

*Sophia Schlette, Kerstin Blum,
Reinhard Busse (Hrsg.)*

Gesundheitspolitik in Industrieländern 13

Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik in Zeiten
der Krise, Wettbewerb und Regulierung,
Evaluation im Gesundheitswesen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Dr. Arno Kappler, Soest*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

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

ISBN 978-3-86793-060-4

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Krise oder Chance? Gesundheitspolitik und Finanzdebakel ...	13
<i>Estland</i> : Finanzkrise führt zu Einschnitten im Gesundheitswesen	23
<i>Österreich</i> : Die Krise als Chance	26
<i>USA</i> : Obamas »Genesungspaket« fördert Informations- technologien und vergleichende Nutzenbewertung	29
<i>USA</i> : Wird Medicare universellen Kranken- versicherungsschutz bieten?	33
Wettbewerb und Regulierung:	
Wie das Gleichgewicht finden?	37
<i>Niederlande</i> : Erste Ergebnisse des »gesteuerten Wettbewerbs«	41
<i>Singapur</i> : Arzthonorare werden wieder reguliert	46
<i>USA</i> : Licht ins Dunkel um Pharmaindustrie und Ärzte	48
Evaluierung: Immer noch das Stiefkind	53
<i>Kanada</i> : Evaluierung legt mehr integrierte Versorgung nahe	58
<i>Neuseeland</i> : Primärversorgungsreform wertet Pflegekräfte auf	61
<i>USA</i> : Verbessern günstigere Pflegeschlüssel die Qualität? ...	64
<i>Frankreich</i> : Evaluierung des Krebsplans zeigt Schwächen auf	68
<i>Israel</i> : Aufsuchende Primärversorgung bringt mehr Qualität	71

Krankenhäuser: Wie mit dem Umfeld verknüpfen?	75
<i>Kanada</i> : Kürzere Wartezeit in der Notaufnahme	81
<i>Neuseeland</i> : Maximal sechs Stunden in der Notaufnahme ...	83
<i>Südkorea</i> : Gemeinnützige Kliniken versorgen sich am Kapitalmarkt	86
<i>Dänemark</i> : Krankenhausprivatisierung und Langzeitreform	88
<i>Polen</i> : Turbulenter Streit um die »Privatisierung« von Krankenhäusern	90
<i>Australien</i> : Krankenhausreform in nur einem Bundesstaat ...	92
Prävention? Na klar. Bloß wie?	95
<i>Dänemark</i> : Längere Lebenserwartung durch Prävention	101
<i>Großbritannien</i> : Gesünderes Verhalten wird gefördert	103
<i>Finnland</i> : Schärfere Antitabakgesetze	106
Israel: Rauchen aufhören mit dem Computer	108
Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Lippenbekenntnis oder mehr?	111
<i>Singapur</i> : Legaler Handel mit menschlichen Organen?	115
<i>Großbritannien</i> : Neustart für den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheit	117
<i>Frankreich</i> : Urbane Gesundheitsnetzwerke für gerechte Gesundheitschancen	119
<i>Südkorea</i> : Differenzierte Deckelung für Zuzahlungen	122
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	125
Vorbereitung und Vorgehen bei der Berichterstattung	127
Auswahlkriterien	127
Politikbewertung	129
Projektmanagement	130
Reformverzeichnis nach Ländern	131
Reformverzeichnis nach Themen	149

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Herbst 2009, während dieser Band entsteht, scheint die Weltwirtschaft sich gerade von der größten Krise seit der Großen Depression der 30er Jahre zu erholen. Die Stabilisierung, die sich abzeichnet, scheint allerdings noch nicht allzu robust, und glaubt man dem World Economic Outlook des Weltwährungsfonds vom Oktober 2009, wird die versprochene Erholung äußerst schleppend verlaufen.

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise ist das Thema des 13. Bandes von *Gesundheitspolitik in Industrieländern*. Der vorliegende Band zeigt die Probleme und Gefahren auf, in die die Krise so manches Gesundheitswesen gestürzt hat, fragt aber auch nach Reformchancen, die sich in dieser Lage bieten. Bei der Analyse dieser Situation muss die Währungsentwicklung eine Rolle spielen, denn ein schwacher Wechselkurs verteuert gerade in produktionschwachen Ländern, die auf Importe von Arzneimitteln und Medizintechnik angewiesen sind, Gesundheitsleistungen enorm. Vor allem aber stehen krisenbedingt allen Gesundheitssystemen der Welt weniger Mittel zur Verfügung, sei es wegen sinkender Steuereinnahmen oder wegen steigender Arbeitslosigkeit.

Bei den Reaktionen auf die Krise zeichnen sich in den Ländern unseres Netzwerks zwei Muster ab. Manche Länder fahren ihre Gesundheitshaushalte zurück. In Estland etwa hat die Regierung der nationalen Krankenversicherung enorme Einschnitte zugemutet. In anderen Ländern dagegen, etwa in Österreich und den USA, wo die Krise jahrzehntealte, hausgemachte Probleme verschärft hat, haben die Regierungen mit einer Ausweitung ihrer Ausgaben reagiert. In Österreich, wo steigende Arbeitslosigkeit

**Gesundheitspolitik
in Zeiten der Krise**

**Den Haushalt
kürzen oder
ausweiten?**

keit die Einnahmen der Kassen sinken lässt, ruft die Regierung einen neuen, steuerfinanzierten Gesundheitsfonds ins Leben. In den USA versucht Präsident Barack Obama, den Kampf gegen die Krise für eine große Gesundheitsreform zu nutzen. Das »Genesungsgesetz«, im Februar 2009 verabschiedet, stellt Mittel für erhebliche Investitionen in die Gesundheits-Informationstechnologie und die vergleichende Effektivitätsforschung bereit. Gegen immer heftigere, teils wütende Opposition seitens der Republikaner und in den eigenen Reihen setzt Obama sich auch weiterhin für eine allgemeine Krankenversicherung ein.

