

# ***News aus den Gesundheits- systemen***

***Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der europäischen Union dar.***

***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***

***Weitere Informationen aus den Gesundheitssystemen auf der LIG-Homepage [www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at)***

**EUROPA****Ein Viertel der EU-Bürger ist Raucher**

Zum Welt Nichtrauchertag am 31. Mai veröffentlicht die Europäische Kommission Zahlen, die nachdenklich stimmen. Denn immer noch raucht ein Viertel der Menschen in der EU, und im Vergleich zu 2014 ist keine rückläufige Tendenz erkennbar.

Die Rauchquote beträgt in der EU 26 %. Dabei ist diese Zahl unter den Mitgliedsstaaten äußerst inhomogen und variiert zwischen 37 % in Griechenland und 7 % in Schweden. Österreich rangiert hier mit einem Raucheranteil von 28 % eher im oberen Bereich. Besonders besorgniserregend scheint der Anstieg von Rauchern unter Personen zwischen 15 und 24 Jahren, der seit 2014 (25 %) um ganze 4 Prozentpunkte auf 29 % angestiegen ist. Deshalb ist Vytenis Andriukaitis, Kommissar für Gesundheit und Nahrungsmittelsicherheit, der Meinung, dass die Richtlinien für Tabakprodukte schnellstens umgesetzt werden müssen. Diese enthält Regelungen zum Aussehen der Verpackungen und versucht die Attraktivität der Produkte zu senken. Die Wirksamkeit dieser Vorgaben wird sich in der nächsten Tabakstudie der EU im Jahr 2019/2020 zeigen. Ganze 46 % der EU Bürger halten eine schmucklose Gestaltung von Zigarettenpackungen für sinnvoll.

Auch der Gebrauch von e-Zigaretten ist seit 2014 stabil geblieben. 2 % der EU-Bevölkerung verwenden E-Zigaretten, in Österreich sind es 3 %. 63 % der Befragten sind der Meinung, dass E-Zigaretten in Rauchverbotszonen ebenfalls verboten werden sollen.

Eine Studie der Medizinischen Universität Wien zeigt, dass geringe jährliche Preiserhöhungen bei Zigaretten eine große Auswirkung auf das Rauchverhalten der Österreicher haben würden, ohne dabei negative Folgen für den Fiskus oder die Trafikanten zu haben oder den illegalen Schmuggel zu fördern.

Quellen: Europäische Kommission – Artikel [http://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?newsletter\\_service\\_id=327&newsletter\\_issue\\_id=3764&page=1&fullDate=Tue%2030%20May%202017&lang=default](http://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?newsletter_service_id=327&newsletter_issue_id=3764&page=1&fullDate=Tue%2030%20May%202017&lang=default), Europäische Kommission – Tabak Eurobarometer [http://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers\\_en](http://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers_en), Europäische Kommission – Erhebung zum Konsum von Tabak und e-Zigaretten <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/>

DocumentKy/78678, Medizinische Universität Wien [https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2017/news-im-mai-2017/welt-nichtrauchertag-tabak-preiserhoehung-um-fuenf-prozent-reduziert-den-konsum-um-35-prozent/?tx\\_news\\_pi1%5BoverwriteDemand%5D%5Bcategories%5D=2&cHash=25de445f6190792b96d4c8fa11f8e889](https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2017/news-im-mai-2017/welt-nichtrauchertag-tabak-preiserhoehung-um-fuenf-prozent-reduziert-den-konsum-um-35-prozent/?tx_news_pi1%5BoverwriteDemand%5D%5Bcategories%5D=2&cHash=25de445f6190792b96d4c8fa11f8e889) (01.06.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

## ÖSTERREICH

### **Pauschale Abgeltung der Spitalsambulanzen hat Ablaufdatum**

Der stationäre Bereich wird bereits seit 1997 nach dem sogenannten LKF-System abgegolten. Nun wird schrittweise auch in den Spitalsambulanzen ein leistungsorientiertes Abgeltungsmodell eingeführt. Das soll helfen, die Ressourcen im Gesundheitssystem sparsamer einzusetzen.

Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages wurde unter anderem das Ziel gesetzt, dass stationäre Leistungen zunehmend tagesklinisch erbracht werden sollen. Gleichzeitig will man medizinisch nicht induzierte Null-/Ein-Tagesaufenthalte reduzieren. Diese Leistungsverschiebungen in die jeweils nächstuntere Versorgungsebene bewirken bei gleichbleibender oder sogar besserer Versorgungsqualität Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Die Verlagerung von stationären Leistungen auf die Tagesklinik wurde bereits ausreichend umgesetzt, indem eine entsprechende Einbindung tagesklinischer Leistungen in den LKF-Katalog stattfand. Um in Zukunft auch medizinisch nicht induzierte Null-/Ein-Tagesaufenthalte vermehrt in die Spitalsambulanzen zu verschieben, gibt es nun auch in diesem Bereich ein LKF-System – „LKF-ambulant“. Es handelt sich dabei um eine Mischung aus fixen Beträgen pro Patientenkontakt und fixen Beträgen pro Leistung bzw. Leitungsbündel.

Somit besteht kein Anreiz mehr, Fälle in die Tagesklinik zu verschieben, um dort Gelder für Leistungen zu lukrieren, die bisher in den Spitalsambulanzen nicht einzeln abgegolten werden konnten. Dort wurde bisher nämlich pau-

schal finanziert. Einfach gesagt: Im LKF-System gibt es für eine Leistung auch einen Punktwert, für den bezahlt wird – bei pauschaler Abgeltung hingegen steht einer Mehrleistung kein Mehrwert gegenüber.

Um diesem falschen Anreizmodell endlich ein Ende zu bereiten, wurde mit 1. Jänner 2017 für Spitalsambulanzen die „LKF ambulanz“ in allen Bundesländern eingeführt. Der Übergang kann regional bis 2019 schrittweise vollzogen werden. In Bundesländern, in denen das leistungsorientierte Abrechnungssystem nicht bereits mit 1.1.2017 übernommen wurde, muss jedoch parallel dokumentiert werden, damit die Auswirkungen der Umstellung beurteilt werden können. Geplant sind auch umfassende medizinische, ökonomische und statistische Evaluierungen der „LKF-ambulanz“ innerhalb der Arbeitsstrukturen von Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Quellen: Bundesministerium für Frauen und Gesundheit – Bepunktungsmodell spitalsambulanter Bereich [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstan/en/LKF\\_Modell\\_2017/Modell\\_spitalsambulant\\_2017](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstan/en/LKF_Modell_2017/Modell_spitalsambulant_2017), The Health Systems and Policy Monitor <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/countrypage.aspx> (16.05.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich [www.lig-gesundheit.at/oesterreich](http://www.lig-gesundheit.at/oesterreich)

## GROSSBRITANNIEN

### Selbsttherapie im Internet soll Kosten senken

Das Gesundheitswesen in Großbritannien ist angespannt, besonders seit dem Brexit-Votum. Wartezeiten werden länger, Ärztinnen und Ärzte werden immer mehr zur Mangelware. Deshalb greift das Londoner Gesundheitsministerium auch zu unkonventionellen Lösungen, um Kosten zu senken.

Das Bild in der Primärversorgung spiegelt in besonderer Weise den Ärztemangel im Vereinigten Königreich wieder: Es fehlen laut Berufsverbänden 5.000 Allgemeinmediziner im NHS. Das Gesundheitsministerium streitet diese Tatsache auch keineswegs ab, verfügt jedoch nicht über die notwendigen Mittel, um mehr Hausärzte einzustellen. Die Folgen sind überrannte Praxen und eine wachsende Unzufriedenheit bei den staatlichen Hausärzten und den Patienten.

