

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 4

Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 4

Im Blickpunkt: Zugang,
Primärversorgung,
Organisationsreform

| **Verlag BertelsmannStiftung**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

© 2005 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Michael Kühlen*

Herstellung: *Christiane Raffel*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto, Berlin*

Satz: *digitron GmbH, Bielefeld*

Druck: *Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld*

ISBN 3-89204-853-3

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	9
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung	10
Auswahlkriterien	11
Politikbewertung	13
Projektmanagement	14
Die neue gesundheitspolitische Agenda	16
Australien: »beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression	18
Neuseeland: Landesweites Konzept für psychische Gesundheit	20
Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt	22
Zugang zum Gesundheitssystem	24
Frankreich: Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige	28
Israel: Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit	30
Spanien: Verbesserter Zugang zu fachärztlichen Diensten und Medikamenten für illegale Einwanderer	33
Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfall- versorgung nicht mehrheitsfähig	35
Finnland: Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung	37
Kanada: Verliert die Garantie auf Gesundheitsversorgung an Bedeutung?	39

Dänemark: Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten	41
Vereinigtes Königreich: Zähneknirschende Patienten	42
Primärversorgung	45
England und Wales: Neuer Vertrag für Hausärzte	47
Neuseeland: Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten	49
Frankreich: Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung	50
Australien: Vergütung der Hausärzte	52
Israel: Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung	55
Qualitätsmanagement in Krankenhäusern	57
England: NHS Foundation Trusts	59
Spanien und Kanada: Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen	61
Südkorea: Bewertung von Krankenhäusern	63
Organisationsreform	65
Israel: Private Konkurrenz für öffentliche Kassen	66
Niederlande: Neues Krankenversicherungssystem	68
Österreich: Gesundheitsreform 2005	70
Schweiz: Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke	72
Singapur: HealthConnect – ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell	75
Japan: Plan zur Fusion der Versicherungsträger	77
Kurznachrichten	79
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente	80
Finnland: Einschränkungen für Generika	82
Dänemark: Verwaltungs- und Krankenhausreform unter Dach und Fach	84
Niederlande: Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO)	86
Reformverzeichnis	88

Vorwort

Vergleichende Forschung zu Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik ist kein neues Unterfangen. Eine ganze Reihe internationaler Organisationen wie OECD, WHO, das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und die Weltbank widmen sich diesem Thema, ebenso akademische Institutionen.

Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich typischerweise mit dem Vergleich und der Analyse quantitativer Daten und mit den Strukturen und dem Leistungsverhalten der unterschiedlichen Systeme – innerhalb einer Region oder zwischen Ländern mit ähnlichen sozioökonomischen und organisatorischen Strukturen.

Die Themen auf der Agenda gesundheitspolitischer Reform gleichen sich: Demographische Entwicklung, Alterung und längere Lebensdauer, Fortschritte in Medizin und Technologie, Koordination, Transparenz und Effizienz, Qualität und Kosten, Zugang zum System und Finanzierung – all dies sind zentrale Herausforderungen, denen sich Gesundheitspolitiker stellen müssen. Dennoch funktioniert der Transfer von Wissen aus Forschung und empirischer Erfahrung in die Gesundheitspolitik nur schleppend, hinken innovative Reformansätze den vergleichenden Analysen von Gesundheitspolitik erheblich hinterher.

Die Bertelsmann Stiftung pflegt seit längerem die Tradition von vergleichender Politikanalyse und Benchmarking über sozialpolitische Reformen in Industrieländern. In Deutschland hat sie für innovative Lösungsansätze bei Reformen in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik einen guten Ruf. Der 1998 initiierte internationale Reformmonitor (www.reformmonitor.org) ist ein Beispiel für die Expertise der Stiftung auf diesem Gebiet. Ein Beispiel für die Erfahrung der Stiftung in vergleichender Ge-

sundheitssystemforschung ist die von Esche, Böcken und Butzlaff herausgegebene Acht-Länder-Studie »Reformen im Gesundheitswesen« (Gütersloh 2000).

Der Erfolg beider Projekte unterstrich den Bedarf und die Nachfrage nach kontinuierlicher und zeitnaher Information über aktuelle Themen der Gesundheitspolitik in Ländern vergleichbarer sozioökonomischer Struktur. Als Antwort entwickelte die Stiftung einen eigenständigen Monitor, das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik (www.healthpolicymonitor.org).

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten in dem Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus inzwischen 17 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten. Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik zu verringern, mit halbjährlichen Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewegt und bewährt hat – und was nicht.

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

Netzwerkpartner sind Fach- und Forschungsinstitutionen mit ausgewiesener Expertise in Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement oder Public Health. Das Netzwerk ist somit interdisziplinär; die Experten und Expertinnen sind Ökonomen, Politikwissenschaftler, Mediziner und Juristen. Viele von ihnen haben Erfahrung als Politikberater, andere solche in international vergleichender Gesundheitssystemforschung.

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
Finnland	National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Helsinki

Frankreich	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris
Großbritannien	LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science
Israel	Smokler Center for Health Policy Research, The Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem
Japan	National Institute of Population and Social Security Research (IPSS), Tokyo
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Republik Korea (Südkorea)	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
Schweiz	Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona
USA	The Commonwealth Fund, New York; Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

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

- nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen (Hauptfinanzierungsquelle und Verteilung von Finanzmitteln, Vergütung der Leistungsanbieter)
- Fachkräfteentwicklung
- Qualität der Gesundheitsversorgung

- Leistungskatalog und Prioritätensetzung
- Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Nutzerorientierung des Systems und Stärkung der Patienten
- politischer Kontext, Dezentralisierung und öffentliche Verwaltung
- Organisation des Gesundheitssystems und integrierte Versorgung
- Pflege chronisch Kranker und älterer Menschen
- Rolle der Privatwirtschaft
- neue Technologien
- Arzneimittelpolitik
- Prävention
- Public Health

Auswahlkriterien

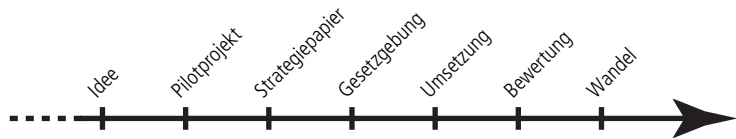
Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner über bis zu fünf aktuelle gesundheitspolitische Reformthemen. Kriterien für die Wahl der Berichtsthemen sind:

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

Zu jedem Thema füllen die Partner einen Fragebogen aus, um die Reformidee oder -politik sowie den Entwicklungsprozess zu beschreiben und zu bewerten. Abschließend geben die Berichtersteller zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen der Reform ihre Einschätzung ab und beurteilen die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit bzw. Übertragbarkeit auf andere Systeme.

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses.

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



- Unter »Idee« werden neue oder erneut aufgegriffene Ansätze gefasst, die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen diskutiert werden. Hierunter fallen auch »Ideen« in einem noch sehr frühen Stadium – fernab von Politik oder formaler Einführung. Auf diese Weise entsteht eine Art »gesundheitspolitischer Ideenspeicher«, der es erlaubt, die Dynamik von Reformideen von ihrer Entstehung bis zu ihrer Umsetzung, ihrem Verschwinden oder ihrer Ablehnung über die Zeit und über Regionen hinweg zu beobachten.
- »Pilotprojekt« steht für Neuerungen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden.
- »Strategiepapier« umfasst formale politische Statements (Eckpunkte, Weiß- oder Grünbücher) oder Stellungnahmen. Hierunter verstehen wir auch die Phase wachsender Akzeptanz von Ideen in einschlägigen Fachkreisen wie z. B. der Ärzteschaft.
- Der Begriff »Gesetzgebung« steht hier für alle Stufen der Gesetzgebung – vom Einbringen eines Gesetzentwurfes über die parlamentarische Debatte nebst Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und Interessengruppen und sonstiger treibender Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.
- »Umsetzung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Implementierung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best practice« sein.
- »Bewertung« benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes evaluiert werden. Hier beschriebene Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussevaluierung erfolgen.

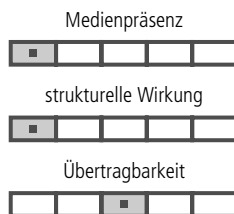
- »Wandel« schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

Politikbewertung

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

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

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



Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht. Unser besonderer Dank gilt Susanne Weinbrenner, die den Berichtsentwurf erstellte, Christian Guericke (TU Berlin), Susanne Braun, Melanie Schnee (beide Bertelsmann Stiftung) und Albrecht Kloepfer (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation) für ihr sorgfältiges Kolektorat und Heike Clossermeyer (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Die Ergebnisse der vierten halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum Mai 2004 bis Oktober 2004 umfasst, werden in diesem Band dargestellt. Von den 61 Reformmeldungen wurden 30 für den vorliegenden Bericht ausgewählt. Für die hier dargestellten Reformen sind wir einem im Vergleich zu den ersten Ausgaben modifizierten Ansatz gefolgt: Auswahlkriterien waren Reichweite, Beständigkeit und Bedeutsamkeit in der öffentlichen Debatte innerhalb, aber auch jenseits des eigentlichen Berichtszeitraums. Somit betrachten wir die Themen dieser Befragungsrunde nicht nur im Hinblick auf ihren aktuellen Entwicklungsstand oder Grad der Umsetzung, sondern erstmals über einen längeren Zeitraum. Im Detail sind alle Reformentwicklungen dieser Runde auf unserer Webseite nachzulesen.

Die vierte Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« legt den Schwerpunkt auf vier gesundheitspolitische Reformthemen, die in verschiedenen Industrieländern ähnlich wie in Deutschland von hoher politischer Relevanz sind:

- Zugang zum Gesundheitssystem
- Primärversorgung
- Qualitätsmanagement in Krankenhäusern
- Organisationsreformen

Zudem berichten wir in einem einführenden Kapitel »Die neue gesundheitspolitische Agenda« über Themen, deren Bedeutung

in Zukunft vermutlich zunehmen wird. Das letzte Kapitel »Kurz-
nachrichten« schildert und aktualisiert im Sinne eines Monitors
den Fortgang der in den ersten drei Ausgaben von »Gesund-
heitspolitik in Industrieländern« beschriebenen Reformen und
Entwicklungen.

Sämtliche Reformberichte der vier Befragungsrunden können
auf der Website des Netzwerks, www.healthpolicymonitor.org,
recherchiert und eingesehen werden. Dort ist auch das unveröf-
fentlichte Arbeitspapier »Gesundheitspolitik in Industrieländern«
1/2003 erhältlich. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf
der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von
den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und geben
nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stif-
tung wieder.

Unser Dank gilt allen Experten aus den Partnerinstitutionen:

Autoren: Rob Anderson, Michael O. Appel, Toni Ashton, Alik
Aviram, Yehuda Baruch, Mickael Bech, Sergio Betrán Damián,
Mette Birk-Olsen, Shuli Brammli-Greenberg, Antoine Casabian-
ca, Carol Colb, André den Exter, Carine Franc, Kurt Frei, Anna
García- Altés, Kees van Gool, Revital Gross, Marion Haas, Rita
Hamad, Sebastian Hesse, Maria M. Hofmarcher, Noboyuki Izu-
mida, Josep M. Jansa, Ilmo Keskimäki, Soonman Kwon, Rafael
Marconte Darriba, Esther Martínez García, Lisa Maslove, Tom
McIntosh, Carol Medlin, Meng-Kin Lim, Julien Mousqués, Nurit
Nirel, Adam Oliver, Valérie Paris, Anniek Peelen, Dominique
Polton, Avi Porath, Gabi Rabinowitz, Anat Raskin-Segal, Monika
Riedel, Ray Robinson, Bruce Rosen, Juan M. Sanz Guijarro, Ma-
sayo Sato, Christoffer Tigerstedt, Lauri Vuorenkoski und Sarah
Weston.

Kommentatoren/Reviewer: Gerold Bachinger, Gabi Bin Nun, Iva
Bolgiani, Boaz Lev, Jan Pazourek, Mary Ries, Mordechai Shani,
Raviv Sobol und Israel Sykes.

Kommentare und Anregungen zum vierten Halbjahresbericht
sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber ge-
richtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschlä-
ge.

Reinhard Busse, Sophia Schlette

Die neue gesundheitspolitische Agenda

In diesem Kapitel behandeln wir Fragestellungen, die in einer Reihe von Ländern erst seit kurzem auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung stehen. Es handelt sich um relativ junge Themen, weil sich die Gesundheitspolitik typischerweise primär den physischen Gesundheitsproblemen zuwendet – eine Priorisierung, die andere Krankheitsformen wie psychische Störungen, aber auch das gesellschaftliche Umfeld sowie die politischen und administrativen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung oft außer Acht lässt.

**Depression als
gesamtgesellschaftliche
Herausforderung**

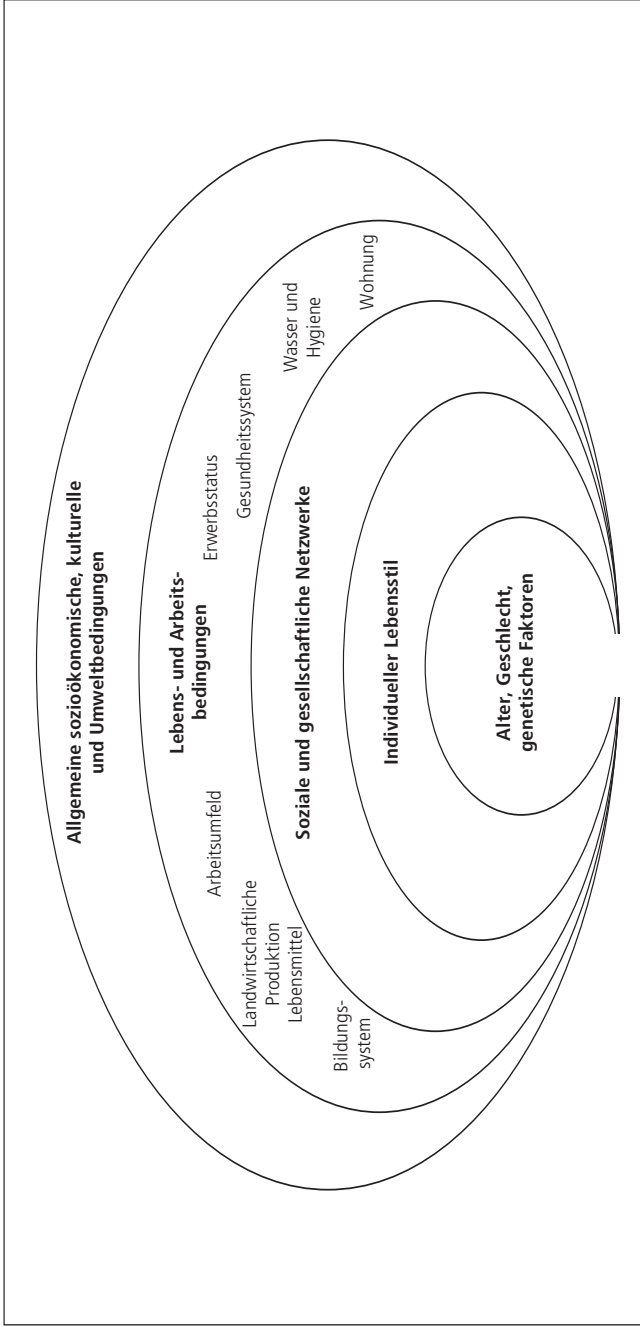
Depressionen stellen eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit dar, die aufgrund ihrer Häufigkeit, Dauer und der mit ihr verbundenen Kosten immer mehr Aufmerksamkeit findet. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge ist Depression eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt. Psychische Gesundheitsprobleme nehmen insgesamt dramatisch zu.

Weltweit sind zwölf Prozent aller Krankheiten neuropsychiatrischen Ursprungs. Die Tendenz zeigt, dass psychische Erkrankungen zunehmend zu Behinderung und damit einhergehend zu einer Veränderung des sozialen Umfelds der Betroffenen führen. Auch Volkswirtschaften und Gesundheitssysteme werden zunehmend belastet. In diesem Abschnitt berichten wir über neue Ansätze aus Australien und Neuseeland, die die mit Depressionen verbundenen wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Herausforderungen angehen.

Gesundheitsfolgenabschätzung von Politik

Die Bewertung der Auswirkungen verschiedenster Maßnahmen auf die Gesundheit (»health impact assessment«, HIA) ist ein Evaluierungsinstrument, das sich auf die Theorie der Gesundheitsdeterminanten stützt (Abbildung 1). Mit Hilfe von HIA werden politische Entscheidungen in Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung beurteilt.

Abb. 1: Determinanten von Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung nach Dahlgren und Whitehead 1991

Unser Bericht über die Schweiz schildert, wie eine solche Bewertung in die Praxis umgesetzt werden kann.

Literatur und Links:

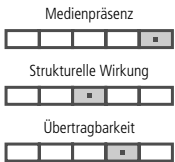
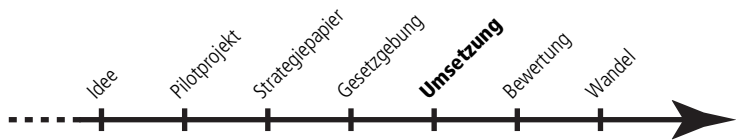
World Health Organization Regional Office for Europe:
www.euro.who.int/healthimpact

Banken, Reiner. *Strategies for Institutionalising HIA*.
 Brussels: WHO European Centre for Health Policy 2001.

Dahlgren, Goran, und Margaret Whitehead. *Policies and strategies to promote social equity in health*.
 Stockholm: Institute for Futures Studies 1991.

Wismar, Matthias. Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. *G+G Wissenschaft* (3) 4: 25–35, 2004. Auch online unter www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_4-03_25-35.pdf.

Australien: »beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression



»beyondblue« ist eine nationale, unabhängige und gemeinnützige Einrichtung in Australien, die sich mit Problemen im Zusammenhang mit Depression, Angstzuständen und damit verbundenem Drogenmissbrauch beschäftigt. Im Oktober 2004 erschien der erste Bericht der vor vier Jahren gegründeten Organisation: »The Way Forward 2005–2010« belegt deutliche Erfolge in wichtigen Bereichen und umreißt die zukünftige Tätigkeit von beyondblue. Als gemeinsame Initiative der australischen Bundesregierung und der Regierungen der Bundesstaaten und Bundesgebiete versucht beyondblue ein gesellschaftliches Bewusstsein für Probleme wie Depression, Angstzustände und ähnliche psychische Krankheitsbilder zu schaffen. Darüber hinaus bemüht

sich beyondblue darum, die Stigmatisierung zu verringern, die mit psychischen Störungen und Krankheiten verbunden ist.

Beyondblue entstand auf Anregung der WHO, deren Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen auf die Nichtbeachtung von Depressionen als ernstes gesundheitliches und soziales Problem verwiesen. Besorgnis erregten auch die hohen wirtschaftlichen Verluste aufgrund von Fehlzeiten durch Depressionen: Jedes Jahr gehen aus diesem Grund in Australien sechs Millionen Arbeitstage verloren, an weiteren zwölf Millionen Tagen kommt es zu Produktivitätsverlusten. Depressionen kosten die australische Volkswirtschaft damit rund zwei Milliarden Euro jährlich.