**Wettbewerb und
Regulierung im
rechten Verhältnis**

Die Einführung von Marktmechanismen steht derzeit in der öffentlichen Debatte zwar eher gering im Kurs. Dennoch gehört es bei vielen Beobachtern und Politikern zum nicht weiter hinterfragten Grundwissen, dass mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, sei es zwischen Anbietern oder zwischen Versicherern, zu mehr Wahlfreiheit für informierte Verbraucher und zu effizienterer Ressourcennutzung führe – erst diesen Sommer wieder im Papier »Effiziente und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähigere Finanzpolitik in Deutschland« von Rürup und Kollegen für das Bundesfinanzministerium nachzulesen. Zugleich stellt mehr Wettbewerb eine große Herausforderung dar: Lässt eine Regierung mehr Marktmechanismen zu, wird ihre eigene Regulierungsfunktion gleichzeitig komplexer. Denn mehr Markt bedeutet immer zugleich auch mehr Staat. Die Kunst erfolgreicher Steuerung besteht dann darin, die (hoffentlich) positiven Wirkungen des Wettbewerbs als eines von diversen Steuerungsinstrumenten zu nutzen und unerwünschte Wirkungen abzumildern. Kapitel 2 zeigt, wie so unterschiedliche Gesundheitssysteme wie das deutsche oder das niederländische auf der einen und das der USA und Singapurs auf der anderen Seite mit dem Problem umgehen.

**Evaluation statt
SpringprozeSSION**

In der Politik schaut man meist lieber in die Zukunft als zurück. Aber wer etwa die Sicherheit von Patienten verbessern und dem Einzelnen und der Gesellschaft die beste Gesundheitsversorgung angedeihen lassen will, kommt ohne den Blick zurück nicht aus. In der Medizin gewinnt die evidenzbasierte Versorgung immer mehr an Akzeptanz. Instrumente wie die Gesundheitsfolgenabschätzung und die vergleichende Effektivitätsforschung verbreiten sich von Land zu Land. Gleichzeitig setzt sich die Erkenntnis

durch, wie nützlich es wäre, auch politische Entscheidungen einer evidenzbasierten Evaluierung zu unterziehen. Obwohl sich aus vergangenen gesundheitspolitischen Reformen – gern in Form der Echternachschen Springprozedur – viele Lehren ziehen lassen könnten, wird der Versuch kaum unternommen. Und selbst wenn wir uns die Zeit nehmen, die Wirkung einer Gesundheitsreform zu studieren, tun wir es oft nachlässig. Kapitel 3 beschreibt Evaluierungen aus fünf Ländern, einige erfolgreich, andere weniger, und ihre jeweiligen Erkenntnisse und Konsequenzen.

Schließlich bieten wir Einblick in andere wichtige Felder der Gesundheitspolitik, die in den Zeiten der Krise noch an Bedeutung gewinnen. Wie lässt sich stationäre Versorgung mit anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung koordinieren – und das möglichst effizient und patientenorientiert? Können wir den Trend zum ungesunden Leben in Industrieländern umkehren? Wie lässt sich die wachsende Besorgnis über gesundheitliche Ungleichheit in Politik umsetzen? Die Kapitel 4, 5 und 6 geben einige Antworten.

Quellen dieses Buches waren die Expertenberichte des Internationalen Netzwerks für Gesundheitspolitik und -reform sowie weitere Materialien, die am Ende jedes Kapitels angeführt sind. Der vorliegende Band stellt die Ergebnisse der dreizehnten halbjährlichen Berichtsrunde vor und umfasst den Zeitraum von Oktober 2008 bis April 2009. Unser Dank gilt Norbert Mappes-Niediek, Autor und freier Journalist, für seine Hilfe bei der Erstellung des deutschsprachigen Manuskripts sowie allen Experten der Partnerorganisationen und ihren Ko-Autoren: Ain Aaviksoo, Gerard Anderson, Toni Ashton, Miriam Blümel, Jean-Luc Brami, Chantal Cases, Terkel Christiansen, Elena Conis, S. Fleishman, Margalit Goldfracht, Revital Gross, Marion Haas, Maria M. Hofmarcher, Jessica Holzer, Nathan Kahan, C. Key, Eliezer Kitai, Iwona Kowalska, Soonman Kwon, Siret Läänelaid, Niki Liberman, Lim Meng Kin, Véronique Lucas, Hans Maarse, Margaret MacAdam, Allon Margalit, Eran Matz, Kjeld Møller Pedersen, Diana Ognyanova, Adam Oliver, Zeynep Or, Tanaz Petigara, Laura Schang, Jytte Seested Nielsen, Tim Tenbenschel, Daniel Vardy, Lauri Vuorenkoski und O. Jakobson.

