

Neue Ansätze für die Integrierte Versorgung in der WHO Europaregion

VIKTORIA STEIN,
ELKE JAKUBOWSKI

Dr. K. Viktoria Stein ist Consultant im Coordinated/Integrated Health Services Delivery Team im Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen

Dr. med. Elke Jakubowski (M.Sc.) ist Kommissarische Programmleiterin Public Health, im Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen

Das WHO Regionalbüro für Europa hat in den letzten zwei Jahren wichtige Impulse für die integrierte Versorgung in der Europäischen Region gesetzt. Dabei soll das aktuelle Rahmenprogramm „Gesundheit 2020“ eine neue Leitvision für nationale Gesundheitsstrategien und Gesundheitsziele vermitteln. Zur Umsetzung wird ein neues Konzept einer integrierten Versorgung in den Ländern der Europäischen Region vorgestellt, um nicht nur in der medizinischen primärärztlichen Versorgung eine bessere Verzahnung der Behandlungsformen und der Prävention von Erkrankungen zu erreichen, sondern auch die notwendigen Verbindungen zu anderen gesundheitsrelevanten Bereichen zu definieren. In dieses Konzept fließt der Europäische Aktionsplan für Public Health ein, der in der WHO Regionalversammlung im Jahre 2012 verabschiedet wurde.

1. Gesundheit 2020 – ein neues europäisches Rahmenkonzept

In einer sich unablässig verändernden Welt bedeuten Globalisierung und Digitalisierung ebenso wie technologische Fortschritte und neue Arzneimittel für Politikerinnen und Politiker, Gesundheitsdienstleister, Patientinnen und Patienten, sowie Bürgerinnen und Bürger beständig neue Herausforderungen. Wie hinreichend bekannt ist, sind die traditionellen Systeme der Gesundheitsversorgung für die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten und Mehrfacherkrankungen nicht ausreichend gerüstet und müssen dringend reformiert werden. Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention liegen in den meisten Ländern der Europäischen Region unter 3 Prozent der Gesamtausgaben. Hinzu

kommt der zunehmende Druck durch steigende Gesundheitskosten auf die Gesundheitsbudgets, welcher durch die Wirtschaftskrise in vielen Mitgliedsländern der Europäischen Region noch verstärkt wird. In Anerkennung dieser Herausforderungen haben die Mitgliedstaaten auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa das neue Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden „Gesundheit 2020“ angenommen, das strategische Richtungen vorgibt und den Mitgliedstaaten sowie dem WHO Regionalbüro für Europa vier vorrangige Handlungsfelder aufzeigt (WHO Regionalbüro für Europa 2012 a):

Vorrangiger Bereich 1:

Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufsansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen

Vorrangiger Bereich 2:

Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen in der Region: übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten

Vorrangiger Bereich 3:

Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen; Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler

Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist ein integraler Bestandteil des Rahmenkonzepts Gesundheit 2020 und neben dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Angebote und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit („Public Health“) eine der tragenden Säulen für dessen Umsetzung (WHO Regionalbüro für Europa 2012b). Umgekehrt bestärkt und belebt das Rahmenkonzept Gesundheit 2020 die Zusagen aus der Charta von Tallinn¹, indem es auf ihnen aufbaut und weitere Maßnahmen in komplexen Feldern wie der Politiksteuerung, den sozialen Determinanten der Gesundheit und den gesundheitlichen Ungleichgewichten begründet. Es bekräftigt zudem Werte wie Solidarität und Versorgungssicherheit, und bringt neue auf die Tagesordnung, indem es etwa den Menschen und die Menschenrechte in den Mittelpunkt stellt:

a) Integrierte Versorgung als Leitmodell für die WHO

Diese Grundsätze eines Lebensverlaufsansatzes (lifecourse approach), der Einbindung und Stärkung von Individuen und Gemeinschaften, sowie die Stärkung der Public Health Dienstleistungen und Kapazitäten finden sich auch in der integrierten Versorgung als Organisationsprinzipien wieder. Der Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit bietet mit seinen 10 grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen bzw. den „essentiellen Public Health Funktionen“ den Rahmen für eine Neuorientierung und eine Stärkung der öffentlichen Gesundheit (WHO Regionalbüro für Europa 2012b). Unter die fünf Kernfunktionen fallen Gesundheitsinformationen, Überwachung, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und