Beyondblue ist eine kleine Einrichtung mit nur zehn Mitarbeitern. Die Mitarbeiter regen Projekte an und bauen Netzwerke auf, denen Akteure in Gesundheitseinrichtungen, Schulen, am Arbeitsplatz, in Universitäten, Medien und Gemeindeeinrichtungen angehören. Menschen mit Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen, die persönliches Wissen einbringen, sind an den Netzwerken ebenfalls aktiv beteiligt.

Depressive Personen und ihre Betreuer erhalten Informationen über die Krankheit und effektive Behandlungsmöglichkeiten. Präventions- und Frühbehandlungsprogramme für Depression werden entwickelt. Ausbildung und Unterstützung der Allgemeinmediziner und anderer Gesundheitsfachkräfte sollen verbessert, Forschung über Depression soll initiiert und gefördert werden. beyondblue zielt somit einerseits auf Verbesserungen des Versorgungssystems und andererseits auf die Stärkung der Patienten.

Die Ergebnisse des Tätigkeitsberichts über die ersten vier Jahre von beyondblue sind ermutigend. Um nur einige Erfolge zu nennen:

- Die Wahrnehmung von Depression in der Gesellschaft sowie die Medienpräsenz dieses sensiblen Themas wurden deutlich erhöht.
- 4000 Allgemeinmediziner erhielten eine Fortbildung.
- Die staatliche Krankenversicherung deckt inzwischen vermehrt Leistungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen ab.

Depressionen sind teuer

Depressionen umfassend bekämpfen

Allerdings kann die tatsächliche gesundheitspolitische Wirkung von beyondblue ohne die Daten einer unabhängigen externen Evaluierung derzeit noch nicht eingeschätzt werden.

Literatur und Links:

beyondblue: www.beyondblue.org.au

Neuseeland: Landesweites Konzept für psychische Gesundheit



Im August 2004 veröffentlichte das neuseeländische Gesundheitsministerium einen zweiten Entwurf zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und zur Bekämpfung von Drogenabhängigkeit für den Zeitraum 2005–2015. Ein erster Plan war bereits im Jahr 1997 vorgelegt worden. Die neue Vorlage dient als Diskussionspapier für öffentliche Anhörungen zur Verbesserung der Krankenversorgung im Bereich psychischer Erkrankungen. Die Beteiligten gaben bis Ende Oktober 2004 ihre Kommentare ab. Der Plan von August formuliert eine umfassende Vision für die Versorgung psychisch Kranker in den kommenden zehn Jahren sowie Ziele und Maßnahmen für die kommenden fünf bis sieben Jahre.

Der Entwurf enthält sieben strategische Kernelemente:

- mehr und bessere fachärztliche Dienstleistungen
- mehr und bessere Dienstleistungen für die Maori-Bevölkerung
- stärker bedarfsorientierte Dienstleistungen
- Weiterentwicklung der Versorgungssysteme
- Berücksichtigung der psychischen Gesundheit in der Primärversorgung
- Förderung von psychischer Gesundheit und Prävention
- soziale Integration psychisch Kranker

Nach einer Reihe von Evaluationen zu Beginn der 90er Jahre, denen zufolge Finanzierung und Organisation der psychischen Gesundheitsversorgung in Neuseeland unzureichend sind, rissen die Anstrengungen nicht ab, die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Es gibt keine nennenswerten Widerstände gegen diese Politik; das öffentliche Anhörungsverfahren macht das Entstehen von Konflikten eher unwahrscheinlich.

**Kontinuierliche
Verbesserung der
Versorgung
psychisch Kranker**

Literatur und Links:

New Zealand Ministry of Health. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand. How Things Need to Be. Dezember 1998. www.mhc.govt.nz/publications/1998/Blueprint1998.pdf.

New Zealand Ministry of Health. Improving Mental Health. August 2004. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/B9EF96668E09E697CC256EF6001292D0/\\$File/improvingmentalhealthconsultation.doc](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/B9EF96668E09E697CC256EF6001292D0/$File/improvingmentalhealthconsultation.doc).

New Zealand Ministry of Health. Looking Forward. Strategic Directions for the Mental Health Services. Juni 1994. www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/05e396f82511ac98cc256c39000857fb?OpenDocument.

New Zealand Ministry of Health. Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services. September 1997. www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/11c63c69edc27d114c25667a0074d3de?OpenDocument.

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt



Strategiepapiere der WHO betonen die Bedeutung sozialer sowie wirtschafts- und umweltpolitischer Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Inspiriert von niederländischen und englischen Vorbildern entschied sich das Departement für Gesundheit und Wohlfahrt des Schweizer Kantons Tessin für einen innovativen Ansatz zur Evaluierung der Kantonspolitik und ihrer potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Die Methode der systematischen Bewertung der Auswirkungen von Politik auf die Gesundheit wird »health impact assessment« (HIA) genannt. Sie soll politische Entscheidungsträger in die Lage versetzen, gesundheitsbewusstere politische Entscheidungen zu treffen.

Förderung nachhaltiger Politik

Das Neuartige und Innovative am Tessiner Konzept der Gesundheitsfolgenabschätzung ist die Verknüpfung von Verfahren zur Erfassung nachhaltiger Entwicklungen (Evaluierung von Auswirkungen auf die Umwelt) mit solchen zur Evaluierung von Gesundheitsfolgen. HIA ist keine von vornherein festgelegte Methode. Sie basiert auf der Theorie der Gesundheitsdeterminanten – Faktoren, die die Gesundheit von Individuen wesentlich beeinflussen (siehe Abb. 1).

HIA stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse und auf eine Reihe von Forschungsmethoden, um die Auswirkungen politischer Maßnahmen auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu untersuchen. Auf diese Weise möchte das Tessin eine Politik umsetzen, die die Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt und positiv beeinflusst. Umgekehrt sollten die politischen Entscheider Maßnahmen mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit verwerfen oder entsprechend nachbessern lassen.

Neben der Identifizierung potenzieller Risiken und notwendiger Korrekturen könnte das HIA-Verfahren dazu beitragen, das herrschende Gesundheitssystem grundlegend zu verändern. Bild

und Organisation des Gesundheitssystems sind bis heute wesentlich von einem traditionellen, vor allem auf Krankheiten fixierten Verständnis geprägt. Die Gesundheitsfolgenabschätzung könnte dazu beitragen, Gesundheit und ihre Determinanten im Tessin modellhaft in den Mittelpunkt zu rücken. Durch die Förderung einer sektorenübergreifenden Politik erhofft sich die Kantonalregierung des Tessin eine Senkung der Gesundheitsausgaben und, ganz grundsätzlich, eine bessere Qualität politischer Entscheidungen.

Literatur und Links:

International Health Impact Assessment Consortium:

www.ihia.org.uk

Health Impact Assessment Gateway:

www.hiagateway.org.uk

World Health Organization Regional Office for Europe:

www.euro.who.int/healthimpact

Wismar, Matthias. Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. *G+G Wissenschaft* (3) 4 2004: 25–35. Auch online unter www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_4-03_25-35.pdf.

Zugang zum Gesundheitssystem

Erreichbarkeit Die Frage des Zugangs zu Gesundheitsdiensten stellt sich in unterschiedlichen Gesundheitssystemen oder Phasen einer Gesundheitsreform auf ganz unterschiedliche Weise. Definitionen des Begriffs reichen von der allgemeinen Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen im Sinne von sozialer Gerechtigkeit bis hin zum Verständnis als politisches Instrument zur Kontrolle der Inanspruchnahme. Sowohl der physische Zugang zur Versorgung als auch der Zugang zu Informationen über Anbieter und Dienstleistungen und deren Qualität können gemeint sein.

Rationalisierung Fragen zu definitorischen, finanziellen oder zeitlichen Begrenzungen des Zugangs zu spezifischen Dienstleistungen lauten beispielsweise: Gibt es Wartelisten oder Wartezeiten für bestimmte medizinische Leistungen? Sind ambulante Dienste auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zugänglich?

Fairness Zugang hat auch eine geografische Dimension, wenn es um die Reichweite und Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten in bestimmten Regionen geht. Hinzu kommt die Frage, wie erschwinglich Leistungen sind: Inwieweit hängt die Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung von Einkommen oder Vermögen ab?

Regulierung Politische Entscheidungsträger überlegen, ob und wie der Zugang zu Gesundheitsdiensten als Steuerungsinstrument genutzt werden kann. So kann z.B. der Zugang zur Versorgung durch Preise, Zuzahlungen oder Sanktionen gezielt eingeschränkt werden, um die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu regulieren. Wenn es um Zugang geht, spielen aber auch kulturelles Verständnis oder die Akzeptanz von Gesundheitsdiensten

Kulturelle Unterschiede (Dienstleistern) bei ethnischen oder religiösen Minderheiten bzw. Migranten und Einwanderern eine Rolle.

So ist Zugang eines der Hauptziele der Gesundheitssysteme, und die Regulierung des Zugangs ist ein Instrument der Gesundheitspolitik, das eine angemessene Versorgung sichert und gleichzeitig erlaubt, das Erreichte zu messen: Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Zugänglichkeit (»accessibility«) als »Indikator für den Anteil der Bevölkerung, der eine angemessene Gesundheitsversorgung erhält« (WHO 1998).

**Zugang: Ziel,
Mittel und
Maßstab der
Gesundheits-
versorgung**

Grundannahme dabei ist, dass die Gesundheitsversorgung und der Zugang zu ihr ein öffentliches Gut sind. Folglich stehen gute Gesundheit und Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten in engem Zusammenhang mit verantwortungsvoller politischer Steuerung, politischem Engagement und der Ausrichtung von Gesundheitspolitik auf Gleichbehandlung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten.

Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung soll jedem Bürger unabhängig von sozialem Status, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Wohnsitz, Bildung, Vermögen oder Gesundheitszustand gewährt werden. Gesundheitssysteme sollen nach den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtet werden und nicht umgekehrt.

Viele Industrieländer bieten eine nahezu universelle Gesundheitsversorgung an. Die meisten gewähren den Zugang kostenlos oder verbinden deren Inanspruchnahme mit nur geringen Zuzahlungen. Meist ist dies das Ergebnis unterschiedlicher Formen der staatlichen Absicherung. Eine umfassende Versorgung geht gewöhnlich mit einem entsprechend umfassenden Katalog von Gesundheitsleistungen einher. Da jedoch alle Systeme mit steigenden Gesundheitskosten und sinkenden Einnahmen konfrontiert sind, gewinnen eine Reihe von Einschränkungen der Gesundheitsversorgung an Bedeutung.

**Rundumver-
sorgung: bis zu
welchem Preis?**

Angemessener Zugang zum Gesundheitssystem wird durch folgende Hindernisse potenziell erschwert:

- Form und Umfang des Versicherungsschutzes
- Zusammensetzung des Leistungskatalogs
- unzureichende Infrastruktur und Versorgung in entlegenen Regionen
- Umfang der Zuzahlungen
- mangelnde Angemessenheit der Leistungen bezüglich ihrer Qualität und Effizienz

- unangemessene Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal
- mangelnde Sensibilität und Ansprechbarkeit auf kulturelle Unterschiede

Anhand dieser Mängel wird der Zugang zum Gesundheitswesen gemessen.

**Gesundheit ist
öffentliches Gut**

Das vorliegende Kapitel zeigt verschiedene Ansätze auf, wie Industrieländer die Frage des Zugangs angehen. Es belegt insgesamt auch, dass politische Entscheider in diesen Ländern die Gesundheitsversorgung – und den Zugang zu Gesundheitsdiensten – nach wie vor als Anliegen der »öffentlichen Daseinsfürsorge« einstufen und ihm hohe Bedeutung für sozialen Zusammenhalt und wirtschaftliches Wohlergehen ihrer Gesellschaften beimessen.

Einige Länder haben in jüngerer Zeit Maßnahmen ergriffen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen gezielt zu erleichtern. So hat Frankreich umfassende Subventionen für Patienten mit niedrigen Einkommen eingeführt, damit sich auch diese Personen eine Zusatzversicherung leisten können. In Neuseeland erhalten Einrichtungen im Bereich der Primärversorgung Zuschüsse für bestimmte Patienten (siehe Kapitel über primäre Gesundheitsversorgung und »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 1/2003).

**Zuzahlungen
bleiben in
ihrer Wirkung
umstritten**

Gesetzliche Krankenkassen in Deutschland verlangen – ggf. unter Anrechnung in Bonussystemen – seit 2004 Zuzahlungen bei Arztbesuchen bzw. nutzen Erstattungsmechanismen für Patienten, die keine Leistungen in Anspruch nehmen. Umstritten ist nach wie vor, ob dies zu unerwünschten Effekten wie Unter- oder gesundheitsgefährdenden Verzögerungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt. Das hierzu ausgewertete Datenmaterial aus Israel, Frankreich und der Schweiz wurde jeweils so interpretiert, dass es Anhänger und Gegner dieser Thesen gleichermaßen in ihrer Auffassung bestätigte.

**Einschränkungen
– erwartete und
unerwartete
Nebenwirkungen**

Länder wie Spanien, die Vereinigten Staaten, Finnland, Kanada und das Vereinigte Königreich konzentrieren sich auf die Behebung von Zugangsbeschränkungen. Maßnahmen richten sich auf spezifische Bevölkerungsgruppen (Katalonien, Kalifornien) oder aber, wie in Finnland und Kanada, auf die Verringerung

von Wartezeiten. Dänemark hingegen betont die Erfüllung der Patientenpflichten: Es wird teuer, wenn Arzttermine nicht eingehalten werden und die Wartezeit für andere Patienten sich dadurch unnötig verlängert. England ist im Rahmen der Modernisierung des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) weiterhin bemüht, Leistungen nicht dort abzubauen, wo sich die öffentliche Hand zuständig sieht, wie beispielsweise im Bereich der Zahnbehandlung.

Kulturell bedingt hat Zugang in verschiedenen Ländern unterschiedliche Bedeutungen. In Österreich und Frankreich wird dieser Begriff auch verwendet, um Bemühungen zu beschreiben, die den Zugang zu medizinischen Daten durch hoch entwickelte IT-Systeme verbessern sollen. Aus systematischen Erwägungen beschränken wir uns hier auf den Zugang aus Sicht des Patienten, d.h. auf die Zugänglichkeit von Dienstleistungen und Medikamenten, und schildern nicht den Zugang zu medizinischen Daten.

Schließlich lässt sich die Beschränkung des Zugangs bisweilen auch als Instrument für eine rationalere Nutzung der Dienstleistungen durch den »Konsumenten« verstehen. Gatekeeper-Systeme wie in den Niederlanden und integrierte Versorgungsnetzwerke wie in der Schweiz setzen in erster Linie auf mehr Qualität und besseren Zugang, verbunden mit finanziellen Anreizen für Versicherte und Leistungserbringer. In diesem Band behandeln wir die finanziellen Aspekte des Zugangs aus einer strukturreformerischen Perspektive in einem späteren Abschnitt (s. Organisationsreformen).

Literatur und Links:

Healy, Judith, und McKee Martin (Hrsg.) *Accessing Health Care: Responding to Diversity*. Oxford: Oxford University Press 2004.

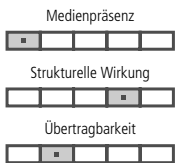
Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Paper 6. www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_201185_5162354_1_1_1_1,00.html.

Organisation for Economic Co-operation and Development. Towards High-Performing Health Systems: Policy studies. www.oecd.org/document/60/0,2340,en_2649_37407_33821372_1_1_1_37407,00.html.

Organisation for Economic Co-operation and Development. Towards High-Performing Health Systems. Summary Report. www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf.
 World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Genf: WHO 2000. Auch online unter www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.

World Health Organization – Regional Office for Europe. Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. 1998.

Frankreich: Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige



In Frankreich müssen sich Patienten in unterschiedlicher Höhe an den Gesundheitskosten beteiligen. Sie tragen bis zu 30 Prozent bei Hausarztbesuchen, bis zu 20 Prozent in Krankenhäusern und, je nach qualitativer Einstufung des Arzneimittels, zwischen 25 und 100 Prozent der Kosten für Medikamente. Alle Zuzahlungen haben sich in den letzten Jahren erheblich erhöht, wurden jedoch in der Regel von den in Frankreich üblichen Zusatzversicherungen, den »mutuelles«, übernommen. Um die Spirale aus Zuzahlungserhöhungen und immer ausgedehnterer Kostenübernahme durch die »mutuelles« zu durchbrechen, nahm die französische Regierung im Zuge der jüngsten Reform im Jahr 2004 einen »Kunstgriff« vor, indem sie weitere, durch Zusatzversicherungen nicht mehr versicherungsfähige Zuzahlungen für fast alle Kontakte mit dem Gesundheitssystem ein-

führte. Konnten sich schon in der Vergangenheit nicht alle Franzosen die praktische und komfortable Zusatzabsicherung über die »mutuelles« leisten, so wird von der neuesten Reform befürchtet, dass sie die Entwicklung in Richtung Zwei-Klassen-Medizin noch verstärkt.

Um dem entgegenzuwirken, hatte die französische Regierung bereits in der Vergangenheit immer wieder Gegenmaßnahmen ergriffen. So schuf man im Jahre 2000 ein ergänzendes Krankenversicherungssystem mit universeller Deckung (Couverture Maladie Universelle Complémentaire, CMUC). Diese kostenlose Zusatzkrankenversicherung kommt den bedürftigsten Franzosen zugute, sofern sie bestimmte Kriterien erfüllen. Nach der Einführung der CMUC stellte sich heraus, dass die Einkommensgrenze noch immer zu niedrig lag und ein Teil der Bevölkerung von der Gratis-Zusatzversicherung effektiv ausgeschlossen blieb. Angesichts erheblicher sozialer Verwerfungen von hohen bzw. nicht versicherungsfähigen Zuzahlungen und unzureichenden Ausnahmeregelungen ersann man nun ein Subventionssystem in Form von Krankenversicherungsgutscheinen (bzw. Steuererleichterungen).

Krankenversicherungsgutscheine ermöglichen Personen ohne Anspruch auf die kostenlose Zusatzkrankenversicherung, staatliche Unterstützung zu beziehen. Der Zugang zur Zusatzkrankenversicherung wird damit für die drei Millionen Franzosen ohne Zusatzversicherung gezielt verbessert. Hat jemand keinen Anspruch auf Leistungserstattung aus der CMUC, kann er oder sie mit Hilfe eines Berechtigungsnachweises des örtlichen Krankenversicherungsträgers, der die Höhe der Subvention festlegt, stattdessen Krankenversicherungsgutscheine beanspruchen. Der Versicherte zahlt dann lediglich die verbleibende Differenz zwischen Gutscheinwert und Zuzahlungshöhe. Die Höhe der staatlichen Unterstützung hängt von Haushaltseinkommen und -größe sowie vom Alter der Personen ab, die in dem Haushalt leben. Die Höhe der Unterstützung liegt zwischen 75 und 250 Euro pro Kopf und Jahr.

