bevölkerung nach epidemiologischen, demografischen, sozioökonomischen bzw. geografischen Variablen;
- b) Planung von Maßnahmen auf der Grundlage von Evidenz für zielgerichtete Gesundheitspläne mit erreichbaren Resultaten in vorrangigen Bereichen für gesundheitliche Verbesserungen.

Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit

34. Ein Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit trägt nachweislich direkt zu einer längeren gesunden Lebenserwartung sowie zu einem Zugewinn an Wohlbefinden und Lebensqualität bei, die allesamt erheblichen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und individuellen Nutzen bringen können (1). Eine Abstimmung innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus hat sich als entscheidend für die Ausweitung des Zugangs zu Leistungen und für die Verbesserung ihrer Bedarfsgerechtigkeit durch Verbesserung der Wahlfreiheit (42) und ein erfolgreiches Ansetzen an den übergeordneten Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden erwiesen (43–46).

35. In diesem Handlungsfeld sollen die Auswirkungen von sozioökonomischem Status, Umwelt, Geschlecht, Bildung und politischen, kommerziellen, kulturellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit systematisch bewertet werden, um die Gesundheitsangebote bedarfsgerecht gestalten und bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen auf sinnvolle Weise mit anderen Politikbereichen zusammenarbeiten zu können. Der Ansatz erkennt die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Determinanten von Gesundheit an und soll die Grundursachen von Krankheit und

⁹ Die entscheidende Rolle der Leistungserbringung wird in mehreren aktuellen Strategien und Aktionsplänen der Europäischen Region propagiert: in dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013–2020) (35), dem Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC66/11), dem Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) (36), der Strategie und dem Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (37), der Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen (Dokument EUR/RC66/14), dem Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) (38) und dem Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) (39).

Benachteiligung in Angriff nehmen und eine ganzheitliche Perspektive der Leistungserbringung aufrechterhalten.

36. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Bestimmung der Determinanten von Gesundheit, die Einfluss auf entscheidende Herausforderungen für die Bevölkerungsgesundheit und die individuelle Gesundheit haben, um die Leistungen angemessen zuschneiden zu können; und
- b) Kartierung der außerhalb der Gesundheitsversorgung benötigten Unterstützung für das Ergreifen von Maßnahmen zur Überwindung von Ressortgrenzen und zur Ermöglichung eines integrierten Ansatzes für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

Befähigung der Bevölkerung

37. Die Gesundheitssysteme haben die Aufgabe dafür zu sorgen, dass die notwendigen Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Ressourcen entstehen können, die die Menschen in die Lage versetzen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (47). Es gibt deutliche Belege dafür, dass Interventionen, die Einzelpersonen, ihre Familien und ihr Umfeld dabei unterstützen, zu mündigen und befähigten Partnern im Gesundheitsbereich zu werden, positive Auswirkungen auf eine Reihe von Resultaten haben, u. a. bessere Patientenerfahrungen und die Inanspruchnahme von Leistungen (48–50), eine verbesserte Gesundheitskompetenz (51) und eine verstärkte Akzeptanz gesünderer Verhaltensweisen (34).

38. In diesem Handlungsfeld soll die Bevölkerung ¹⁰ dazu befähigt werden, Verantwortung für die eigene Gesundheit und die in Anspruch genommenen Leistungen zu übernehmen, indem sie eine aktive Rolle bei der Definition von Problemen, in Entscheidungsprozessen und bei der Selbstbewältigung spielen. Der Ansatz basiert auf den gemeinsamen Werten der Europäischen Region zum Schutz und zur Förderung der Grundrechte der Bevölkerung und der Patienten (2,53). Er erkennt an, dass Hürden für die Befähigung der Bevölkerung überwunden werden müssen, die aufgrund von Ungleichheiten in Bezug auf Geschlecht, Migrationsstatus, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Ethnizität, Religion, Alter oder Behinderung bestehen.

39. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Schutz von Rechten und Förderung gemeinsamer Verantwortlichkeiten durch Schaffung transparenter, respektvoller und rechenschaftspflichtiger Beziehungen zwischen Bevölkerung, Gesundheitsfachkräften, Regionalbehörden, Versicherungen und politischen Entscheidungsträgern, Erhaltung von Leistungsansprüchen und Förderung der Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen;

¹⁰ Die **Befähigung der Bevölkerung** wird definiert als Prozess der Entwicklung von Partnerschaften, der Wertschätzung der eigenen Person und anderer, der wechselseitigen Entscheidungen und der Freiheit, zu entscheiden und Verantwortung zu übernehmen (52).

- b) Befähigung zu mündigen Entscheidungen¹¹ durch die Eröffnung des Zugangs zu Informationen, um Menschen zu ermöglichen, selbstbestimmt die Entscheidungen zu treffen sowie die Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren, die ihre Gesundheit und die Gesundheitsleistungen betreffen. Hierzu zählen auch die Auswahl von Leistungserbringern, Versorgungspfaden, Verhaltensweisen und Lebensstilen sowie die fortgeschrittene Versorgungsplanung und Patientenverfügungen.
- c) Verbesserung der Gesundheitskompetenz¹² durch Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung, um den Menschen mehr Wissen und bessere Fertigkeiten zu vermitteln, die ihre Motivation, Einstellung und Fähigkeit zum Verständnis und zur Nutzung von Informationen auf eine Art und Weise prägen, die Gesundheit und Wohlbefinden fördert bzw. aufrechterhält;
- d) Unterstützung der Förderung der Gesundheit der Gemeinschaft, u. a. durch Aktivierung und Einbindung der Menschen zur Selbstorganisation und zur Zusammenarbeit zwecks Bestimmung der eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse und Wünsche, und Versuch der Einflussnahme auf das eigene Leben betreffende Entscheidungen und dadurch Verbesserung der eigenen Lebensqualität und des eigenen Umfelds.

Einbindung der Patienten

40. Die Einbindung der Patienten und ihrer Familien, Betreuer¹³ und erweiterten Unterstützungsgruppen kann eine Verbesserung von Erfahrungen und Zufriedenheit der Patienten mit der Gesundheitsversorgung bewirken und zur Schaffung von Vertrauen, zu besserer Therapiebefolgung (54–56) und letztendlich zu verbesserten gesundheitlichen Resultaten beitragen (57). Die aktive Beteiligung und Kooperation von Patienten spielt auch eine wesentliche Rolle bei der Koordinierung von Leistungen während Übergangphasen und trägt zur Kontinuität der Versorgung bei (34,58,59).

41. In diesem Handlungsfeld sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, unter denen Menschen eine aktive Rolle in Entscheidungsprozessen, der Planung der Versorgung, der Bewältigung ihrer eigenen chronischen Erkrankungen und der Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Unterhaltsberechtigten übernehmen können, und es soll gewährleistet werden, dass ihre Sichtweise in Bezug auf die eigene Gesundheit und die eigenen Gesundheitsziele bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen gebührend berücksichtigt werden. Der Ansatz basiert auf der Idee der Aktivierung von Patienten zur Mitarbeit an der Gestaltung von Versorgungsleistungen, die gewissermaßen in Partnerschaft zwischen Leistungsanbietern und Patienten erbracht werden.

¹¹ **Mündige Entscheidung** ist definiert als die Informationen und die Unterstützung, die es Menschen ermöglichen sollen, Entscheidungen abzuwägen und zu verstehen, mit welchen Konsequenzen sie dabei normalerweise rechnen müssen (52).

¹² **Gesundheitskompetenz** ist definiert als das Erreichen eines bestimmten Maßes an Wissen, persönlichen Fähigkeiten und Selbstvertrauen in Bezug auf die eigene Fähigkeit zur Verbesserung der eigenen Gesundheit und der Gesundheit der Bevölkerung durch Veränderung des eigenen Lebensstils und der Lebensbedingungen (52).

¹³ Die **Einbindung von Patienten** ist definiert als das Maß der aktiven Beteiligung der Menschen in Form von Eigenverantwortung für ihre Gesundheit sowie von Beiträgen zur Gestaltung der Gesundheitssysteme (52).

42. Wesentliche Handlungsstrategien:
- a) Unterstützung der Selbstbewältigung¹⁴ durch Bereitstellung von Instrumenten, die Patienten helfen sollen, am Prozess der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen teilzunehmen und sich selbst zu versorgen sowie die Sicherheit marktwirtschaftlicher Lösungen zu kontrollieren, indem sie Wissen, Kompetenzen und Vertrauen entwickeln, ihre eigene Gesundheit und die Selbstversorgung für bestimmte Erkrankungen und für die anschließende Genesung zu handhaben;
 - b) Unterstützung der Mitwirkung von Patienten an Entscheidungsprozessen¹⁵ über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden bei der Prüfung von Optionen (einschließlich der Option, nicht tätig zu werden), der Abwägung von Risiken und Vorteilen und der Beantwortung der Frage, wie die verfügbaren Optionen ihren Wertvorstellungen und Präferenzen entsprechen;
 - c) Stärkung der gegenseitigen Unterstützung unter Patienten mit dem Ziel, anderen Personen in ähnlicher Situation Hilfe zu gewähren bzw. Hilfe von ihnen zu erhalten, und zwar auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses; und
 - d) Unterstützung der Familien und Betreuer von Patienten bei der Entwicklung des Wissens, der Kompetenzen und der Maßnahmen, die notwendig sind, um sich selbst und andere zu versorgen, parallel zur Förderung von Reformen, die für Frauen die Belastung durch unbezahlte Pflege verringern und Männer einbeziehen.

Bereich 2: Leistungserbringungsverfahren

43. Die Leistungserbringung im Gesundheitswesen wurde beschrieben als eine Zusammensetzung miteinander verknüpfter Kernprozesse, die die einzigartigen anpassbaren Eigenschaften der Funktion veranschaulichen und eng mit ihrer Gesamtleistungsfähigkeit verknüpft sind. Dazu zählen die Prozesse der Gestaltung der Versorgung, der Sortierung von Leistungserbringern, der Steuerung des Leistungsangebots und der kontinuierlichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit (60). Der Handlungsrahmen nutzt diese als zentrale Bereiche für die Optimierung von Leistungen in Bezug auf Versorgungsarten¹⁶ (wie Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und Langzeitpflege) und Umfeldern¹⁷

¹⁴ **Selbstbewältigung oder Selbstversorgung** ist definiert als das Wissen, die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen, die zur Bewältigung der eigenen gesundheitlichen Situation, zur Versorgung einer speziellen Erkrankung sowie zur Genesung benötigt werden (52).