Was 2003 als schmale Broschüre begann, hat sich über die Jahre zu einer ansehnlichen Halbjahrespublikation ausgewach-

**Krankenhäuser,
Prävention und
gesundheitliche
Ungleichheit**

**Berichtszeitraum:
Herbst 2008 bis
Frühjahr 2009**

**Zurück und nach
vorne schauen**

sen. Zweimal im Jahr haben wir Sie mit aktuellen gesundheitspolitischen Trends und Analysen aus 20 Industrieländern auf der ganzen Welt versorgt. Wir haben nicht nur Neuigkeiten von allen Feldern der Gesundheitspolitik gesammelt. Mit thematischen Einführungen haben wir darüber hinaus versucht, die Neuigkeiten und Erfahrungen aus dem Ausland für die Reformdiskussionen in Deutschland nutzbar zu machen.

**Buchserie läuft
aus**

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und hoffen, dass die Lektüre unserer Bücher für Sie so informativ und anregend ist, wie die Produktion es für uns war. Nach sechs Jahren haben wir uns nun entschlossen, bei der Verbreitung der Erkenntnisse des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik neue Wege zu gehen.

**Neue Formate
in Arbeit**

Wir werden uns Zeit nehmen, um zu erarbeiten, wie wir am besten auf den Stärken unserer Bücher aufbauen und welche neuen Wege der modernen Kommunikation wir beschreiten wollen, um Ihnen weiterhin zeitnah eine zuverlässige und umfassende Informationsquelle zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in Industrieländern zu bieten. Ihre Anregungen und Ideen für Formate und Schwerpunkte sind uns herzlich willkommen.

**Gesundheitspolitik,
mehr als Ökonomie
und Medizin**

Unsere Arbeit mit dem Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik geht selbstverständlich weiter. In den letzten sieben Jahren haben wir erfolgreich eine Nische zwischen Gesundheitsökonomie und Public Health erobert, in der wir die Gesundheitspolitik weltweit, mit ihren Chancen für Reformen, ihrer Komplexität angesichts eines sich ständig verändernden Umfelds – Fortschritt, Forschung, Demographie- und daher beweglichen politischen Zielen mit wechselnden Allianzen auf der Suche nach besserer Versorgung (oder höherem Gewinn) aufmerksam im Auge behalten haben. Das Interesse an klugen Lösungen aus dem Ausland, die sich – entsprechend angepasst – übertragen lassen, und das Interesse an unserem besonderen, internationalen *und* politischen Blickwinkel ist ständig gewachsen, und wir haben allen Grund, in unserer gar nicht so kleinen Nische zu verweilen.

Wie bisher wird unsere Website, der HealthPolicyMonitor (www.hpm.org), Ihnen kostenlosen Zugang zu den halbjährlichen Expertenberichten und allen Publikationen und Informationen unseres Projekts bieten. Wir werden Sie auch weiterhin über unsere Arbeit auf nationalen und internationalen Konferenzen auf

dem Laufenden halten. Wir sind für Präsentationen, Interviews und Networking erreichbar und versorgen Sie gern mit Hintergründen zu gesundheitspolitischen Debatten.

Wir hoffen auf informative Lektüre und freuen uns wie immer über Rückmeldungen und Vorschläge.

Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse

Krise oder Chance?

Gesundheitspolitik und Finanzdebakel

*»Gerade als der Bedarf an staatlicher Kontrolle wuchs,
wurde die Staatsaufsicht gemindert.
Das musste in die Katastrophe führen.«*
Nobelpreisträger Amartya Sen, März 2009

Das Desaster blieb nicht aus. Nachdem im September 2008 in den USA der Hypothekenmarkt zusammengebrochen war und innerhalb von Monaten weltweit mehrere Billionen Dollar von den Guthaben verschwanden, nahm die Finanzkrise Millionen Menschen die Arbeit und trieb viele andere in die Reihen der »working poor«, derjenigen also, die von den Erträgen ihrer Arbeit nicht mehr leben können. Hoch entwickelte Volkswirtschaften erlebten im letzten Quartal 2008 eine nie da gewesene Rezession mit einem Rückgang von 7,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts – und mehr. Für 2009 wird in Ländern, die zusammen drei Viertel der Weltwirtschaftsleistung erbringen, die Rezession mit hoher Wahrscheinlichkeit anhalten (IWF 2009a), und obwohl die weltweite Wirtschaft im Herbst 2009 die Talsohle durchschritten zu haben scheint, bleiben die Wachstumsaussichten auch für die kommenden Jahre unsicher (IWF 2009b). Das Zusammentreffen von ausbleibenden Steuereinnahmen und steigenden Ausgaben für Hilfs- und Rettungspakete hat der Krise zusätzlich Nahrung gegeben. In vielen Ländern verschärfen Währungsverfall, Dominoeffekte in der Wirtschaft und rapide Preissteigerungen die Probleme der Menschen und ihrer Regierungen.

Dass die Krise in Ländern mit hohem Einkommen die wichtigsten Gesundheitsindikatoren wie die Sterblichkeit und die Lebenserwartung negativ beeinflussen könnte, gilt nach einer ersten Untersuchung vom April 2009 als eher unwahrscheinlich. Stattdessen könnten diese – sehr allgemeinen – Parameter sich trotz Krise unter dem Strich noch verbessern (Suhrcke und Stuckler 2009). Während viele Industriezweige Arbeit abbauen, bleibt im Gesundheitssektor der Beschäftigungsstand interessanterweise stabil, und manche westeuropäischen Länder verzeichne-

**Die programmierte
Katastrophe**

**Krise und
Gesundheit:
Gemischte
Auswirkungen**

ten für das Jahr 2008 sogar noch ein Beschäftigungswachstum (WHO 2009). Die am stärksten von der wachsenden Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen dagegen, besonders die Arbeitslosen, werden voraussichtlich sowohl absolut als auch im Verhältnis zu den Wohlhabenden gesundheitliche Einbußen erleiden. So vorläufig sie sind, werden diese Schätzungen doch von anderen Forschern bekräftigt. In einem Aufsatz für das *British Medical Journal* zu den möglichen Folgen der Krise für die Gesundheit verweisen Michael Marmot und Ruth Bell auf Studien, die bei Arbeitslosen von einer um 20 bis 25 Prozent höheren Mortalitätsrate als bei Angehörigen vergleichbarer sozialökonomischer Gruppen ausgehen (Marmot und Bell 2009).