Um Abhilfe zu schaffen, will das Gesundheitsministerium einerseits primärärztliche Aufgaben an andere Gesundheitsberufe, wie Krankenpfleger und Apotheker, delegieren. In einigen Regionen Großbritanniens werden Nicht-Ärzte auch bereits stärker in die Basisversorgung eingebunden. Andererseits sollen aber auch Informationen im Internet dafür sorgen, dass sich Patienten vermehrt „selbst therapieren“, also sich online Therapietipps holen, anstatt zum Hausarzt zu gehen. Simon Stevens, Leiter des NHS England, schätzt, dass sich 15 % der Hausarztbesuche durch die Online-Aktivitäten einsparen ließen. Die Ärzteverbände in Großbritannien sind diesen Ideen grundsätzlich nicht abgeneigt, warnen jedoch davor, dass medizinisch wichtige Arztbesuche wegrationalisiert werden könnten, auch auf Kosten von Patientenleben. Alle Maßnahmen zusammen sollen etwa jeden vierten Hausarzt einsparen helfen.

Quelle: ÄrzteZeitung [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/934425/grossbritannien-internet-statt-praxis.html?sh=7&h=-703340371](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/934425/grossbritannien-internet-statt-praxis.html?sh=7&h=-703340371) (09.05.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien [www.lig-gesundheit.at/grossbritannien](http://www.lig-gesundheit.at/grossbritannien)

## SCHWEIZ

### Krebsregister zur Verbesserung von Prävention, Früherkennung und Behandlung

In Zukunft soll es in der Schweiz ein zentrales Krebsregister geben, in dem Basisdaten kantonübergreifend einheitlich und vollständig erfasst werden. Ziel ist es, durch die gesammelten Informationen in Zukunft von Verbesserungen bei Prävention, Früherkennung und Behandlung zu profitieren.

Krebs ist auch in der Schweiz eine Krankheit, deren Brisanz immer stärker wird. Pro Jahr werden dort 38.000 neue Krebsfälle verzeichnet, über 16.000 Menschen sterben jährlich daran. Schätzungen des Bundesamtes für Statistik zufolge werden aufgrund der älter werdenden Gesellschaft in den kommenden 20 Jahren die durch Krebs verursachten Todesfälle um rund ein Drittel zunehmen. Bereits im März 2016 hat das Schweizer Parlament das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen verabschiedet. Zurzeit befindet sich die entsprechende Verordnung in Vernehmlassung.

In der Schweiz bestehen bereits kantonale und regionale Krebsregister. Diese werden auch weiterhin von den Kantonen finanziert, zukünftig aber auf nationaler Ebene in einer Tabelle zusammengeführt. Die Erhebung einheitlicher Basisdaten bei jeder Krebserkrankung, wie die Art der Behandlung, das Behandlungsziel, die Grundlagen der Behandlungsentscheidung, der Behandlungsbeginn und das Ergebnis der Erstbehandlung, soll eine verwertbare Datenlage schaffen. Zusatzdaten werden in Form von Informationen zu weiteren Behandlungen nach Abschluss der Erstbehandlung und zu eventuell vorhandenen Begleiterkrankungen erhoben.

Vor der Erfassung der Daten ist es Pflicht des diagnosestellenden Arztes, den Patienten über den Umfang der Datenbearbeitung, deren Art und Zweck und den Datenschutz zu informieren. Grundsätzlich kann der Patient der Datenerfassung jederzeit widersprechen.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-66221.html>

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz [www.lig-gesundheit.at/schweiz](http://www.lig-gesundheit.at/schweiz)

**DEUTSCHLAND****Ärztzahlen wachsen weniger stark als  
Behandlungsbedarf**

Die Bundesärztekammer in Deutschland weist darauf hin, dass die Ärztezahlen zwar kontinuierlich etwas ansteigen, der Behandlungsbedarf jedoch immer schwerer abgedeckt werden kann. Bei der vertragsärztlichen Versorgung klaffen in vielen Regionen bereits große Lücken. Eine Gegenmaßnahme zum drohenden Ärztemangel könnte eine Erhöhung der Studienplatzzahl sein.