¹⁵ **Mitwirkung an Entscheidungsprozessen** ist definiert als ein interaktiver Prozess, in dem Patienten, ihre Familien und ihre Betreuer in Zusammenarbeit mit dem bzw. den Leistungsanbietern nach einer fundierten Prüfung der vorhandenen Optionen sowie der eigenen Wertvorstellungen und Präferenzen die nächste(n) Maßnahme(n) auf dem Versorgungspfad wählen (52).

¹⁶ **Versorgungsarten** bezieht sich auf die verschiedenartigen Ziele von Leistungen wie Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Therapie, Management, Langzeitpflege, Rehabilitation und palliative Versorgung, wobei die Interventionen auf der Ebene der Bevölkerung und individuelle Leistungen entsprechend durchgeführt/erbracht werden (60).

¹⁷ **Versorgungsumfelder** beschreibt die verschiedenen Arten von Organisationsformen für die Leistungserbringung, weiter unterteilt in unterschiedliche Einrichtungen, Institutionen und Organisationen, die die Versorgung bestreiten. Die Umfeldern umfassen ambulante, gemeindenaher, häusliche und stationäre Angebote sowie Hausbesuche, wohingegen sich Einrichtungen auf die

(beispielsweise für primäre, gemeindenahе, häusliche, stationäre, sekundäre, ambulante und tertiäre Versorgung). Die Handlungsfelder orientieren sich an der Schwerpunktlegung auf Menschen (wie in dem Bereich 1 des Handlungsrahmens erläutert) und basieren auf der Annahme, dass die Gesundheitssysteme die unterstützende institutionelle Struktur für die Einführung, Ausweitung und Aufrechterhaltung der durchgeführten Veränderungen entwickeln.

44. Die Veränderungssteuerung erfordert die Anpassung der täglichen Praxis. Das Unbehagen darüber, etwas anders machen zu müssen, kann durch geeignete Strategien gelindert werden, beispielsweise durch schrittweise Veränderung in Pilotprojekten, Entwicklung eines gemeinsamen Gefühls von Verantwortung und Rechenschaft oder durch neue oder veränderte Modalitäten für kontinuierlichen Dialog samt Rückmeldung (siehe Bereich 4: Veränderungssteuerung).

Gestaltung der Versorgung über den gesamten Lebensverlauf

45. Die Vorteile eines umfassenden Leistungspakets in Bezug auf gesundheitliche Resultate sind ausreichend belegt (7,61): größerer Behandlungserfolg (62,63), erhöhte Akzeptanz von Präventionsangeboten und bessere Inanspruchnahme von Leistungen (64). Angesichts der sich verändernden Muster in Bezug auf Krankheit und Behinderung und der daraus resultierenden Zunahme von Behandlungen mit mehreren Medikamenten sowie parallelen Behandlungsplänen ist die Fähigkeit zur Bereitstellung eines breiten Leistungsspektrums durch einen bedarfsgerechten Zuschnitt der Angebote auf die Bevölkerung insgesamt wie auch auf individuelle Bedürfnisse von besonderer Bedeutung.

46. In diesem Handlungsfeld soll das Leistungsangebot so gestaltet werden, dass es eine Versorgung mit bevölkerungsbezogenen und individuellen Leistungen¹⁸ erleichtert; dies geschieht aufgrund eines begründeten Verständnisses der vielschichtigen Bedürfnisse der Bevölkerung, um Gesundheit und Wohlbefinden unter Wahrung von Chancengleichheit im gesamten Lebensverlauf zu fördern, zu erhalten und ggf. wiederherzustellen. Der Ansatz orientiert sich an der Sichtweise des Einzelnen statt an einer Leidens- oder Krankheitsperspektive und sieht Anpassungen im Erbringungsprozess vor, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Versorgungsmodells unterstützen.

47. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Einbeziehung von Leistungen entlang eines breiten Kontinuums und im gesamten Lebensverlauf in den Bereichen Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Behandlung, Langzeitpflege, Rehabilitation und Palliativversorgung gemäß der Vision der primären Gesundheitsversorgung;
- b) Standardisierung von Praktiken mit Instrumenten wie klinischen Leitlinien und Protokollen für klinische Entscheidungen, die die Bereitstellung von nachweislich wirksamen Interventionen fördern;

Infrastruktur wie Praxen, Gesundheitszentren, Bezirkskrankenhäuser, Arzneimittelausgabestellen und andere Organisationsformen wie mobile Praxen und Apotheken bezieht (60).

¹⁸ Unter **Kernleistungen** werden bevölkerungsbezogene Interventionen und individuelle Leistungen verstanden, die evidenzbasiert, in hohem Maße wirksam, kosteneffektiv, bezahlbar, annehmbar und realistisch und entscheidend für die Erreichung erwarteter gesundheitlicher Zugewinne sind (23).

- c) Gestaltung von Pfaden (einschließlich Übergängen, Überweisungen und Rücküberweisungen), um die optimalen Routen für Patienten gemäß ihren individuellen Bedürfnissen zu kartieren und ein Höchstmaß an Abstimmung zu erreichen und Überschneidungen zu vermeiden; und
- d) zielgenaue Ausrichtung der Patientenversorgung, um die optimale Leistungserbringung im Zeitverlauf und entsprechend den vielschichtigen Bedürfnissen des Einzelnen zu fördern.

Sortierung von Leistungserbringern und Umfeldern

48. Die Koordinierung der Leistungserbringer wurde mit deutlichen Verbesserungen der mittelfristigen Ergebnisse in Bezug auf die Krankheitsbekämpfung und die Qualität der Leistungserbringung in Verbindung gebracht (26,28,65–69). Verbesserungen in der Leistungserbringung werden auch auf Zugewinne in Bezug auf den Qualifikationsmix und auf erweiterte Aktionsradien zurückgeführt und führen zu ergänzenden, koordinierten Angeboten bei gleichzeitiger Minimierung von Doppelarbeit und Fragmentierung (26).

49. Dieser Bereich zielt auf die Sortierung von Leistungserbringern in Umfeldern, Aufgabenfeldern und Arbeitsumgebungen ab, die dem Versorgungsmodell entsprechen. Der Ansatz zielt letztlich darauf ab, organisatorische Hindernisse anzugehen und zu beseitigen, die die Koordinierung erschweren, beispielsweise fragmentierten Informationsaustausch, und die optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, um bessere gesundheitliche Ergebnisse zu erreichen und auf diese Weise die Versorgungskontinuität zu verbessern.

50. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Einführung neuer Umfeldler für die Leistungserbringung bzw. Neuausrichtung bestehender Umfeldler an dem Versorgungsmodell und der Gestaltung von Versorgungspfaden (z. B. unterstütztes Wohnen und häusliche Pflege, Zentren für Akutversorgung, Rehabilitationszentren, Neugestaltung des Leistungsangebots von Krankenhäusern, Versorgungsangebote in Apotheken);
- b) Strukturierung von Praktiken und Teams zugunsten eines fachübergreifenden Ansatzes zur Leistungserbringung, um die regelmäßige Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen Fachgebieten auf und zwischen Versorgungsebenen zu fördern;
- c) Anpassung der Aufgaben und des Aktionsradius der Leistungserbringer einschließlich der Ausweitung des Aufgabenspektrums und der Substitution von Aufgaben; und
- d) Förderung des Informationsaustauschs durch Kommunikationsmechanismen wie Fernkonsultationen per E-Mail oder Telefon; vertikale Informationsplattformen, beispielsweise gemeinsam genutzte Patientenakten; und Neuzuschnitte von Teams, auch hinsichtlich Verbindungsaufgaben und Pflegekoordination.

Steuerung der Leistungserbringung

51. Die alltägliche Leistungserbringung erfordert eine geschickte Steuerung im Sinne einer Koordinierung der Prozesse mit optimaler Effizienz und Wirksamkeit (62,70,71). Ein ergebnisorientierter Ansatz zur Leistungserbringung ist eine wichtige Voraussetzung für die

Förderung von Qualität und Rechenschaftslegung. Die Steuerung von Leistungsangeboten ist auch ein Schlüsselprozess für die Umsetzung von Konzepten in die Praxis und daher von entscheidender Bedeutung für die Leistungsfähigkeit des Systems insgesamt (72).

52. In diesem Handlungsfeld soll dafür gesorgt werden, dass mit betriebswirtschaftlichen Prozessen ein Höchstmaß an Effizienz hergestellt und dabei eine Einheitlichkeit des Vorgehens gewahrt wird, während gleichzeitig eine bedarfsgerechte Problemlösung und Fehlersuche unterstützt werden. Dieser Ansatz basiert auf den Grundsätzen der Betriebsführung und bietet praktische Orientierungshilfe und eine Übersicht über Maßnahmen, um eine Bewältigung der Komplexitäten im Prozess der Erbringung von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

53. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Gewährleistung, dass angemessene Mittel verfügbar sind, um den Zugang zu den Kernleistungen zu fördern, die gemäß dem festgelegten Versorgungsmodell ausgewählt und mit einem Höchstmaß an Effizienz eingesetzt wurden;
- b) Herstellung sinnvoller Kontakte zwischen allen maßgeblichen Akteuren im Hinblick auf ein Ansetzen an den übergeordneten Determinanten von Gesundheit und die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand, der Privatwirtschaft und Organisationen der Zivilgesellschaft, einschließlich lokaler, nichtstaatlicher und glaubensorientierter Organisationen, aber auch mit den Ressorts Bildung, Arbeit, Wohnen, Lebensmittel, Umwelt, Wasserwirtschaft und Soziales; und
- c) Einführung einer Ergebnisorientierung, Festlegung von Zielvorgaben oder Zielen für die Zukunft und Einführung der erforderlichen Prozesse zur Verwirklichung von Plänen und zur Optimierung von Effizienz und Effektivität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen.

Verbesserung der Leistung

54. Die Optimierung der Leistungserbringung ist ein repetitiver Prozess, der auf Rückmeldungskreisläufe angewiesen ist, durch die Änderungen angeregt und veranlasst werden. Der Verzicht auf Sanktionen spielt eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Anpassungen und Innovationen im Laufe der Zeit, und es gibt deutliche Belege dafür, dass Investitionen in die Verbesserung der klinischen Praxis sich positiv auf gesundheitliche Resultate auswirken, insbesondere auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung (6,73).