Prävention. Optimierende Funktionen sind beispielsweise Organisation und Finanzierung, Regulierung/Steuerung/Führung, Forschung, und die Gewinnung und Optimierung von geeignetem Fachpersonal für Public Health. Auf der Basis von bilateralen Kooperationsverträgen mit den einzelnen Mitgliedsländern analysiert das WHO Regionalbüro die Umsetzung dieser Funktionen im Sinne einer Checkliste in den Ländern und berät die Regierungen wie sie die Public Health Funktionen stärken können. Beispiele für derzeitige kooperative Projekte sind die Entwicklung von Aktionsplänen für Public Health in Griechenland und Mazedonien und die Reorganisation von Public Health Institutionen in Slowenien und Moldawien. Auch im Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk von 10 Ländern ist die WHO ein wichtiger Partner in der Zusammenarbeit für die Stärkung von Public Health. Im Bereich von Prävention schließt sich der Kreis zu dem neuen Konzept für die integrierte Versorgung der WHO.

Als ein Konzept, dass Gesundheits- statt Krankheitsmanagement propagiert, auf den gesundheitlichen Stärken und nicht allein auf den Defiziten aufbaut, und die Bedürfnisse und Anforderungen der Menschen in den Vordergrund stellt, rückt die integrierte Versorgung nach eineinhalb Jahrzehnten auch an anderen Orten immer öfter in den Fokus der Gesundheitssysteme (Goodwin 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht integrierte Versorgung als einen wichtigen Ansatz, um qualitativ hochwertige und menschen-zentrierte Gesundheitsversorgung als Brücke zwischen Gesundheitsförderung, Prävention, und Behandlung zu vermitteln, und so das Ziel von universeller Gesundheitsversorgung (universal health coverage), zu erreichen. In diesem Sinne arbeitet die WHO derzeit an einer globalen Strategie, um ihre Mitgliedsländer und die eigene Arbeit mit einem evidenz-basierten Ansatz bei der Beantwortung der aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen zu unterstützen.

b) Die Relevanz der integrierten Versorgung für die WHO Europaregion

Nach wie vor besteht eine deutliche Ungleichverteilung in dem Gesundheitsstatus der Bevölkerungen in den

Mitgliedsländern der Europäischen Region. Die standardisierte Todesrate an Herz-Kreislaufkrankungen nimmt zum Beispiel in den EU Mitgliedsländern insgesamt seit den neunziger Jahren des letzten Jahrtausend ab, bleibt jedoch in den neuen EU Mitgliedsländern auf höherem Niveau im Vergleich zu den alten EU Mitgliedsländern. In den neuen unabhängigen Ländern der ehemaligen Sowjetunion nimmt die standardisierte Todesrate dahingegen erst seit 2005 ab und ist nach wie vor auf vergleichsweise hohem Niveau (Abbildung 1).

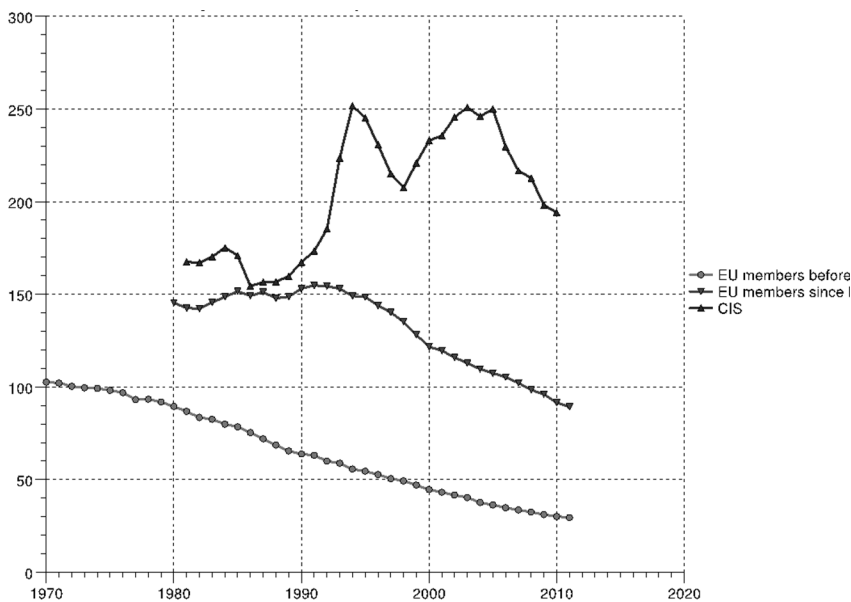
Auch die Unterschiede innerhalb der Länder sind zum Teil erheblich. Ein Grund für diese Ungleichgewichte ist mit dem unterschiedlichen Zugang und der Qualität von gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu erklären.

