

SPOTLIGHT GESUNDHEIT 10 | 2015

Daten, Analysen, Perspektiven

Palliativversorgung

**Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf –
Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie**



- Die meisten Deutschen möchten zu Hause sterben, doch fast jeder Zweite stirbt im Krankenhaus
- In Baden-Württemberg sterben deutlich weniger Menschen im Krankenhaus als in NRW oder Berlin
- Die Versorgungsstrukturen vor Ort haben Einfluss auf den Sterbeort Krankenhaus
- Nur jeder Dritte erhält am Lebensende die notwendige Palliativversorgung
- Palliativ behandelt werden überwiegend Patienten mit Krebserkrankungen
- Die ambulante Versorgung kommt den Wünschen der Bevölkerung am nächsten und sollte deshalb verstärkt ausgebaut werden

Autoren



Marion Grote-Westrick
Senior Project Manager
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de



Eckhard Volbracht
Project Manager
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen besondere Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Die meisten Menschen möchten ihre letzten Tage in vertrauter Umgebung verbringen. Doch fast die Hälfte der Deutschen stirbt im Krankenhaus und nur jeder Fünfte zu Hause. Rund 90 Prozent der Sterbenden brauchen nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) eine besondere Betreuung. Viele bekommen diese aber nicht oder erst sehr spät.

Der Faktencheck »Palliativversorgung« der Bertelsmann Stiftung hat erstmals systematisch untersucht, wie die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland tatsächlich aussieht. Dabei zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede – von Bundesland zu Bundesland, aber auch zwischen den 402 Stadt- und Landkreisen.

Die meisten Deutschen möchten zu Hause sterben, doch fast jeder Zweite stirbt im Krankenhaus

Laut einer aktuellen repräsentativen Umfrage für diesen Faktencheck möchten 76 Prozent der Deutschen am liebsten zu Hause sterben, zehn Prozent in einem Hospiz, zwei Prozent im Pflegeheim und

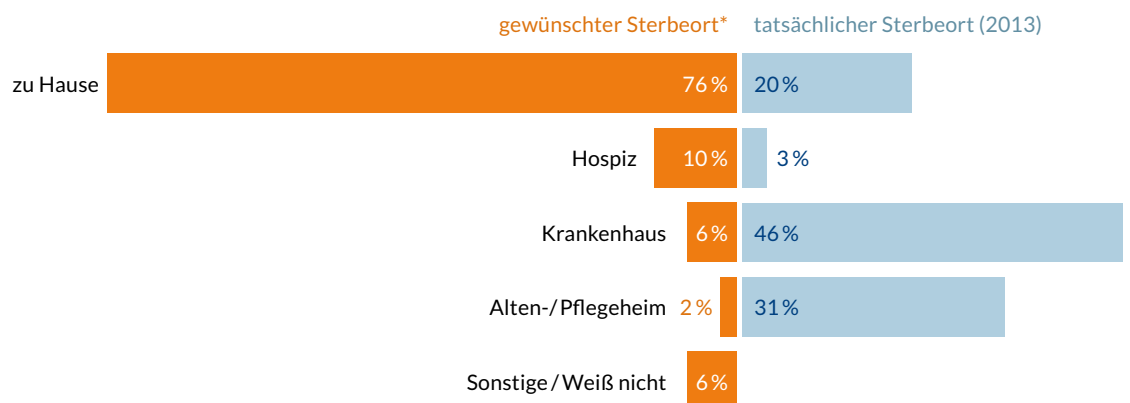
sechs Prozent in einem Krankenhaus (Abbildung 1). Tatsächlich ist das Krankenhaus aber für fast die Hälfte der über 64-Jährigen in Deutschland der Ort, wo sie sterben. Und immer häufiger ist es auch das Pflegeheim, oft nach nur kurzem Aufenthalt dort.

Für die Qualität der Versorgung am Lebensende ist die Erfüllung des Patientenwunsches, möglichst am vertrauten Ort sterben zu können, ein wichtiges Kriterium. Auch das neue Hospiz- und Palliativgesetz knüpft daran an: Es soll die Hospiz- und Palliativversorgung so stärken, dass jeder, wo immer er seine letzte Lebensphase verbringt, im Sterben gleich gut versorgt und begleitet werden kann.