Die Reform trägt dem Umstand Rechnung, dass eine obligatorische Krankenversicherung Geringverdienern und Mittellosen keinen fairen Zugang garantiert, wenn die Eigenbeteiligung sehr hoch ist. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine freiwillige private

**Engmaschigeres
soziales Netz**

**Zusatzversiche-
rung für alle**

**Krankenversiche-
rungsgutscheine**

**Nullsummenspiel
der Steuerungs-
instrumente?**

Zusatzversicherung an Akzeptanz und Legitimität. Die Diskussion über Funktion und Akzeptanz von Eigenbeteiligung und Zusatzversicherung geht weiter, und die Kontroverse über eine nachfragegesteuerte versus angebotsorientierte Nutzung des Systems ist noch nicht entschieden.

Literatur und Links:

L'Assurance Maladie en ligne. La CMU complémentaire. www.ameli.fr/211/DOC/706/fiche.html?page=7.

L'Assurance Maladie en ligne. La CMU: l'assurance maladie pour tous. www.ameli.fr/pdf/722.pdf.

L'Assurance Maladie en ligne. Rapport sur la gestion de l'assurance maladie. www.ameli.fr/pdf/1456.pdf.

Legifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0400122L.

Israel: Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit



Das israelische Krankenversicherungssystem ist eine Mischung aus einem steuerfinanzierten System und einem sozialen Krankenversicherungssystem. Es finanziert sich zu 71 Prozent aus öffentlichen und zu 29 Prozent aus privaten Mitteln. Die öffentlichen Mittel setzen sich aus einer Gesundheitssteuer, die vom National Insurance Institute (NII) eingezogen wird, und allgemeinen Steuermitteln zusammen. Von der Gesundheitssteuer werden ca. 25 Prozent der Gesamtausgaben bestritten. Alle öffentlichen Finanzmittel für die Gesundheitsausgaben werden vom NII gemanagt.

Aufgrund der angespannten Haushaltslage im Gesundheitswesen hat das israelische Parlament mit dem Haushaltsanpas-

sungsgesetz von 1998 die Krankenversicherungsträger ermächtigt, von den Patienten eine zusätzliche Selbstbeteiligung bei Facharztbesuchen zu erheben. Für Notfallversorgung und Rettungsdienste bestand eine solche Beteiligung bereits vorher. Daneben genehmigt das Gesetz von 1998 eine Erhöhung der Zuzahlung für Medikamente, benennt jedoch zugleich Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Seither sind die Zuzahlungen kontinuierlich gestiegen, und immer weniger Personen werden von ihnen befreit.

Zuzahlungen waren eingeführt worden, um einen Teil der Gesundheitskosten aus dem staatlichen Budget in die individuelle Verantwortung zu verlagern. Die Krankenversicherungen sollten über die Höhe der Zuzahlungen miteinander in Wettbewerb treten. Es wurde aber auch befürchtet, dass Versicherungen sich untereinander absprechen und die Einnahmen erhöhen könnten, ohne dabei effizienter zu wirtschaften. Die Gefahr bestand, dass Krankenkassen Zuzahlungen dazu nutzen, Patienten nach ihrem Einkommen auszuwählen: Hohe Zuzahlungen sollen Kranke und Personen mit niedrigem Einkommen von einer Mitgliedschaft abhalten. Von den Patienten wird erwartet, dass sie weniger unnötige Leistungen in Anspruch nehmen. Kranke verschieben jedoch unter Umständen eine dringliche Behandlung, da sie sich die Zuzahlungen nicht leisten können.

Die Reform der Zuzahlungspolitik ist vor allem auf die Initiative des einflussreichen Finanzministeriums zur Sanierung der öffentlichen Haushalte zurückzuführen. Im Gesundheitsministerium hingegen war die Unterstützung weniger einhellig. Es gab Befürworter und Gegner von Zuzahlungen als zusätzlicher Finanzierungsquelle. Da Chancengleichheit gesundheitspolitisch in der öffentlichen Diskussion in Israel eine große Rolle spielt, ist die Einführung von Zuzahlungen bei Arztbesuchen eine der umstrittensten Entwicklungen. Immer wieder werden Rufe nach einer Rücknahme der Maßnahmen laut.

Im Jahre 2004 erhielt das Myers-JDC-Brookdale Institute den Auftrag, die Folgen von Zuzahlungen auf Zugang und Versorgungsgerechtigkeit zu untersuchen. Gegenstand der Untersuchung war auch die Wirksamkeit der politischen Instrumente, die den Zugang von benachteiligten Bevölkerungsgruppen sichern sollten. Dazu gehörten die Befreiung von der Selbstbetei-

**Wie wirken
Zuzahlungen?**

**Zuzahlungseffekte
geringer als
erwartet**

ligung sowie Zahlungsbergrenzen pro Quartal für Personen mit geringem Einkommen und für chronisch und schwer Erkrankte.

Danach trugen Zuzahlungen in Israel lediglich 1,5 Prozent zu den Krankenkasseneinnahmen bei. Im Untersuchungszeitraum 1995–2003 stieg die Höhe der Beiträge, allerdings ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Kassen. Zu einem Wettbewerb war es durch die Zuzahlungen offenkundig nicht gekommen.

In Israel fand man keine Anhaltspunkte dafür, dass Zuzahlungen sich auf die Häufigkeit von Arztbesuchen auswirken. Gerade drei Prozent der Bevölkerung und nur rund sechs Prozent der Geringverdiener gaben an, wegen der Kosten im vergangenen Jahr auf Arztbesuche verzichtet zu haben. Damit steht allerdings die Brookdale-Studie im Widerspruch zu Untersuchungen aus anderen Ländern. Bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen hatte z.B. eine RAND-Studie aus den USA am Ende der 80er und am Anfang der 90er Jahre eine deutliche Verringerung der Inanspruchnahme beobachtet, allerdings bei sehr viel höheren Zuzahlungen. Kritiker befürchten allerdings nach wie vor gesundheitlich negative Langzeiteffekte durch zuzahlungsbedingt verschobene oder unterlassene Arztbesuche sowie hohe Opportunitätskosten als Folge verspäteter Behandlungen.

Literatur und Links:

Brammli-Greenberg, Shuli. Co-Payments for Health-Plan Services. Working paper for the 2003 Dead Sea Conference. National Institute for Health Policy Research 2003.

Brammli-Greenberg, Shuli, et al. Co-Payments for Physician Visits: How Large is the Burden and Who Bears its Brunt? Paper presented at the IHEA conference, San Francisco July 2003.

Gross, Revital, und Shuli Brammli-Greenberg. Public Opinion about the Level of Health Care Services and Functioning 1995–2001. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute 2003.

Gross, Revital, und Shuli Brammli-Greenberg. Public Opinion about the Level of Health Care Services and Functioning 1995–2003. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute. 2005.

Ministry of Health. Handbook of Rights of the Insured by National Health Insurance. Jerusalem 2002.

Newhouse, Joseph P., und Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press 1993.

Roter, Tamir. Should a co-payment fee for doctor visits be charged in Israel? Lessons from the experience of Maccabi Health Maintenance Organization. *Economic Quarterly* (43) 1 1996: 146–168.

Rosen, Bruce, Reuven Schwartz, Moshe Sicron, Israel Sykes und Ayelet Berg-Warmen. Data use in major government decisions related to national health insurance. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute 2003.

State of Israel. *The 1998 Arrangements Law*. Jerusalem: Israeli Governmental Publication Office 1998.

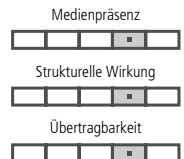
State of Israel. *Report from the Commission to Examine Public Medicine and the Physician's Status*. Tel Aviv 2002.

Rosen, Bruce, Rachel Goldwag, Sarah Thomson und Elias Mossialos (Hrsg.). Health Care Systems in Transition: Israel. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems 2003.

Spanien: Verbesserter Zugang zu fachärztlichen Diensten und Medikamenten für illegale Einwanderer



In Spanien ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung und Medikamenten an die Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) geknüpft. Seit 2001 steht die elektronische Gesundheitskarte TSI allen Spaniern und allen Ausländern, die in Spanien ihren Wohnsitz haben, zur Verfügung. Alle Bürger und Migranten müssen sich



an ihrem Wohnsitz registrieren lassen. Wer gemeldet ist, kann im Bürgeramt oder beim örtlichen Zentrum für primäre Gesundheitsversorgung eine TSI beantragen. Die TSI ermöglicht den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Rahmen des offiziell angebotenen Leistungspakets. Dabei wird zwischen einheimischen und ausländischen Bewohnern kein Unterschied gemacht, auch wenn der aufenthaltsrechtliche Status ausländischer Bewohner ungeklärt ist. Insgesamt nahm seit 2001 die Zahl der Migranten, die eine TSI haben, deutlich zu, dennoch blieb der Zugang von Ausländern insbesondere zu fachärztlicher Versorgung oft lückenhaft.

Daher zielt eine neue Initiative in Katalonien darauf ab, die Zahl der Migranten mit individueller Gesundheitskarte unabhängig von deren aufenthaltsrechtlichem Status zu erhöhen, um vor allem Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung Zugang zum staatlichen Gesundheitsnetz zu gewähren. Durch Informationsangebote und erleichterte Zugänglichkeit sollen die mit der TSI verbundenen Leistungen besser bekannt gemacht und Randgruppen in der Bevölkerung einbezogen werden. Da die Vorbereitungen noch im Anfangsstadium stecken, müssen die Maßnahmen, Anreize und Ressourcen noch genauer spezifiziert werden.

Nichtregierungsorganisationen, Fachleute und Interessengruppen befürworten die Initiative. Das katalanische Gesundheitsministerium, der Stadtrat von Barcelona, der städtische Wohlfahrtsausschuss und andere Stadträte in Katalonien sowie Universitäten, Nichtregierungsorganisationen und Interessenverbände von Migranten treiben die Umsetzung dieser Idee voran.

Haupthindernis bei der Umsetzung dieses Plans sind die geltenden Einwanderungsbestimmungen, da illegale Einwanderer sich nicht ohne weiteres an ihrem Wohnsitz anmelden können. Es bleibt abzuwarten, ob die Einwanderungsbestimmungen entsprechend geändert werden und damit eine Fortsetzung dieser politischen Initiative möglich wird.

**Erschweren
Einwanderungs-
regeln die
Gesundheits-
versorgung?**

Literatur und Links:

Berra, Silvina, Josep Maria Elorza Ricart, Noemí Bartomeu, Susanna Hausmann, Vicky Serra-Sutton und Luis Rajmil. *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris*

en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques 2004. Auch online unter www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf.

Generalitat de Catalunya. Access to health care. www.gencat.net/benestar/immigracio/web_ac/Angles/INTERIOR/text8.htm.

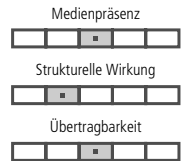
Ministerio del Interio. Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero, sobre entrada y permanencia en España de nacionales de Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (BOE núm. 46, de 22 de febrero). www.mir.es/derecho/rd/rd_17803.htm.

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig



Anfang 2004 wurde in Kalifornien eine Initiative zur medizinischen Notfallversorgung (Emergency Medical Care Initiative) vorgelegt, die als Gesetzesvorlage Nr. 67 bekannt wurde.

Eine Gruppe von Ärzten, Krankenschwestern, anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten, Feuerwehrleuten und Rettungssanitätern hatte die Initiative entwickelt und das Gesetz vorbereitet. Es wurde den Wählern im November 2004 zur Abstimmung vorgelegt, aber mit 72 Prozent der Stimmen abgelehnt. Der Entwurf sah die Einführung einer umfassenden Telefonsteuer vor, um die Finanzkrise des Rettungswesens in Kalifornien zu überwinden. Die Steuer hätte mit wenigen Ausnahmen jeden Telefonbesitzer getroffen, ganz besonders jedoch Handynutzer und Unternehmen.



Telefonsteuer sollte Notfalldienste retten

**Notfallversorgung
in Kalifornien in
verzweifelter Lage**

Im letzten Jahrzehnt führten hohe finanzielle Verluste vieler Krankenhäuser zur Schließung von über 70 Notaufnahmen (»emergency rooms«) in ganz Kalifornien. Gegenwärtig arbeitet die Hälfte der kalifornischen Krankenhäuser mit Verlusten. 15 Prozent der Notfallambulanzen mussten wegen Zahlungsunfähigkeit geschlossen werden.

Die Krise entstand auf Grund einer Reihe von Problemen, ist jedoch vor allem den schwer wiegenden Mängeln der Notfallversorgung an sich geschuldet. Die Notaufnahmen sind gesetzlich verpflichtet, jeden Patienten zu versorgen – unabhängig von Versicherungsstatus oder Zahlungsfähigkeit. So sind die Notfallambulanzen der einzige Ort, an dem Nichtversicherte, die in Kalifornien fast 19 Prozent der Bevölkerung darstellen, medizinische Leistungen erhalten können.

Ärzte und Krankenhäuser werden nur teilweise für die Behandlung von Personen entschädigt, die über staatliche Programme wie Medi-Cal (die staatliche Versicherung für Senioren und behinderte Menschen in Kalifornien) oder Medicaid (das staatliche Versorgungsprogramm für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen) versichert sind. Selbst bei privat versicherten Patienten bleiben die Leistungserbringer oft auf ihren Kosten sitzen, wenn die Versicherer im Nachhinein befinden, dass aufgrund der Diagnose keine Notfallbehandlung angezeigt war.

**Sicherheitsauf-
lagen ruinieren
Krankenhäuser**

Ein neues Gesetz bringt zusätzliche schwere finanzielle Belastungen für die Krankenhäuser. Es sieht bis zum 1. Januar 2008 Renovierungs- und Umbauarbeiten vor, um alle Gesundheitseinrichtungen erdbebensicher zu machen. Die Gesamtkosten für diese Maßnahmen übersteigen mit schätzungsweise 31 Milliarden Euro den Gesamtetat aller kalifornischen Krankenhäuser im Jahre 2002.

Zusätzliche Vorschriften des Gesundheitsministeriums des Staates Kalifornien (Department of Health Services) erfordern einen besseren Personalschlüssel von Krankenschwestern und Patienten (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 2/2004). Die erforderlichen Neueinstellungen dürften die Krankenhäuser ab 2008 schätzungsweise weitere 700 Millionen Euro jährlich kosten.

Die Reaktionen auf den Vorschlag der Emergency Medical Care Initiative fielen kontrovers aus. Steuerzahler, Wähler und

insbesondere Kleinbetriebe waren dagegen, da die Steuer sie stark belastet hätte. Andererseits hätte der kalifornische Gouverneur Arnold Schwarzenegger trotz seines Wahlversprechens, keine neuen Steuern einzuführen, die Telefonsteuer wohl eher unterstützt, da sie die Finanzkrise in der Notfallversorgung auf einfache Weise abgemildert hätte.

Literatur und Links:

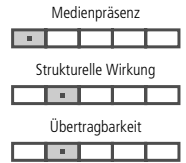
League of Women Voters of California Education Fund. Proposition 67: Emergency Medical Services, Funding, Telephone Surcharge. www.smartvoter.org/2004/11/02/ca/state/prop/67/.

Finnland: Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung



Im März 2005 trat in Finnland ein Gesetz zur Verringerung von Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung in Kraft, das Obergrenzen für maximale Wartezeiten in den jeweiligen Leistungsbereichen definiert. Gemeinden, die diese Obergrenzen nicht einhalten können, müssen Patienten ohne zusätzliche Kosten die Nutzung von Einrichtungen in einer anderen Gemeinde ermöglichen.

Das Gesetz führt auch eine neue Vergütungsoption für Krankenhausleistungen ein. Das neue Vergütungssystem für stationäre Leistungen löst die »Besondere Zahlungskategorie« ab, die in den 50er Jahren zum Ausgleich für die Abschaffung der Behandlung von Privatpatienten in öffentlichen Krankenhäusern eingeführt worden war. Die »Besondere Zahlungskategorie« war im Laufe der Jahre für Patienten immer attraktiver geworden, um Wartezeiten für chirurgische Eingriffe zu umgehen. Die Gebühren waren nicht sehr hoch, wurden aber trotzdem als Gefahr für den gleichberechtigten Zugang zur Versorgung angesehen.



**Zusatzhonorare
für Krankenhaus-
personal**

Nach dem neuen Gesetz können staatliche Krankenhäuser zusätzlich Abteilungen für ambulante Behandlung einrichten. Die von diesen Abteilungen außerhalb der üblichen Sprechzeiten erbrachten Leistungen können zusätzlich abgerechnet werden. Zusatzeinnahmen aus der Ambulanz werden zwischen Ärzten und dem übrigen Gesundheitspersonal geteilt. Die neuen Gebühren für ambulante Dienste außerhalb der Sprechstunden sollen zu einer effizienteren Inanspruchnahme des Systems durch die Patienten führen. Daneben dürfte das neue Gebührensystem den Krankenhäusern durch finanzielle Anreize helfen, die Personalfuktuation besser in den Griff zu bekommen.

**Gebühren für
Bereitschafts-
dienst**

Wenn es den Krankenhäusern gelingt, diese neuen ambulanten Abteilungen und ihre Einnahmepotenziale mit den regulären Leistungen in Einklang zu bringen, könnte der Zugang zum System insgesamt verbessert werden. Unklar ist jedoch, wie wirksam die neue Politik sein wird, da die Einführung des neuen Systems ausschließlich auf freiwilliger Basis geschieht.

Literatur und Links:

Ministry of Social Affairs and Health. Access to care. www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/hserv/access.htx.

Ministry of Social Affairs and Health. Decision in Principle by the Council of State on securing the future of health care 2002. www.stm.fi/english/eho/publicat/br002_6/br002_6.pdf.

Kanada: Verliert die Garantie auf Gesundheitsversorgung an Bedeutung?



Das Thema Wartezeiten steht seit einigen Jahren ganz oben auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung in Kanada – ohne Anzeichen für ein nachlassendes Interesse an dieser Frage.

Eine Versorgungsgarantie wurde als probates »Heilmittel« angesehen und stand eine Zeit lang im Mittelpunkt des Interesses. Wartezeiten waren ein wichtiges Thema bei den kanadischen Wahlen auf Bundesebene im Juni 2004. Ebenso befassten sich im Juli 2004 ein Bericht des Statistischen Amtes von Kanada und im September 2004 die Premierminister der kanadischen Provinzen bei ihrer gemeinsamen Sitzung mit diesem Thema. Die Versorgungsgarantie ist inzwischen allerdings nicht mehr Priorität. Was war geschehen?

British Columbia, Alberta, Ontario und New Brunswick haben bereits vor einiger Zeit Maßnahmen zur Verkürzung von Wartezeiten eingeführt. So wollte Alberta nach einer Untersuchung über maximale Wartezeiten in bestimmten prioritären Bereichen eine generelle 90-Tage-Versorgungsgarantie zusichern. Seit Januar 2004 erfuhr diese Garantie jedoch eine bemerkenswerte Wandlung hin zu – deutlich schwächeren – Zugangsstandards (»access standards«). Anhand der Standards kann zwar Qualität gemessen werden, es gibt aber keine einklagbare Versorgungsgarantie.