Die stärkere Koordination und Integration von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen ist kein Selbstzweck, sondern ein Mittel um eine bessere Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu erzielen. In den 53 Mitgliedsländern der WHO Europaregion sind dahingehend bereits eine beachtliche Anzahl an Projekten und Initiativen entstanden, die auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden. Sehr gute Beispiele sind hier unter anderem die lokalen „Integrated Care Pilots“ in Nord West London (Greaves et al. 2013), oder das regionale „Eastern Lithuania Cardiology Project“ (Laucevičius et al. 2005). Auf nationaler Ebene zeigen die spanische „Strategie zur Bekämpfung der Chronifizierung von Krankheiten“ (Bengoa 2013) oder die kroatische eHealth Strategie (Varga 2013), zur Vernetzung des niedergelassenen Bereichs mit dem Krankenhaussektor in einem gemeinsamen IT-System, dass auch bundesweite Anstrengungen von Erfolg gekrönt sein können.

Trotzdem gibt es noch viele, altbekannte, Hürden zu nehmen, um Gesundheits- und Pflegedienstleistungen tatsächlich menschen-zentriert zu gestalten. Nach wie vor fehlt es an klar definierten und überprüfbareren Zielen.

1 Mit der „Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ (2008) bekannten sich die Mitgliedstaaten der WHO Europaregion unter anderem dazu, „in die Gesundheitssysteme zu investieren und Investitionen in alle anderen für die Gesundheit relevanten Politikbereiche zu fördern.“ Seitdem haben die Mitgliedstaaten ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Leistungssteigerung ihrer Gesundheitssysteme eingesetzt.

Abbildung 1: Standardisierte Todesrate an kardiovaskulären Erkrankungen in der Europäischen Region der WHO (WHO Europa. Europäische Gesundheit für Alle Datenbank. Juli 2013)



a) Gesundheitsdienstleistungen neu denken

Dieser Wandel hin zu einem holistischen Denken und Planen von Gesundheitssystemen bedingt eine grundlegende Änderung in der Art und Weise, wie Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden. Wichtiger Bestandteil dieses Umdenkens ist das Prinzip, den Menschen und seine Ansprüche und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen (NHS Scotland 2010, The King's Fund 2010, Bengoa 2013). Dafür, und auf Basis der oben dargelegten Grundsatzdokumente der WHO Europa, wird derzeit ein Aktionsrahmen für Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen (Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery) für die WHO Europaregion erarbeitet.