55. In diesem Handlungsfeld sollen regelmäßige Tests und Änderungen hinsichtlich der Leistungserbringung im Zuge einer systematischen Überprüfung und entsprechender Rückmeldungen in Bezug auf klinische Prozesse sowie Chancen zur Leistungsverbesserung eingeführt werden. Der hier angewandte Ansatz trägt dem dynamischen Charakter von Gesundheit Rechnung und propagiert ein Leistungsangebot, das nicht nur im Lichte sich verändernder Erfordernisse und Umstände, sondern auch unter Berücksichtigung einschlägiger wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich angepasst und weiterentwickelt wird.

56. Wesentliche Handlungsstrategien:
- a) Stärkung der klinischen Governance, um systematisch klinische Prozesse überprüfen, Leistungsdefizite bestimmen und Gründe für Abweichungen von festgelegten Normen untersuchen zu können; und
 - b) Schaffung eines Systems des lebenslangen Lernens, um den Beschäftigten die zur Erfüllung der Bedürfnisse der Bevölkerung notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln.

Bereich 3: Befähigende Faktoren im System

57. Andere Funktionen des Gesundheitssystems, insbesondere Steuerung, Finanzierung und Sicherung der finanziellen, materiellen und personellen Ausstattung, können anhand ihrer spezifischen Prozesse beschrieben werden.¹⁹ Die kollektive Verbesserung jeder dieser Funktionen macht die Stärkung von Gesundheitssystemen aus. Wenn der Schwerpunkt auf verbesserter Leistungserbringung liegt, müssen die Maßnahmen an der Schnittstelle zwischen Leistungserbringung und anderen Funktionen des Gesundheitssystems ansetzen.

58. Dieser systemorientierte Bereich erfordert Maßnahmen an der Schnittstelle zwischen der Leistungserbringung und den anderen Funktionen des Gesundheitssystems. Die bestimmten Handlungsfelder priorisieren die Beiträge von Gesundheitssystemen, bei denen sich in der Praxis gezeigt hat, dass sie unmittelbar mit der Güte der Erbringung von Gesundheitsleistungen verknüpft sind (18).

59. Um nachhaltige Reformen zu ermöglichen, erfordert dieser Bereich ressortübergreifende Maßnahmen und langfristige Planungsprozesse mit Rückmeldungen zu Veränderungen, damit die notwendigen Bedingungen systematisch angepasst und ausgerichtet werden können (siehe Bereich 4: Veränderungssteuerung).

Neuordnung der Rechenschaftslegung

60. Die Rechenschaftslegung ist ein wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung, da sie klare Modalitäten beinhaltet und explizit vorschreibt, welche Leistungen von den Akteuren erwartet werden und wie sie miteinander interagieren sollen (74,75). Die Dezentralisierung der Entscheidungsprozesse hin zu den Kommunalbehörden unter den geeigneten Bedingungen – wie fachlicher Kompetenz und einem optimalen Maß an behördlicher Autonomie – kann eine Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen gemäß den Erfordernissen vor Ort und so eine Verbesserung von Gesundheitsresultaten, eine Stärkung der Rechenschaftslegung vor Ort, eine Erhöhung der Chancengleichheit und eine bessere Verteilung der Mittel bewirken (75).

61. Außerdem wird zunehmend anerkannt, dass die Modalitäten für die Rechenschaftslegung über die institutionellen Bedingungen, die die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen, privatwirtschaftlichen Akteuren, gemeinnützigen Stiftungen und wissenschaftlichen Institutionen unterstützen können, gestärkt werden müssen. Diese öffentlich-privaten Partnerschaften bieten für die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen sinnvolle Möglichkeiten, die Stärken vieler

¹⁹ Die Veröffentlichung *Health services delivery: a concept note (60)* bietet eine Zusammenfassung der Prozesse, die am häufigsten genutzt werden, um jede Funktion zu veranschaulichen.

Fachgebiete zur Beschleunigung von Reformen zu bündeln. Dies resultiert in neuen Informationssystemen und technischen Systemen sowie innovativen Produkten und Kapazität für die Leistungserbringung (76).

62. Dieser Bereich zielt auf die Unterstützung der notwendigen Anpassungen der Modalitäten für die Rechenschaftslegung,²⁰ die klar sind, über eine gute Ressourcenausstattung verfügen und durch regelmäßige Supervision gesteuert werden. Die Vereinheitlichung der Modalitäten für die Rechenschaftslegung zielt letztlich auf die Schaffung einer Grundlage für Maßnahmen sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch in Partnerschaft mit anderen Politikbereichen.

63. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Zuweisung eines jeweils klaren Mandats gemäß den Rollen, die von den Akteuren erwartet werden, damit gesichert ist, dass die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen mit den übergeordneten Zielen übereinstimmen und gleichzeitig Überschneidungen, Doppelarbeit und Fragmentierung weitestgehend vermieden werden;
- b) Bereitstellung der für die Umsetzung und Durchsetzung der Ziele benötigten Ressourcen und Instrumente, einschließlich der Zeit, des Raums und der Kapazitäten für die maßgeblichen Akteure; und
- c) Gewinnung von Erkenntnissen über die Leistungsfähigkeit (unter Einbindung der Patienten) und Rückmeldung über die Ergebnisse, um evidenzbasierte Entscheidungsprozesse zu gewährleisten.

Gestaltung von Anreizen

64. Es hat sich gezeigt, dass die Vergütung der Leistungserbringer und die Gestaltung von Anreizen untrennbar mit der Art, der Qualität und der Menge der erbrachten Leistungen verknüpft sind (77,78). Zunehmend verbinden Mechanismen für die Vergütung der Leistungserbringer Kopfpauschalen, die Vergütung von Einzelleistungen und die leistungsorientierte Vergütung, um Anreize für die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention sowie des Managements bei chronischen Erkrankungen zu setzen (79).

65. Dieser Bereich lenkt die Aufmerksamkeit darauf, wie wichtig es ist, ein angemessenes Verhältnis zwischen der erwünschten Leistungsgüte und den Belohnungen bzw. Abschreckungsmitteln für Käufer, Leistungserbringer und Patienten herzustellen, damit gewährleistet ist, dass diese für die integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen optimal gestaltet sind.

66. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Steuerung der Zuteilung von Mitteln, insbesondere in Verbindung mit der Käufer-Anbieter-Trennung (purchaser-provider split) bzw. der Präsenz mehrerer Einkäufer, hin zu einem ergebnisorientierten strategischen Beschaffungswesen;

²⁰ Der Begriff **Rechenschaftslegung** wird nach seinen notwendigen Elementen definiert: ein klares Mandat mit den erforderlichen Ressourcen und ggf. angemessenen Anreizen für seine ordnungsgemäße Erfüllung.

- b) Verknüpfung der Mechanismen für die Vergütung von Leistungserbringern mit der Bewertung der Leistungserbringung auf der Grundlage des Versorgungsmodells, auch unter den Gesichtspunkten Qualität und Integration; und
- c) Einführung von Anreizen für Patienten, insbesondere in Bezug auf die individuelle Befolgung nationaler Präventionsprogramme und Kampagnen für eine gesunde Lebensweise sowie die Befolgung von Therapieplänen und Arzneimittelverordnungen, die den Einfluss der allgemeinen Determinanten auf die individuelle Gesundheit berücksichtigen.

Bereitstellung kompetenten Gesundheitspersonals

67. Die Gewährleistung kompetenten ²¹ Gesundheitspersonals, das die erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten effektiv anwenden kann, ist entscheidend für die Verbesserung der gesundheitlichen Resultate von Patienten und Gesamtbevölkerung (81–83). Es wurde gezeigt, dass der Aufbau eines Bestands an Personal mit dem Wissen und den Qualifikationen, optimal auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren, potenziellen Engpässen und unzureichender Verteilung entgegenwirkt und die Produktivität, die berufliche Zufriedenheit, die Anwerbung und die Personalbindung verbessert und auf diese Weise die Versorgungsqualität generell steigert (6,84).

68. Dieser Bereich erfordert Maßnahmen, die das Gesundheitspersonal bei der Konsolidierung von Kompetenzen unterstützen, was auch für nichtklinische Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit und Kapazitäten zur Berücksichtigung des Einflusses der allgemeineren Gesundheitsdeterminanten gilt. Er erfordert auch eine Fokussierung auf die Schaffung des unterstützenden Praxisumfelds, das für die Erbringung integrierter Leistungen im Gesundheitswesen notwendig ist. Parallel dazu müssen die Berufskulturen nach und nach geändert werden, um stärker interdisziplinär ausgerichtete Arbeitsformen zu ermöglichen. Der Ansatz verlagert den Schwerpunkt von der Erstausbildung zu einer Sichtweise, gemäß der die Stärkung der Kompetenzen des Gesundheitspersonals ein Prozess ist, der kontinuierliche Investitionen im Zeitverlauf erfordert, wobei Rückmeldungszyklen für die Gestaltung der Ausbildung zukünftiger Humanressourcen im Gesundheitswesen genutzt werden. Er erkennt die Rolle des Geschlechts bei den bezahlten und unbezahlten Erbringern von Gesundheitsleistungen an, was bei allen Maßnahmen berücksichtigt werden sollte.

69. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Anwerbung und Ausrichtung des Gesundheitspersonals auf der Grundlage der Kompetenz, damit eine Auswahl von Kandidaten mit optimalem Potenzial für den Erwerb der gefragten Qualifikationen gewährleistet ist;
- b) Sicherstellung eines unterstützenden fachübergreifenden Praxisumfelds mit der eingebauten räumlichen und sozialen Infrastruktur, die für das Sparen von Zeit

²¹ Unter **Kompetenz des Gesundheitspersonals** werden die wesentlichen komplexen und wissensgestützten Handlungen verstanden, bei denen Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen mobilisiert und mit den bestehenden und verfügbaren Ressourcen kombiniert werden, um sichere und hochwertige Resultate für die Patienten wie auch die Bevölkerung insgesamt zu erreichen. Diese Kompetenz erfordert ein gewisses Maß an sozialer und emotionaler Intelligenz, sodass sie ebenso flexibel wie gewohnheitsmäßig und umsichtig ist (80).

und Ressourcen notwendig ist, was auch eine gezielte Betreuung und Unterstützung zur Stärkung der Kompetenz am Arbeitsplatz fördert; und

- c) Aufbau einer fortlaufenden beruflichen Entwicklung sowie von Chancen für lebenslanges Lernen und einen entsprechenden beruflichen Aufstieg, um neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu fördern bzw. die vorhandenen auszubauen.