**Sinkender
Wechselkurs,
steigende Kosten**

Jede Abschätzung, was die Krise für die Gesundheitspolitik bedeutet, muss auch die Auswirkungen von Wechselkursschwankungen und, damit verbunden, Preissteigerungen für gesundheitsbezogene Waren und Dienstleistungen berücksichtigen. Nach den Zahlen des Weltwährungsfonds (IWF) sind US-Dollar, Euro und Yen seit September 2008 stärker geworden, ebenso die an den Dollar gebundenen chinesischen Währungen. Gleichzeitig haben sich die Kurse der meisten Währungen von Entwicklungs- und Transformationsländern deutlich abgeschwächt (IWF 2009). Zwischen Sommer 2008 und Frühjahr 2009 hatte der polnische Zloty gegen den Dollar mehr als ein Drittel seines Werts verloren, der ukrainische Rubel sogar fast zwei Drittel, und die Arzneimittelpreise waren in der Folge etwa in der Ukraine um bis zu 30 Prozent gestiegen (WHO 2009).

**Estland spürt
die Krise**

Wie in vielen anderen mittel- und osteuropäischen Ländern hat sich auch in den baltischen Staaten das Verhältnis von Staatseinnahmen zu öffentlichen Ausgaben dramatisch verschlechtert (WHO 2009). Estland erwartet für 2009 einen Rückgang des Bruttoinlandsprodukts um 10 bis 15 Prozent (siehe den Bericht zu Estland, S. 23). Der Einbruch folgt hier, ähnlich wie in einigen anderen Übergangsländern, auf eine Phase rapiden Wachstums. In Estland lag das jährliche BIP-Plus zwischen 2000 und 2007 im Durchschnitt bei 8,2 Prozent (Statistics Estonia 2009). Als Antwort auf die Krise hat die estnische Regierung nun eine Reihe von Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung beschlossen. So wurden die Mittel für die nationale Krankenversicherung drastisch beschnitten. Gelitten hatten die Einnahmen der nationalen

Krankenkasse aber schon zuvor durch den Einbruch bei den Löhnen und Gehältern in der Privatwirtschaft, denn Sozialabgaben auf Löhne und Gehälter decken in Estland den größten Anteil der Gesundheitskosten. Weitere unpopuläre Maßnahmen betreff Steuererhöhungen für Arzneimittel, Mehrarbeit ohne Lohnausgleich für einen Teil des Krankenhauspersonals und eine Ausweitung der unbezahlten Karentage im Krankheitsfall.

Auch in Österreich, einem klassischen mitteleuropäischen Sozialversicherungsland, brachte die Krise einen massiven Anstieg der Arbeitslosigkeit und einen spürbaren Rückgang des Bruttoinlandsprodukts, das nach der Schätzung 2009 um 2,7 Prozent einbrechen soll (siehe den Bericht zu Österreich, S. 26). Auch in Österreich wird der Beschäftigungsrückgang die Einnahmen der Krankenkassen belasten. Schon 2008 meldeten die österreichischen Krankenkassen ein Defizit von 1,2 Milliarden Euro, 8,5 Prozent der Jahreseinnahmen. Für 2009 werden noch höhere Zahlen erwartet. Als Antwort sowohl auf das historische Problem der Kassendefizite als auch auf die aktuelle Finanzkrise will die österreichische Regierung einen neuen, steuerfinanzierten Strukturfonds einrichten und mittels neuer Gesetze Kostenerstattungen an Effizienz, Kostendämpfung und eine Reihe anderer Kriterien binden.

Im Kommuniqué der Staats- und Regierungschefs nach ihrem G20-Gipfel im April 2009 heißt es, gravierendes Versagen auf dem Finanzsektor sowie bei der Regulierung und in der Finanzaufsicht sei grundlegend für die Entstehung der Krise gewesen (G20 2009). In seinem ebenfalls im April herausgegebenen World Outlook beschreibt auch der Internationale Währungsfonds (IWF) politisches Versagen als Wurzel des Marktversagens in der gegenwärtigen Krise. Die Regulierung der Finanzmärkte habe nicht ausgereicht, die Konzentration von Risiken und falschen Anreizen hinter dem Boom an finanztechnischen Innovationen anzugehen (IWF 2009a). Die Herausforderung sei nun, so der IWF, die Parameter der Regulierung zu erweitern. Mit ähnlicher Stoßrichtung forderten die Staats- und Regierungschefs der G20 von den Regierungen einen stärkeren Aufsichts- und Regulierungsrahmen. Ob diese neue Hinwendung zu stärkerer Regulierung der Finanzmärkte ihre Auswirkungen auch auf Debatten über die Natur von Gesundheitssystemen haben wird, darf mit Spannung erwartet werden.