Bedeutung des Krankenhauses als Sterbeort ist regional unterschiedlich

Der Faktencheck »Palliativversorgung« hat erstmalig detailliert untersucht, welche Bedeutung Krankenhäuser als Sterbeort haben, und dabei erhebliche regionale Unterschiede festgestellt: Während in Baden-Württemberg nur 41 Prozent und in Schleswig-Holstein 42 Prozent der älteren Menschen im Krankenhaus sterben, sind es in Nordrhein-Westfalen und Berlin 49 Prozent. Würde in ganz Deutschland die niedrigere Krankenhaus-Sterbequote von Baden-Württemberg erreicht wer-

Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort



*n=1.010, Befragungszeitraum: Oktober 2015

Abbildung 1 | Quellen: TNS Emnid, Prof. Dr. Wolfgang M. George (z. T. Schätzungen), Faktencheck Gesundheit 2015

| BertelsmannStiftung

Was ist Hospiz- und Palliativversorgung?

Im Mittelpunkt der Hospiz- und Palliativversorgung steht der Erhalt der Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Patienten sowie ihrer Familien und Angehörigen. Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art werden verringert, Leiden gelindert. Betreuung und Begleitung unterstützen ein Sterben im gewohnten Umfeld. Gerade auch die Hospizbewegung hat die erheblichen Fortschritte in der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen maßgeblich unterstützt. Sie hat Tod und Sterben als Teil des Lebens mehr ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt und psychosozialen Bedürfnissen am Lebensende mehr Raum gegeben. Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit der medizinischen, pflegerischen und hospizlichen Dienste hilft auch, einer unnötigen Medikalisierung in der letzten Lebensphase vorzubeugen.

den, so könnten jährlich 37.000 ältere Menschen mehr ihre letzten Lebenstage in ihrer gewohnten Umgebung verbringen.

Auf Kreisebene ist die Bedeutung des Krankenhauses als Sterbeort noch unterschiedlicher: Im Landkreis Freudenstadt in Baden-Württemberg sterben nur 33 Prozent der über 64-Jährigen im Krankenhaus, in Landshut in Bayern dagegen knapp 60 Prozent. In rund 30 der 402 deutschen Stadt- und Landkreise liegt der Anteil der im Krankenhaus sterbenden älteren Menschen seit Jahren unter 39 Prozent, in gut 60 Kreisen dagegen über 50 Prozent (Abbildung 2).

Versorgungsstrukturen haben großen Einfluss auf den Sterbeort

Die Bundesländer, Kassenärztlichen Vereinigungen und großen Krankenkassen setzen sehr unterschiedliche Schwerpunkte in der ambulanten und stationären Versorgung am Lebensende. So liegt beispielsweise die Zahl der Betten in Hospizen pro eine Million Einwohner bei zwölf in Bayern und 56 in Berlin, die der Betten auf Palliativstationen bei 19 in Berlin und 46 im Saarland.

Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen an allen Verstorbenen im Alter von 65 und mehr Jahren, 2011 bis 2013