Integrierte Gesundheitsversorgung wird dabei als ein Mittel zum Zweck gesehen, um eine qualitativ hochwertige, an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete und eine die Gesundheit fördernde und präventiv orientierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und dadurch bessere Gesundheitsergebnisse (health outcomes) zu erreichen. Aufgebaut ist die Entwicklung dieses Aktionsrahmens, auf den mannigfaltigen Aktivitäten, die in vielen der 53 Mitgliedsländer der WHO Europaregion bereits getätigt werden. Diese Initiativen der integrierten Gesundheitsversorgung werden auf allen Ebenen, lokal, regional und national, umgesetzt. Doch vielen Ansätzen und Initiativen fehlt nach wie vor die langfristige und nachhaltige Perspektive. Und selbst wenn es nachweisbare Erfolge in der Gesundheitsversorgung, der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten oder den medizinischen Ergebnissen gibt, gelingt der Transfer in die Standardversorgung oder die Übertragung auf andere Ebenen und Regionen nur in den seltensten Fällen. Auch sind die Investitionen für die Prävention von Erkrankungen im Zuge der Finanzkrise in den letzten Jahren deutlich gesunken. Der Aktionsrahmen für Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen soll hier Abhilfe schaffen, und wird auf Wunsch der 53 Mitgliedsländer entwickelt, die kontextspezifische, evidenzbasierte Ansätze benötigen, um einen nachhaltigen Systemwandel in Richtung koordinierter, integrierter Gesundheitsversorgung einleiten zu können. Dazu benötigen sie des weiteren adäquate Implementierungsmechanismen,

Evaluierung und Monitoring werden, wenn überhaupt, meist erst nachträglich eingeplant, und partizipative Ansätze bei der Planung und Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle kommen nur selten zum Einsatz. All dies führt zu suboptimalen Ergebnissen und lässt die Überführung von lokalen Projekten in die Standardversorgung oder die Übertragung auf andere Regionen oft scheitern. Oft fehlen zu einer System-weiten Umsetzung des Weiteren die juristischen und gesetzlichen Voraussetzungen, aufeinander abgestimmte Anreizsysteme, institutionelle Voraussetzungen, sowie entsprechend ausgebildete und vorbereitete Fachkräfte (WHO Regionalbüro für Europa 2013).

Die große Vielfalt an Ansätzen und Modellen trägt der Tatsache Rechnung, dass integrierte Versorgung aus der Praxis entstanden ist, und sich nicht so einfach in einen theoretischen Rahmen pressen lässt. Diese Flexibilität und Diversität sind auch ihre große Stärke, und ein wichtiges Merkmal, wenn integrierte Versorgung als Teil einer nationalen Gesundheitsreform umgesetzt werden soll.

2. Ein Aktionsrahmen für Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen

Mit der „Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ (2008) bekannten sich die Mit-

gliedstaaten der WHO Europaregion unter anderem dazu, „in die Gesundheitssysteme zu investieren und Investitionen in allen anderen für die Gesundheit relevanten Politikbereichen zu fördern.“ Außerdem bekräftigt die Charta, dass Gesundheitssysteme über die Behandlungen von Erkrankungen hinausgehen und die Prävention von Erkrankungen und Gesundheitsförderung einschließen. Seitdem haben die Mitgliedstaaten ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Leistungssteigerung ihrer Gesundheitssysteme eingesetzt.

Im Rahmen von Gesundheit 2020 wird, wie bereits erwähnt, ein großes Augenmerk auf die Stärkung der Gesundheitssysteme gelegt, und dabei betont, dass es die herausragende Verantwortung eines Gesundheitssystems ist, Dienstleistungen zu erbringen, die die Gesundheit von Individuen und Gemeinschaften verbessern, erhalten oder wieder herstellen. Gemeinsam betonen diese beiden wegweisenden Dokumente, dass Gesundheit nicht ausschließlich in der Verantwortung eines Gesundheitssystems liegt, sondern wichtiger Bestandteil in allen politischen und gesellschaftlichen Überlegungen sein muss (health in all policies, „whole of Society“ und „whole of Government“ Ansätze). Nur so wird das volle Potential an Gesundheit und Wohlstand einer Gesellschaft und ihrer Mitglieder erreicht werden.

welche diesen Wandel vollziehen helfen. Zur Entwicklung des Aktionsrahmens wurde ein partizipativer und iterativer Ansatz gewählt, der die verschiedenen Akteure, wie zum Beispiel Patientenorganisationen, Berufsverbände, politische Vertreter und Leistungserbringer, in den Entwicklungsprozess einbindet, und auf drei Säulen basiert. (WHO Regionalbüro für Europa 2013)

b) Die drei Säulen des Aktionsrahmens für Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen

Der Aktionsrahmen für Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen orientiert sich an folgenden drei Leitfragen, die beantwortet werden sollen:

Was sind Koordinierte/Integrierte Gesundheitsdienstleistungen und wie können sie operationalisiert werden, um zur Stärkung des Gesundheitssystems beizutragen?