Förderung des verantwortungsbewussten Gebrauchs von Arzneimitteln

70. Arzneimittel sind entscheidend für eine wirksame Behandlung und Bewältigung von gesundheitlichen Bedürfnissen und von Krankheiten (85,86). Der sich rasch entwickelnde Arzneimittelbereich hat die Behandlung fokussierter, wirksamer und bezahlbarer gemacht²² und letztlich das Krankheitsmanagement am Wohnort und zu Hause verbessert. Den verantwortungsvollen Gebrauch von Arzneimitteln bei der Leistungserbringung sicherzustellen, ist nicht nur von großer Bedeutung, um eine Bestandsaufnahme solcher Fortschritte zu machen und verbesserte Ergebnisse zu erzielen, sondern auch wirksame Prävention und Behandlung nicht durch antimikrobielle Resistenzen als Folge unangemessener Praktiken zu gefährden (60).

71. Dieser Bereich zielt auf die Förderung des verantwortungsvollen Gebrauchs von Arzneimitteln zur Minimierung von übermäßigem, unzureichendem bzw. unsachgemäßem Gebrauch, der zu Verschwendung und Gesundheitsgefahren beitragen würde. Der Ansatz erkennt die steigende Bedeutung personalisierter Medikationspläne für die Verbesserung der Wirksamkeit bei Patienten an, die mehrere Arzneimittel einnehmen müssen (Polypharmazie).

72. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Sicherstellung, dass Leitlinien für die klinische Praxis die optimale Bereitstellung hochwertiger und bezahlbarer Arzneimittel fördern;
- b) Verbesserung der Prozesse in Bezug auf die Verschreibung, die Ausgabe und die Verabreichung durch angemessenere Verhaltensweisen von Gesundheitspersonal und Patienten; und
- c) Unterstützung der Personalisierung von medikamentösen Therapien zugunsten des verantwortungsvollen Gebrauchs und der Wirksamkeit individueller Therapiepläne, die den unterschiedlichen biologischen Bedürfnissen von Frauen und Männern in ihrem gesamten Lebensverlauf Rechnung tragen.

Innovation der Gesundheitstechnik

73. Aufgrund von Fortschritten in der Wissenschaft und in der biomedizinischen Forschung hat sich die Bedeutung von Gesundheitstechnologien, medizinischen Hilfsmitteln und medizinischen Geräten in den vergangenen Jahren verstärkt. Zu diesen Fortschritten gehören Schnelltests, Instrumente zur Selbstüberwachung bei Ernährung und Bewegung sowie Geräte, die die Blutdruckmessung zu Hause ermöglichen (88,89). Innovationen haben der Leistungserbringung neue Mittel an die Hand gegeben, sich auf

²² Die hohen Kosten neuer Arzneimittel werden ebenfalls anerkannt. Sie resultieren in Herausforderungen für den nachhaltigen Zugang und erfordern eine kritische Prioritätensetzung mit dem Ziel, die Ausgabeneffizienz zu verbessern und parallel dazu ein angemessenes Gleichgewicht zwischen Zugänglichkeit und Kosteneffektivität aufrechtzuerhalten (86,87).

Möglichkeiten zu konzentrieren, die Bedürfnisse besser zu befriedigen und daneben Leistungserbringungsverfahren zu unterstützen, beispielsweise durch berufsübergreifende Kommunikation über Organisationsgrenzen hinweg (90).

74. Dieser Bereich zielt auf die Unterstützung ständiger Innovation bei der Einführung und Nutzung von Gesundheitstechnik im Rahmen der Leistungserbringung. Er unterstreicht die Optimierung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen durch die Beseitigung von Mängeln von Verfahren und Prozessen. Die Schwerpunktsetzung erkennt an, dass Erkenntnisse und Forschungsergebnisse wichtige Beiträge für Innovationen bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen beisteuern.

75. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Unterstützung der ethischen und verantwortungsvollen Anwendung neuer Technik in der Leistungserbringung, damit neue Leistungserbringungsverfahren gefördert werden. Dazu zählt auch die Harmonisierung benutzerfreundlicher Plattformen oder Systeme zur Unterstützung der Integration in allen Umfeldern und bei allen Leistungserbringern; und
- b) Beiträge zu Forschung über Gesundheitsleistungen und Systemforschung sowie Anwendung der Erkenntnisse über neue Gesundheitstechnik und schritthalten mit diesem sich weiterentwickelnden Feld.

Durchgehende Einführung von e-Gesundheit

76. Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist informationsintensiv. In allen Teilen der Europäischen Region werden bereits innovative Kommunikationsplattformen wie elektronische Patientenakten,²³ Telemedizin²⁴ und m-Gesundheit eingerichtet und in die Leistungserbringung eingebunden (91,92). Durch die Anwendung dieser Instrumente in der Leistungserbringung hat sich nicht nur der Informationsaustausch über Prävention, Diagnostik und Behandlung beschleunigt, sondern auch die Nutzung von Daten beim Patientenmanagement, bei der Koordinierung der Leistungserbringer und bei der Verwaltung der Gesundheitseinrichtungen (70). Die individuelle Anpassung elektronischer Gesundheitsdaten ermöglicht innovative Arten und Weisen für die Verschreibung von Arzneimitteln, die Leistungsabrechnung und die Dokumentation der Kommunikation mit Patienten, strafft die Arbeit der Teammitglieder und eröffnet Möglichkeiten für Interventionen bei großen Patientengruppen (93).

77. Dieser Bereich zielt auf die Entwicklung der erweiterten Nutzung von e-Gesundheit bei der Leistungserbringung als ein Kommunikationsinstrument, das die Koordinierung der Versorgung, Verwaltungs- und Steuerungsprozesse sowie Transparenz fördert. In dem dabei verwendeten Ansatz werden die unterschiedlichen Zwecke anerkannt, zu denen Daten benötigt werden, darunter die Information der Patienten über Leistungen, die klinischen

²³ Unter **elektronischen Patientenakten** werden in Echtzeit erstellte patientenorientierte Aufzeichnungen verstanden, die befugten Nutzern sofortige und gesicherte Informationen liefern und die eine wesentliche Rolle in Bezug auf eine allgemeine Gesundheitsversorgung spielen, indem sie die Diagnose und Behandlung von Patienten durch schnelle, zeitnahe und umfassende Patienteninformationen am Ort der Versorgung unterstützen (19).

²⁴ Unter **Telemedizin** wird die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen über eine Entfernung hinweg verstanden, u. a. durch Ferndiagnose und Fernüberwachung sowie durch nicht-klinische Funktionen wie Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsangebote (19).

Informationen für die Leistungserbringer, die Prozessinformationen für die Managementebene und die Informationen über das Gesundheitssystem mit Blick auf die gesundheitliche Planung.

78. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Förderung der Interoperabilität und benutzerfreundlicher Schnittstellen von elektronischen Plattformen, um den Informationsfluss und die Nutzung von Informationen, die durch e-Gesundheit ermöglicht werden, zu steigern; und
- b) Gewährung des Zugangs zu Gesundheitsdaten für Patienten und Leistungserbringer bei gleichzeitigem Schutz der Vertraulichkeit und des geschützten und sicheren Informationsflusses zugunsten seiner angemessenen Nutzung bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und in der Forschung.

Bereich 4: Veränderungssteuerung

79. Die Lehren aus der Umsetzung deuten darauf hin, dass Initiativen zur Umgestaltung des Leistungsangebots oft nicht aufgrund von inhaltlichen Defiziten, sondern vielmehr infolge einer schwachen Veränderungssteuerung scheitern. Dies unterstreicht die Bedeutung des Veränderungsprozesses für den letztendlichen Erfolg von Initiativen in Bezug auf ihre Fähigkeit zur dauerhaften Aufrechterhaltung der Umgestaltung des Leistungsangebots in großem Maßstab. Bei einer Betrachtung des Prozesses der Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Veränderungen eher als stufenweise Anpassungen erfolgen und Veränderungen nicht plötzlich, weitreichend und umwälzend, sondern vielmehr schrittweise in einem kontinuierlichen Prozess auftreten.

80. Der Bereich „Veränderungen“ beinhaltet Orientierungshilfe in diesem sensiblen Prozess, indem er Strategien zur Überwindung der Herausforderungen und zur Bewältigung neuer Umstände mit dem durch praktische Erfahrungen erworbenen Fachwissen beisteuert. Diese Lehren betreffen die Handlungsfelder des Bereichs Veränderungssteuerung. In den Handlungsfeldern werden wesentliche Strategien für die Veränderungsakteure in den verschiedenen Stadien des Umgestaltungsprozesses vorgeschlagen, nämlich: strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt, Umsetzung der Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und Ermöglichung dauerhafter Veränderungen.

Strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt

81. Eine gemeinsame Vision für die strategische Ausrichtung von Veränderungen durch die Verbindung eines klar definierten und zum Ausdruck gebrachten Problems mit einer Lösung ist der erste Schritt zur Durchführung von Veränderungen (18). In dieser Phase ist die Unterstützung aller Akteure, von der Mikroebene bis zur Makroebene – d. h. von Gesundheitsfachkräften, Gesundheitsmanagern²⁵ und höheren Verwaltungsbeamten, aber auch Patienten und ihren Angehörigen und Betreuern sowie gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern – entscheidend für die Umsetzung von Ideen in die Praxis.

²⁵ **Gesundheitsmanager** sind definiert als die zuständigen Behörden für die Aufsicht über den Betrieb und die tägliche Leistungserbringung, was auch Planungs- und Haushaltsprozesse, Ressourcenkoordinierung, Durchführungssteuerung und Ergebnisüberwachung umfasst (60).

82. In diesem Handlungsfeld soll die Dynamik für Veränderungen aufgebaut werden, indem das Problem so präsentiert und vermittelt wird, dass andere in Bezug auf die Bedeutung der benötigten Veränderungen motiviert und inspiriert werden. Dies basiert auf dem gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Handlungsansatz (I).

83. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Schaffung einer Plattform und Entwicklung einer Rhetorik des Wandels, um für Verbesserungen zu werben und Interesse und Akzeptanz zu schaffen und das Entstehen von Initiativen zu ermöglichen;
- b) Einbeziehung von Akteuren aus dem gesamten Gesundheitssystem und Etablierung einer Kultur starker Beteiligung, die Patienten und ihre Familien an der strategischen Ausrichtung von Veränderungen teilhaben lässt, um die Eigenverantwortung zu fördern und politische und gesellschaftliche Unterstützung zu mobilisieren und sicherzustellen; und
- c) Entwicklung eines geplanten Ansatzes zur Begründung von Veränderungen auf der Ebene des Systemdenkens und zur Zusammenführung von Maßnahmen innerhalb einer gemeinsamen Zukunftsvision und Ausrichtung auf frühzeitige Gewinne zur Gewährleistung von Nachhaltigkeit.

Durchführung der Umgestaltung

84. Die Durchführung der Umgestaltung der Leistungserbringung bedeutet, dass Vorgänge verändert werden müssen. Doch ein Infragestellen des Status quo erfordert ein gewisses Maß an kreativer Störung; deshalb sind geschickte Strategien zur Steuerung der Veränderungen erforderlich, um den Prozess in Gang zu bringen und am Laufen zu halten.

85. In diesem Handlungsfeld soll die Durchführung der Umgestaltung beschleunigt werden, um die Veränderungen in den verschiedenen Handlungsfeldern wirksam und zeitnah aktivieren zu können. Die Einführung eines an der Basis ansetzenden Bottom-up-Ansatzes schafft Vertrauen, Interesse und ein gemeinsames Gefühl der Verantwortung für eine den Prozess stützende Teamdynamik.

86. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Durchführung von Pilotprojekten, Versuchen bzw. Demonstrationsvorhaben zur Erprobung von Ideen und Einführung grundlegender Veränderungen mittels eines Bottom-up-Ansatzes, um den Rahmenbedingungen angemessene Lösungskonzepte zu gewährleisten;
- b) Entwicklung einer ausgeprägten Kultur der Beteiligung mit Delegation von Aufgaben und Einbindung aller maßgeblichen Akteure, um ein gemeinsames Gefühl der Eigenverantwortung für den Erfolg der Umgestaltung zu fördern; und
- c) Erleichterung von Kommunikation und einem offenen Dialog durch regelmäßige Diskussionen und Foren, um einen ständigen Meinungs- und Ideenaustausch und eine kontinuierliche Vernetzung und Unterstützung während des gesamten Prozesses sicherzustellen.

Ermöglichung dauerhafter Veränderungen

87. Die grundlegende Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen erfordert Zeit. Dies ist oft keineswegs ein linearer Vorgang, sondern vielmehr ein Prozess, bei dem neue Prioritäten miteinander konkurrieren, unerwartete Hindernisse auftreten und es naturgemäß zu Wechseln bei den wichtigsten Akteuren kommt. Jedes unerwartete Hindernis kann Herausforderungen wie auch Chancen für die sich ständig verändernden Prozesse bei der Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen mit sich bringen.

88. In diesem Handlungsfeld wird angestrebt, erreichte Veränderungen aufrechtzuerhalten, indem eine Abstimmung zwischen der Leistungserbringung und den anderen Funktionen des Gesundheitssystems herbeigeführt wird. Diese Abstimmung ist im Hinblick auf die weit verbreitete Akzeptanz sowie die Nachhaltigkeit der Umgestaltung von Gesundheitsleistungen notwendig, die in einem kleineren Maßstab begonnen wurde.

89. Wesentliche Handlungsstrategien:

- a) Aufbau von Koalitionen, um den Zugang zu Ideen und Talent auszuweiten, der notwendig ist, um die erreichten Veränderungen aufrechtzuerhalten und Menschen aus unterschiedlichen Hintergründen, Einrichtungen und Bereichen zu einem gemeinsamen Ziel zusammenzuführen;
- b) Förderung der Widerstandskraft und des Standhaltens gegen Zeitdruck, um Umgestaltungsprozesse durch die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen alltäglichen Veränderungen sowie kurzfristigen Entscheidungen und langfristigen Anpassungen voranzubringen, um die ursprünglichen übergeordneten Ziele zu erreichen; und
- c) Aktivierung von Hebeln aus den verschiedenen Handlungsfeldern, um die Ausrichtung von Veränderungen im gesamten Gesundheitssystem sicherzustellen.

Der Handlungsrahmen in der Praxis

Zielgruppe

90. Bei dieser Arbeit wird der Schwerpunkt fest auf Maßnahmen in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft gelegt, in der Anerkennung, dass zu einer integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen jeder Einzelne beitragen muss⁽⁹⁴⁾. Die Bedeutung eines gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatzes ergibt sich aus der Vielfalt der in dem Handlungsrahmen genannten Handlungsfelder. Darüber hinaus wird in dem Handlungsrahmen anerkannt, dass die Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen das Ergebnis der Beteiligung vieler Akteure und Politikbereiche und nicht nur einzelner Personen oder Institutionen sind, die die Veränderungen im Alleingang steuern.

91. Zu den wichtigsten Akteuren, die zu einer grundlegenden Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen beitragen, gehören:

- **Einzelpersonen und Gemeinschaften** – Als Patienten, Familienangehörige, Betreuungspersonen und Mitglieder der Zivilgesellschaft und spezieller Interessengruppen werden Einzelpersonen zu aktiven Partnern bei der Planung und Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung insgesamt sowie bei der Festlegung ihrer eigenen gesundheitlichen Ziele und der Handhabung ihrer eigenen Gesundheit.
- **Leistungsanbieter und Praktiker** – Als an vorderster Linie tätige Gesundheitsfachkräfte, die auf Patienten und Bevölkerungsgruppen zugeschnittene Leistungen erbringen, spielen die Leistungsanbieter eine entscheidende Rolle bei dem Versuch, die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verstehen, neue Verfahren einzuführen und eine Veränderung der beruflichen Kultur herbeizuführen.
- **Leistungs-Manager** – Mit ihrer betriebswirtschaftlichen Verantwortung für die Leistungserbringung tragen die Leistungs-Manager entscheidend zur Gewährleistung der alltäglichen Erbringung von Leistungen bei und setzen dazu ihre Kollegen ein.
- **Regionalbehörden** – Als Entscheidungsträger auf der subnationalen Ebene setzen Regionalbehörden Politikkonzepte in die Praxis um, indem sie Ziele und Zielsetzungen entsprechend den in ihrem Zuständigkeitsbereich herrschenden Bedingungen interpretieren und verwirklichen und die Verfügbarkeit angemessener Ressourcen und Kompetenzen vor Ort sicherstellen.
- **Versicherer** – Versicherer tragen die Verantwortung für die Sicherstellung der Vergütung von Leistungen im Gesundheitswesen und garantieren den Zugang zu umfassender und hochwertiger Versorgung im Rahmen des Leistungsumfangs entsprechend den Bedürfnissen aller Versicherten.
- **Nationale Behörden** – Sie sind der letztendliche Garant des chancengleichen Zugangs zu hochwertigen Gesundheitsleistungen als einem Menschenrecht und die übergeordneten politischen Entscheidungsträger, die die staatlichen Systeme beaufsichtigen. Die Einbeziehung nationaler Behörden gewährleistet eine einheitliche Ausrichtung und Veränderungen zur Beseitigung, Vereinfachung und Einführung neuer institutioneller Gegebenheiten und Politikbereiche übergreifender Maßnahmen.

Vorrangige Integrationswege

92. Wege, um Umgestaltungsprozesse mit dem Ziel der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen einzuleiten, bieten Möglichkeiten, sich in der Praxis auf hochwirksame Ansatzpunkte zu konzentrieren, um die Verwirklichung der angestrebten Gesundheits- und Effizienzgewinne zu beschleunigen.

93. Wenngleich ihre Priorisierung und ihre Dynamik letztlich von den vor Ort herrschenden Bedingungen abhängen, können vorrangige Wege für die Europäische Region beschrieben werden, die die folgenden Bereiche betonen.

- **Integration zwischen primärer Versorgung und öffentlicher Gesundheit** – Maßnahmen zum Gesundheitsschutz auf der Ebene der Bevölkerung betreffen ungesunde Lebensweisen, umweltbedingte Risikofaktoren und die Determinanten von Gesundheit. Sie erfordern die Integration zwischen dem Schutz und der

Förderung der Gesundheit des Einzelnen und Leistungen zur Krankheitsprävention sowie Interventionen auf der Ebene der Bevölkerung.

- **Integration zwischen Gesundheitsversorgungsniveaus und Versorgungsumfeldern** – Die Stärkung der Integration zwischen der primären und der sekundären Gesundheitsversorgung ist traditionell eine Vorgehensweise zur Bewältigung der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität angesichts von Fragmentierung als einem Resultat der Vielzahl von Leistungserbringern, Umfeldern und Niveaus und hat nach wie vor große Bedeutung. Dieser Weg konzentriert sich auf die Integration der Erbringung von Leistungen über Ebenen, Erbringer und Versorgungsumfelder hinweg. Er umfasst die Schnittstellen zwischen der primären Gesundheitsversorgung und Krankenhäusern sowie anderen Arten institutionalisierter Versorgung, Rehabilitation und therapeutischen und unterstützenden Einrichtungen sowie Tagespflege und der täglichen häuslichen Pflege.
- **Integration zwischen Gesundheits- und Sozialwesen** – Behinderungen, Altern und chronische Erkrankungen erfordern die Stärkung der Integration an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen. Zu den Prioritäten auf diesem Weg zählt unter anderem die Integration zur Bereitstellung von Langzeitpflege, häuslicher Pflege und gemeindenaher Versorgung.

Anpassung an bestimmte Gegebenheiten

94. Die Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen wurde als ein mehrstufiger, häufig schrittweiser Prozess entlang eines Entwicklungskontinuums beschrieben (95,96). Das Kontinuum selbst verläuft aufgrund des multimodalen Charakters der Leistungserbringung nicht linear. Außerdem ist der Ausgangspunkt für die Umgestaltung von den Gegebenheiten abhängig, genauso wie die optimale Entwicklungsstufe der Leistungserbringung entlang eines Kontinuums von konventioneller Versorgung bis zu integrierten Leistungen variieren kann.

95. Die Anpassung wesentlicher Strategien und Instrumente des Handlungsrahmens an bestimmte Gegebenheiten ist eine praktische Voraussetzung für seine Umsetzung. Im Zusammenhang mit dem Handlungsrahmen werden vier zentrale Stufen definiert. Zur Überprüfung jeder Stufe und zur Bestimmung entsprechender prioritärer Grundsatzmaßnahmen und auf Veränderungssteuerung ausgerichteter Maßnahmen ist ein Instrument zur Selbstbewertung verfügbar (siehe Anhang, Kasten 1).