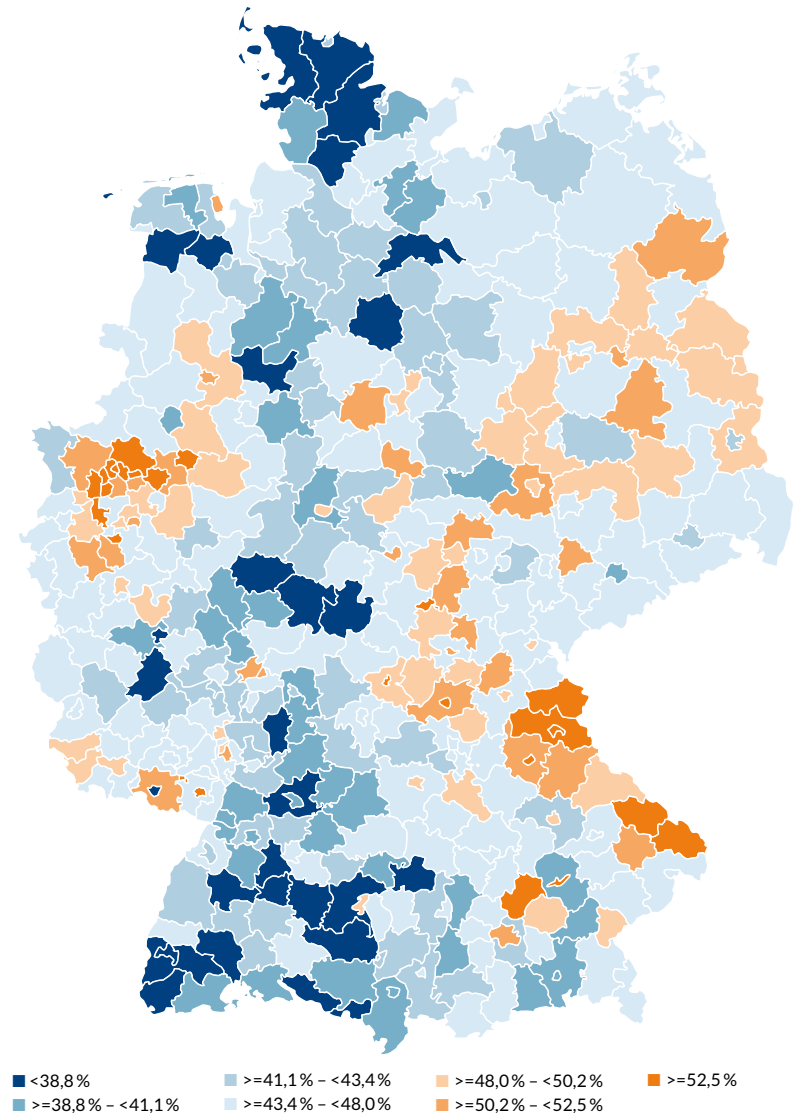


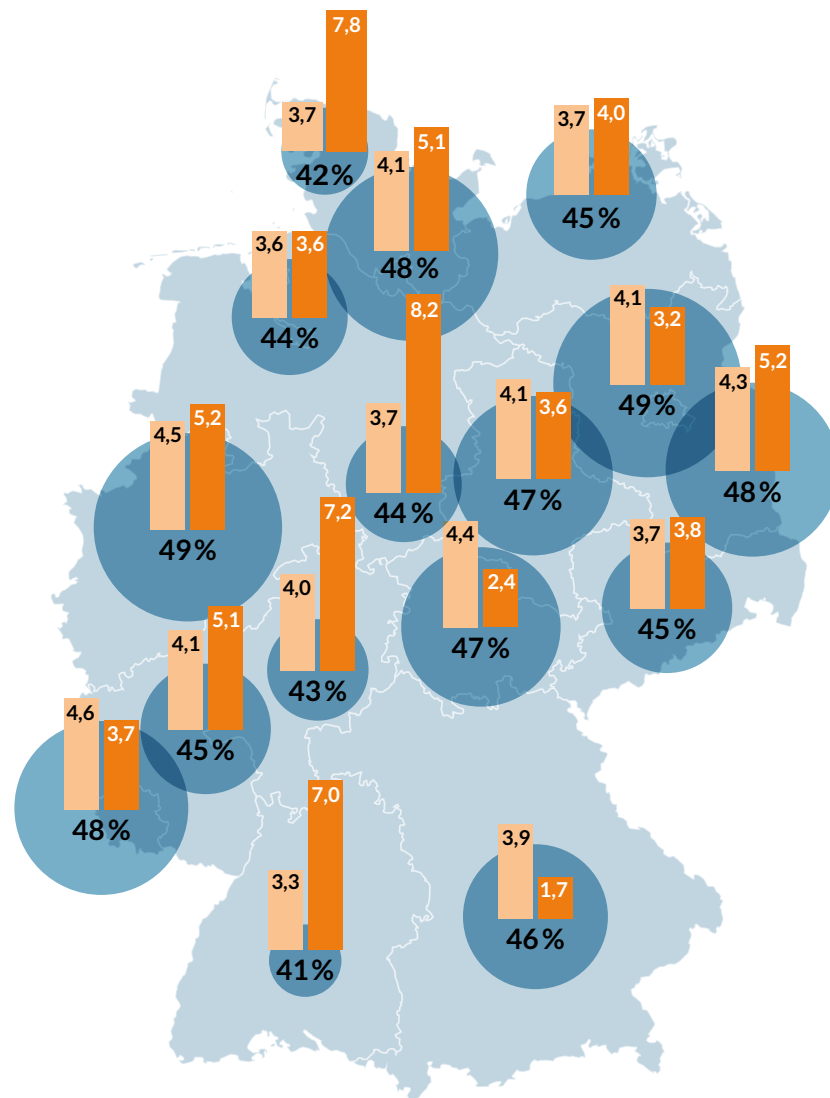
Abbildung 2 | Quelle: Destatis, Berechnung IGES, Faktencheck Gesundheit 2015

| BertelsmannStiftung

In gut einem Viertel aller Land- und Stadtkreise gibt es weder Hospize oder Palliativstationen noch besondere Einrichtungen für die ambulante Palliativversorgung.