Diese Frage korrespondiert mit der ersten Säule des Aktionsrahmens, in der ein Konzeptpapier entwickelt wird, welches die aktuelle Evidenz und wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema integrierte Gesundheitsversorgung zusammenfasst. Zugrunde liegt dem Konzept die WHO Europa –Definition, was integrierte Versorgung ist, nämlich das Design, Management und die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, so dass Menschen ein Kontinuum an Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Prävention durch die verschiedenen Ebenen und Settings der Versorgung ebenso erhalten, wie Diagnose, Behandlung und Langzeitversorgung, Rehabilitation und Palliativversorgung, basierend auf ihren Bedürfnissen. (WHO Regionalbüro für Europa 2013) Diese Definition beinhaltet das Verständnis der WHO, dass Public Health ein fundamentaler Bestandteil des Gesundheitssystems ist, und platziert Menschen – ob Individuen oder Bevölkerungen bzw. Bevölkerungsgruppen – und nicht ausschließlich die Patientin oder den Patienten, in den Mittelpunkt des Interesses.

Um diese Ansprüche umsetzen zu können, bedarf es intersektoraler und inter-ministerieller Ansätze, um zum Beispiel soziale Dienste, Bildungsagenten und rechtliche Rahmenbedingungen anzupassen. Illustriert wird dieser Ansatz

eindrücklich durch die Strategie des Basenlandes, das im Rahmen eines umfassenden Reorganisationsprozesses zwar auf politischer Ebene die Ziele zur Bekämpfung der Chronifizierung von Krankheiten vorgegeben hat. (Bengoa 2013) Der eigentliche Planungs- und Umsetzungsprozess erfolgte jedoch lokal, unter Einbeziehung aller betroffenen Berufsgruppen und communities kann man hier nicht mit Gemeinden übersetzen, eher lokaler Interessensgruppen. Wichtiger Grundsatz war dabei der Lebensverlaufsansatz, der auch bedingt, dass man bereits bei der Erhaltung der Gesundheit bei gesunden Menschen anfangen muss, um langfristig erfolgreich gegen chronische Krankheiten ankämpfen zu können. Dieses Beispiel spiegelt hervorragend den holistischen Ansatz der WHO wieder, der auch in der Definition der integrierten Gesundheitsversorgung seinen Niederschlag findet.

Welche Erfahrungen haben die WHO Mitgliedsländer in der Umsetzung integrierter Gesundheitsversorgung bis jetzt gesammelt und wie können diese Lehren in anderen Kontexten eingesetzt werden?

Die zweite Säule beschäftigt sich mit der Dokumentation und Analyse der bereits vorhandenen Felderfahrungen, die in den meisten der 53 Mitgliedsländer mit der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen bereits gemacht wurden. Einerseits soll die Vielfalt der zum Einsatz gebrachten Methoden beschrieben werden, andererseits soll die Analyse der dabei gesammelten Lehren dazu dienen, Empfehlungen zu formulieren, die für alle Mitgliedsländer relevant

sind. Die Dokumentation erfolgt mittels einer Onlineumfrage, deren erste Welle mit Ende des Jahres 2013 abgeschlossen wurde. Eine zweite Erhebungsphase läuft nun noch bis 14. März 2014 über die Homepage der WHO Europaregion. Bis zum Stichtag 31.12.2013 wurden über 200 Initiativen aus 34 Ländern eingereicht, die bereits das gesamte Spektrum der integrierten Versorgung abdecken. 58% der bis dato eingereichten Initiativen laufen auf lokaler oder regionaler Ebene, 38% dokumentieren nationale Bemühungen, und 4% werden sogar EU-weit oder grenzüberschreitend organisiert. (WHO Regionalbüro für Europa 2014, unveröffentlicht)