96. Diese Stufen können wie folgt charakterisiert werden.

- **Konventionelle Versorgung** bezeichnet die Erbringung selektiver primärer Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der Familienmedizin und konzentriert auf Krankheit und Heilung für eine enge Auswahl von Leistungen, die auf die gesundheitliche Wirkung oder gemäß den Bedürfnissen von Untergruppen zugeschnitten sind. Sie werden durch klar unterteilte Versorgungsebenen erbracht und durch zentralisierte, von oben nach unten verlaufende Entscheidungsprozesse und Ressourcenzuweisung gesteuert. Dabei liegt der Schwerpunkt darauf, durch die Zulassung des Gesundheitspersonals, den rationalen Einsatz von Arzneimitteln und die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen qualitativ hochwertige Einsatzmittel zu gewährleisten.

- **Krankheitsorientierte Versorgung** bezeichnet die Erbringung eines gezielten Pakets von Leistungen mit dem Schwerpunkt auf Krankheitsmanagement, die mit einer Fokussierung auf Verknüpfungen zwischen Übergängen von der primären zur sekundären Gesundheitsversorgung erbracht werden. Dabei werden patientenspezifische Informationen ausschließlich für klinische Zwecke angewendet. Die krankheitsorientierte Versorgung konzentriert sich charakteristischerweise auf die Verwaltung von Ressourcen und Budgets durch programmspezifische Maßnahmen und auf die Qualität von Ergebnissen durch klinische Supervision, die Standardisierung von Leistungen, Audits und kollegiale Begutachtungen, damit vordefinierte Zielvorgaben erreicht werden.
- **Koordinierte Leistungen** bezeichnet die Leistungserbringung mit dem Schwerpunkt auf gesundheitliche Bedürfnisse durch horizontale Maßnahmen über kooperierende Versorgungsarten, Einrichtungen und Leistungserbringer hinweg. Dies betrifft auch die erweiterte Rolle von Pflegekräften und den regelmäßigen Informationsaustausch über Patientenbedürfnisse. Koordinierte Leistungen können charakterisiert werden als Steuerung der Güte von Ergebnissen der Leistungserbringung und Bemühungen zur Verbesserung etablierter Prozesse durch regelmäßige Überprüfung von klinischen Maßnahmen und Maßnahmen zum Patientenmanagement sowie Rückmeldungen dazu.
- **Integrierte Leistungen** bezeichnet die Erbringung umfassender, kontinuierlicher, auf die ganze Person ausgerichteter Leistungen durch vollständige Abstimmung über Niveaus der Leistungserbringung mit sozialen Leistungen, die von Teams von Gesundheitsfachkräften erbracht werden, unterstützt durch rechtzeitigen und zuverlässigen Zugang zu Informationen. Das umfasst auch das Management von Ressourcen und Prozessen mit Schwerpunkten auf dem Erreichen optimaler Gesundheitsergebnisse und auf der Patientenerfahrung.

Umsetzungspaket

97. Der Handlungsrahmen wird von einem Ressourcenpaket begleitet, das entwickelt wurde, um die Mitgliedstaaten bei der Durchführung der Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu unterstützen. Das Durchführungspaket enthält analytische Hintergrunddokumente und wissensbezogene Syntheseberichte wie ein Konzeptpapier zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen (60) und themenspezifische Dokumente etwa zu Kompetenzen von Gesundheitspersonal (80), zur Zusammenarbeit mit Patienten und zur Befähigung der Bevölkerung (52) sowie zu Modalitäten für die Rechenschaftslegung bei der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen (74). Die Konsolidierung praktischer Erfahrungen aus erster Hand als empirische Evidenz aus den Ländern wurde auch durch deskriptive Profile von Initiativen zur Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen in einem Kompendium von Fallprofilen und gewonnenen Erkenntnissen (18) und Beurteilungen vermeidbarer Krankenhauseinweisungen bei Erkrankungen dokumentiert, die potenziell ambulant behandelt werden können (97–101).

98. Der Handlungsrahmen wird auch von einem Ressourcenkatalog begleitet, in dem die verfügbaren Modelle, Leitfäden, Materialiensammlungen, Normen, Datenbanken und Handbücher aufgeführt sind, unterteilt nach den festgelegten Handlungsfeldern und wesentlichen Strategien. Ein Glossar wichtiger Begriffe in englischer und russischer

Sprache bietet zugängliche Beschreibungen von Konzepten. Eine Liste der Indikatoren für die Messung der integrierten Versorgung unterstützt auch die Umsetzung des Handlungsrahmens auf der Landesebene.

Wirkungskontrolle

99. Die Messung komplexer Interventionen wie der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen ist mit methodischen Schwierigkeiten verbunden (18,22,102). Bisher besteht kein Konsens über einen bestimmten Indikator oder Rahmen zu ihrer Messung (9). Unabhängig davon gibt es im Zusammenhang mit Kontrollrahmen, die in Verbindung mit Verpflichtungen festgelegt wurden, eine große Vielzahl von Aktivitäten und Berichten/Meldungen zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen und zu Gesundheitsergebnissen. Dazu zählen: das SDG 3, „Gesundheit 2020“ und das kürzlich angenommene globale Rahmenkonzept für eine integrierte bürgernahe Leistungserbringung im Gesundheitswesen²⁶ sowie von Entwicklungspartnern vorangetriebene internationale Initiativen, die auch Bemühungen zur Messung der Güte der primären Gesundheitsversorgung (103), der Qualität der Gesundheitsversorgung (104) und der Leistung von Gesundheitssystemen (105) umfassen.

100. Dieser Handlungsrahmen soll die Meldung der in diesen Verpflichtungen und einschlägigen Arbeiten vereinbarten Messergebnisse fördern, um eine Abstimmung mit laufenden Bestrebungen zu ermöglichen und Überschneidungen zu vermeiden. Zusätzlich soll das Umsetzungspaket zum Handlungsrahmen dazu dienen, frühere Arbeiten des Regionalbüros zur Messung von Krankenhauseinweisungen bei Erkrankungen, die potenziell ambulant behandelt werden können, als ein zusammengesetztes Maß für die Güte der Leistungserbringung im Gesundheitswesen weiter voranzubringen. Bisher resultierte die Entwicklung dieses Maßes in einem Bewertungsrahmen (20) und landesspezifischen Studien (97–101). Wichtig ist, dass sich die sorgfältige Verfolgung von Krankenhauseinweisungen bei Erkrankungen, die potenziell ambulant behandelt werden können, in der Europäischen Region ausschließlich auf bestehende Indikatoren stützt, die von den Mitgliedstaaten bereits regelmäßig gemeldet werden. Die Intensivierung der Messung erfordert deshalb nicht zusätzliche Meldungen, sondern Sorgfalt, damit sichergestellt ist, dass einschlägige Indikatoren gemeldet und entsprechend aktualisiert werden (siehe Anhang, Tabelle 2).

101. Außerdem werden die Fortschritte bei der Umgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen in allen vier Bereichen des Handlungsrahmens durch andere gemeldete Daten, Ad-hoc-Erhebungen und -Bewertungen ergänzt, die Maße wie Ergebnisse und Erfahrungen aus Patientenangaben und die Verteilung zugeteilter gesundheitsbezogener Ressourcen im Zeitverlauf verwenden.

²⁶ Das in der Resolution WHA69.24 angenommene globale Rahmenkonzept schlägt weitere Forschung und Entwicklung zur Bestimmung geeigneter Maße zur Fortschrittskontrolle vor.

Quellenangaben²⁷

1. Gesundheit 2020 – Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
2. Erklärung von Alma-Ata. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1978 (<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>).
3. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Sustainable Development; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>).
4. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/health_financing/documents/towards-better-stewardship/en/).
5. The world health report 2010: health systems financing – the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>).
6. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>).
7. The world health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>).
8. Twelfth general programme of work: not merely the absence of disease. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/en/).
9. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html).
10. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/38; http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html).
11. Die Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>).

²⁷ Alle Quellen wurden am 12. Juli 2016 eingesehen.

12. Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
13. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
14. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>).
15. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv1–3.
16. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv4–8.
17. Roadmap: strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/background-documents/strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-a-roadmap>).
18. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>).
19. From innovation to implementation: eHealth in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>).
20. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/assessing-health-services-delivery-performance-with-hospitalizations-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-2016>).

21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337. doi:10.1136/bmj.a1655.
22. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy summary, No. 11; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>).
23. Stein V, Barbazza ES, Tello J, Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region. *Int J Integr Care*. 2013;13(4). doi:10.5334/ijic.1514/.
24. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health services. *Int J Integr Care*. 2001;1(1).
25. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).
26. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011 (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>).
27. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Report No.: Vol. 7: Care Coordination.
28. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-with-chronic-conditions.-a-health-system-perspective>).
29. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7. doi: 10.1002/14651858. CD003318. pub3.
30. Lê G. The impact of universal health coverage, people centred care and integrated service delivery on key health system outcomes: a literature review in support of the WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.

31. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>).
32. Dolovich LR, Nair KM, Ciliska DK, Lee HN, Birch S, Gafni A et al. The Diabetes Continuity of Care Scale: the development and initial evaluation of a questionnaire that measures continuity of care from the patient perspective. *Health Soc Care Community*. 2004;12(6):475–87.
33. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2007 (http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf).
34. Walker KO, Labat A, Choi J, Schmittiel J, Stewart AL, Grumbach K. Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept. *Int J Integr Care*. 2013;13:e004.
35. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (EUR/RC63/11; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/documentation/working-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>).
36. Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (EUR/RC64/15 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6415-rev.1-european-vaccine-action-plan-20152020>).
37. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).
38. Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014(EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).

39. Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>).
40. van Baal PH, Engelfriet PM, Hoogenveen R, Poos MJ, van den Dungen C, Boshuizen HC. Estimating and comparing incidence and prevalence of chronic diseases by combining GP registry data: the role of uncertainty. *BMC Public Health*. 2011;11:163. doi:10.1186/1471-2458-11-163.
41. Balicer RC, Shadmi E, Lieberman N, Greenberg-Dotan S, Goldfracht M, Jana L et al. Reducing health disparities: strategy planning and implementation in Israel's largest health care organization. *Health Serv Res*. 2011;46(4):1281–99. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01247.x.
42. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M, editors. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (Observatory Studies Series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>).
43. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008;372(9642):950–61. doi:10.1016/S0140-6736(08)61405-1.
44. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int*. 1998;13(2):99–120. doi:10.1093/heapro/13.2.99.
45. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. *Health in all policies in the European Union and its member states*. Brussels: European Commission; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf).
46. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-prospects-and-potentials>).
47. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr*. 2006;24(1):113–20 (<http://www.bioline.org.br/pdf?hn06016>).
48. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3). doi:10.1002/14651858.CD002990.pub3.

49. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1). doi:10.1002/14651858.CD004107.
50. Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D et al. Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews. Bristol, UK: National Institute for Health Research; 2012 (<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/primaryhealthcare/migrated/documents/unplannedadmissions.pdf>).
51. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. (Policy brief; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pre-2009/where-are-the-patients-in-decision-making-about-their-own-care-who-europe-2008>).
52. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/engaging-patients,-carers-and-communities-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-strategies-and-tools-2015>).
53. Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>).
54. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JAMA.* 2000; 284(13):1709. doi:10.1001/jama.284.13.1709-JMS1004-6-1.
55. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ.* 2000;320(7234): 526–527. doi:10.1136/bmj.320.7234.526.
56. Schattner A. The silent dimension: expressing humanism in each medical encounter. *Arch Intern Med.* 2009;169(12):1095–9. doi:10.1001/archinternmed.2009.103.
57. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159–66.
58. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219–21. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
59. Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res.* 2002;37(4):1031–54. doi:10.1034/j.1600-0560.2002.64.x.

60. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).
61. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
62. Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2011 (Renewing Primary Health Care in the Americas series, No.4; http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=7066&Itemid=40976&lang=en).
63. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325(7370):925. doi:10.1136/bmj.325.7370.925.
64. Bindman AB, Weiner JP, Majeed A. Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):132–45. doi:10.1377/hlthaff.20.3.132.
65. Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health*. 2015;21(4):391–408. doi:10.1071/PY14172.
66. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract*. 2007;57(538):364–70.
67. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006;114(23):2466–73. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.638122.
68. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2001;18(1):21–6.
69. Yarnall KS, Østbye T, Krause K, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59.
70. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>).

71. Wendt D. Health system rapid diagnostic tool: framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions. Durham, USA: FHI 360; 2012. (<https://www.fhi360.org/resource/health-system-rapid-diagnostic-tool>).
72. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press; 2008.
73. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf).
74. Suter E, Mallinson S. Accountability for coordinated/integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/accountability-for-coordinatedintegrated-health-services-delivery>).
75. Barbazza E, Tello J. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy. 2014;116(1):1–11. doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.007.
76. Taylor R, Christian J. The role of public-private partnerships in health systems strengthening: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2016. doi:10.17226/21861.
77. Custers T, Klazinga NS, Brown AD. Increasing performance of health care services within economic constraints: working towards improved incentive structures. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007;101(6):381–8.
78. van Stolk C, Bjornsson G, Goshev S. Provider incentives in social protection and health: a selection of case studies from OECD countries. Cambridge, UK: RAND Europe; 2010 (https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2010/RAND_WR779.pdf).
79. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>).
80. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2015/strengthening-a-competent-health-workforce-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-2015>).

81. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
82. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, Sumskas L, Otok R, Bjegovic-Mikanovic V et al. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum-a consensus study. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):850–6. doi:10.1093/eurpub/ckt158.
83. Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
84. The world health report 2000: health systems – improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
85. van Olmen J, Criel B, Damme WV, Marchal B, Belle SV, Dormael MV et al. Analysing health systems to make them stronger. In: *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 27. Antwerp: ITG Press; 2010 (<http://www.itg.be/itg/generalsite/infservices/downloads/shsop27.pdf>).
86. Eurohealth special issue: priorities for health systems strengthening in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/news/news/2016/06/new-eurohealth,-special-issue-on-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region>).
87. Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/publications/2015/access-to-new-medicines-in-europe-technical-review-of-policy-initiatives-and-opportunities-for-collaboration-and-research-2015>).
88. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems: assessment guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide-2014>).
89. Howitt P, Darzi A, Yang GZ, Ashrafian H, Atun R, Barlow J et al. Technologies for global health. *Lancet*. 2012;380(9840):507–35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61127-1.

90. Health technology assessment of medical devices. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO medical device technical series; <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21560en/>).
91. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13(Spec No):16–23.
92. Connecting for health: global vision, local insight. Report for the World Summit on the Information Society. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/ehealth/resources/wsis_report/en/).
93. Transforming care: reporting on health system improvement. New York: Commonw Fund; 2016 (<http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/transforming-care/2016/march/sidebar>).
94. Crisp N, Berwick D, Kickbusch I, Bos W, Antunes JL, Barros PP et al. The future for health: everyone has a role to play. Report of the Commission on the Future of Health in Portugal chaired by Lord Nigel Crisp. Lisbon: Calouste Gulbenkian Foundation; 2014 (<https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/Full-Report-The-Future-for-Health.pdf>).
95. Minkman MM. Developing integrated care: towards a development model for integrated care. *Int J Integr Care*. 2012;12.
96. Valentijn PP, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13(22).
97. Ambulatory care sensitive conditions in Kazakhstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/publications3/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-kazakhstan-2015>).
98. Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>).
99. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-latvia-2015>).
100. Ambulatory care sensitive conditions in Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-germany-2015>).
101. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/portugal/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-portugal-2016>).

102. Tsiachristas A. Payment and economic evaluation of integrated care. *Int J Integr Care*. 2015. doi:10.5334/ijic.2009.
103. PHCPI. The primary health care performance initiative [website]. 2015. (<http://www.phcperformanceinitiative.org/about-us/about-phcpi>).
104. Health care quality indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI).
105. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting on 9 and 10 December 2013. In: *Official Journal of the European Union*. Brussels: Council of the European Union; 2013. (Report No.: 376/05, p.3; [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221(01))).
106. European health for all database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://data.euro.who.int/hfadb/>).

Anhang: Anwendung des Handlungsrahmens

Tabelle 1: Prüfliste wesentlicher Strategien nach Handlungsfeld und Bereich

Bereich	Handlungsfelder	Wesentliche Strategien
Bereich 1: Bevölkerungs- ebene und individuelle Ebene	Bestimmung von Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> Stratifizierung der gesundheitlichen Bedürfnisse und Risiken <input type="checkbox"/> Planung von Maßnahmen auf der Grundlage von Evidenz
	Ansetzen an den Determinanten von Gesundheit	<input type="checkbox"/> Bestimmung der Determinanten von Gesundheit <input type="checkbox"/> Kartierung der außerhalb der Gesundheitsversorgung benötigten Unterstützung
	Befähigung der Bevölkerung	<input type="checkbox"/> Schutz von Rechten und Förderung gemeinsamer Verantwortlichkeiten <input type="checkbox"/> Ermöglichung mündiger Entscheidungen <input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheitskompetenz <input type="checkbox"/> Unterstützung der Förderung der Gesundheit der Gemeinschaft
	Einbindung der Patienten	<input type="checkbox"/> Unterstützung der Selbstbewältigung bei den Patienten <input type="checkbox"/> Unterstützung der Mitwirkung von Patienten an Entscheidungsprozessen <input type="checkbox"/> Stärkung der gegenseitigen Unterstützung unter Patienten <input type="checkbox"/> Unterstützung der Familien und Betreuer der Patienten
Bereich 2: Leistungserbringungs- verfahren	Gestaltung der Versorgung über den gesamten Lebensverlauf	<input type="checkbox"/> Einbeziehung von Leistungen entlang eines breiten Kontinuums <input type="checkbox"/> Standardisierung von Praktiken <input type="checkbox"/> Gestaltung von Versorgungspfaden <input type="checkbox"/> Zielgenaue Ausrichten der Patientenversorgung
	Sortierung von Leistungserbringern und Umfeldern	<input type="checkbox"/> Einführung neuer bzw. Neuausrichtung bestehender Umfeldern <input type="checkbox"/> Strukturierung von Praktiken für einen fachübergreifenden Ansatz <input type="checkbox"/> Überprüfung der Aufgaben und des Aktionsradius von Leistungsanbietern <input type="checkbox"/> Förderung des Informationsaustauschs
	Steuerung der Leistungserbringung	<input type="checkbox"/> Gewährleistung angemessener Mittel <input type="checkbox"/> Herstellung sinnvoller Kontakte zwischen allen maßgeblichen Akteuren <input type="checkbox"/> Einführung eines ergebnisorientierten Ansatzes
	Verbesserung der Leistung	<input type="checkbox"/> Stärkung der klinischen Governance <input type="checkbox"/> Schaffung eines Systems für lebenslanges Lernen
Bereich 3: Befähigende Faktoren im System	Neuordnung der Rechenschaftslegung	<input type="checkbox"/> Zuweisung klarer Mandate <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Ressourcen und Instrumenten <input type="checkbox"/> Gewinnung von Erkenntnissen über die Leistungsfähigkeit
	Gestaltung von Anreizen	<input type="checkbox"/> Steuerung der Zuteilung von Mitteln für Einkäufer <input type="checkbox"/> Verknüpfung der Mechanismen für die Vergütung von Leistungserbringern an die Bewertung der Leistungserbringung <input type="checkbox"/> Einführung von Anreizen für die Patienten
	Bereitstellung kompetenten Gesundheitspersonals	<input type="checkbox"/> Anwerbung und Ausrichtung auf der Grundlage der Kompetenz <input type="checkbox"/> Sicherstellung eines unterstützenden Praxiseumfelds <input type="checkbox"/> Aufbau einer fortlaufenden beruflichen Entwicklung
	Förderung des verantwortungsbewussten Gebrauchs von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Sicherstellung der Standardisierung zugunsten verantwortungsbewussten Gebrauchs <input type="checkbox"/> Verbesserung der Prozesse in Bezug auf Verschreibung, Ausgabe und Verabreichung <input type="checkbox"/> Unterstützung der Personalisierung von Arzneimitteln
	Innovation der Gesundheitstechnik	<input type="checkbox"/> Unterstützung der Anwendung neuer Technik <input type="checkbox"/> Forschung für die Optimierung von medizinischen Hilfsmitteln
	Durchgehende Einführung von e-Gesundheit	<input type="checkbox"/> Förderung der Interoperabilität und benutzerfreundlicher Plattformen <input type="checkbox"/> Gewährung des sicheren Zugang zu Gesundheitsdaten