Der Behandlungsbedarf in der Bevölkerung ist stark ansteigend, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Trotz steigender Ärztezahlen geht die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazität immer weiter auseinander. Die Gesamtzahl der Ärzte hat sich im letzten Jahr um 2,1 % und bei Ärzten und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung immerhin noch um 1,5 % erhöht. In den Kliniken hat sich die Zahl der Behandlungsfälle in den letzten 10 Jahren um 2,5 Millionen auf 19,8 Millionen erhöht, und auch in der vertragsärztlichen Versorgung kommt es jährlich zu mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten.

Nur den reinen Anstieg der Kopffzahlen in der Ärzteschaft zu betrachten, ist außerdem ein schwerer Fehler, denn die Frauenquote – und damit die Teilzeitbeschäftigung – steigt auch in der Ärzteschaft. 2016 waren 46,5 % der berufstätigen ÄrztInnen weiblich, 1991 war es noch knapp ein Drittel. Immer mehr angestellte Ärzte und Ärztinnen entscheiden sich für eine Teilzeitbeschäftigung. Allein im Jahr 2015 stieg dieser Anteil um 10,6 %.

Ein weiteres Problem wird sich in den kommenden Jahren verstärkt zeigen, denn beinahe jeder vierte niedergelassene Arzt in Deutschland plant, in den nächsten fünf Jahren in Pension zu gehen. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzteschaft liegt laut KBV derzeit bei 54 Jahren. Diese Lücke könne derzeit mit jungen Ärzten nicht kompensiert werden, warnt der Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery und empfiehlt eine Steigerung der Studienplätze im Bereich der Humanmedizin um 10 %. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung Andreas Gassen sieht aufgrund des Ärztemangels für junge Ärztinnen und Ärzte in Niederlassung derzeit beste berufliche Chancen. Umsatzgarantien, Investitionshilfen, flexi-

ble Arbeitszeitmodelle und die Option, zunächst als angestellter Arzt in der Praxis zu arbeiten, sind nur einige der möglichen Vorteile. Im vierten Quartal 2016 verzeichnete die KBV 2.727 freie Hausarztstellen, 600 mehr als im Jahr zuvor. Gassen betont daher, man müsse sich von der Vorstellung verabschieden, in jedem Dorf einen eigenen Hausarzt zu haben.

Quellen: aerzteblatt.de <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74316/Steigende-Arztzahlen-koennen-Behandlungsbedarf-nicht-kompensieren>, Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/index.php?id=7018> (25.04.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland: [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

## ÖSTERREICH

### 1450: Gesundheitsnummer gestartet

Am 7. April war es so weit: In den Pilotländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg startete die telefonische Gesundheitsberatung „1450“ in die Pilotphase, die bis Ende 2018 laufen wird. Von nun an können sich Bürger mit allen gesundheitlichen Anliegen rund um die Uhr an den neuen telefonischen Beratungsservice wenden.

Im Juni 2015 wurde mit einem Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission der Startschuss für „1450“ gegeben. Es dauerte also nicht ganz zwei Jahre bis zur Realisierung des gemeinsamen Projektes des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der drei Pilotländer Wien, NÖ und Vorarlberg, die mit ihren sehr inhomogenen Strukturen ideale Testvoraussetzungen bieten.

Ganz nach dem Vorbild anderer europäischer Länder wie etwa Großbritannien, Dänemark oder der Schweiz gibt es jetzt auch in Österreich eine Nummer für alle gesundheitlichen Fragen und Probleme. Speziell geschultes diplomiertes Krankenpflegepersonal nimmt die Anrufe der Bürgerinnen und Bürger entgegen und vermittelt den jeweiligen „best point of service“ im Gesundheitswesen. Von einer Anleitung zur Selbsthilfe über die Vermittlung eines niedergelassenen Arztes bis hin zum Ruf der Rettung ist dabei alles

vorgesehen. Die Servicemitarbeiter werden hierfür von einem von Experten entwickelten medizinisch-wissenschaftlichem Abfragesystem geleitet, das sich bereits international bewährt hat. Die Dringlichkeit des medizinischen Problems kann so abgeschätzt werden, und die Handlungsempfehlung wird auf den jeweiligen Wohnort des Anrufers abgestimmt.