Mittels vertiefender Fallstudien, Interviews mit Patientinnen und Patienten, Gesundheitsdienstleistern und Verantwortlichen von integrierten Versorgungsprogrammen sowie Umfeldanalysen werden im Rahmen dieser zweiten Säule weiters die Gründe für die Einführung, die Methoden sowie die positiven und negativen Ergebnisse erfasst, analysiert und wichtige Erfahrungen und unterstützende Instrumente beschrieben. Die Analyse erfolgt entlang der drei Fragen, wie der Wandel initiiert, designt und umgesetzt wurde. Als Pilot wurden zwei Fallstudien in Litauen zum bereits erwähnten Eastern Lithuanian Cardiology Programme (Laucevičius et al. 2005) sowie in der Ukraine zum nationalen TB/HIV Programm durchgeführt (Curtis 2010). Erste Ergebnisse dieser Pilotstudien sowie der Onlineumfrage werden auf der Internationalen Konferenz für integrierte Versorgung im April 2014 in

Abbildung 2. Die drei Säulen des Aktionsrahmens für Koordinierte/Integrierte Versorgung



Quelle: WHO Regionalbüro für Europa 2014, unveröffentlicht.

Brüssel präsentiert. (Nähere Informationen dazu finden sich auf der Homepage www.integratedcarefoundation.org)

Wie können Politiker und Entscheidungsträgerinnen, Gesundheitsdienstleister und Patientinnen sowie Gemeinschaften einen Wandel hin zu koordinierten/integrierten Gesundheitsdienstleistungen einleiten, führen und managen?

Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der ersten beiden Säulen und mithilfe wissenschaftlicher Evidenz werden in der dritten Säule des Aktionsrahmens Empfehlungen und Alternativen formuliert, wie man einen nachhaltigen Wandel hin zu koordinierten/integrierten Gesundheitsdienstleistungen auf den verschiedenen Ebenen aktiv gestalten kann. Dabei werden nicht nur konkrete Instrumente und deren Einsatzbereiche beschrieben, sondern auch Empfehlungen für die verschiedenen Akteure auf politischer, Leitungs- und Umsetzungsebene formuliert. Ein wichtiges Element kommt dabei dem Wertewandel zu, der es erst ermöglicht, dass menschen-zentrierte Gesundheitsversorgung realisiert werden kann. (Bengoa 2013, The King's Fund 2010) Dazu wird es auch nötig sein, ein kreatives und flexibles Umfeld zu schaffen, welches Innovationen und Eigeninitiativen von Ärztinnen, Pflegern oder Krankenhausmanagerinnen zulässt, und die traditionellen Grenzen zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, aber auch zwischen den einzelnen Sektoren innerhalb des Gesundheitssystems zu überwinden. Ein weiteres wichtiges Element hierbei sind motivierte und geschickte Führungspersonlichkeiten, die den Wandel hin zu mehr integrierter Versorgung aktiv vorantreiben, und die politische Unterstützung ebenso gewinnen können, wie die Unterstützung der Gesundheitsdienstleister in den einzelnen Organisationen, die den Prozess letztendlich umsetzen müssen. (Bengoa 2013) Alle genannten Beispiele verfügten über solche Persönlichkeiten, die sowohl über medizinische als auch Managementqualitäten verfügten und durch eigene Erfahrungen zu der Überzeugung gelangten, dass integrierte Versorgung eine unumgängliche Notwendigkeit für ihr System darstellt.

Die Entwicklung des Aktionsrahmens für koordinierte/integrierte Gesundheitsdienstleistungen wurde 2013 mit einer detaillierten Prozessbeschreibung

begonnen (WHO Regionalbüro für Europa 2013). Im Oktober 2013 wurde der Aktionsrahmen im Rahmen einer WHO-Konferenz in Tallinn offiziell präsentiert, der Entwurf für die erste Säule begonnen, sowie die Online-Umfrage gestartet. Bis 2016 werden nun die verschiedenen Aktivitäten in der Evidenzfindung und –konsolidierung weitergeführt, sowie auf Konferenzen und in eigenen Arbeitsmeetings mit Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien, Dienstleistern und Patienten diskutiert.