Die Initiativen der anderen Provinzen erfassen den Versorgungsbedarf der Patienten, um sie in Wartelisten für bestimmte Verfahren oder Leistungen aufzunehmen. Alternativ verwenden sie ein Bewertungsverfahren, das dem schon bestehenden für Patienten, die auf kardiologische Leistungen warten, sehr ähnlich ist. Darüber hinaus unterhalten viele Provinzen zunehmend Websites, auf denen die Patienten die Wartezeiten für bestimmte Leistungen abrufen können.



Umgang mit Wartelisten

Von Garantien zu Mindeststandards

**Verringerung der
Wartezeiten hat
höchste Priorität**

Die Vereinbarung der Premierminister paraphiert das Zugeständnis der Provinzregierungen, der Frage der Wartezeiten höchste Priorität einzuräumen. Die Regierungen sind demnach bereit, zusätzliche Mittel zur Entwicklung von evidenzbasierten Richtwerten für medizinisch akzeptable Wartezeiten bereitzustellen. Diese Standards sollen bis Ende 2005 ausgearbeitet werden. Vergleichende Leistungsberichte gelten als ein besonders sinnvolles Verfahren, um den rechtzeitigen Zugang zur Krankenversorgung zu fördern.

Die gegenwärtige Unentschlossenheit bezüglich einer Versorgungsgarantie ist vermutlich auf die Tatsache zurückzuführen, dass viele Probleme noch auf eine Lösung warten. Daten, die einen praxisbezogenen Ansatz bei der Festlegung von Maximalwartezeiten erlauben würden, sind noch immer sehr lückenhaft. Darüber hinaus existieren bislang weder eine Software noch ein Modell, um Wartezeiten unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse zu berechnen.

**Gerichtsentscheid
mit unerwünschten
Nebenwirkungen?**

Vor dem höchsten kanadischen Gericht, dem Canadian Supreme Court, ist ein Verfahren anhängig, dessen Urteil großen Einfluss ausüben dürfte. Die Kläger sind der Auffassung, dass Geldbußen für Patienten, die zur Umgehung der Wartelisten Leistungen privat einkauften, einen Teil der kanadischen Verfassung, die Canadian Charter of Rights and Freedoms, verletzen. Der Rechtsstreit ist noch nicht entschieden. Sollten die Kläger gewinnen, würde dies die Einrichtung eines zusätzlichen, privaten Versorgungssektors im kanadischen Gesundheitssystem erlauben – eine Entwicklung, die von den meisten Kanadiern nicht gewünscht wird. Jedoch könnte die Versorgungsgarantie so möglicherweise auf dem Rechtsweg erreicht werden.

Literatur und Links:

Alberta Waitlist Registry: www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.htm

Cardiac Care Network of Ontario: www.ccn.on.ca/access.html

Government of British Columbia, Ministry of Health Services, Surgical Wait Times Website: www.hlth.gov.bc.ca/waitlist/

Kanadische Verfassung: www.uni.ca/what_is_const.html
 Saskatchewan Surgical Care Network: www.sasksurgery.ca/
 Western Canada Waiting List Project: www.wcwl.org
 Alberta Health Reform Implementation Team. Tackling health reform in Alberta. www.healthreform.ca/HRIT_Final_Report.pdf.

Canadian Policy Research Networks. The Taming of the Queue: Wait Time Measurement, Monitoring and Management. Colloquium Report. www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=588.

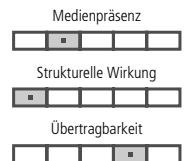
Premiers' Advisory Council on Health. A Framework for Reform. www.premiersadvisory.com/reform.html.

Senate of Canada. Reforming health protection and promotion in Canada: Time to Act. www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRecentReps.asp?Language=E&Parl=37&Ses=2.

Dänemark: Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten



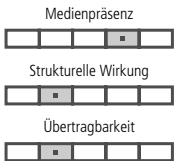
In Dänemark sind Wartezeiten für medizinische Interventionen wie z. B. chirurgische Eingriffe am Auge, am Herzen oder an der Hüfte besonders lang. Im März 2004 legte die Regierung daher ein Gesetz vor, dass Sanktionen für Patienten vorsieht, die Termine für ambulante Behandlungen oder chirurgische Eingriffe in Krankenhäusern nicht wahrnehmen. Umgekehrt enthält der Gesetzesentwurf Anreize für Patienten, um eine gewissenhafte und effiziente Nutzung von Gesundheitsleistungen zu fördern. Der Entwurf ist Teil eines umfassenderen Maßnahmenkatalogs, der den Missbrauch öffentlicher Dienstleistungen einschränken soll. Kindergärten etwa haben vergleichbare finanzielle Gebühren für Eltern eingeführt, die ihre Kinder nicht rechtzeitig abholen.



**Werden die
Regionen die
Umsetzung
verhindern?**

Das Gesetz wurde im Juni 2004 verabschiedet. Seither können Krankenhäuser säumige Patienten mit Bußgeldern belegen. Die Kreise sprechen sich gegen das Gesetz aus, da sie erhebliche bürokratische Probleme erwarten und ohne geeignete Strukturen für den Einzug der geschuldeten Beträge zunächst höhere Verwaltungsausgaben befürchten. Hinzu kommt, dass die Sanktionen Patientenrechte berühren – mit unklaren juristischen Folgen. Insgesamt ist der Verband der Regionalregierungen nicht davon überzeugt, dass die Regelung einen nennenswerten Effekt auf Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit der Patienten haben wird. Die Umsetzung des Gesetzes hängt somit von den Kreisen ab, die Eigentümer und Träger der Krankenhäuser sind.

Vereinigtes Königreich: Zähneknirschende Patienten



Die zahnärztliche Versorgung ist ein Beispiel für die schleichende Privatisierung des staatlichen Gesundheitswesens (National Health Service, NHS) des Vereinigten Königreichs. In den 90er Jahren erhöhte sich die Selbstbeteiligung für zahnärztliche Leistungen dergestalt, dass inzwischen 80 Prozent der Kosten von den Patienten privat beglichen werden. Unterschiede im Zugang und die Diskriminierung benachteiligter Bevölkerungsgruppen standen im vergangenen Jahrzehnt im Mittelpunkt des Medieninteresses. Zudem verringerten immer mehr Zahnärzte ihre Arbeitszeit für den NHS, um sich zunehmend der Behandlung von Privatpatienten zu widmen.

Der Marktanteil privater Zahnbehandlungen liegt inzwischen bei 48 Prozent. Dem Amt für fairen Handel (Office of Fair Trading) zufolge funktioniert dieser Markt u.a. wegen der Informationsasymmetrien nicht sehr gut. Dies bedeutet beispielsweise, dass Patienten über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und ihre Komplikationen nur unzureichend informiert werden.

Viele europäische Länder sehen die Zahnbehandlung nicht als Kernelement der öffentlichen Gesundheitsversorgung und überlassen sie dem privaten Sektor. Die britische Regierung hingegen sieht sie weiterhin als wesentlichen Bereich der ärztlichen Versorgung durch den nationalen Gesundheitsdienst NHS.

Zahnbehandlung bleibt wesentlicher Bestandteil des NHS-Angebots

In den späten 90er Jahren begann die Regierung Blair mit der Reform der zahnärztlichen Versorgung. Im Juli 2004 kündigte sie an, weitere 541 Millionen Euro in die Zahnbehandlung zu investieren, um 1000 zusätzliche Zahnärzte im Vereinigten Königreich und im Ausland für den NHS zu rekrutieren. Finanzielle Anreize und attraktive Arbeitsbedingungen sollen Fachkräfte motivieren. Darüber hinaus werden ab 2005 rund 170 weitere Studienplätze für Zahnmedizin finanziert. Weitere 116 Millionen Euro sind für Kapitalinvestitionen vorgesehen; 13 Millionen Euro stehen Zahnärzten zur Verfügung, die bereit sind, ihre Praxen für neue Kollegen zu öffnen.

Frühere Reformen konzentrierten sich eher auf organisatorische Veränderungen als auf eine bessere finanzielle Ausstattung. Seit 2002 können »Treuhandgesellschaften zur Primärversorgung«, so genannte »primary care trusts« (PCTs), die zahnärztlichen Leistungen für die Bevölkerung in ihren Einzugsbereichen einkaufen. Seit Anfang 2005 erhalten PCTs den gesamten für die zahnärztliche Versorgung vorgesehenen Etat des NHS – insgesamt 2,3 Milliarden Euro. Die Trusts sind die Hauptkunden von Gesundheitsleistungen im Rahmen des NHS und beanspruchen 75 Prozent der Mittel des NHS.

Lokale Organisation und Finanzierung der Zahnversorgung

Die weitere Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung hängt im Wesentlichen von den Trusts in der Primärversorgung ab. Skeptiker geben zu bedenken, dass die PCTs möglicherweise nicht gut genug auf die wachsende Verantwortung und Zuständigkeit im Dentalbereich vorbereitet sind.

Literatur und Links:

Audit Commission–Dentistry. *Primary dental services in England and Wales*. London 2002.

Department of Health. *Modernising NHS dentistry: implementing the NHS Plan*. London 2000.

Department of Health. *NHS dentistry: delivering change–*

report by the Chief Dental Officer (England). London 2004.

Department of Health. *NHS dentistry: Options for change*. London 2002.

Department of Health. Reforms with bite—1000 more dentists by October 2005. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4085977&chk=MKs59L.

Department of Health. *Shifting the balance of power within the NHS*. London 2001.

Office of Fair Trading. *The Private Dentistry Market in the UK*. London 2003.

Oliver, Adam. Reforming public sector dentistry in the UK. *British Journal of Health Care Management* (8) 6 2002: 212–216.

Primärversorgung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahre 1998 primäre Gesundheitsversorgung als erste Kontaktebene des Gesundheitssystems. Gemeint sind Kontakte mit Gesundheitsfachkräften, die auf Gemeindeebene für Gesundheitsversorgung, Prävention und Vorsorge zuständig sind. In so genannten Gatekeeper-Systemen werden alle Erstkonsultationen mit Ausnahme von Notfällen bei Ärzten, Krankenschwestern oder anderem Gesundheitspersonal als Primärversorgung definiert. Davon abgegrenzt steht die sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung, die in der Regel nur per Überweisung von der primären Versorgungsebene zugänglich ist. In Systemen mit direktem Zugang zu fachärztlicher Versorgung wird die Unterscheidung normalerweise nach Art und Größe der Einrichtungen getroffen: Facharztpraxen und Polikliniken leisten die Primärversorgung, Krankenhäuser sind für die Sekundärversorgung zuständig.

Internationale Studien weisen seit geraumer Zeit nach, dass die Primärversorgung für die Verbesserung von Gesundheitssystemen von grundlegender Bedeutung im Hinblick auf Chancengleichheit, Effektivität, Effizienz und Patientenorientierung ist. Guter Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung geht mit größerer Patientenzufriedenheit und geringeren Gesundheitsausgaben einher, während eine fachärztliche Orientierung des Systems eher ungleichen Zugang und höhere Gesundheitskosten fördert.

Daher setzen viele Länder auf den Ausbau der Primärversorgung. Dies dürfte aber nicht in jedem Fall die Kosten senken, da mit dieser Maßnahme möglicherweise noch nicht erfüllte Bedürfnisse zutage treten und in Kompensation bisheriger Defizite zunächst Zugang und Angebot verbessert werden. In der Folge steigt auch die Inanspruchnahme, so dass Kosteneinsparungen

Primärversorgung:
Schlüsselement
der Gesundheitssysteme

Primärversorgung:
Besser, preiswerter, fairer

nicht im Vordergrund stehen, solange qualitative Aspekte der Versorgung Vorrang haben. Dennoch legen viele Industrieländer einen Schwerpunkt auf die Förderung der Primärversorgung, um so mittelfristig die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern.

Auch in Deutschland versucht die Politik seit Jahren, die Rolle der Hausärzte im Versorgungssystem zu stärken und das Verhältnis von Haus- und Fachärzten im Sinne eines Ausbaus der Primärversorgung zu verschieben. Neben Allgemeinmedizinern nehmen in Deutschland auch praktische Ärzte und Internisten, Kinderärzte und de facto auch Frauenärzte Hausarzt-Funktionen wahr. Im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, wurde mit der Verpflichtung der Krankenkassen, den Versicherten ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell anzubieten, ein weiterer Schritt zur Stärkung der primärärztlichen Versorgung getan.

Frankreich verfolgt im Rahmen seiner im August 2004 verabschiedeten Gesundheitsreform mit der Einführung eines Gatekeeper-Systems ähnliche Ziele: bessere Koordinierung der Versorgung und Kostendämpfung. Großbritannien mit seiner gut ausgebauten Primärversorgung versucht die Leistungen durch die Koppelung von Vergütung mit Ergebnissen weiter zu verbessern. Nach der Reform der Primärversorgung im Jahr 2002 setzt Neuseeland nun den Akzent ebenfalls auf die bessere Koordination von Leistungserbringern. Chronisch Kranke sollen die Organisation und Steuerung ihrer Versorgung maßgeblich selbst mitgestalten.

Auch das australische System setzt stärker auf Primärversorgung als das deutsche, hat aber bei der Versorgung bestimmter Regionen und Bevölkerungsgruppen Defizite. Die australische Strategie zielt folgerichtig vor allem auf entlegene Landesteile und benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Um die Qualität und Effektivität der Versorgung durch die vier Krankenkassen zu vergleichen und um Impulse für Qualitätsverbesserungen geben zu können, hat Israel ein Benchmarking-System eingeführt.

Literatur und Links:

Schwartz, Friedrich Wilhelm, u. a. (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. München und Jena: Urban und Fischer 2003.

European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=P.

Saltman, Richard, Ana Rico und Wienke Boerma (Hrsg.). Study Proposal: Primary Care in Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. www.euro.who.int/observatory/Studies/20020522_7.

England und Wales: Neuer Vertrag für Hausärzte

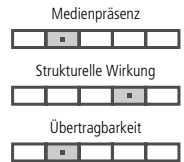


Seit April 2004 werden die meisten Hausärzte (»general practitioners«) in England und Wales gemäß einer neuen landesweiten vertraglichen Regelung bezahlt. Der zugrunde liegende Vertrag ist auf Hausarztpraxen bezogen und führt mehrere wichtige Änderungen ein, darunter ein Referenzsystem, das die Beurteilung von Qualität und Therapieergebnissen ermöglicht.

Hausärzte sind in England und Wales unabhängige Vertragspartner des nationalen Gesundheitsdienstes NHS. Seit Anfang der 90er Jahre werden sie stärker für die von ihnen erbrachten Leistungen zur Rechenschaft gezogen. Da sie einerseits die Primärversorgung erbringen, andererseits Auftraggeber für die Sekundärversorgung sind, haben sie eine Schlüsselrolle an dieser Schnittstelle des Gesundheitssystems.

Der neue Vertrag mit den Hausärzten weitet die leistungsorientierte Bezahlung aus.

Erste Versuche in dieser Richtung begannen vor zehn Jahren mit Vergütungsanteilen, die an das Erreichen bevölkerungsbezogener Gesundheitsziele wie beispielsweise Impfquoten gebunden



Leistungsorientierte Bezahlung

waren. Die Neuregelung erlaubt den Praxen mehr Flexibilität bezüglich des Umfangs der Dienstleistungen, belohnt sie für Qualitätssicherung im klinischen und organisatorischen Bereich und fordert Maßnahmen, um die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

**Mehr Flexibilität
im Dienstleistungs-
bereich**

Hausärztliche Vergütung ist jetzt an Leistungen in bestimmten klinischen Bereichen wie z.B. koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes und Krebs gebunden. Darüber hinaus können die Praxen zusätzliche Einkommen erzielen, wenn sie besondere Dienstleistungen anbieten. Beispiele für solche Leistungen sind Screenings für Gebärmutterhalskrebs, Beratung zu Empfängnisverhütung, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Mutterschaftsberatung.

**Ausgelagerter
Notdienst
entlastet
Hausärzte**

Nach dem neuen Vertrag können Hausärzte die Verantwortung für den Notdienst abgeben. Dieser wird nun von Hausarztvereinigungen erbracht, die diese Leistung an die Träger von Einrichtungen der Primärversorgung, die so genannten »primary care trusts« zurückverkaufen. Diese wurden im Gegenzug verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2004 die ärztlichen Notdienste im ganzen Land zu organisieren.

Die Vertragsverhandlungen waren schwierig und zäh. Am Ende stimmten jedoch 80 Prozent der Hausärzte für die neue Regelung. Einer der Hauptgründe für die Annahme war wohl die Möglichkeit, sich aus dem ärztlichen Notdienst zurückziehen zu können. Kritiker befürchten, dass gerade dadurch eine der maßgeblichen Stärken des NHS, die umfassende Primärversorgung, in Gefahr geraten könnte.

Literatur und Links:

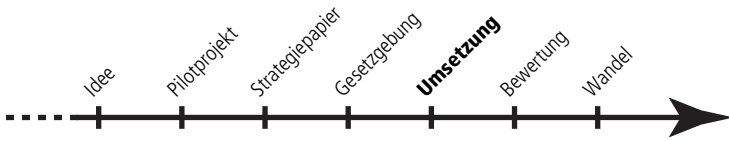
The British Medical Association: www.bma.org

The NHS Confederation: www.nhsconfed.org

North Somerset NHS. The new GP's Contract:

www.northsomerset.nhs.uk/gms2.htm.

Neuseeland: Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten



Neuseeland fördert seit Jahren systematisch die Primärversorgung. Im Oktober 2004 wurde als Teil dieser Strategie Care Plus eingeführt. Die neue Initiative im Bereich der Primärversorgung stellt zusätzliche Mittel für eine höherwertige Versorgung von Personen mit hohem Versorgungsbedarf und starker Inanspruchnahme bereit. Nach der Evaluierung von drei Pilotprojekten bieten heute 61 von 77 Einrichtungen im Bereich der Primärversorgung Care Plus an. Die übrigen »primary health organisations« (PHOs) bereiten die Einführung von Care Plus vor.

Care Plus zielt darauf ab, Patienten den Zugang zu Krankenschwestern und/oder Ärzten zu erschwinglichen bzw. reduzierten Kosten zu ermöglichen. Ein gemeinsam mit den Patienten aufgestellter und regelmäßig aktualisierter Behandlungsplan soll die Behandlungsergebnisse verbessern. Die so vereinbarten Gesundheitsziele sollen durch Selbstmanagement der Patienten und kontinuierliche Unterstützung bei deren Umsetzung erreicht werden. Das neuseeländische Gesundheitsministerium hat zusätzliche Mittel für die Umsetzung und Optimierung von Care Plus zur Verfügung gestellt.

Im Juli 2002 wurde die Primärversorgung in Neuseeland mit Hilfe entsprechender Einrichtungen, den PHOs, neu organisiert (siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 1/2003). PHOs sind öffentliche, nicht profitorientierte Gesundheitseinrichtungen, die über Kopfpauschalen finanziert werden und die die Primärversorgung der bei ihnen eingeschriebenen Bevölkerung sichern.