Der Service soll in erster Linie den Menschen einen schnellen und gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen ermöglichen, indem er Wissenslücken schließt und Unsicherheiten ausgleicht. Bisherige Servicenummern werden in eine Anlaufstelle zusammengefasst, die über alle Gesundheitsthemen Bescheid weiß. Gleichzeitig soll versucht werden, PatientInnen in eine möglichst niederschwellige Versorgungsebene zu lotsen, was dem Gesundheitssystem zu Gute kommen soll, indem etwa Spitalsambulanzen entlastet werden.

Quellen: [www.1450.at](http://www.1450.at) , Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [http://www.bmgf.gv.at/home/telefonische\\_Gesundheitsberatung\\_1450](http://www.bmgf.gv.at/home/telefonische_Gesundheitsberatung_1450) (19.04.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich: [www.lig-gesundheit.at/oesterreich](http://www.lig-gesundheit.at/oesterreich)

## DEUTSCHLAND

### Erstmals ausschließliche Fernbehandlung erlaubt

Der Vorstoß kommt von der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die bereits im vorigen Sommer die ärztliche Berufsordnung entsprechend anpasste und damit einen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem einläutete. Es ist das erste Mal, dass es möglich sein wird, Patienten ausschließlich über Kommunikationsnetzwerke zu behandeln.

Bisher konnten auf diese Weise nur Patienten betreut werden, die dem Arzt auch persönlich bekannt sind. Vorerst wird die Neuerung im Bereich der Telemedizin daher lediglich in Modellprojekten erprobt, die zuvor von der Landesärztekammer genehmigt werden müssen und während ihrer Laufzeit evaluiert werden.

Die Landesärztekammer hat einstimmig beschlossen, dass die zugelassenen Modellprojekte einem umfangreichen Kriterienkatalog entsprechen müssen. Höchste Priorität haben etwa Datenschutz und Qualitätssicherung. Außerdem müssen bei der Entscheidung über Art und Umfang der Fernbehandlung auch immer die krankheits- und patientenbezogene Umstände mit einfließen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Von selbst versteht sich, dass der medizinische Standard auch bei Fernbehandlungen immer eingehalten werden muss. Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Ulrich Clever, betont außerdem, dass es immer dazugehört, die Patienten über die besonderen Rahmenbedingungen einer ausschließlichen Fernbehandlung aufzuklären.

Zu den vorstellbaren Anwendungen gehört etwa eine telefonische Anamnese und Befunderhebung, die durch Fotos vom Smartphone unterstützt werden könnte. Persönliche Beratungen, Arzneimittelverschreibungen oder Krankenschreibungen ließen sich ebenfalls telefonisch abwickeln.

Die Landesärztekammer betont, dass Fernbehandlungen in anderen Ländern längst zur Versorgungsrealität gehören. Die Ärztekammer reagiert mit ihrem Vorstoß auf das immense Interesse an solchen Diensten bei Ärzten, Patienten, der Politik, den Krankenkassen und der Industrie und sieht großes Potential in den Modellprojekten. Vor allem vor dem Hintergrund der Demografie, des technisch Machbaren und auch des spürbaren Ärztemangels sind die Chancen vielfältig, ist Clever überzeugt.