**Österreichs
Kranken-
versicherung:
Mehr Kompetenzen
für die Regierung**

**Schwache
Regulierung als
Hauptübel**

**Gesundheit
ist sozial
vorherbestimmt**

Exakt zur gleichen Zeit, da die Krise das Marktversagen an den Tag bringt und Forderungen nach strengerer Regulierung auftritt, wird in gesundheitspolitischen Debatten immer mehr der Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheit betont. Wenn es um mehr Gesundheit für alle geht, fordern manche Stimmen ein grundsätzliches Umdenken. Ende August 2008, nur Tage, bevor die Finanzmärkte kollabierten, publizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht ihrer Kommission zu sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit. Der Bericht zeigt: Die Umstände, unter denen Menschen geboren werden, unter denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern, bestimmen wesentlich auch ihre Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health 2008). Anfang 2009 prognostizierte der Vorsitzende der WHO-Kommission, Michael Marmot, die Finanzkrise werde die soziale Ungleichheit verschärfen, und warnte vor schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der Menschen, vor allem in Entwicklungsländern.

**Eine neue
Wirtschafts-
ordnung?**

Mit Blick auf die nach wie vor dominante Rolle der Märkte kritisierte Marmot den Mangel an Fairness in den weltweiten Wirtschaftsbeziehungen. Er umriss die Notwendigkeit eines neuen Plans, bei dem die Gerechtigkeit im Zentrum stehen müssen, und einer neuen Wirtschaftsordnung, die eine »faire Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen« gewährleisten müsse (Marmot und Bell 2009). Andere Beobachter des komplexen Verhältnisses zwischen Gesundheit und Wohlstand geben freilich andere Antworten.

**Keine
Notwendigkeit
für »Kapitalismus
neu«**

In einer Betrachtung zur aktuellen Krise kommt der Wirtschafts-Nobelpreisträger Amartya Sen zu der Überzeugung, die Zeit rufe nicht nach einem »neuen Kapitalismus«, sondern nach einem neuen Verständnis älterer Gedanken zum Wirtschaftssystem, der bahnbrechenden Ideen etwa eines Adam Smith (Sen 2009). In der Tat sei Umsicht (*prudence*) die Tugend, die dem Individuum am meisten zugute komme, zitiert Sen Adam Smith – ganz entgegen der üblichen Wahrnehmung Smith'scher Grundsätze. Zu Wohl und Wehe der anderen schließlich seien nach Smith Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Großzügigkeit und Sinn für die Allgemeinheit die nützlichsten Tugenden. Die Verfechter des entfesselten Kapitalismus hätten in Wahrheit Adam Smiths Vermächtnis verfälscht. Als Schlussfolgerung eines langen Auf-

satzes vom März 2009 fordert Sen keine neue Wirtschaftsordnung, sondern eine »klarere Wahrnehmung«, wie staatliche Institutionen auf der einen und Märkte auf der anderen Seite dazu beitragen können, eine bessere Wirtschaftswelt zu schaffen.

Als Schlüsselbeispiel für die notwendige Wandlung zu einer besseren Welt verweist Sen besonders auf die Gesundheitssysteme und das generelle Erfordernis eines Krankenversicherungsschutzes (Sen 2009). Das Versagen der US-Marktmechanismen bei der Bereitstellung von Gesundheit für alle ist für Sen ungeheuerlich, ebenso wie die Tatsache, dass die Volksrepublik China 1979 den universellen Krankenversicherungsschutz abschaffte – dies habe dort Fortschritte bei der Verbesserung des Gesundheitsstatus abrupt beendet. Er vergleicht die Situation Chinas mit der im indischen Bundesstaat Kerala, der seit Jahrzehnten eine bezahlbare Gesundheitsversorgung seiner Bürger sicherstelle und China in der Lebenserwartung und der Verminderung der Säuglingssterblichkeit überholt habe. Mit Blick auf Bemühungen von Politikern in China und den USA, den Mangel an universeller Gesundheitsversorgung zu korrigieren, stellt Sen fest: »Diese Korrekturen haben noch einen weiten Weg vor sich. Aber sie sollten ein zentrales Element bei der Bewältigung der Wirtschaftskrise sein« (Sen 2009, eigene Übersetzung).

Die neue US-Regierung fand sich unversehens vor der Aufgabe wieder, gleichzeitig die Finanzkatastrophe und die andauernde Strukturkrise der Gesundheitsversorgung bewältigen zu müssen. Präsident Barack Obama und seinen Demokraten dient dabei der Kampf gegen die Finanzkrise in gewisser Weise als Druckmittel, um grundlegende gesundheitspolitische Reformen voranzubringen. Kurz nach Erscheinen von Sens Artikel veröffentlichte der mächtige Finanzausschuss des US-Senats eine Reihe von Arbeitspapieren zu den verschiedenen Optionen der Gesundheitspolitik, den Krankenversicherungsschutz auszuweiten, Versorgungssysteme zu reformieren und eine umfassende Strukturreform zu finanzieren (Senate Finance Committee 2009a–d). Die Arbeitspapiere sind Teil einer noch viel weitergehenden Debatte und machen zumindest klar, dass die Politiker in den USA sich über das Ausmaß der Krise ihres Gesundheitswesens und über die Dringlichkeit grundlegender Reformen keine Illusionen machen. »Es ist mehr und mehr offensichtlich geworden, dass die

**Chance für ein
neues US-Gesund-
heitssystem**

**USA: Krise im
Finanz- und
Gesundheitswesen**

Art, wie bei uns Gesundheitsversorgung finanziert wird, nicht immer zur richtigen Versorgung für jeden Patienten zur rechten Zeit führt. Das gegenwärtige Finanzierungssystem belohnt Anbieter oftmals für die Quantität ihrer Leistungen statt für deren Qualität« (Senate Finance Committee 2009a, eigene Übersetzung).