Es wurden jedoch zunehmend Bedenken geäußert, dass die Bedürfnisse von »Vielnutzern« wie chronisch kranken Patienten von einem Versorgungssystem, das sich an einzelnen, unzusammenhängenden und daher häufig unkoordinierten Leistungen



**Individuelle
Versorgungspläne**

**Versorgung bisher
nicht auf »Vielnutzer«
ausgerichtet**

gen orientiert, nicht erfüllt werden. Trotz der Reorganisation der PHOs im Jahr 2002 werden Patienten mit akuten, schweren physischen oder psychischen Krankheiten oder solche mit chronischen Krankheiten bzw. Krankheiten im Endstadium noch immer nicht optimal versorgt. Zudem ist die Versorgung dieser Menschen insofern gefährdet, als die Patienten die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erreichen, wenn sie sämtliche Zuzahlungen für Konsultationen und Medikamente selbst tragen müssen. Hier soll Care Plus eine Lösung bieten.

Literatur und Links:

New Zealand Ministry of Health. Primary Health Care Strategy: Care Plus. www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpg_Index/-Primary+Health+Care+Care+Plus.

New Zealand Ministry of Health. Primary Health Care Strategy: Care Plus Evaluation. www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpgIndex/-Primary+Health+Care+Care+Plus+Evaluations.

Frankreich: Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung



Im August 2004 verabschiedete das französische Parlament ein Gesetz zur allgemeinen Reform des Gesundheitswesens. Das Gesetz soll Zusammenarbeit und Koordination der Gesundheitsversorgung verbessern, und zwar durch eine umfassende Neuorganisation der Versorgung, die ein Gatekeeper-System, elektronische Krankenakten und finanzielle Anreize für Leistungserbringer und Patienten vorsieht. Die finanziellen Anreize wurden eingeführt, um eine Einschränkung der Wahlfreiheit durchzusetzen und um den Zugang zu fachärztlicher Behandlung stärker zu kontrollieren.

Die Höhe der Kostenerstattung für Facharztkonsultationen hängt davon ab, ob der Patient von seinem Hausarzt überwiesen wurde oder nicht. Bürgern, die einen Hausarzt wählen, werden die Kosten für fachärztliche Behandlung großzügiger erstattet, unabhängig davon, ob dieser Mediziner praktischer Arzt oder Facharzt ist. Mit Ausnahme von Kinderärzten, Gynäkologen und Augenärzten wird für jede Konsultation, die ohne Überweisung erfolgte, ein Zuschlag erhoben.

Anreize zur effizienten Nutzung der Gesundheitsversorgung

Bis 2007 soll eine elektronische Krankenakte eingeführt werden. Alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Gesundheitsfachkräfte haben Zugang zu den Daten. Sämtliche Informationen über Konsultationen, Verfahren, Behandlungen, Medikamente und medizinische Beratung des jeweiligen Patienten werden in dieser Akte gespeichert.

Patienten ohne elektronische Akte müssen zusätzliche Nutzungsgebühren entrichten. Zuzahlungsbestimmungen für Schwerkranke werden mit der Akzeptanz eines Behandlungsprotokolls verknüpft, das Hausarzt und Krankenversicherungsarzt vereinbart haben. Vorläufer dieses neuen Primärarztsystems war das System des »behandelnden Arztes« (»médecin traitant«). Dieses System war nicht sehr populär und führte zu direkten Konflikten zwischen behandelnden Ärzten und Fachärzten. Insgesamt beteiligten sich nur zwölf Prozent der Allgemeinmediziner und nur ein Prozent der Bevölkerung daran. Im Rahmen der neuen gesetzlichen Regelung ist die Überweisung nun obligatorisch. Patienten, die ohne Überweisung zum Facharzt gehen, werden mit zusätzlichen Gebühren belegt.

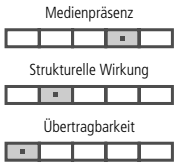
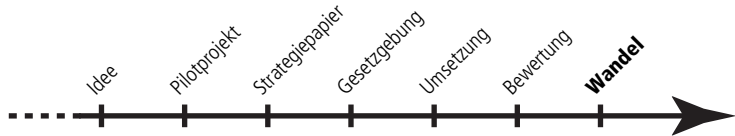
Nichteinhaltung der Bestimmungen wird sanktioniert

Da alle wichtigen Beteiligten bei der Ausarbeitung des Gesetzes konsultiert wurden, gibt es keine nennenswerte Opposition. Das Gesundheitsministerium erwartet deutliche Verbesserungen der Versorgungsqualität und Kosteneinsparungen in Höhe von zehn Milliarden Euro pro Jahr. Die Einsparungen durch die elektronische Krankenakte könnten, zumindest anfangs, durch die Kosten für ihre Entwicklung und Einführung kompensiert werden.

Literatur und Links:

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille:
www.assurancemaladie.sante.gouv.fr

Australien: Vergütung der Hausärzte



Das australische Krankenversicherungssystem Medicare wird aus Steuermitteln finanziert und deckt Dienstleistungen im Rahmen ihres Leistungskataloges, der Medicare Benefits Schedule (MBS), für die gesamte australische Bevölkerung ab, unabhängig vom Einkommen. Medicare bietet im ambulanten Bereich eine 85-prozentige und im Krankenhausbereich eine 75-prozentige Erstattung der im MBS vorgesehenen Behandlungsgebühren.

Aufgrund der steigenden Selbstbeteiligung der letzten Jahre war der Zugang zum Gesundheitswesen für Personen mit niedrigen Einkommen immer stärker gefährdet. Um den Zugang vor allem zur Primärversorgung zu sichern, wurde die Bezahlung von Hausärzten zentrales Thema in der australischen Debatte über Gesundheitspolitik.

Den Geist von Medicare erhalten

Im April 2003 wurde ein Reformentwurf mit dem Titel »A Fairer Medicare« vorgelegt. Das Oberhaus im Parlament, der Senat, verweigerte dem neuen Gesetz jedoch seine Zustimmung, da eine grundlegende Reform von Medicare zu einem System führen könne, das lediglich als Sicherheitsnetz für Einkommensschwache dienen und somit eine »Zweiklassenmedizin« einführen würde. Im November 2003 wurde ein leicht veränderter Vorschlag eingereicht, der einigen der Empfehlungen einer vom Senat durchgeführten Untersuchung (Medicare Plus) Rechnung trägt und der im Juli 2004 per Gesetzesänderung in Kraft trat.

Der Novemberentwurf empfahl bezüglich der Frage des Zugangs und der Zuzahlung folgende Maßnahmen:

- Herabsetzung der jährlichen Einkommensschwelle, unterhalb derer die Inhaber von Berechtigungskarten (arme, kranke und ältere Menschen) Anspruch auf Leistungen aus dem Sicherheitsnetz haben: Dies bedeutet, dass Karteninhaber jährlich nur eine Eigenleistung von umgerechnet maximal 172 Euro zu erbringen haben – anstelle der Obergrenze von 401 Euro, die für alle Personen ohne Berechtigungskarte gilt.
- Finanzielle Anreize für Primärärzte: Für Hausarztbesuche vergütet das Gesundheitsministerium 4,30 Euro zusätzlich pro Inhaber einer Berechtigungskarte sowie für Kinder unter 16 Jahren, sofern sich der Hausarzt bereit erklärt, für diese Gruppen Pauschalabrechnungen zu erstellen. Diese Regelung gilt insbesondere für entlegene oder ländliche Gebiete wie Tasmanien. Eine Pauschalabrechnung zu erstellen bedeutet, dass der Hausarzt die Leistungen Medicare direkt in Rechnung stellt und darüber hinaus 85 Prozent des normalen Medicare-Satzes als volle Erstattung für die Konsultation akzeptiert. Fast 80 Prozent der ärztlichen Leistungen werden auf diese Weise pauschal abgerechnet.
- Einführung eines neuen Leistungssystems innerhalb von Medicare für Leistungserbringer, die mit dem Hausarzt assoziiert sind (z. B. Psychologen, Physiotherapeuten und Ernährungsberatern): Das neue Leistungssystem beinhaltet nun fünf statt drei Konsultationen bei Berufsgruppen, die im Rahmen eines multidisziplinären Versorgungsplans für und im Auftrag von Hausärzten tätig werden. Auf diese Weise soll die interdisziplinäre und koordinierte Behandlung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern verbessert werden. Das System wurde 1999 im Rahmen des Enhanced Primary Care Programme erstmals eingeführt.
- Schließlich sollen zusätzliche Ausbildungsplätze für medizinische Berufe sowie der Aufbau einer integrierten medizinischen Datenspeicherung finanziert werden.

Das Gesetz wurde im Juli 2004 mit dem Votum von vier unabhängigen Senatoren verabschiedet. Im Gegenzug wurden den Senatoren besondere Konzessionen für die von ihnen vertretenen Bundesstaaten gemacht, z. B. Studienplätze für Medizin in Queensland.

Da die konservative Regierung bei der Wahl im Oktober 2004 ihre Mehrheit ausbauen konnte, wird das neue Gesetz auch umgesetzt. Die zusätzlichen Ausgaben von Medicare Plus betragen 245 Millionen Euro, wodurch sich die Gesamtkosten des Programms auf 1,7 Milliarden Euro erhöhen.

Auf Ablehnung stößt die Neuregelung bei der parlamentarischen Opposition, bei Verbraucherorganisationen und bei Fachleuten, die weiterhin den Verdacht hegen, dass eine Zweiklassenmedizin eingeführt werden soll. Es bleibt also abzuwarten, wie sich die Reform entwickelt, da die Anreize für eine Pauschalabrechnung eher schwach sind und eventuell sogar den gegenteiligen Effekt erzielen könnten.

Literatur und Links:

Australian Department of Health and Ageing: www.health.gov.au

Australian Labour Party: www.alp.com

Australian Councils of Social Services. Medicare Plus: Low income singles miss out while millionaire families gain. www.coss.net.au/news/acoss/1051839839_7452_acoss.jsp.

Australian Medical Association. Revised Medicare Plus—better safety net and access to dental care but more complexity on red tape. www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN5WX7A8.

Australian Senate. Inquiry into Medicare. Medicare—healthcare or welfare? 30. Oktober 2003. www.aph.gov.au/Senate/committee/medicare_ctte/fairer_medicare/report/index.htm.

Australian Senate. Second report. Medicare Plus: the future for Medicare? 11. Februar 2004. www.aph.gov.au/Senate/committee/medicare_ctte/medicareplus/report/index.htm.

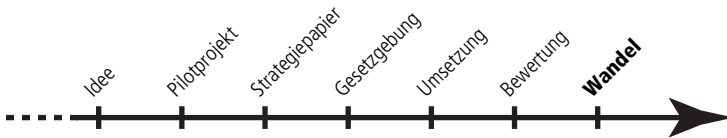
Consumers Health Forum of Australia. Submission to the Australian Senate Select Committee on Medicare. Juni 2003. www.chf.org.au/publications
www6.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-medicare-policy_history-2003-qa.htm.

Latham, Mark, und Julia Gillard. Labour's New Deal to

Save Medicare. Campaign 2004. Australian Labour Party Policy Document. www.ozpolitics.info/election2004/2004ALP/medicare_policy.pdf.

Liberal and National Parties of Australia. 100 Prozent Medicare: Making GP services more affordable than ever before. www.liberal.org.au/2004_policy/sept06_100_percent_Medicare.pdf.

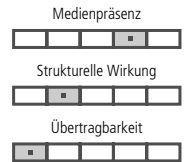
Israel: Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung



Im Jahre 2004 begann das israelische Gesundheitsministerium mit der Einführung eines landesweiten Systems zur Messung der Versorgungsqualität der vier Krankenkassen. Die Messinstrumente wurden von Forschern der Ben-Gurion-Universität entwickelt, die die Indikatoren des amerikanischen HEDIS-2000 Projekts an die israelischen Verhältnisse anpassten. Das System misst die Qualität der Versorgung bei Asthma-Prävention, Diabetes-Behandlung, Brustkrebsuntersuchungen und Grippeimpfungen für ältere Menschen.

Das »Projekt zur Messung der Qualität in der Primärversorgung« wird von einem Lenkungsausschuss geleitet. Die zugrunde gelegte Bewertungsmethode beruht auf der Verwendung von Daten aus Volkszählungen und ist bei allen Krankenkassen einheitlich. Die Validierung der Daten bezüglich ihrer Vollständigkeit und Glaubwürdigkeit wird durch ein Prüfverfahren sichergestellt. Jede Krankenkasse erhält die eigenen Leistungswerte und den nationalen Mittelwert als Bezugspunkt. Gegenwärtig wird nur der nationale Durchschnittswert veröffentlicht, um den Krankenversicherern Gelegenheit zu geben, ihre Leistung in der Einführungsphase zu verbessern.

Trotz der Vorschriften des nationalen Krankenversicherungs-



**Durchführbarkeit
und Sichtbarkeit**

gesetzes waren Leistungskontrollen und Vergleiche der Qualitätsindikatoren bisher nicht möglich, da jeder Krankenversicherungsträger seine eigene Datensammlung betreute. Ein vom Nationalen Forschungsinstitut für Gesundheitspolitik durchgeführtes Projekt bewies jedoch die Praktikabilität eines einheitlichen Messverfahrens und einer landesweiten Rangliste für die Qualitätsindikatoren. Die Vergabe der wissenschaftlichen Aufsicht des Projekts an qualifizierte und unabhängige Forscher machte das Projekt für die Krankenkassen akzeptabel. So konnte das Gesundheitsministerium seine Verantwortung für die Qualitätsmessung wahrnehmen.

Die an dem Projekt beteiligten Wissenschaftler waren von der Notwendigkeit einer Kontrolle der Krankenversicherungsträger überzeugt, da diese sonst keine Anreize für das Erbringen einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahme zu erhöhen, legten sie besonderes Augenmerk auf eine Veröffentlichung der Benchmark-Ergebnisse.

Es lässt sich feststellen, dass sich in drei Jahren die Qualität in den evaluierten Bereichen der Gesundheitsversorgung verbessert hat. In den nicht evaluierten Bereichen hingegen scheint es keine Anreize für Qualitätsverbesserung zu geben.

Literatur und Links:

Rabinowitz, Gad, Avi Porath und Anat Raskin-Segal. Mess-System für die vergleichende Evaluation der Primärversorgung in Israel. Abschließender Bericht für das Israeli National Institute for Health Policy and Health Services Research. Beer-Sheva 2002 (auf Hebräisch). Englische Zusammenfassung unter www.healthpolicymonitor.org.

Qualitätsmanagement in Krankenhäusern

Wie WHO und OECD wiederholt festgestellt haben, wirken sich die Organisation, Finanzierung und Verwaltung von Gesundheitssystemen ebenso nachhaltig auf deren Leistungsfähigkeit aus wie auf die Gestaltung der Versorgungsprozesse. Regierungen, Kostenträger und Patienten erwarten daher zunehmend die Einführung von Qualitätskontrollsystemen und Strategien zur Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse.

Die gegenwärtigen Gesundheitsreformen in Industrieländern verweisen auf die besondere Bedeutung einer effizienten Krankenhausorganisation für die Versorgungsqualität. Die Überprüfung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern wird mehr und mehr zur Routine und hilft, die eigene Leistung zu beurteilen und in Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu überführen.

Gegenwärtig erprobt das europäische Regionalbüro der WHO mit PATH (Performance Assessment Tool for Hospitals) ein Beurteilungssystem für Krankenhäuser. Das Pilotprojekt begann im Frühjahr 2004 in sechs europäischen Ländern – Belgien, Dänemark, Frankreich, Litauen, im schlesischen Teil Polens und der Slowakei – sowie in zwei außereuropäischen Ländern (Kanada/Ontario und Südafrika/Kwazulu Natal). Bei diesem Pilotprojekt dient die Leistungsbewertung lediglich dem internen Gebrauch und erfolgt auf freiwilliger Basis. Sie zielt weder auf externe Messung und Evaluation noch auf Verwendung durch lokale oder nationale Einrichtungen zu Zwecken der Umstrukturierung.

In diesem Kapitel berichten wir über Reformen in verschiedenen Ländern, die auf eine Steigerung der Leistung von Krankenhäusern zielen. Deutschland hat hier unter dem Aspekt der öffentlichen Berichterstattung quasi eine Vorreiterrolle. Im No-

vember 2004 hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) den Qualitätsreport 2003 vorgelegt. Dieser im internationalen Vergleich in seinem Umfang bislang einmalige Bericht präsentiert von allen deutschen Krankenhäusern, die an der öffentlichen Versorgung teilnehmen, die Bewertung von 33 Operationen respektive diagnostischen Prozeduren. Die Evaluation erfolgt anhand des Vergleiches der konkreten Ergebnisparameter der einzelnen Krankenhäuser mit definierten Qualitätsindikatoren.

Die Methodik entspricht internationalen Standards und ist an die Verfahrensweise der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations angelehnt, der führenden, nicht gewinnorientierten Akkreditierungsstelle im US-amerikanischen Gesundheitswesen. Darüber hinaus sind alle Kliniken verpflichtet, bis Ende August 2005 Qualitätsberichte zu erstellen, die von den Krankenkassen in zweijährigen Abständen im Internet veröffentlicht werden. Die Berichte beschreiben im ersten Teil strukturelle Charakteristika und angebotene Leistungen der jeweiligen Klinik. Im zweiten Teil können die Häuser ihre Qualitätspolitik, das Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung darstellen.

Der englische öffentliche Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) führte Anfang des Jahres 2004 Krankenhaus-trägergesellschaften, so genannte NHS Foundation Trusts ein. Diese Trägergesellschaften gewähren Krankenhäusern mit hohem Versorgungsstandard einen Sonderstatus als unabhängige, gemeinnützige Unternehmen. Die Städte Barcelona in Spanien und Montréal in Kanada haben beschlossen, die Leistungen ihrer Gesundheitseinrichtungen zu vergleichen und damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzuleiten. Südkorea evaluiert ebenfalls seine Krankenhäuser mit Schwerpunkt auf strukturellen Indikatoren.

Literatur und Links:

Organisation for Economic Co-operation and Development. Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen. Kurzbericht. Paris 2004. www.oecd.org/dataoecd/7/56/31785622.pdf.

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Qualitätsreport. 2003. www.bqs-qualitätsreport.de/2003/ergebnisse/pdf/pdf/Langvers-kompl-2004-07-26.pdf.

World Health Organization. The World Health Report 2000: Health systems performance. Genf 2000. www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.

World Health Organization – Regional Office for Europe. Hospital management/Hospital performance. www.euro.who.int/hosmgt/20030224_2.

England: NHS Foundation Trusts



In den frühen 90er Jahren wurden im englischen Gesundheitsdienst NHS im Zuge der Trennung von Kostenträgern und Leistungserbringern und zur Erhöhung der Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser so genannte NHS Trusts eingerichtet. Diese Krankenhausträger haben de jure erhebliche Verwaltungskompetenzen. In der Praxis sind diese jedoch aufgrund von Bestimmungen, die ihre Rechenschaftspflicht gegenüber dem Gesundheitsminister regeln, beschränkt.