3. Verwirklichung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses

Ein etabliertes und historisch gewachsenes System zu ändern ist nie einfach. Doch wie die zahlreichen Beispiele aus den Mitgliedsländern der WHO Europa-region beweisen, ist die Weiterentwicklung unserer Gesundheitssysteme hin zu koordinierter und integrierter Gesundheitsversorgung unumgänglich, um ein nachhaltiges und menschen-zentriertes Gesundheitssystem zu entwickeln, welches hohe Qualität und Zugänglichkeit für die Gesamtbevölkerung liefert. Die derzeitige Aufmerksamkeit die der integrierten Versorgung von Politikerinnen, Entscheidungs- und Leistungsträgern auf nationaler und europäischer Ebene zuteil wird, spiegelt die Erkenntnis wieder, dass die mannigfaltigen gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts nicht mit Konzepten und Systemen des 19. Jahrhunderts behandelt werden können. Doch die Tatsache, dass ein Großteil der Initiativen in Richtung mehr Koordination und Integration in den Kinderschuhen stecken bleiben, verweist auch darauf, dass es noch vieler Anstrengungen bedarf. Dazu ist es notwendig, dass wir unsere Erfahrungen und Konzepte konsolidieren und weiterentwickeln, um Lösungsansätze ausweiten und nachhaltig gestalten zu können. Letztendlich sollte es möglich sein, integrierte Versorgungskonzepte bedürfnis- und bedarfsgerecht zu gestalten, um so den Ansprüchen der Betroffenen, Gesundheitsdienstleister und der Gesellschaft gerecht zu werden. Als evidenzbasiertes, praxis-orientiertes Handbuch soll der Aktionsrahmen für koordinierte/integrierte Gesundheitsdienstleistungen einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit in der WHO Europa-region leisten. ■

Literatur

- Bengoa R.** Transforming health care: an approach to system-wide integration. *International Journal of Integrated Care* 2013; 13(July–September). URN:NBN:NL:UI:10-1-114747.
- Curtis M.** Building integrated care services for injection drug users in Ukraine. Copenhagen 2010: WHO Regional Office for Europe.
- Goodwin N.** How do you build programmes of integrated care? The need to broaden our conceptual and empirical understanding. Editorial. *International Journal of Integrated Care* 2013; 13(July–September). URN:NBN:NL:UI:10-1-1147478.
- Greaves F, Pappas Y, Bardsely M, Harris M, et al.** Evaluation of complex integrated care programmes: the approach in North West London. *Int J Integr Care* 2013; Jan–Mar, URN:NBN:NL:UI:10-1-114283
- Laucevičius A, Abraitis V, Gaižauskiene A, Klumbienė J, Petrulionienė Ž, Kizlaitis R, Šerpytis P, Mazurkevičius K.** Eastern Lithuania Cardiology Project (ELCP): demographic and epidemiological situation, activities of health care institutions and the needs of the patients of the region. *Seminars in Cardiology* 2005; 11(4): 139–153.
- NHS Scotland.** The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland. The Scottish Government 2010. Online verfügbar unter: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/311667/0098354.pdf>.
- The King's Fund.** Clinical and Service Integration: the route to improved outcomes. The King's Fund, London 2010. Online verfügbar unter: www.kingsfund.org.uk/publications/clinical_and_service.html
- Varga S.** Mobile and eHealth Platforms for Chronic Disease Management. Presentation during the eHealth Week, 13-15th May, Dublin, Ireland 2013. Online verfügbar unter: http://www.worldofhealthit.org/2013/wp-content/uploads/presentations/Mobile_and_eHealth_Platforms.pdf
- WHO Regionalbüro für Europa.** Roadmap Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery. Copenhagen 2013. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/news/news/2013/08/developing-the-framework-for-action-towards-coordinated-integrated-health-services-delivery>.
- WHO Regionalbüro für Europa 2012 a.** Gesundheit 2020 Policy Framework and Strategy. Regional Committee for Europe Sixty-second Session. Copenhagen.
- WHO Regionalbüro für Europa 2012 b.** Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf, abgerufen am 10 Februar 2014)
- WHO Regionalbüro für Europa.** Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Copenhagen 2008.