**20 Prozent des BIP
für Gesundheit**

Die Papiere des Finanzausschusses konstatieren, dass die USA schon heute rund 17 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung aufwenden und dass dieser Anteil im kommenden Jahrzehnt auf 20 Prozent und darüber steigen könnte. Trotzdem sind 47 Millionen Menschen gar nicht und weitere 25 Millionen unterversichert; die USA schneiden auf vielen Versorgungsgebieten schlecht ab (Senate Finance Committee 2009a).

**Gesundheitsreform
als Teil des
»Genesungs-
pakets«**

Was der Finanzausschuss des Senats an Reformen ventiliert und debattiert, geht deutlich hinaus über die Gesundheitsreformen, die im Februar 2009 im »Gesetz zur Genesung der Nation« (ARRA – Recovery Act) enthalten waren (siehe Bericht zu den USA, S. 29). Damit wurden zunächst einige von Obamas Wahlversprechen aus der Vor-Krisen-Zeit eingelöst; das Paket zur wirtschaftlichen Erholung soll darüberhinaus der großen Reform mit Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht wenigstens zuarbeiten. Das »Genesungspaket« stellt unter anderem 19 Milliarden Dollar für eine Ausweitung gesundheitsbezogener Informationstechnologien, inklusive attraktiver finanzieller Anreize für Leistungserbringer, bereit. So können Anbieter von Gesundheitsleistungen für die Installation neuer Informationssysteme im ersten Jahr bis zu 18.000 Dollar erhalten. Zahlreiche Bundesstaaten haben sich bereits beworben, um Boni aus dem Bundestopf für Pilotprojekte zu erhalten (Commonwealth Fund 2009).

**Vergleichende
Effektivitäts-
forschung**

Eine andere umstrittene Komponente im »Genesungspaket« ist die vergleichende Nutzenbewertung (»comparative effectiveness research«). Damit soll festgestellt werden, was in der medizinischen Versorgung (besser) funktioniert und was nicht. Während etliche Akteure die evidenzbasierten Vergleiche stark befürworten, interessieren sich die Hersteller von Arzneimitteln und Medizingeräten primär für den Absatzmarkt ihrer Produkte. Im Einzelnen sieht die Reform die Gründung eines Rates vor, der die Forschung fördern und mehr als eine Milliarde Dollar auf in diesem Feld tätige Institutionen verteilen soll. Das Ziel ist, unwirksame oder schädliche Behandlungsmethoden nicht mehr zu

finanzieren. Obwohl international erprobt, ist der für die USA neue, rationale Zugang zur Qualitätskontrolle unter Beschuss durch zahlreiche Verfechter wirtschaftlicher Interessen sowie durch konservative Stimmen in den Medien geraten.

Die womöglich ambitionierteste Neuerung in der US-Gesundheitspolitik ist die Rückkehr der Forderung nach allgemeiner Krankenversicherung in die Mainstream-Debatte (siehe Bericht zu den USA, S. 33). Die schlimmste Wirtschaftskrise seit der Großen Depression von 1929 gibt den Demokraten ein weiteres Argument für eine Gesundheitsreform an die Hand: »Jedem Amerikaner Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu verschaffen ist eine der wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit. [...] Ein besseres System ist nicht allein ein moralisches Erfordernis, sondern auch unerlässlich für den Wiederaufbau der Wirtschaft« (Organizing for America, eigene Übersetzung). Mit den Versprechen der Obama-Administration, eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen, wachsen die Erwartungen der Öffentlichkeit: Der Kongress ist in Zugzwang, noch im Jahr 2009 eine grundlegende Gesundheitsreform auf den Weg zu bringen.

Drei Vorschläge für eine Versicherungsreform waren im Sommer 2009 in der Diskussion. Unter dem Begriff »Public Option« wurden zwei sehr unterschiedliche Varianten gehandelt. Wissenschaftler und manche Demokraten auf dem linken Flügel von Obamas Partei plädieren dafür, öffentliche Programme wie Medicare auf die ganze Bevölkerung auszudehnen. Ebenfalls aus akademischen und eher links zu verortenden Kreisen stammt der Vorschlag, private und öffentliche Versicherungen miteinander konkurrieren zu lassen, um so die Kosten für die medizinische Versorgung auf die Dauer zu drücken. Spiritus rector dieser Argumentation war Jacob Hacker, ein Politikwissenschaftler aus Yale und Berkeley, der den Begriff Public Option in zwei Policy Briefs Ende 2008 und Anfang 2009 (interessanterweise von der Versicherungsindustrie gesponsert) in die Debatte einbrachte. Hacker plädierte als erster für einen Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Trägern, vorgeblich nach europäischem Muster. Gemäßigteren Demokraten hingegen schwebt eine Art Versicherungsbörse wie in Massachusetts vor, wo unter staatlicher Aufsicht die beteiligten privaten Versicherer jeden Versicherungsnehmer ohne Gesundheitsprüfung in eine Gruppenversiche-

**Endlich eine
allgemeine
Versicherung?**

**Public Option:
Mehr Fluch
als Segen?**

rung aufnehmen müssen. Dies ist die dritte und wahrscheinlich kompromissfähigste Variante, zumal nachdem der Ruf nach einer wie auch immer auszugestalteten Public Option stark zur Polarisierung und zu sehr unschönen Misstönen in der Debatte beigetragen hatte.