Seit Dezember 2002 unterstützt und fördert das Gesundheitsministerium die Idee der NHS Foundation Trusts. Von diesen ausgewählten Trusts wird erwartet, dass sie ihre Managementfunktionen erfüllen, da sie im Gegensatz zu schwächeren Kliniken ausschließlich den Patienten und lokalen Behörden gegenüber rechenschaftspflichtig sind. Im April 2004 wurden in England die ersten Krankenhäuser für den Sonderstatus ausgewählt – trotz der Bedenken, dass diese Politik die Ungleichheit im Gesundheitssystem eher noch verstärkt. Ungleichheit wurde insofern befürchtet, als die NHS Foundation Trusts von ihrer höheren Finanzkraft und größeren Unabhängigkeit profitieren



Führen die Trusts zu mehr Versorgungsgefälle?

und so der von ihnen versorgten Bevölkerung im Vergleich zu den älteren Trusts bessere Leistungen anbieten können.

Die NHS Foundation Trusts sind unabhängige Unternehmen mit besonderen Freiräumen im Management. Sie können z.B. ihren eigenen Investitionsplan aufstellen oder Einkünfte aus Landverkäufen einbehalten. Ihre Verantwortlichkeit besteht in erster Linie gegenüber kommunalen Behörden, weniger gegenüber dem Gesundheitsminister. Der Verwaltungsrat kann Entscheidungen auf einen spezifischen Personenkreis zuschneiden. So setzen die neuen Trusts Begriffe wie Dezentralisierung und Demokratisierung, die auf kooperativen Modellen skandinavischer Länder basieren, in die Praxis um.

**Verdiente
Autonomie:
Sterne für
starke Leistung**

Der Status eines NHS Foundation Trust muss erarbeitet werden. Die Trusts werden anhand von Leistungsindikatoren beurteilt. Für den höchsten Autonomiestatus können sich nur die leistungsstärksten Krankenhäuser bewerben. Die Bewertung umfasst vier Leistungsstufen. Häuser mit dem höchsten Leistungsniveau erhalten als Bewertung drei Sterne. Trusts, die im Allgemeinen gut abschneiden, aber noch nicht durchgängig Spitzenniveau erreicht haben, erhalten zwei Sterne. Krankenhäuser, die nicht alle Anforderungen erfüllen, bekommen nur einen Stern, und solche, die das niedrigste Leistungsniveau aufweisen oder nur wenig Fortschritte machen, bleiben ohne Stern.

Die Frage, ob und wie Krankenhäuser wieder in die normale Trägerschaft durch den NHS überführt werden können, ist bisher noch nicht ausreichend geregelt. Das Thema stand im Juli 2004 auf der Tagesordnung, als vier Drei-Sterne-Krankenhäuser durch die zuständige Bewertungskommission zurückgestuft werden sollten.

**Öffentlichkeit
fordert öffentliche
Kontrolle**

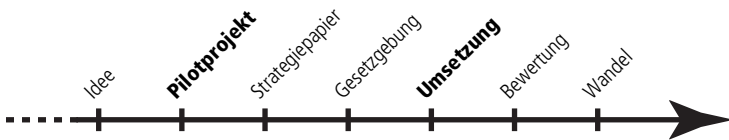
Gegen die Einführung des Bewertungssystems für die NHS Foundation Trusts gab es zunächst keinen ernsthaften Widerstand inner- oder außerhalb der Regierung. Nach der Veröffentlichung eines Berichts durch den Gesundheitsausschuss des Unterhauses wurde die Kritik jedoch lauter. Erwartet wurde, dass die lokale Autonomie Effizienz und Entscheidungsfreudigkeit der Krankenhausmanager erhöhen würden. De facto bleibt die lokale Autonomie aber nach wie vor begrenzt: Da die NHS Foundation Trusts aus Steuermitteln finanziert werden, bleiben sie letztlich dem englischen Parlament gegenüber rechenschaftspflichtig.

Zudem stießen die Verwaltungsratswahlen in den ersten NHS Foundation Trusts auf eine alarmierende Gleichgültigkeit der Mitarbeiter und der Öffentlichkeit. Dieser Mangel an Interesse und Partizipation stellt ein grundlegendes Prinzip der Trusts in Frage – das ihrer demokratischen Legitimation.

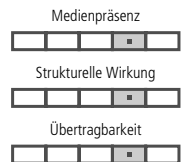
Literatur und Links:

Department of Health. A Guide to Foundation Trusts. London: Department Of Health 2002.
 Department of Health. NHS Foundation Trusts. www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/SecondaryCare/NHSFoundationTrust/fs/en/.
 Department of Health. NHS Performance Ratings. www.performance.doh.gov.uk/performance_ratings/index.htm.
 House of Commons, Health Committee. Foundation Trusts. Second Report of Session 2002-03. London: The Stationery Office 2003.
 Klein, Rudolf. The first wave of NHS Foundation Trusts. *British Medical Journal* (328) 2004: 1332.
 Robinson, Ray. NHS Foundation Trusts. *British Medical Journal* (325) 2002: 506–507.

Spanien und Kanada: Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen



Zwischen 2001 und 2003 entwickelte die Stadt Barcelona in Zusammenarbeit mit der Stadt Montréal eine Reihe von Indikatoren, um die Leistungen ihrer Gesundheitseinrichtungen zu beurteilen. Auf der Grundlage von 51 Leistungsindikatoren des englischen National Health Service aus dem Jahre 2002 durchliefen die zuständigen Stellen beider Städte einen gemeinsamen



Prozess der Identifikation, Auswahl, Anpassung, Vervollständigung und Priorisierung von Leistungsmerkmalen. Die Arbeitsgruppe einigte sich am Ende auf 83 Indikatoren.

Im Jahre 2004 begannen beide Städte mit der Datenerfassung. Grundlage sind in erster Linie epidemiologische Datenbanken und Quellen zu Inanspruchnahme und Ressourcenverbrauch. Informationen über diese Indikatoren werden in beiden Städten jährlich zusammengestellt. Sowohl Barcelona als auch Montréal erwarten von dieser Leistungsbewertung, die Qualität und Effizienz der Gesundheitseinrichtungen kontrollieren und verbessern zu können. So sollen der Gesundheitsstatus und die Zufriedenheit der Bevölkerung positiv beeinflusst werden.

**Benchmarking
zwischen
Barcelona und
Montréal**

Der Vergleich der beiden Städte – und zukünftig vielleicht zwischen Barcelona und Katalonien oder Barcelona und anderen Regionen Spaniens – könnte ein Benchmarking erlauben und zur Verbesserung in der Qualität von Gesundheitsleistungen führen.

Hauptinitiatoren und -akteure sind die öffentlichen Gesundheitsbehörden und Stadtverwaltungen beider Kommunen. Derzeit gibt es keine weiteren Beteiligten; es wird aber erwartet, dass sich mehr Akteure melden, sobald erste Ergebnisse bekannt werden.

Literatur und Links:

Hurst, Jeremy, und Melissa Jee-Hugues. Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No. 47. Paris: OECD 2000.

National Health Service. *NHS Performance Indicators. National Figures: February 2002*. London: National Health Service 2003.

Or, Zeynep. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries). Labour Market and Social Policy, Occasional papers No. 57. Paris: OECD 2002.

Pan American Health Organization. *Final Report on regional consultation of the Americas on health systems performance assessment*. Washington, D.C.: PAHO 2001.

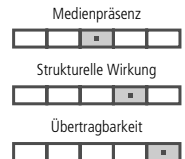
Südkorea: Bewertung von Krankenhäusern



Im Jahre 2004 führte die koreanische Regierung die obligatorische Evaluierung für Krankenhäuser ein. Ein nationaler Prüfungsausschuss, zusammengesetzt aus Vertretern der Krankenhausvereinigung, der Patienten, Bürgergruppen, Versicherern und Wissenschaftlern, begann im August 2004 mit seiner Arbeit. Die Evaluierung der Krankenhäuser ist somit eine Gemeinschaftsaktion von Regierung, Anbietern, Kostenträgern und Konsumenten. Die 18 Mitglieder des Prüfungsausschusses haben sich in Fragen der Methodik, der Zeitplanung und des Umfangs der Evaluation zu einigen. Ernannt werden die Mitglieder des Prüfungsausschusses von der Regierung. Im Falle der Anbieter benennt die Regierung die von der Vereinigung dieser Anbieter vorgeschlagenen Vertreter.

Da die Aufgabe der Evaluation an einen Zusammenschluss aller Beteiligten übertragen wurde, wird erwartet, dass eine obligatorische Evaluation nun Akzeptanz findet. Das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt plant zunächst nur die Veröffentlichung der Ergebnisse der besten Krankenhäuser, um nicht alle Krankenhäuser mit der Veröffentlichung der Daten unter Druck zu setzen. Da aber nur strukturelle und messbare Faktoren beurteilt werden, könnten die Krankenhäuser eher dazu tendieren, ihre Ausstattung und nicht ihre Ergebnisse zu verbessern.

Der neuen Initiative waren jahrelange Bemühungen um eine Krankenhausevaluierung vorausgegangen. Jahrelang wurde die Evaluation der Krankenhäuser in einer Pilotphase erprobt, die jedoch durch den entschiedenen Widerstand der Koreanischen



Evaluation der Struktur als Feigenblatt?

Frühere Evaluierungsversuche scheiterten

Krankenhausvereinigung im Jahre 2000 eingestellt wurde. Die Evaluierungen waren vom Koreanischen Institut zur Entwicklung des Gesundheitswesens durchgeführt worden. Diese gemeinnützige Forschungseinrichtung wird hauptsächlich von der Regierung finanziert. So stellt die Regierung ihren beträchtlichen Einfluss auf die Leitung des Instituts und auf die Ernennung seines Präsidenten sicher.

Die Koreanische Krankenhausvereinigung beanspruchte eine Führungsrolle im Evaluationsprozess und verwies auf ihr eigenes Zulassungsverfahren für Lehrkrankenhäuser, das ähnliche Komponenten der Qualitätsbewertung aufweist. In der Öffentlichkeit herrschte jedoch großes Misstrauen bezüglich dieses Systems der Krankenhauszulassung.

Im Jahre 2001 wurden nur 33 der 95 staatlichen Krankenhäuser von der Regierung bewertet. Da insgesamt 90 Prozent der 954 Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind, gingen die Diskussionen und Verhandlungen zwischen der Krankenhausvereinigung und dem Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt jedoch weiter, nicht zuletzt, weil Qualitätsfragen und die Verbreitung von Qualitätsprüfungen in der Öffentlichkeit großes Interesse finden.

Literatur und Links:

Ministry of Health and Welfare: www.english.mohw.go.kr/index.jsp

Organisationsreform

Viele Gesundheitssysteme weisen nicht die nötigen Strukturmerkmale auf, um auf die dringendsten fachlichen, organisatorischen und finanziellen Herausforderungen adäquat zu reagieren. Der Schwerpunkt der Gesundheitssysteme entwickelter Staaten liegt immer noch auf der Versorgung akuter Krankheiten, obwohl Anzahl und Versorgungsbedarf chronisch kranker Patienten in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen sind. Zudem sind die Schnittstellen zwischen Einkäufern und Anbietern von Gesundheitsleistungen noch immer nicht optimal organisiert. Wesentliche Ursachen sind die Fragmentierung der Zuständigkeiten, die ungenügende Koordination der Versorgung zwischen den einzelnen Leistungserbringern oder zwischen den Sektoren und, daraus resultierend, Ineffizienzen.

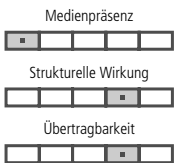
Das folgende Kapitel stellt Strategien zur Lösung dieser Probleme vor. Einige Länder vertrauen dabei auf Marktmechanismen, andere auf neue Wege des Versorgungsmanagements. In Israel beispielsweise plant der Finanzminister in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsminister die Einführung einer gewinnorientierten Krankenkasse, um über Wettbewerb die Effizienz zu steigern.

Österreich und die Niederlande bereiten ebenfalls sehr weit reichende Reformen ihrer Gesundheitssysteme vor. Das niederländische Gesundheitsministerium plant die Umgestaltung des gesamten Krankenversicherungssystems. Dabei soll die Finanzierung der Krankenversicherung in Zukunft aus einer Kombination von Kopfpauschale und einkommensabhängigem Beitragsteil erfolgen. In Österreich bereiten Bund und Länder die Einrichtung neuer, gänzlich systemfremder regionaler Gesundheitsorganisationen vor, die in Zukunft für Einkauf und Management von Gesundheitsleistungen zuständig sein sollen. Ein beträchtli-

cher Teil der Systemreform fiel allerdings politischen Verhandlungen im Vorfeld der Reorganisation zum Opfer.

In Japan plant das Gesundheitsministerium die Fusion von Versicherungsgesellschaften zur Steigerung von Effizienz und finanzieller Nachhaltigkeit. Die Schweizer Regierung erleichterte bereits Mitte der 90er Jahre die Einführung von Managed-Care-Modellen. Der Gesetzgeber fördert die Verbreitung dieser Versorgungs- und Versicherungsform: Anbieter können Netzwerke von Gesundheitsdienstleistern bilden, die die finanzielle Verantwortung für ihr Budget selbst übernehmen, ähnlich den »general practitioner fundholding schemes«, den Vorgängern der PCTs im englischen Gesundheitsdienst. Singapur wiederum führt in einem Stadtteil ein Pilotprojekt durch, um die Gesundheitsversorgung zwischen einer Vielzahl von Anbietern und Akteuren an Ort und Stelle besser zu koordinieren.

Israel: Private Konkurrenz für öffentliche Kassen



Das israelische Gesundheitssystem wird aus Steuermitteln und Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Etwa 25 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit werden aus einer entsprechend ausgewiesenen Gesundheitssteuer finanziert. Die Gesundheitssteuer wird durch andere allgemeine Steuereinnahmen sowie einen Teil der Einkommensteuer ergänzt. Dem öffentlichen Anteil an Gesundheitsausgaben von insgesamt 71 Prozent standen im Jahr 2000 Aufwendungen der privaten Haushalte in Höhe von 29 Prozent gegenüber.

Das Nationale Versicherungsinstitut (NII) verwaltet die öffentlichen Mittel für die gesundheitliche Versorgung. Alle Israelis sind pflichtkrankenversichert und haben Anspruch auf die Leistungen, die das Gesetz über die Krankenversicherung festlegt.

Gegenwärtig managen vier öffentliche Krankenkassen das

System der nationalen Krankenversicherung. Sie versichern ihre Mitglieder und erwerben bzw. erbringen teilweise direkt die Dienstleistungen und Hilfsmittel, die im Leistungskatalog enthalten sind. Das NII weist den Krankenkassen ihren Mittelanteil nach Anzahl, Alter und Geschlecht der Versicherten zu.

Im September 2004 schlug der Finanzminister die Einführung einer zusätzlichen, gewinnorientierten, privaten Krankenversicherung vor. Die neue Versicherung ist, wie schon die vier bestehenden Kassen, an die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes gebunden. Die Auswahl eines geeigneten Unternehmens soll durch ein Ausschreibungsverfahren erfolgen.

Eines der wichtigsten Auswahlkriterien bei diesem Verfahren wird der vorgeschlagene Beitragssatz sein, da die neue Krankenversicherung lediglich eine reduzierte Pro-Kopf-Pauschale vom NII erhalten wird. Die neue Krankenkasse müsste Dienstleistungen von privaten oder staatlichen Anbietern erwerben, die bereits im System operieren, und dürfte keine eigene Versorgungsstruktur aufbauen. Diese Auflagen sollen Anreize bieten, die neue Versicherung effizient zu managen. Es bleibt jedoch unklar, wie diese Effizienz tatsächlich erreicht werden könnte. Kritiker befürchten, dass dies vor allem durch die Auswahl positiver Risiken geschieht, dass also der Versicherer bevorzugt Junge und Gesunde versichert, oder aber Leistungen von geringerer Qualität zu einem geringen Preis anbietet.

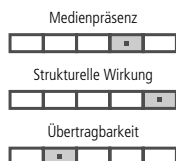
**Geregelter
Wettbewerb –
ein Euphemismus**

Literatur und Links:

Filk, Dan. Health becomes a merchandise. Position paper. Adva Research Institute, September 2004.

Rosen, Bruce. Health care systems in transition: Israel. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems 2003.

Niederlande: Neues Krankenversicherungssystem



Das niederländische Gesundheitssystem war über viele Jahre Gegenstand ganz unterschiedlicher Reformanstrengungen. Nach seiner Wiederwahl im Mai 2003 legte Premierminister Jan Balkenende einen überarbeiteten Reformvorschlag vor, der auf Ideen des Dekker-Komitees der späten 80er Jahre zurückgreift. Eine Gesetzesvorlage zur verpflichtenden Krankenversicherung wurde im September 2004 dem Parlament vorgelegt. Das Gesetz hat das niederländische Unterhaus bereits ohne wesentliche Änderungen passiert und liegt im Mai 2005 dem Oberhaus zur Entscheidung vor. Das neue Krankenversicherungssystem sieht die Versicherungspflicht für jeden Bürger vor. Eine private Krankenversicherung im bisherigen Sinne ist ausgeschlossen, ebenso wenig ist es zukünftig möglich, sich nicht zu versichern.

Mischung aus einkommensbezogenen und pauschalen Versicherungsprämien

Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung wird als einkommensbezogener Pflichtbeitrag organisiert, der von der Steuerverwaltung eingezogen wird. Dieser Beitrag wird in den neuen Krankenversicherungsfonds eingezahlt und soll 50 Prozent der Gesamtlast der nationalen Versicherungsbeiträge nicht übersteigen. Die pauschale, d.h. nicht einkommensbezogene Prämie wird von den Versicherten direkt an die von ihnen gewählte Krankenversicherung gezahlt.

Um extreme Prämienbelastungen zu vermeiden, kann eine einkommensbezogene Krankenversicherungsbeihilfe bewilligt werden. Die Beihilfe wird entsprechend der durchschnittlichen Pauschalprämie auf dem niederländischen Versicherungsmarkt bemessen. Balkenendes Vorschlag folgend werden Prämien für Kinder unter 18 Jahren vom Staat direkt an die Versicherer entrichtet.

Die jeweilige Prämie steht in Verbindung mit der spezifischen Form der Versicherungspolice. Mit anderen Worten: Gleicher Preis bedeutet auch gleiches Leistungspaket. Dementsprechend

wird die Basis-Krankenversicherung ein Leistungspaket umfassen, das dem gegenwärtigen entspricht. Dieses Paket sieht eine Grundversorgung vor, die an Kriterien wie Wirksamkeit, Kosteneffektivität und der Notwendigkeit einer kollektiven Finanzierung gemessen wird.