Für die Patienten und ihre Angehörigen, aber auch für Leistungserbringer, die die Palliativversorgung in diesen weißen Flecken auf der Versorgungslandkarte sichern, kann dies weite Wege bedeuten – und eventuell darüber entscheiden, ob ein Mensch im Krankenhaus oder zu Hause stirbt.

Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen, Anzahl Krankenhaustage und Palliativmediziner



- Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen an allen Verstorbenen im Alter von 65 und mehr Jahren, 2011–2013
- Krankenhaustage je Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren, 2013
- Anzahl ambulant tätiger Palliativmediziner je 100.000 Einwohner, 2014

Abbildung 3 | Quelle: GBA, Destatis, Berechnung IGES, eigene Darstellung, Faktencheck Gesundheit 2015

| BertelsmannStiftung

Häufigkeit palliativmedizinischer Behandlungen im Krankenhaus, 2011–2013

Jahr	Prozedurenanzahl in Tausend		
	2011	2012	2013
Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)*	59,3	51,8	51,9
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e)*	—	16,1	23,2
Gesamt	59,3	67,9	75,1

*OPS-Code

Tabelle 1 | Quelle: Destatis, Berechnung IGES, Faktencheck Gesundheit 2015

| BertelsmannStiftung

Auch die ambulanten Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Mitarbeitern und die professionellen Teams für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sind regional unterschiedlich verfügbar. In Baden-Württemberg gibt es 28 ambulante Hospizdienste je eine Million Einwohner und damit etwa dreimal so viele wie in Brandenburg, Berlin und Hamburg. In Niedersachsen und dem Saarland gibt es über sechs SAPV-Teams pro Million Einwohner, während in Rheinland-Pfalz rechnerisch weniger als ein SAPV-Team auf eine Million Einwohner kommt.

Ambulant tätige Palliativmediziner machen den Unterschied

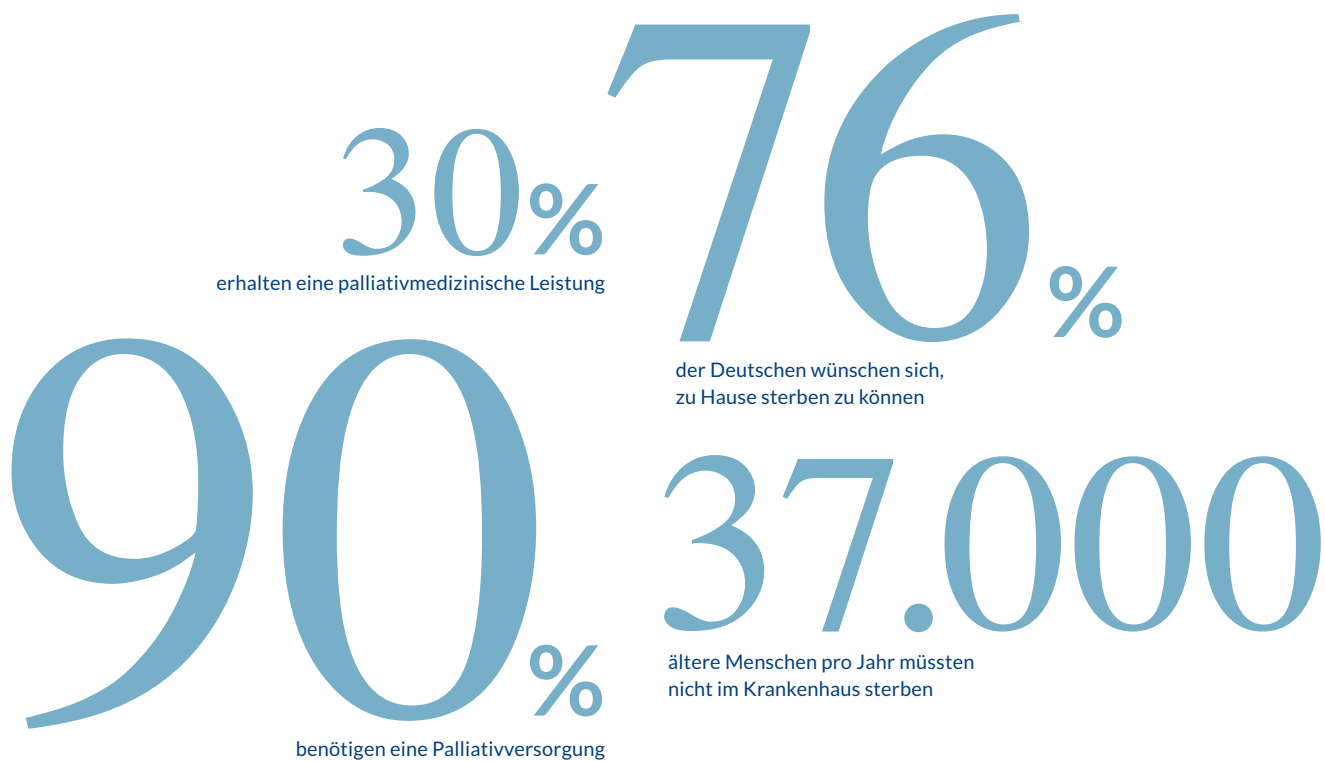
Ob ein schwerkranker Mensch bis zum Tod zu Hause versorgt werden kann, ist auch abhängig von der Anzahl der niedergelassenen Palliativmediziner in einer Region. Der Faktencheck zeigt einen eindeutigen Zusammenhang: In Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, wo es relativ viele ambulant arbeitende Palliativmediziner gibt, ist der Anteil der älteren Menschen, die im Krankenhaus sterben, besonders niedrig (Abbildung 3).