**Finanzierung
reformieren und
Kosten dämpfen**

Der Mitte September vom Senate Finance Committee endlich vorgelegte Gesetzentwurf bildet die Grundlage für alle weiteren Verhandlungen mit Demokraten beider Flügel sowie mit diskussionsbereiten Republikanern. Der Entwurf von Senator Baucus sieht die Einführung von Versicherungspflicht und Pflichtversicherung für eine Grundabsicherung im Rahmen eines regulierten Wettbewerbs unter privaten Versicherern vor. Unklar ist, ob Arbeitgeber in die Versicherungspflicht einbezogen werden sollen oder nicht. Die Public Option – vielen Beobachtern galt sie zeitweise lediglich als Druckmittel, um die Republikaner zu Verhandlungen über die Versicherungspflicht zu bewegen – ist jedoch vom Tisch. Allerdings soll Medicaid, als Reaktion auf die anhaltende wirtschaftliche Krise und um die Parteilinken bei Laune zu halten, ausgedehnt werden.

Gleichzeitig mit der Reform des Finanzierungssystems werden Maßnahmen zur Kostendämpfung diskutiert. Während das Bruttoinlandsprodukt sinkt, sollen die Gesundheitskosten nach den Vorhersagen für 2009 um mehr als fünf Prozent steigen.

**Folgen der Krise
für Gesundheits-
politik unklar**

Im Herbst 2009 sind das volle Ausmaß und die Wirkungen der globalen Finanzkrise noch unklar, die Folgen für Gesundheitsreformen entsprechend unsicher. Sicher ist einstweilen nur, dass verschiedene Länder verschieden reagieren. Zwei Muster zeichnen sich ab: Estland und andere Länder in Ost- und Mitteleuropa wie Ungarn, Lettland, Litauen und Rumänien (WHO 2009: 8) verkleinern in direkter Reaktion auf die Krise ihre Budgets für die Gesundheitsversorgung. In Österreich dagegen hat die Krise bestehende Probleme des Gesundheitssystems noch verschärft; Ähnliches gilt, wenngleich aus ganz anderen Gründen, auch für die USA. Beider Länder Regierungen wollen – wie auch die bundesdeutsche Regierung – die öffentlichen Ausgaben steigern oder haben bereits Garantien bereitgestellt. Ein ausgeglichenes Budget ist immer ein (Zwischen-)Ziel – allein die Möglichkeiten, zusätzliches Geld ins Gesundheitswesen zu pumpen, und der Zeithorizont, in dem geplant wird, unterscheiden sich deutlich.

In den USA fiel die Krise mit der Amtsübernahme des neuen Präsidenten zusammen, der entschlossen schien, grundlegende Probleme des US-amerikanischen Gesundheitswesens anzugehen. Gleichzeitig treffen sich hochrangige Politiker auf internationaler Ebene, um ihr Augenmerk auf die Folgen der Finanzkrise auf die Gesundheitssysteme zu richten und Vorschläge zu entwickeln, um unerwünschte Wirkungen möglichst milde ausfallen zu lassen.

In der 14. Befragungsrunde des »Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik« hat eine Reihe der Partner weitere Berichte darüber geliefert, wie sich die Krise auf die Gesundheitssysteme ihrer Länder auswirkt und welche politischen Maßnahmen getroffen werden. Alle Berichte sind auf www.hpm.org veröffentlicht.

Literatur und Links:

Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization 2008. www.who.int/social_determinants/themes/en/.

Commonwealth Fund. Early State Reactions to Health Care Provisions in the Stimulus Plan and CHIP Reauthorization. *Newsletter States in Action*. April/Mai 2009.

G20 London Summit. *Leaders' Statement*. 2. April 2009. www.g20.org/Documents/g20_communique_020409.pdf.

Hacker, Jacob S. *The Case for Public Plan Choice*. Institute for America's Future and Berkeley Center for Health, Economic & Family Security, UC Berkeley School of Law, Dezember 2008. http://institute.ourfuture.org/files/Jacob_Hacker_Public_Plan_Choice.pdf.

Hacker, Jacob S. *Healthy Competition: How to Structure Public Health Insurance Plan Choice to Ensure Risk-Sharing, Cost Control, and Quality Improvement*. April 2009.

Internationale Arbeitsorganisation (ILO)/ International Institute for Labor Studies. *The Financial and Economic Crisis: a decent work response*. 2009.

- Internationaler Währungsfond (IWF). *World Economic Outlook*. April 2009a. www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/01/index.htm.
- Internationaler Währungsfond (IWF). *World Economic Outlook*. Oktober 2009b. www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/index.htm.
- Marmot, Michael, und Ruth Bell. How will the financial crisis affect health? *BMJ* (338) 2009: 858–860.
- Organizing for America. Health Care. www.barackobama.com/issues/healthcare/index.php.
- Sen, Amartya. Capitalism beyond the crisis. *The New York Review of Books* (56) 5. 26 March 2009. www.nybooks.com/articles/22490.
- Senate Finance Committee. *Transforming the Health Care Delivery System: Proposals to Improve Patient Care and Reduce Health Care Costs*. 29 April 2009a.
- Senate Finance Committee. *Expanding Health Care Coverage: Proposals to Provide Affordable Coverage to All Americans*. 14 May 2009b.
- Senate Finance Committee. *Financing Comprehensive Health Care Reform: Proposed Health System Savings and Revenue Options*. 20 May 2009c.
- Senate Finance Committee. *Chairman's Mark. America's Healthy Future Act of 2009*. 16 September 2009d.
- Statistics Estonia 2009. Data on real GDP growth rate in Europe. www.stat.ee/29958.
- Suhrcke, Marc, und David Stuckler. *Will the recession be bad for our health? A preliminary review of relevant evidence*. Paper presented at the ECHAA nagural conference. London 23. April 2009.
- World Health Organization (WHO). *Health in the times of global economic crisis: implications for the WHO European region. Overview of the situation in the WHO European Region*. Copenhagen/ Oslo 2009. www.euro.who.int/Document/HSM/Oslo_BP_crisis_overview.pdf.