Die Leistungen können in Form von Sachleistungen erbracht werden. Diese Sachleistungen werden durch vom Versicherer zuvor ausgewählte und unter Vertrag genommene Leistungserbringer erbracht. Alternativ können Leistungen, die der Versicherte bei unabhängigen Anbietern in Anspruch genommen hat, bis zu einer Obergrenze erstattet werden, die sich an den Preisen des niederländischen Gesundheitsversorgungsmarktes orientiert. Der Plan Balkenendes erlaubt Versicherern nicht, die Erstattungsobergrenze selbst festzulegen. Dagegen können sie eine Art »managed care plan«, die freie Wahl der Leistungserbringer oder eine Mischform aus beiden anbieten.

Die Versicherungsgesellschaften müssen jeden Antrag stellenden Bürger versichern. Um ein »Rosinenpicken«, d.h. die Auswahl möglichst junger und gesunder Versicherter zu verhindern, sieht der Vorschlag einen Ausgleichsmechanismus für Risikounterschiede zwischen den Versicherern vor, eine Art Risikostrukturausgleich. In einer Übergangsphase sind die Versicherer auch gezwungen, mit jedem interessierten Krankenhaus einen Vertrag abzuschließen.

Die niederländischen Versicherer stehen also bezüglich der nominalen Prämien, der erbrachten Leistungen und der Wahlmöglichkeiten, z. B. Gutschriften oder Rückvergütung bei Nichtinanspruchnahme der Versicherung, im Wettbewerb. Sie dürfen Gewinne erwirtschaften und eine Dividende ausschütten.

Bedenken werden vor allem wegen der mangelnden Transparenz des Versicherungsmarktes geäußert. Deshalb sind zusätzlich neue Organisationsstrukturen sowie die Zusammenarbeit und Zusammenlegung einer Reihe von staatlichen Aufsichtsgremien vorgesehen. Strittig ist insbesondere die Tatsache, dass private gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften nun eine dominierende Rolle im Gesundheitssystem spielen können. Deshalb sind die niederländischen Sozialisten grundsätzlich gegen die Reform. Zudem ist die Vereinbarkeit mit der europäischen Gesetzgebung unsicher, weshalb Gegner der Reform zur Klärung

**Versorgungs-
steuerung versus
Wahlfreiheit**

**Kontrahierungs-
zwang**

**Die Bewährung
steht noch bevor**

dieser Frage bereits eine Klage beim Europäischen Gerichtshof eingereicht haben. Es bleibt also abzuwarten, ob diese neue Form der Wettbewerbssteuerung in den Niederlanden die Patentlösung darstellt.

Literatur und Links:

College voor Zorgverzekeringen (Krankenversicherungsverband): www.cvz.nl

Ministry of Health, Welfare and Sport: www.minvws.nl/en
 Zorgverzekeraars Nederland (Verband der niederländischen Versicherer): www.zn.nl

Österreich: Gesundheitsreform 2005



Die österreichische Gesundheitsreform wurde im Rahmen der Verhandlungen um den Länderfinanzausgleich zwischen der österreichischen Bundesregierung und den Bundesländern ausgehandelt. Das Reformgesetz sieht drei Änderungen vor, von denen zwei finanzielle Fragen betreffen: Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen (Beitragsanhebungen, höhere Zuzahlung und Tabaksteuer) und solche zur Kostendämpfung (Verringerung der Krankenhausbetten und der Krankenhausverweildauer). Insgesamt sollen auf diese Weise 750 Millionen Euro pro Jahr eingespart werden.

Die dritte Änderung schafft Gesundheitsagenturen bzw. Gesundheitsplattformen auf Bundes- und Länderebene. Diese Änderung ist die größte Umstrukturierung des österreichischen Gesundheitssystems seit der Verabschiedung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Jahr 1955.

Die Gesundheitsagenturen, die sich aus Vertretern der Bundesregierung, der Länderregierungen und der Krankenversicherung zusammensetzen, wurden als unabhängige Einrichtungen geplant. Sie sollen die Gesundheitsversorgung organisieren und Leistungen einkaufen. Das Gesundheitsministerium und die Landeshauptmänner erwarten von diesen Agenturen eine Optimierung der Ressourcenverteilung, eine bessere Integration des Versorgungsangebots und eine Bündelung finanzieller Ressourcen durch den Einkauf von Gesundheitsleistungen gemäß zuvor vereinbarter Qualitätskriterien und Preise. Da das bestehende österreichische Gesundheitssystem ein gesetzliches Krankenversicherungssystem ist, wären Gesundheitsagenturen ein vollkommen neuer und fremder Baustein in diesem Versorgungsgebäude gewesen.

Das Modell der Gesundheitsagenturen wurde zum ersten Mal im österreichischen Bundesland Vorarlberg eingeführt. Damit setzte Vorarlberg im ganzen Land eine Diskussion über die Schaffung von Gesundheitsregionen in Gang. Als Teil des »Dialogs über die Reform des Gesundheitswesens« wurde der Vorschlag für diese Agenturen schließlich in die österreichische Gesundheitsreform 2005 aufgenommen.

Das Konzept der Gesundheitsagenturen wurde im Laufe der Verhandlungen wesentlich abgeändert. Das Gesundheitsministerium war unter Zeitdruck bemüht, bis Ende 2004 eine Lösung zu finden. Im Rahmen der nun neu geschaffenen »Gesundheitsplattformen« wurde die ursprüngliche Idee der Gesundheitsagenturen zunächst verwässert und dann verworfen. So gelang es fast allen Beteiligten, Änderungen durchzusetzen und ihre Macht zu erhalten:

- Wegen Vorbehalten der Bundesländer gegenüber der regionalen Gesundheitsplanung sind die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen.
- Die Krankenversicherungsträger behielten ihre Vertragsautonomie.
- Die Ärzte, die in den Gesundheitsagenturen nicht vertreten sein sollten, sind jetzt in den Gesundheitsplattformen vertreten.

Generalüberholung des Gesundheitssystems?

Von Gesundheitsagenturen zu »Gesundheitsplattformen«

Die regionalen Gesundheitsplattformen bestehen nun aus Vertretern des Staates und der Sozialversicherung, wobei die Mehrheiten und die Zusammensetzung je nach der zur Diskussion stehenden Gesundheitsleistung variieren.

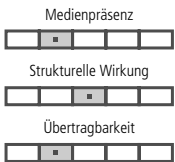
Entstanden sind neun regionale Gesundheitsplattformen und eine Bundesgesundheitsagentur. Letztere entscheidet über eine am Bedarf orientierte Gesundheitsplanung sowie Qualitätsmaßnahmen und entwickelt Richtlinien für die Nutzung des neu geschaffenen Reformpools. In ihr sind ebenfalls Vertreter aller relevanten Beteiligten aktiv.

Die Verhandlungen über eine integrierte regionale Gesundheitsplanung sollen im Laufe des Jahres 2005 abgeschlossen werden. Die gegenwärtige Vereinbarung ist jedoch nicht bindend; die in ihr enthaltene, bedarfsorientierte Gesundheitsplanung stellt nur eine Option dar. Da der gesetzliche Rahmen keine konkreten Vorgaben liefert, bleibt abzuwarten, ob die Ziele erreicht werden.

Literatur und Links:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen:
www.bmgf.gv.at

Schweiz: Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke



Das Schweizer Gesundheitssystem wird oft als großer Gesundheitssupermarkt bezeichnet. Die Angebote übertreffen die der meisten europäischen Länder bei weitem; die Patienten kommen in den Genuss einer fast unbegrenzten Wahlfreiheit. Diese Kombination von Angebot und Wahlfreiheit macht das Schweizer Gesundheitssystem allerdings auch zum teuersten in Europa (sowohl bei den Pro-Kopf-Ausgaben als auch bezüglich

des Anteils am Brutto-Inlands-Produkt, BIP). Die hohen und wachsenden Kosten wurden zu einem wesentlichen Antrieb für grundlegende Reformen.

Tab. 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 1970–2002 im europäischen Vergleich

	1970	1980	1990	2002
Deutschland	6,2	8,7	8,5	10,9
Finnland	5,6	6,4	7,8	7,3
Frankreich	n. v.	n. v.	8,6	9,7
Israel	n. v.	n. v.	7,3	8,8
Niederlande	n. v.	7,5	8,0	9,1
Österreich	5,3	7,6	7,1	7,7
Schweiz	5,6	7,6	8,3	11,2
Spanien	3,6	5,4	6,7	7,6
Vereinigtes Königreich	4,5	5,6	6,0	7,7
Durchschnitt EU 15 (vor dem 1. Mai 2004)	5,2	7,0	7,3	9,0

Quelle: WHO Health for All Database 2004

Im Rahmen der Reform des Krankenversicherungsgesetzes (siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 3/2004) fördert die Schweizer Regierung, der Bundesrat, auch neue Modelle von Managed Care. Der Bundesrat schlägt die Einrichtung von Netzwerken der Leistungsanbieter mit Budgetverantwortung als spezielle, im Bundesrecht verankerte Versicherungsform vor.

Die Managed-Care-Modelle wurden als Option bereits 1994 in das Schweizer Gesundheitssystem eingeführt. Nach anfänglicher Popularität ging die Zahl der HMO-Versicherten nach einem Höhepunkt in den Jahren 2000/2001 wieder zurück. Im Jahre 2002 waren, bei erheblichen regionalen Unterschieden, nur 7,6 Prozent der Schweizer Erwachsenen über Managed-Care-Pläne versichert. Nur 1,9 Prozent entschieden sich für ein Managed-Care-System mit Kopfpauschalen, obwohl die Pro-Kopf-Ausga-

Zweite Chance für Managed Care

Keine Erfolgsgeschichte

ben bei diesem Versicherungstyp wesentlich niedriger sind als bei anderen Versicherungsformen.

Zwei Formen von Managed-Care-Plänen wurden angeboten: Solche mit eingeschränkten Wahlmöglichkeiten, die über Kopfpauschalen finanziert werden, waren von Anfang an unpopulär, da die Schweizer großen Wert auf ihre Wahlfreiheit legen. Die schwächeren Managed-Care-Formen, insbesondere die populären Behandlungsnetzwerke, in denen der Hausarzt als Lotse fungierte, werden nicht mehr angeboten, da sie teurer als herkömmliche Versicherungsformen waren. Die Ärzte wurden in den Behandlungsnetzwerken weiterhin nach Einzelleistungen vergütet. In diesem System gab es einerseits keine Anreize zur Vermeidung unnötiger Leistungen, andererseits musste in jedem Fall der Lotse konsultiert werden, auch wenn offensichtlich ein Facharzt gebraucht wurde. Insgesamt erwiesen sich diese Versicherungsformen deswegen als nicht kosteneffizient.

**Keine über-
zeugenden
Anreize,
Netzwerken
beizutreten**

Im neuen Krankenversicherungsgesetz wird Managed Care nicht von den Versicherern, sondern von den Leistungserbringern gesteuert. Diese sollen ein sektorenübergreifendes Netzwerk bilden, mit Budget-Verantwortung für alle Leistungen, die im Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger vorgesehen sind. Das Gesetz gibt den Leistungserbringern Spielraum, Leistungen nach Ermessen und nach den Bedürfnissen des Patienten zu organisieren. Patienten müssen dann eine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit hinnehmen, verbunden mit dem Risiko einer Rationierung von Dienstleistungen.

Die Regierung hofft, dass dieser neue Typ von Managed Care, der dem deutschen Modell der »integrierten Versorgung« ähnelt, sich als populär erweist. Es könnte sich jedoch zeigen, dass die Bevölkerung dies nur als »letzte Zuflucht« für jene ansieht, die sich die normalen Prämien nicht länger leisten können.

Literatur und Links:

Bundesamt für Gesundheit: www.bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit. Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care. [www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/3_Managed Prozent20Care.pdf](http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/3_Managed%20Care.pdf).

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care). Entwurf. www.admin.ch/ch/d/ff/2004/5625.pdf.

Bundesrat. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care). www.admin.ch/ch/d/ff/2004/5599.pdf.

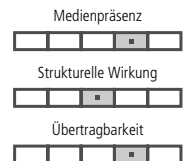
Reinhardt, Uwe E., Peter S. Hussey und Gerald F. Anderson. US Health Care Spending In An International Context. *Health Affairs* (3) 23: 10–15, 2004.

Vaterlaus, Stephan, Patrick Eugster, Harry Telser und Peter Zweifel. Was leistet unser Gesundheitswesen? Studie im Auftrag von BSV Bundesamt für Sozialversicherung, Galenika, Interpharma, Merian-Iselin Spital, MSD, santé-suisse, seco Staatssekretariat für Wirtschaft, vips Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten, VSAO Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. 2004. www.santesuisse.ch/datasheets/files/200403161402002.pdf.

Singapur: HealthConnect – ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell



Im März 2004 kündigte das Gesundheitsministerium von Singapur ein neues gemeindenahes Versorgungsmodell für den Bezirk Jurong Town an. Als Pilotprojekt soll es einen patientenfreundlichen Zugang zu einem Netzwerk von Leistungserbringern im Gesundheitswesen bieten. Innerhalb dieses Netzwerkes sollen der staatliche und der private Sektor sowie ambulante und stationäre Einrichtungen verknüpft werden.



**Förderung der
gemeindenahen
Versorgung**

Der Gesundheitsminister beschloss, die Integration lokaler Einrichtungen des Gesundheitswesens voranzutreiben, anstatt in einem Bezirk, der bereits hinreichend mit Gesundheitseinrichtungen ausgestattet war, ein weiteres Krankenhaus zu bauen. Für den Minister ist die Förderung von Primärversorgung gleichbedeutend mit effizienterer Ressourcenverwendung. Insbesondere für ältere Menschen sind dabei bessere Kenntnisse über gesundheitliche und soziale Dienste vor Ort von Bedeutung. Diese Bevölkerungsgruppe ist anfälliger für Erkrankungen und häufig auf viele unterschiedliche Anbieter und auf deren Koordination und Kooperation angewiesen. Singapur fördert damit auch die Autonomie von Patienten und deren Angehörigen, indem das Land Hilfe zur Selbsthilfe gibt, anstatt Abhängigkeit zu unterstützen.

Im August 2004 ging die Webseite von Jurong HealthConnect online, die seit Oktober 2004 durch einen 24-stündigen Telefonservice ergänzt wird. Auf diese Weise sollen Patienten und pflegende Angehörige in die Lage versetzt werden, bessere Entscheidungen zu treffen. Zusätzlich werden in Zukunft die Gesundheitsdaten der Patienten über das Internet sowie Informationen zu allen Anbietern und Dienstleistungen für Patienten im Internet zugänglich sein.

Es wird erwartet, dass die Veröffentlichung von Informationen über verfügbare Leistungen und die Verknüpfung der Leistungserbringer per Internet die Versorgung in Jurong Town verbessern werden. Das Modellprojekt soll drei Jahre laufen. Sollte es sich als erfolgreich erweisen, können bewährte Komponenten später in ganz Singapur Anwendung finden.

Literatur und Links:

Jurong HealthConnect: www.juronghealthconnect.com.sg/eng/index.aspx

Japan: Plan zur Fusion der Versicherungsträger



Das japanische Gesundheitssystem basiert auf einem Sozialversicherungssystem. Bisher standen für jeden Bürger eine Grundversorgung und freie Arztwahl zu erschwinglichen Kosten zur Verfügung. In den vergangenen Jahren wurde jedoch deutlich, dass es in Japan zunehmend schwierig wird, finanzielle Gleichheit und Nachhaltigkeit zu sichern und sich dabei an veränderte Bedürfnisse anzupassen. Die japanische Bevölkerung ist weltweit die gesündeste überhaupt: Frauen haben eine Lebenserwartung von 85,3 Jahren und Männer eine von 78,4 Jahren. Auch der Anteil der Älteren und der hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung ist einer der höchsten weltweit. Für das japanische Gesundheitssystem stellt das eine enorme Herausforderung dar.

Im Frühjahr 2004 begann das Gesundheitsministerium mit der Reform des japanischen Gesundheitswesens. Das so genannte Rahmenwerk der Gesundheitsreform besteht aus drei Hauptkomponenten: der Schaffung eines neuen Versorgungssystems speziell für ältere Menschen, der Überarbeitung der Vergütungssysteme im medizinischen Bereich und einer Reorganisation der Versicherungsträger. Letztere ist am weitesten fortgeschritten, da bereits Konsultationen zwischen dem Gesundheitsministerium und den Stadtverwaltungen aufgenommen wurden.

In Japan haben die Kommunen für Selbständige und für ältere Bürger die Funktion einer Krankenversicherung, während Angestellte bei einer eigenen Krankenversicherung für Angestellte versichert sind. Die Kommunen sollen sich nun zu größeren administrativen Einheiten zusammenschließen, um über eine breitere Finanzierungsgrundlage zu verfügen. Die Bündelung der Ressourcen soll die Risiken einer sich rasch ändernden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mildern, die Effizienz der Verwaltung erhöhen und die Beitragsniveaus angleichen.



**Nachhaltigkeit
durch breitere
Finanzierungs-
basis**

**Bündelung von
Kommunalver-
waltungen für
mehr Effizienz**

Konkrete Maßnahmen zur Fusion wurden noch nicht eingeleitet, da die Beratungsgespräche noch andauern. Anfangs wurde eine Fusion auf Präfektorebene angestrebt. Angesichts des Widerstandes der Präfekten wurde dieser Plan jedoch aufgegeben. Noch ist es schwierig, die Auswirkungen dieser politischen Initiative zu bewerten, da die Verhandlungen der Beteiligten noch nicht abgeschlossen sind. Kritiker verweisen auf potenzielle Wettbewerbsverzerrungen, die die Bemühungen um Qualitätsverbesserungen beeinträchtigen könnten.

Literatur und Links:

Ministry of Health, Labour and Welfare: www.mhlw.go.jp/english/index.html

Statistics Bureau. Ministry of Internal Affairs and Communications: www.stat.go.jp/english/index.htm

World Health Organization in the Western Pacific Region. Country Health Information Profile 2004. Japan. www.wpro.who.int/chips/chip04/jpn.htm.

Kurznachrichten

In diesem Abschnitt verfolgen wir politische Maßnahmen und Entwicklungen, über die wir in früheren Ausgaben von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« berichtet haben.

Wir beschäftigen uns zunächst mit zwei Beispielen aus der Arzneimittelpolitik – genauer gesagt mit dem unglücklichen Ausgang der Bemühungen, die Verflechtungen zwischen Pharmaindustrie und Politik zu entwirren. Was geschah z. B. mit dem Gesetz über den Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente in Kalifornien? Welche Rolle spielten die zentralen Regulatorischen Behörden? Und wie bewährte sich Finnlands vielversprechende Gesetzgebung über Generika in der Praxis?

Dann nehmen wir das Thema Verwaltungsreform wieder auf. Nicht nur in Deutschland wird über eine Reform des Föderalismus debattiert. In vielen Ländern Europas ist die Diskussion um Subsidiarität und Effizienz, um Zentralisierung versus Dezentralisierung und um entsprechende Befugnisse und Begehrlichkeiten ein heißes Eisen. Einige Länder Europas versuchen ihre Gesundheitssysteme an den Bedürfnissen der Bevölkerung auf lokaler Ebene auszurichten und dort auch Entscheidungskompetenz anzusiedeln. Skandinavische Länder haben darin eine lange Tradition, die von anderen Ländern teilweise adaptiert wird (Bericht über NHS Foundation Trusts im Kapitel »Organisationsreformen«).