Dass in Baden-Württemberg mit 41 Prozent bundesweit die wenigsten über 64-Jährigen im Krankenhaus sterben, liegt nach den Analysen des Faktenchecks auch daran, dass es in Baden-Württemberg überdurchschnittlich viele Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mehr ambulante Hospizdienste als anderswo gibt. Auch die ambulante Versorgung wurde dort in den vergangenen Jahren mit Hausarztverträgen deutlich gestärkt. Dagegen war die Krankenhausplanung eher restriktiv.

Regionale Unterschiede bei Krankenhauseinweisungen und -tagen

Mitentscheidend, warum Menschen in manchen Regionen häufiger im Krankenhaus sterben, sind die regionalen Krankenhauskapazitäten, die über das regionale Krankenhaustagevolumen abgebildet werden. Das bedeutet: In Regionen, in denen ältere Menschen häufiger und länger im Krankenhaus sind, ist die Sterbequote auch höher (Abbildung 3).

Eine zusätzliche Auswertung von Krankenkassendaten zur Versorgung in den letzten sechs Lebensmonaten ergab, dass Sterbende in diesen letzten sechs Lebensmonaten durchschnittlich 18,6 Tage im Krankenhaus verbringen. In Nordrhein-Westfalen, Berlin und Bayern, wo die Sterbe-



quoten im Krankenhaus hoch sind, waren es fast 20 Tage, in Baden-Württemberg dagegen nur 17 Tage, in Schleswig-Holstein 16 Tage. Längere Verweilzeiten können dabei die Folge überdurchschnittlich ausgebauter Krankenhauskapazitäten sein, aber auch ein Indiz dafür, dass die ambulanten Angebote für die Palliativversorgung nicht den Bedarf decken und Betroffene auf die stationäre Versorgung angewiesen sind.

Palliativbehandlung im Krankenhaus verfehlt häufig das Ziel, Patienten nach Hause zu entlassen

Nicht nur die Dauer der stationären Behandlung in den letzten Lebensmonaten erhöht die Wahrscheinlichkeit, dort zu sterben, sondern auch die Art der Versorgung. In den letzten Jahren haben die palliativmedizinischen Behandlungen im Krankenhaus deutlich zugenommen (Tabelle 1).

Überraschendes Ergebnis des Faktenchecks: Das Ziel, schwer kranke Patienten so weit zu stabilisieren, dass sie wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden können, wird offensichtlich häufig nicht erreicht. Denn der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Menschen ist umso größer, je häufiger die Krankenhäuser eine spezialisierte palliativmedizinische Behandlung anbieten.