Bereich 4: Veränderungs- steuerung	Strategische Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt	<input type="checkbox"/> Einführung von Gesetzen und Vorschriften <input type="checkbox"/> Einbeziehung von Akteuren <input type="checkbox"/> Entwicklung eines geplanten Ansatzes
	Durchführung der Umgestaltung	<input type="checkbox"/> Durchführung von Pilotprojekten <input type="checkbox"/> Entwicklung einer Beteiligungskultur <input type="checkbox"/> Erleichterung der Kommunikation
	Ermöglichung dauerhafter Veränderungen	<input type="checkbox"/> Aufbau von Koalitionen <input type="checkbox"/> Förderung der Widerstandskraft <input type="checkbox"/> Aktivierung von Hebeln für die Ausrichtung von Veränderungen

Kasten 1: Instrument für die Zuordnung von Entwicklungsstufen der Leistungserbringung

Entwicklungsstufen der Leistungserbringung

Das Kontinuum der Entwicklung der Leistungserbringung kann mit Hilfe von vier Hauptstufen beschrieben werden, die von der konventionellen Versorgung über die krankheitsorientierte Versorgung bis zu koordinierten Leistungen und schlussendlich integrierten Leistungen reichen. Diese Stufen können entsprechend den Kernprozessen der Leistungserbringung charakterisiert werden, die durch die Gestaltung der Versorgung, die Sortierung der Leistungserbringer, die Steuerung des Leistungsangebots und die kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit definiert sind. Wenngleich der Erfolg jeder Stufe letztlich davon abhängt, dass sie mit anderen befähigenden Faktoren im Gesundheitssystem zusammenwirkt, erfolgt die nachstehende Zuordnung der Stufen ausschließlich aus dem Blickwinkel der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Unabhängig davon beeinflusst die Schaffung der unterstützenden Bedingungen im Gesundheitssystem unweigerlich den Übergang von einer Stufe zur nächsthöheren.

Merkmale der Leistungserbringung im Gesundheitswesen nach Entwicklungsstufe

Reformphasen für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen	Konventionelle Versorgung	Krankheitsorientierte Versorgung	Koordinierte Leistungen	Integrierte Leistungen
Gestaltung der Versorgung	Selektive primäre Gesundheitsversorgung Hausarztmodell, schmales Leistungspaket, konkrete Gesundheits- oder Gruppenbedürfnisse	Krankheitsmanagement Schwerpunkt prioritäre Krankheiten, Leistungspaket diktiert durch prioritäre Krankheiten	Versorgungsmanagement Schwerpunkt auf Gesundheitsbedürfnisse, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung;	Ganze Person Umfassende, stetige Gesundheits- und Sozialleistungen im gesamten Lebensverlauf
Organisation der Anbieter	Vertikal Gesonderte primäre, sekundäre und tertiäre Versorgungsebenen, konzentriert auf Arzt und Spezialisten; fragmentierte Gesundheitsdaten	Verknüpfungen Vertikale Organisation mit Augenmerk auf Verknüpfungspunkte im Übergang der Versorgung; auf den Spezialisten zugeschnittene, patientenspezifische Daten für klinische Zwecke	Horizontal Kooperation in und zwischen den Versorgungsebenen; örtliches Nebeneinander von Anbietern und erweiterte Rolle des Pflegepersonals, Datenaustausch für das Patientenmanagement	Kooperativ Teamarbeit zwischen Gesundheitswesen und anderen Bereichen, multidisziplinäre Teams, vereinheitlichter Zugang zu Gesundheitsdaten für Anbieter und Einzelpersonen
Steuerung des Leistungsangebots	Steuerung der Produktion Zentralisierte Mittelzuweisung und Entscheidungsfindung von oben nach unten	Management der Ressourcen Budgetierung von Einzelposten und programmspezifischen Maßnahmen	Leistungssteuerung Ergebnisorientierter Schwerpunkt auf Effizienz und Qualität	Ergebnissteuerung Für Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit

Kontinuierliche Leistungsverbesserung	Qualität der Inputs	Qualität der Outputs	Qualität der Verfahren	Qualität der Ergebnisse
	Schwerpunkt auf Zulassung von Gesundheitspersonal, rationalem Einsatz von Arzneimitteln und Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen	Schwerpunkt auf Standardisierung von Leistungen, Supervision, klinische Audits und kollegiale Begutachtungen	Schwerpunkt auf Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung von klinischen Maßnahmen und Maßnahmen zum Patientenmanagement sowie entsprechender Rückmeldungen	Optimierung der mittelbaren und endgültigen Ergebnisse, klinische Governance und Patientenerfahrung

Kasten 1: (Forts.)

Stufen und prioritäre Grundsatzmaßnahmen				
<p>Indem den unterschiedlichen Charakteristika von Prozessen zur Umgestaltung der Leistungserbringung Werte aus einem Kontinuum von 1 (für Eigenschaften der konventionellen Versorgung) bis 4 (für Eigenschaften integrierter Leistungen) zugewiesen werden, wird ein zusammengesetzter Wert für die Entwicklungsstufe bestimmt. Dieser kombinierte Wert für das relative Maß eines vorgegebenen Kontextes zu jedem Charakteristikum der Leistungserbringung kann verwendet werden, um Grundsatzmaßnahmen und die Veränderungssteuerung zu priorisieren.</p>				
Skala zur Bestimmung von Stufen und prioritären Grundsatzmaßnahmen				
Stufen	Konventionelle Versorgung	Krankheitsorientierte Versorgung	Koordinierte Leistungen	Integrierte Leistungen
Werte	≤ 4	≥ 5 ≤ 8	≥ 9 ≤ 12	≥ 13
Prioritäre Grundsatzmaßnahmen	<p>Umgestaltung des Versorgungsmodells, um die Bürger in den Mittelpunkt zu rücken</p> <p>Priorisierung der Anstrengungen zur Entwicklung eines auf Erkenntnissen beruhenden Verständnisses der gesundheitlichen Bedürfnisse und der Risiken auf der Ebene der Bevölkerung; Arbeit zur Ermittlung und Dokumentation der maßgeblichen Gesundheitsdeterminanten und Wechsel der Ausrichtung von Leistungen von einem Schwerpunkt auf Einsatzmittel zur Platzierung der Bürger in den Mittelpunkt der Versorgung</p>	<p>Optimierung der Kernprozesse der Leistungserbringung im Gesundheitswesen</p> <p>Priorisierung der weiteren Ausdehnung des Leistungspakets und Standardisierung von Praktiken; Neuausrichtung von Pfaden an Bedürfnissen; Strukturierung der Sortierung der Leistungserbringer und Versorgungsumfelder zur erleichterten Abstimmung; Stärkung der klinischen Steuerung und eines Systems lebenslangen Lernens</p>	<p>Ausrichtung anderer befähigender Funktionen des Gesundheitssystems</p> <p>Sicherstellung klarer Mechanismen für die Rechenschaftslegung mit den auf der subnationalen Ebene etablierten benötigten Instrumenten und Instrumenten; der Abstimmung der Anreize für die Leistungserbringer mit der Ausgestaltung der Leistungen; eines etablierten Zyklus für die Entwicklung eines Bestands an kompetentem Gesundheitspersonal; und der rationelle Gebrauch von Arzneimitteln sowie die durchgehende Einführung von e-Gesundheit</p>	<p>Stärkung der Integration mit anderen Politikbereichen</p> <p>Priorisierung der Stärkung substanzieller Zusammenarbeit zwischen Politikbereichen und der Modalitäten für die Rechenschaftslegung zugunsten klarer Rollen und der Nutzung von Erkenntnissen über die Leistung; der umfassenden Einbeziehung der Patienten und der Befähigung der Bevölkerung durch Messung individueller Erfahrungen</p>

Veränderungssteuerung	Schwerpunkt auf die strategische Ausrichtung von Veränderungen mit den Bürgern im Mittelpunkt unter Einbeziehung eines breiten Spektrums von Akteuren von Beginn an	Schwerpunkt auf die Durchführung von Umgestaltungsprozessen, die durch Pilotprojekte und eine Kultur starker Beteiligung den Status quo in Frage stellen	Schwerpunkt auf die Abstimmung von Systemveränderungen mit den Leistungserbringungsverfahren durch Anstrengungen über die verschiedenen Bereiche hinweg und den Aufbau von Koalitionen	Schwerpunkt auf die durchgehende Einführung der Umgestaltung und ihre Aufrechterhaltung mit einem Übergang von projektspezifischen Veränderungen zu einem neuen Status quo
<p>Anwendung</p> <p>Beispielsweise kann ein Land mit dem Schwerpunkt Bereitstellung eines breiten Leistungsspektrums über krankheitsspezifische Programme hinaus, das noch nicht alle sozialen und sonstigen Versorgungsbedürfnisse befriedigt, aber Verknüpfungen über unterschiedliche Versorgungsebenen herstellt und sich auf Leistungsverbesserungen konzentriert und dabei auf Prozesse statt auf Ergebnisse achtet, in dem Kontinuum als Land auf der Stufe koordinierter Leistungen dargestellt werden. Zu jeder Eigenschaft der Leistungserbringung im Gesundheitswesen können Möglichkeiten für weitere Verbesserungen bestimmt werden, beispielsweise die stärkere Ausdehnung des Versorgungsmodells, die bessere Abstimmung mit anderen Politikbereichen und Verbesserungen mit dem Schwerpunkt auf optimale gesundheitliche Ergebnisse. Die Bewertung legt nahe, dass zur Konsolidierung und Aufrechterhaltung der Leistungsumgestaltung die Abstimmung der Systembedingungen priorisiert werden muss.</p>				

Tabelle 2: Indikatoren für regelmäßige Meldungen in der Datenbank „Gesundheit für alle“

Kode	Indikator
2450	Krankenhausentlassungen, Kreislauferkrankungen pro 100 000 EW
2460	Krankenhausentlassungen, ischämische Herzerkrankungen pro 100 000 EW
2480	Krankenhausentlassungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen pro 100 000 EW
2500	Krankenhausentlassungen, Atemwegserkrankungen pro 100 000 EW
2520	Krankenhausentlassungen, Erkrankungen des Verdauungssystems pro 100 000 EW

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (106).