Quelle: aerzteblatt.de <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73817/Modellprojekte-zur-Fernbehandlung-Landesarztekkammer-Baden-Wuerttemberg-gibt-Startschuss> (29.03.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland: [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

## EUROPA

### Europäische Referenznetzwerke für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Am 1. März 2017 starteten 24 thematische europäische Referenznetzwerke ihre Arbeit zur Verbesserung der Situation für Menschen mit einer seltenen Krankheit. Sie verbinden über 900 hochspezialisierte Einrichtungen und mehr als 300 Krankenhäuser in 26 Ländern miteinander und bilden so ein Wissensnetzwerk zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Die ERNs schaffen eine Struktur für den Austausch von Fachkenntnissen und eine koordinierte Versorgung innerhalb Europas. Fachzentren, Gesundheitsdienstleister und Labore können mit Hilfe der Europäischen Referenznetzwerke grenzübergreifend zusammenarbeiten. Eingebunden sind auch Patientenorganisationen, denn die Patienten als „Experten für ihre Krankheit“ spielen für den Erfolg der ERNs eine entscheidende Rolle.

Eine Krankheit wird dann als selten definiert, wenn ihre Prävalenz weniger als 1 in 2.000 beträgt. Insgesamt gibt es mehr als 6.000 seltene Krankheiten, von denen 80 % genetisch bedingt sind. Viele davon sind chronisch und lebensbedrohend. In der EU sind etwa 30 Millionen Bürger von einer Orphan-Krankheit, wie die seltenen Krankheiten auch genannt werden, betroffen. Manche der Störungen betreffen nur eine Handvoll Menschen in der Europäischen Union, andere zählen bis zu 245.000 Patienten.

Eines haben diese Menschen aber alle gemeinsam: Es dauert oft sehr lange, bis die richtige Diagnose gestellt wird, und das medizinische Fachwissen über ihr Leiden ist gering. Die Behandlung wird häufig nicht angemessen durchgeführt, und in vielen Fällen entstehen daraus irreversible Schäden. Die Entwicklung passender Medikamente ist kostspielig und für einen so kleinen Personenkreis nicht lukrativ.

Diese Probleme sollen mit Hilfe der europäischen Referenznetzwerke abgefedert werden. Eine Zusammenarbeit auf europäischer Ebene ist besonders bei seltenen und komplexen Erkrankungen sinnvoll, so der europäische Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis. Aus der Bündelung von Erkenntnissen und dem Teilen des Wissensstandes zwi-

schen Gesundheitseinrichtungen verspricht man sich für alle Betroffenen in der EU eine raschere Diagnose und eine bessere Behandlung. Aufgrund der besseren Datenlage und des gemeinsamen Sammelns von Evidenz könnte es darüber hinaus zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden kommen. Eventuell können aufgrund der zentralen Erreichbarkeit von Patienten über die Netzwerke auch Pharmafirmen besser zur Entwicklung von Medikamenten für die Behandlung von Orphan-Krankheiten motiviert werden.

Quellen: Europäische Kommission – News [https://ec.europa.eu/health/health-eu-newsletter-190-focus\\_de](https://ec.europa.eu/health/health-eu-newsletter-190-focus_de), Europäische Kommission – Projekt [http://ec.europa.eu/health/ern/policy\\_de](http://ec.europa.eu/health/ern/policy_de), EURORDIS <http://www.eurordis.org/de/news/startklar-fur-europaische-referenznetzwerke> (14.03.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

## GROSSBRITANNIEN

### Proteste gegen weitere Sparmaßnahmen

Geschätzte 250.000 Personen nahmen an den Protesten gegen geplante Sparmaßnahmen im Spitalssektor des NHS teil. Die Pläne der Regierung zu mehr Zukunftsfähigkeit des NHS (Sustainability Transformation Plans; STPs) seien nur verschleierte Mittelkürzungen und ein neues Instrument zur Privatisierung, so die Organisatoren der Demonstration.

Der Chef der oppositionellen Labour-Partei, Jeremy Corbyn, kritisierte, dass der NHS heillos überfordert sei – aufgrund einer von der Regierung herbeigeführten Unterfinanzierung. Das Personal könne nichts dafür. Die Proteste stellen für ihn die Verteidigung eines „grundlegenden Menschenrechts“ dar. Auch der Vorsitzende der British Medical Association und Hausarzt, David Wrigley, sieht den NHS in einer Krise, denn er könne die notwendige Versorgung derzeit nicht leisten. Und das in einem Land, das es sich eigentlich leisten könnte.