Andere Länder hingegen beschäftigen sich eher mit Strukturfragen der Gesundheitssysteme an sich. Was gibt es Neues in der Diskussion über die Reform des staatlichen Sektors in Dänemark? Wie erfolgt der Interessenausgleich zwischen den Verwaltungsebenen? Die Niederlande reformieren gerade ihr gesamtes Sozialversicherungssystem (siehe auch Kapitel »Organisationsre-

formen«). Wie wird in diesem Zusammenhang Langzeitpflege neu organisiert?

Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente



Kalifornien sieht sich seit langem mit schrumpfenden Gesundheitsetats und schnell wachsenden Medikamentenausgaben konfrontiert. Zwischen 1996 und 2003 stiegen die Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente des Department of General Services (DGS) sprunghaft um mehr als 300 Prozent von 30 auf 132 Millionen Euro. Das DGS ist für den Einkauf von Medikamenten für staatliche Institutionen wie Gefängnisse, staatliche Krankenhäuser und andere staatliche Gesundheitseinrichtungen zuständig.

**Einsparungen in
Millionenhöhe
verpasst**

Da das kalifornische Parlament mit Einsparungen in Höhe von mehreren Millionen Dollar rechnete, wurden in beiden Häusern 2004 vier unterschiedliche Gesetze zum Reimport von Medikamenten vorgelegt (siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 3/2004). Zwei der Gesetzesvorlagen hätten es staatlichen Einrichtungen ermöglicht, preisgünstigere verschreibungspflichtige Medikamente aus Kanada zu erwerben. Die beiden anderen Gesetze hätten vom Staat Kalifornien die Einrichtung von Websites verlangt, um Verbraucher beim Medikamentenkauf in lizenzierten kanadischen Apotheken zu unterstützen. Senat und Parlament stimmten den Entwürfen zu.

**Filz aus Industrie
und Politik?**

Alle Vorlagen scheiterten am Ende jedoch am Veto des Gouverneurs Arnold Schwarzenegger. Einerseits verbietet die Bundesgesetzgebung den Reimport von Medikamenten, auf der anderen Seite betreibt die Pharmaindustrie nachhaltige Lobbyarbeit. Die Medikamentenhersteller drohen damit, ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten einzustellen, da sie ihre Gewinne gefährdet sehen. Einige Kommentatoren meinen zudem, dass Gou-

verneer Schwarzenegger unter Druck stand, die Gesetzgebung zum Reimport abzulehnen, weil einige Pharmaunternehmen seine Reise zur nationalen Parteiversammlung der Republikaner bezahlt hatten.

Andere US-Bundesstaaten sind in der gleichen finanziellen Situation – sieben haben bereits konkrete Pläne für den Einkauf von Medikamenten aus Kanada erstellt. Minnesota und New Hampshire praktizieren bereits den Reimport, und mindestens 25 weitere Staaten erwägen ähnliche Maßnahmen.

Reimport von Medikamenten bedeutet Einkauf verschreibungspflichtiger Arzneien im Ausland. Das Pikante daran ist, dass es sich um von US-Firmen hergestellte Präparate handelt. Diese werden in anderen Staaten oft zu viel niedrigeren Preisen verkauft und sind nach der Wiedereinfuhr in die USA noch immer erheblich billiger als die auf dem einheimischen Markt angebotenen identischen Arzneimittel.

Kanadische Preiskontrollen und ein günstiger Wechselkurs verringern den Preis für wiedereingeführte, in den USA hergestellte Medikamente um 30 bis 60 Prozent. Schätzungen zufolge würde das kalifornische DGS bei Einkauf der fünf am häufigsten eingenommenen Medikamente in Kanada jährlich rund 17 Millionen Euro einsparen. Der Reimport von Medikamenten ist nach amerikanischem Bundesrecht illegal. Die Regierungen der Bundesstaaten versuchen nun durch entsprechende Gesetze, die den Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente erlauben, Geld zu sparen, und warten gleichzeitig quasi mit gesenktem Kopf auf Sanktionen von Seiten der nationalen Aufsichtsbehörden. Bisher wurde keiner der Bundesstaaten, der die Wiedereinfuhr von Medikamenten zugelassen hat, offiziell abgemahnt oder mit Sanktionen belegt.

Reimport bereits Realität in vielen Bundesstaaten

30 bis 60 Prozent Preisvorteil beim Kauf in Kanada

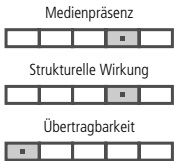
Literatur und Links:

California HealthCare Foundation: www.chcf.org

California Healthcare Institute: www.chi.org

California State Senate: www.sen.ca.gov

Finnland: Einschränkungen für Generika



Im April 2003 führte Finnland die obligatorische Substitution von Markenarzneimitteln durch Generika ein (dazu »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 2/2004). Die mit der deutschen Aut-idem-Regelung vergleichbare Vorgehensweise verpflichtet Apotheker ab einer definierten Preisgrenze zur Substitution, wenn es nicht vom Arzt oder Patienten ausdrücklich untersagt wurde. Aufgrund des daraus entstandenen Preiswettbewerbs zwischen Markenprodukten und Generika war diese Politik unerwartet erfolgreich. Die Arzneimittelindustrie senkte die Preise für Markenprodukte und Generika um bis zu 50 Prozent. Bei über 70 Prozent der ersetzbaren Medikamente verschrieben die Ärzte automatisch solche, deren Preise niedrig genug lagen, um auf eine Substitution verzichten zu können.

**Erfolgreiche
Generikasubsti-
tution, aber ...**

Von Regierungsseite wurden Einsparungen in Höhe von zweieinhalb Prozent der Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente erwartet. Schon im ersten Jahr der Generika-Substitution beliefen sich die Einsparungen für das staatliche Krankenversicherungssystem und für die Patienten, die durch Zuzahlungen betroffen sind, auf etwa 90 Millionen Euro. Dieser Betrag entspricht rund sechs Prozent der gesamten Jahresausgaben für ambulant verschriebene Medikamente. Der Erfolg dieser Politik war der Pharmaindustrie allerdings ein Dorn im Auge.

**Pharmaindustrie
wehrt sich**

Da die Lobbyarbeit bei Ärzten und Patienten wirkungslos blieb, statteten Führungskräfte internationaler Pharmaunternehmen dem finnischen Ministerium für Gesundheit und Soziales im Sommer 2004 einen Besuch ab. Die Pharmamanager äußerten Bedenken angesichts der Substitutionspolitik. Mit dem Argument, dass ein Fortdauern der Situation sie an der Einführung neuer Medikamente auf dem finnischen Markt hindern werde, kündigten sie an, ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten in Finnland einzuschränken.

Insbesondere die verspätete Einführung neuer Medikamente veranlasste das Ministerium überstürzt zur Vorbereitung eines Gesetzes, das Pharmaka mit Verfahrenspatenten von der Substitution ausnimmt. Die für das Erstellen der Liste substituierbarer Medikamente zuständige nationale Arzneimittelbehörde machte deutliche Vorbehalte gegen diesen politischen Rückzieher geltend. Die Substitution durch Generika sei dadurch ernsthaft gefährdet, da ein großer Teil der Medikamente von der Liste der substituierbaren Präparate gestrichen werden müsste.

Die Arzneimittelbehörde wies auch darauf hin, dass die Definition der auszuschließenden Verfahrenspatente der Substitutionsliste schwierig sei, da Patente häufig für unterschiedliche Verfahren zu unterschiedlichen Zeiten beantragt werden, um einen möglichst lang andauernden Patentschutz zu erreichen. In einigen Ländern kann selbst die Farbe einer Pille patentiert werden.

**Verfahrens- vs.
Produktpatente**

Der finnische Patentschutz für Arzneimittel basierte früher hauptsächlich auf Verfahrenspatenten, und die finnische Medikamentenproduktion konzentrierte sich fast ausschließlich auf die Herstellung von Generika. Produktpatente wurden erst 1995 im Rahmen der Harmonisierung zwischen finnischer und EU-Gesetzgebung eingeführt. Bisher wird jedoch in Finnland kein Medikament mit finnischem Produktpatent verkauft. Da die meisten europäischen Länder Produktpatente lange vor Finnland eingeführt haben, werden Generika in Finnland oft auf den Markt gebracht, bevor sie in anderen europäischen Ländern verkauft werden können.

Als im Ministerium klar wurde, dass man die politische Situation und ihre Konsequenzen nicht richtig eingeschätzt hatte, wurde die Gesetzesvorlage gestoppt. Im Herbst 2004 begann eine gründliche Analyse der Situation. Gegenwärtig ist nicht abzuschätzen, ob und inwieweit der Vorschlag abgeändert wird und welche Folgen dies hat. Die Beziehung zwischen der Pharmaindustrie und den Regierungsvertretern hat allerdings unter diesem Zwischenfall gelitten. Darüber hinaus wurde auch das Ansehen der Pharmaindustrie in der Öffentlichkeit beschädigt.

Literatur und Links:

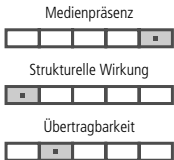
Ministry of Social Affairs and Health:

www.stm.fi/Resource.phx/eng/news.htx

The Social Insurance Institution of Finland (KELA):

<http://193.209.217.5/in/internet/english.nsf>

Dänemark: Verwaltungs- und Krankenhausreform unter Dach und Fach



Die öffentliche Verwaltung Dänemarks ist dezentralisiert und besteht aus 14 Kreise und 273 Gemeinden. Beide Ebenen haben spezifische Aufgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung. Im Jahre 2002 richtete die Regierung eine Kommission für Verwaltungsstrukturen ein, um tragfähige Lösungen für die Reform des staatlichen Sektors zu finden (siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 3/2004). Zuvor hatte sich ein Gutachterausschuss zur Organisation der Gesundheitsversorgung mit dringend anstehenden Verbesserungen der Leistungsfähigkeit der dänischen Krankenhäuser befasst. Ihre schwache Leistung war einer der Hauptgründe für die Verwaltungsreform.

Die Kommission für Verwaltungsstrukturen arbeitete die Ergebnisse des Gutachterausschusses in ihre Analyse ein. Im April 2004 legte die Kommission ihren Bericht zur Verwaltungsreform vor. Beiden Berichten ist die Empfehlung gemeinsam, die Zahl der Kreise zu reduzieren, da die administrative Fragmentierung als Haupthindernis für eine effiziente und nachhaltige Ressourcenverwendung angesehen wird.

Die Kreise widersetzten sich allerdings der Reform, worauf ein Konsultationsverfahren eröffnet wurde. Nach umfassenden Anhörungen und Diskussionen wurde im September 2004 die »Vereinbarung zur Strukturreform« zwischen der dänischen

Regierung (Liberaler und Konservativer Partei) und der Volkspartei veröffentlicht.

Die Vereinbarung beschreibt den Rahmen für eine neue Verwaltungsstruktur, die von der Zentralregierung geschaffen wird. Die bisher 14 Kreise werden aufgelöst und in fünf Regionen mit gewählten Parlamenten und Regierungen zusammengefasst. Für die meisten für den Bürger relevanten Dienstleistungseinrichtungen sind größere und tragfähigere Gemeinden zuständig. Die fünf Regionen sind für Krankenhäuser, Allgemeinmediziner und psychiatrische Dienste zuständig, während die Gemeinden die Verantwortung für Prävention und für die ambulant angebotenen Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen übernehmen.

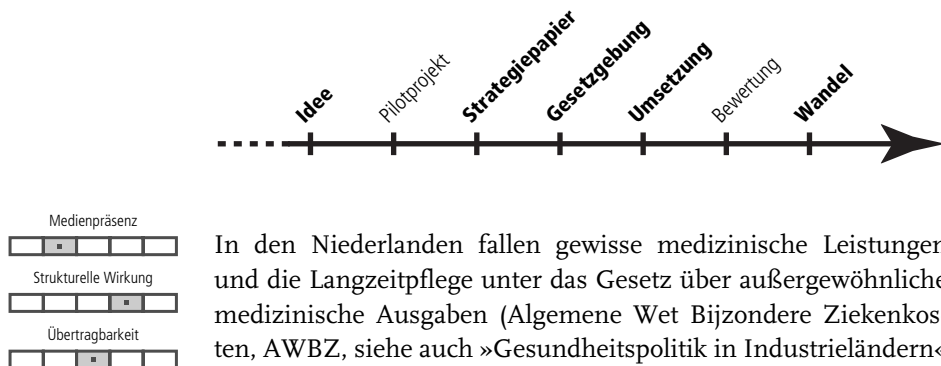
Die zentralen Gesundheitsbehörden sind für eine systematische Qualitätskontrolle, die Effizienz des Systems und die Anwendung von Informationstechnologien zuständig. Die Gesundheitsleistungen werden aus einem Haushaltsblock finanziert, dessen Größe auf objektiven Kriterien wie Ausgabenbedarf, verringerten staatlichen Aktivitäten und lokaler Finanzierungsbeteiligung beruht.

Es wird erwartet, dass die neuen Regionen am 1. Januar 2007 funktionsfähig sind. Die meisten Fachleute haben jedoch Bedenken, dass die Anreize zur Kostendämpfung nicht ausreichen, da die Regionen ihre Aktivitäten nicht durch eigene Steuern finanzieren müssen. Da sich auch die Leistungsanreize für Krankenhäuser nicht geändert haben, stellen einige Fachleute diese Politik grundlegend in Frage.

Literatur und Links:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Recommendation of the Commission on Administrative Structure. Summary. Recommendation No. 1434. www.im.dk/publikationer/struktur_uk/index.html.

Niederlande: Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO)



In den Niederlanden fallen gewisse medizinische Leistungen und die Langzeitpflege unter das Gesetz über außergewöhnliche medizinische Ausgaben (Algemene Wet Bijzondere Ziekkosten, AWBZ, siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 2/2004). Gegenwärtig ist das AWBZ ein landesweites, verpflichtendes Krankenversicherungssystem. Nach seiner Wiederwahl im Mai 2003 legte Premierminister Balkenende ein Reformpaket zur Sozialversicherung vor (siehe auch Kapitel »Organisationsreformen«).

Mit dem Gesetzesvorschlag zur sozialen Unterstützung (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO) wurde ein Konzept für die Versorgung Behinderter entworfen. Der Entwurf wurde im Januar 2005 dem Parlament vorgelegt. Der Vorschlag konzentriert sich auf die Integration von behinderten Menschen und soll Dienstleistungen wie häusliche Pflege, unterstützende und aktivierende Pflege, Transport, Unterstützung der Betroffenen und eine Reihe von Subventionen auf lokaler Ebene neu gestalten. Das WMO enthält Teile des früheren AWZB, Teile des Gesetzes über Dienstleistungen für Behinderte und Teile des Wohlfahrtsgesetzes.

Mehr Autonomie für behinderte Menschen

Aktivitäten der Sozialhilfe, behindertengerechtes Wohnen, Informationsangebote und Beratung sollen behinderte Menschen befähigen, ihr Leben eigenständig zu führen und sich länger im eigenen Wohnumfeld versorgen zu können. Das AWBZ-System bleibt weiterhin in der Zuständigkeit der Regierung und sichert Bürger mit schweren chronischen Krankheiten ab, die dauerhaft pflegebedürftig sind und anderweitig nicht versichert werden können. Gegen die neue Politik werden drei Einwände vorgebracht:

- Die Entscheidung über Form und Umfang der Dienstleistungen bleibt den Gemeinden überlassen, was ein gleichberechtig-

tes Anrecht überall in den Niederlanden in Frage stellen könnte.

- Die Vorbereitungsphase ist sehr kurz, da das Gesetz dem Parlament im Januar 2005 vorgelegt wurde und schon im Januar 2006 in Kraft treten soll.
- Die lokalen Behörden sind gegen das Gesetz, da sie zusätzliche finanzielle Belastungen fürchten, die durch die Regierung nicht ausgeglichen werden.

Gegenwärtig laufen öffentliche Konsultationen und Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium und den Lokalbehörden. Es bleibt abzuwarten, welche Änderungen ausgehandelt werden, um einen tragfähigen Konsens zu erzielen.

Literatur und Links:

Ministry of Health, Welfare and Sport: www.minvws.nl/en

Reformverzeichnis

Land, Thema, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

Finanzierung und Vergütung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Public Health und Prävention

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77

Primärversorgung

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Psychische Gesundheit

»beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression; IV, 18

Versorgung chronisch Kranker

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

Change Management für Hausärzte; III, 32

Dänemark

Alternde Gesellschaft

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Finanzierung und Vergütung

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

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62

Nutzerorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

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

Zugang zum Gesundheitssystem

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Deutschland

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

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

Finnland

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Finanzierung und Vergütung

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Nutzerorientierung und Partizipation

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten

Versorgung; I, 30

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Zugang zum Gesundheitssystem

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

Frankreich

Alternde Gesellschaft

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

Arzneimittelpolitik

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung;
II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Finanzierung und Vergütung

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72

Integrierte Versorgung

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

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

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Zugang zum Gesundheitssystem

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80

Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28

Israel

Organisationsreform

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Japan

Finanzierung und Vergütung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Public Health und Prävention

Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«; III, 41

Kanada

Integrierte Versorgung

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Versorgung chronisch Kranker

Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Nutzerorientierung und Partizipation

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III, 25

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27

Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Zugang zum Gesundheitssystem

Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung? IV, 39

Neuseeland

Alternde Gesellschaft

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

Arzneimittelpolitik

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

Finanzierung und Vergütung

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Psychische Gesundheit

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Primärversorgung

Primary-Health-Organisationen; I, 41

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Fachkräfteentwicklung

»Nurse practitioners«; II, 78

Finanzierung und Vergütung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Nutzerorientierung und Partizipation

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

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II,76

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Finanzierung und Vergütung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Organisationsreform

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Finanzierung und Vergütung

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

Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65

Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71

Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Organisationsreform

Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52

Singapur

Finanzierung und Vergütung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18

Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield; I, 19

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Organisationsreform

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

Spanien

Alternde Gesellschaft

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

Arzneimittelpolitik

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56

Finanzierung und Vergütung

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Integrierte Versorgung

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

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

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

Südkorea

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

Organisationsreform
Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Public Health und Prävention
Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Alternde Gesellschaft
Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II,
33

Arzneimittelpolitik
Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente;
IV, 80

Fachkräfteentwicklung
Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel;
II, 80

Finanzierung und Vergütung

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

Public Health und Prävention

Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien; III, 44

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

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

Zugang zum Gesundheitssystem

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

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

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

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz; II, 69

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

Kalifornien: Volksabstimmung zu Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig; IV, 35

Vereinigtes Königreich

Alternde Gesellschaft

England: Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik

England und Wales: Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Finanzierung und Vergütung

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

England: Stärkung des privaten Sektors; I, 22

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

Versorgung chronisch Kranker

England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28

Nutzerorientierung und Partizipation

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

Public Health und Prävention

England: Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien; III, 39

Primärversorgung

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

England: NHS Foundation Trusts; IV, 59

Zugang zum Gesundheitssystem

Zähneknirschende Patienten; IV, 42