Dies könnte zum einen daran liegen, dass viele Menschen zu kurz vor ihrem Tod auf die Palliativstation kommen, zum anderen auch daran, dass

die Betroffenen und ihre Angehörigen eine Verlegung aus dem Krankenhaus kurz vor dem erwarteten Tod scheuen, vor allem, wenn die außerklinische ambulante Palliativversorgung in den betreffenden Regionen noch nicht gut genug ausgebaut ist. Zugleich könnten mangelnde ambulante Angebote der Grund dafür sein, dass Palliativpatienten überhaupt erst ins Krankenhaus kommen und dann dort bleiben. Allerdings ist auch nicht auszuschließen, dass Krankenhäuser, die in einem starken regionalen Wettbewerb stehen, Palliativstationen und die stationäre Palliativbehandlung als ein neues Geschäftsfeld aufbauen.

Nur jeder dritte Sterbende erhält die notwendige Palliativversorgung

Nur 30 Prozent der im Jahr 2014 Verstorbenen erhielten nach den Analysen des Faktenchecks eine palliativmedizinische Versorgung. Einen Bedarf an einer entsprechenden Versorgung am Lebensende haben laut Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin bis zu 90 Prozent. Damit wurde nur jeder dritte Sterbende so betreut, wie es notwendig gewesen wäre.

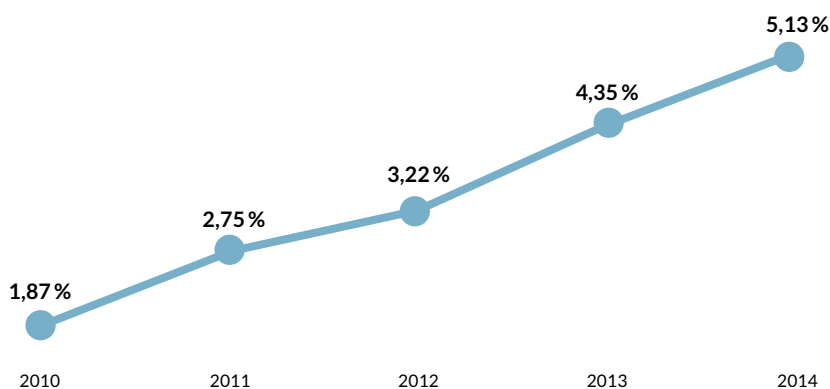
Eine allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) erhielten gut 24 Prozent der Verstorbenen. Diese Leistung, die seit Oktober 2013 von den niedergelassenen Ärzten gesondert abgerechnet werden kann, wurde ganz unterschiedlich genutzt: Während in Berlin, Brandenburg und Bremen weniger als 20 Prozent der Sterbenden so betreut wurden, waren es in Niedersachsen 28 Prozent und in Bayern 33 Prozent.

Die aufwändigere spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhielten im Jahr 2014 bereits über fünf Prozent der Verstorbenen. Die Inanspruchnahme stieg in den letzten fünf Jahren kontinuierlich an (Abbildung 4). Auch bei der SAPV zeigen sich große Unterschiede: Die meisten Verordnungen gab es in den Jahren 2010 bis 2014 in Berlin. Dort erhielten gut elf Prozent der Patienten SAPV-Leistungen, während es in Rheinland-Pfalz nur knapp zwei Prozent waren. Auffallend ist, dass unter den Regionen mit relativ vielen Verordnungen neben den Großstädten Hamburg, Frankfurt und München auch ländliche Regionen wie Ostfriesland und die Uckermark sind. Insgesamt zeigt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle.

»Immer noch dominiert die kurative Versorgung am Lebensende. Palliativmedizinische und begleitende Ansätze erfolgen oft gar nicht oder zu spät.«

Prof. Dr. Lukas Radbruch,
Direktor der Klinik für Palliativmedizin
im Universitätsklinikum Bonn

Inanspruchnahme von SAPV im letzten Lebensjahr*



*Anteil von Verstorbenen mit SAPV an allen Verstorbenen, jeweils im letzten Lebensjahr

Abbildung 4 | Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank)

Ambulante palliativmedizinische Leistungen nach Erkrankungsart

	AAPV*	SAPV**
Krebserkrankungen	64,9 %	88,3 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	29,2 %	9,3 %
Neurologische Erkrankungen	5,6 %	2,2 %
Sonstige	0,3 %	0,2 %
Gesamt	100 %	100 %

*2014, **2010 – 2014

Tabelle 2 | Quelle: eigene Berechnungen
(HRI Datenbank)

| BertelsmannStiftung

Ein Großteil der Patienten, die palliativ versorgt werden, sind Patienten mit Krebserkrankungen (Tabelle 2). In der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung beträgt ihr Anteil 65 Prozent, in der spezialisierten Versorgung sogar 88 Prozent. Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Herz-, Lungen- oder Nierenversagen oder neurologischen Erkrankungen finden bislang nur selten den Zugang zur Palliativversorgung. Das kann an regional zu geringen Kapazitäten liegen oder an behandelnden Ärzten und Angehörigen, die bei diesen Erkrankungen zu selten an palliative Leistungen denken.