Die BBC berichtete, dass es in großen Teilen Englands zu Spitalsschließungen oder Leistungskürzungen kommen könnte, in manchen Regionen sind bis zu

30 % der Betten betroffen. Vor allem Ambulanzen und Stroke Units sollen zentralisiert werden. Die Regierung meint hingegen, dass Einsparungen aus dem Spitalssektor wieder in Leistungen auf kommunaler Ebene investiert werden sollen. Die Maßnahme sei eine Reaktion auf die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft. Zukünftig sollen viele Leistungen wohnortnaher erbracht werden, als es in Spitälern möglich ist, teilweise sogar direkt in den Wohnungen der Menschen. Dafür werden hoch spezialisierte Leistungen zentralisiert, so Sir Bruce Keogh, Medizinischer Direktor des NHS England.

Auch ein Sprecher des Gesundheitsministeriums bekannte sich zum NHS und legte dar, dass £ 10 Mrd. in die Zukunftsfähigkeit des NHS investiert und heuer noch einmal £ 4 Mrd. extra für die Verbesserung der Versorgung ausgegeben werden würden. Kritiker meinten hingegen, dass die Finanzmittel zwar ansteigen würden – jedoch nicht im selben Ausmaß wie der Bedarf.

Quellen: BBC <http://www.bbc.com/news/uk-39167350> , BBC <http://www.bbc.com/news/health-38390489>, Deutsches Ärzteblatt <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73464/London-Demonstration-gegen-Kuerzungen-im-staatlichen-Gesundheitsdienst> (08.03.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien [www.lig-gesundheit.at/grossbritannien](http://www.lig-gesundheit.at/grossbritannien)

**SCHWEIZ****Förderprogramm für mehr Interprofessionalität**

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit realisiert zwischen 2017 und 2020 ein Förderprogramm für mehr interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Dafür sollen über die Laufzeit insgesamt 4 Millionen Franken aufgewendet werden.

Vor dem Hintergrund wachsender Zahlen chronisch kranker und multimorbider Personen, die von vielen verschiedenen medizinischen Fachkräften behandelt werden müssen, und einem gleichzeitigen Fachkräftemangel, scheint die Maßnahme erfolgsversprechend. Denn die Erforschung von Möglichkeiten effektiver Zusammenarbeit – etwa in interprofessionellen Teams – kann Krankenhausaufenthalte und zusätzliche Facharztkonsultationen vermeiden und auf diesem Wege sowohl Patienten helfen als auch knappe Ressourcen im Gesundheitswesen schonen. Dabei wird darauf geachtet, dass Synergieeffekte nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens, sondern etwa auch in Abstimmung mit dem Sozialwesen oder der Integrationspolitik identifiziert werden.

Das Programm richtet sich sowohl an mögliche Überschneidungspunkte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung (Themenkreis 1) als auch in der Berufsausübung selbst (Themenkreis 2). Um Potentiale einer interprofessionellen Zusammenarbeit erkennen und implementieren zu können, sollen einerseits praxisnahe Wissensgrundlagen erstellt werden (Programmteil 1). Dafür vergibt das Bundesamt für Gesundheit Mandate an vielversprechende Forschungsprojekte. Andererseits sollen bereits vorhandene Modelle guter Praxis dokumentiert und analysiert werden, damit andere von den bereits vorhandenen Erfahrungen profitieren können (Programmteil 2). In einer zweiten Phase des Programms (ab ca. 2019) sollen zusätzlich Projekte unterstützt werden, die nicht in den Bereich der Ressortforschung fallen.

Alle aktuellen Informationen zum Projekt werden unter [www.bag.admin.ch/fpinterprof](http://www.bag.admin.ch/fpinterprof) veröffentlicht.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit <http://www.bag.admin.ch/fpinterprof> (01.03.2017)

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: [www.lig-gesundheit.at/schweiz](http://www.lig-gesundheit.at/schweiz)