Palliative Betreuung beginnt oft zu spät, was zu unnötigen Behandlungen führen kann

Vorausschauende Versorgungsplanung und eine rechtzeitig beginnende gute Palliativversorgung können unnötige und belastende Behandlungen am Lebensende verhindern. Wie der Faktencheck zeigt, wird zum Beispiel bei zehn Prozent der Patienten, die keine SAPV erhalten haben, eine Chemotherapie bis in den letzten Lebensmonat hinein fortgesetzt, während dies nur bei sieben Prozent der Krebspatienten mit SAPV der Fall war.

Etwa 40 Prozent der Verstorbenen erhielten SAPV-Leistungen aber erst im letzten Lebensmonat. Bei zwölf Prozent der Patienten erfolgte die Verordnung sogar erst in den letzten drei Lebenstagen. Viele Maßnahmen der Palliativversorgung, die dem Erhalt der Lebensqualität dienen, sind bei solch späten Verordnungen nicht mehr möglich.

| BertelsmannStiftung

»Es ist dringend notwendig,
die allgemeine ambulante
Palliativversorgung zu stärken.
Ansonsten besteht die Gefahr, dass
es ein ›Dach ohne Wände‹ bleibt.«

Dr. med. Birgit Weihrach,
ehem. Vorstandsvorsitzende
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband

Patienten und Angehörige wünschen sich eine palliative Versorgung zu Hause

Im Rahmen des Faktenchecks wurde auch untersucht, was eine patientenorientierte Palliativversorgung leisten muss. Patienten und ihre Angehörigen wollen vor allem eine zuverlässige, lückenlose und kompetente Versorgung – und das soweit möglich im gewohnten häuslichen Umfeld, abgestimmt auf individuelle Bedürfnisse, die sich im Krankheitsverlauf ändern können. Sie erwarten, dass in der belastenden Situation respektvoll und ohne Hektik auf ihre Wünsche eingegangen wird.

Die vier Studien des Faktenchecks zeigen, dass es eine Reihe guter Versorgungsangebote gibt, diese jedoch meist nur einzeln genutzt werden. Für die Zusammenführung bedarf es eines »Kümmerers«, der in der Koordination der Versorgung den Hut aufhat. Betroffene favorisieren dafür

eindeutig den Hausarzt, der das soziale Umfeld der Patienten kennt und leicht erreichbar ist. Die Funktion des »Kümmerers« kann aber auch von Praxismitarbeitern, einer Pflegekraft oder einem Palliativdienst wahrgenommen werden. Um dem Patientenwunsch besser entsprechen zu können, ist es somit zentral, die ambulante Versorgung weiter zu stärken.

Über den Faktencheck »Palliativversorgung«

Grundlage für den Faktencheck sind folgende vier Studien:

1. Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren (Karsten Zich, IGES-Institut)
2. Strukturen und regionale Unterschiede der Hospiz- und Palliativversorgung (Heiner Melching, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)
3. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende (Prof. Dr. Lukas Radbruch, Universitätsklinikum Bonn)
4. Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung (Prof. Dr. Nils Schneider, Medizinische Hochschule Hannover)

Die Studien stützen sich maßgeblich auf Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes, Daten aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin sowie Berechnungen des Health Risk Instituts. Der Faktencheck Palliativversorgung betrachtet aufgrund der unzureichenden Datenverfügbarkeit und -qualität im pflegerischen und hospizlichen Bereich primär die palliativmedizinische Versorgung.

Beispiel Westfalen-Lippe

In Westfalen-Lippe hat sich seit 2009 ein von anderen Bundesländern abweichendes Modell der Palliativversorgung entwickelt. Es verzichtet auf die strikte Trennung von AAPV und SAPV. Das erleichtert die Anpassung der Versorgung an sich ändernde Bedürfnisse der Patienten. In der Regel ist der Hausarzt Koordinator der Versorgung und bleibt es auch, wenn Leistungen der SAPV erforderlich werden. Rund 80 Prozent der Hausärzte in Westfalen-Lippe nehmen an diesem Modell der Palliativversorgung teil. Sie werden von rund 260 Palliativmedizinerinnen und 100 Koordinatoren unterstützt. 2014 wurden etwa 20 Prozent der Verstorbenen so betreut. Von diesen palliativ betreuten Menschen starben nur 8,7 Prozent in einem Krankenhaus.

Service-Angebot für Betroffene

Für Angehörige und Betroffene bietet der Faktencheck Gesundheit in Kooperation mit dem Internetportal Weisse Liste eine Serviceseite im Web an. Diese erläutert Unterschiede zwischen den palliativen Angeboten, gibt Informationen über rechtliche Ansprüche und nennt Beratungsstellen. Eine Anbietersuche ermöglicht Betroffenen und Angehörigen, sich über palliative Angebote in der Region zu informieren.

weisse-liste.de/palliativ-info



Download der Studien auf
faktencheck-palliativversorgung.de

Handlungsempfehlungen

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung will die Bundesregierung die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterentwickeln. Für die Ausrichtung und Planung der Versorgung am Lebensende sind die Patientenwünsche wichtig. Wie der Faktencheck zeigt, möchten die meisten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung – zu Hause – sterben. Häufig scheitert dies jedoch daran, dass keine ambulante palliative Betreuung zur Verfügung steht. Ein Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung sollte daher unbedingt die beiden Grundsätze »ambulant vor stationär« und »allgemein vor spezialisiert« beachten, auch weil in den letzten Jahren vor allem die spezialisierte Versorgung ausgebaut wurde.

Die folgenden Handlungsempfehlungen richten sich an Politik, Krankenkassen und Leistungserbringer, damit die Versorgung am Lebensende den Patientenwünschen näherkommt, und jeder, der eine Palliativversorgung braucht, diese auch erhält.

Ambulante Versorgung stärken

- › Palliativversorgung sollte stärker in die Regelversorgung eingebunden werden. Niedrigschwellige Angebote der allgemeinen Palliativversorgung sind prioritär auszubauen.
- › Durchlässigkeit und Vernetzung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung sind zu verbessern.
- › Mehr Weiterbildung für Hausärzte, damit sie den palliativen Betreuungsbedarf bei allen Krankheiten erkennen und die Versorgung am Lebensende vorausschauend planen können.

Stationäre Versorgung sinnvoll ergänzen

- › Die stationäre Hospiz- und Palliativversorgung ist trotz der erreichten Versorgungsdichte gezielt und bedarfsgerecht weiter auszubauen; dabei ist der Entwicklung stationärer Überkapazitäten vorzubeugen.

- › Palliativversorgung sollte auf allen Stationen der Krankenhäuser möglich sein. Palliativbeauftragte und Palliativkonsiliardienste sollten dies unterstützen.
- › Die Krankenhäuser sollten die Verlegung von Palliativpatienten nach Hause fördern. Dafür ist ein gutes Entlassmanagement notwendig.

Information, Beratung und Vernetzung ausbauen

- › Die Bevölkerung muss verstärkt darüber informiert werden, was Palliativversorgung leistet und was die Krankenkassen bezahlen.
- › Krankenversicherungen, Ärzte und Pflegedienste sollten Patienten und Angehörige frühzeitig über das regionale Angebot zur Palliativversorgung beraten.
- › Vernetzung und Koordination der an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringer sollten gefördert werden.

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-gesundheit.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
»Versorgung verbessern –
Patienten informieren«
Kontakt:
Heike Kusch
heike.kusch@bertelsmann-stiftung.de
Tel: + 49 5241 81-81139

Bildnachweis: Melpomene /
Shutterstock.com
Gestaltung: Dietlind Ehlers
Redaktion: Claudia Haschke,
Burkhard Rexin
Druck: Druckhaus Rihn
ISSN (Print): 2364-4788
ISSN (Online): 2364-5970



SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms »Versorgung verbessern – Patienten informieren« der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Im Projekt »Faktencheck Gesundheit« des Programms wird mehrmals jährlich ein Versorgungsthema genauer beleuchtet. Unsere Studien zeigen regionale Unterschiede auf. Das bedeutet, dass Ressourcen zum Teil unnötig und unangemessen eingesetzt werden. Der »Faktencheck Gesundheit« will dazu beitragen, dass die begrenzten Ressourcen sachgerechter verwendet werden und Gesundheitsleistungen sich stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientieren.

Weitere Informationen auf
faktencheck-gesundheit.de