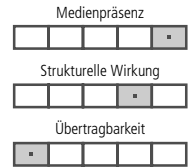
Estland: Finanzkrise führt zu Einschnitten im Gesundheitswesen



Nach einer langen Phase raschen Wachstums hat die Krise in Estland zu größeren Einschnitten bei den öffentlichen Ausgaben geführt. Betroffen ist insbesondere das Gesundheitswesen. Mit einem drohenden Rückgang der Wirtschaft um 15 Prozent, mit ebenfalls um 15 Prozent steigender Arbeitslosigkeit und einem befürchteten Rückgang der Löhne und Gehälter um sogar 20 Prozent steht der Haushalt des baltischen Staates, der hauptsächlich von Verbrauchsteuern abhängt, vor einer schweren Krise. In dem verzweifelten Bemühen, den Etat im Gleichgewicht zu halten, hat die estnische Regierung dem Gesundheitswesen im Laufe von wenigen Monaten vier große Reformen zugemutet. Alle vier Reformen zielen auf mehr Einkünfte oder weniger Ausgaben, und alle sind sie unpopulär und entsprechend umstritten.

Im Januar 2009 hob die Regierung die Verbrauchsteuer auf Medikamente von fünf auf neun Prozent an. Per Gesetz stieg die Normalarbeitszeit für Krankenhauspersonal auch in den belastendsten Arbeitsbereichen auf acht Stunden täglich – ohne Lohnausgleich. Drittens beschloss das Parlament, die Anzahl der unbezahlten Karenztage im Krankheitsfall deutlich zu erhöhen. Am empfindlichsten aber wirkte sich die sechszehntige Kürzung des Staatsanteils für die Nationale Krankenkasse aus, die einem Einnahmenverlust von 40 Millionen Euro gleichkam. Die Regierung versucht seither, noch härtere Einschnitte durchzusetzen, heizte damit die aktuelle Debatte noch an und weckte Befürchtungen, dass Krankenhäuser geschlossen und essenzielle Gesundheitsdienste eingestellt werden müssen.

Die Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von fünf auf neun Prozent – im benachbarten Lettland stiegen die Steuern auf Medikamente von fünf auf sogar 19 Prozent (WHO 2009: 11) – führt zu einer deutlichen Preissteigerung. Diese geschah auch in



**Vier große
umstrittene
Neuerungen**

**1. Höhere
Arzneimittelpreise**

anderen Ländern, dort allerdings meistens als Ergebnis von Währungsabwertungen infolge der Finanzkrise. Wie die anderen aktuellen Veränderungen in Estland war auch diese nicht von einer Abschätzung der möglichen Folgen begleitet, geschweige denn von Plänen, die Folgen zu überwachen und zu bewerten. Die Reform wird allerdings alle überdurchschnittlichen Konsumenten von Arzneimitteln überdurchschnittlich treffen: vor allem also die Senioren – die über 65-Jährigen, die 17 Prozent der estnischen Bevölkerung ausmachen.

2. Arbeitszeiterhöhung ohne Lohnausgleich

Für Beschäftigte im Gesundheitswesen, die mit Radioaktivität umgehen oder sehr intensive Arbeit zu leisten haben, setzt das neue estnische Arbeitszeitgesetz die Arbeitsstunden von fünf Stunden täglich auf acht herauf. Dies geschieht ohne jede Lohnerhöhung und ohne zusätzliche Mittel im Staatshaushalt und verursacht nun Komplikationen: Die Arbeitsverträge müssen mit jedem Betroffenen neu ausgehandelt werden. Befürchtet wird zudem, dass manche Beschäftigte nunmehr unannehmbaren Strahlungsdosen ausgesetzt sind und dass Patienten von übermüdeten Chirurgen operiert werden.

3. Mehr unbezahlte Karenztage im Krankheitsfall

Vor der jüngsten Reform kam die Nationale Krankenkasse für das Krankengeld nach dem ersten Krankheitstag auf. Nach der Reform zahlt die Kasse erst ab dem neunten Tag. Die ersten drei Krankheitstage bleiben unbezahlt, den vierten bis achten Tag zahlt der Arbeitgeber. Eine Konsequenz dürfte sein, dass manch einer trotz Krankheit arbeiten geht, um kein Einkommen zu verlieren. Auch könnten Arbeitgeber ihre Angestellten beeinflussen, rasch wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren oder ganz auf die Lohnfortzahlung zu verzichten. Die Änderung wurde ohne jede Begleitmaßnahme verfügt, zum Beispiel steuerliche Absetzbarkeit von Investitionen eines Arbeitgebers in die Gesundheit seiner Mitarbeiter.

4. Kürzung des Krankenversicherungs-etats

Die Kürzung der Mittel für die Nationale Krankenkasse, die die Kosten für die medizinische Behandlung aller Versicherten trägt, ist unter allen vier Krisengesetzen die dramatischste. Die genauen Auswirkungen der ersten Kürzung um 40 Millionen Euro wurden zwischen Kasse und Leistungserbringern ausgehandelt. Ein Ergebnis dieser Verhandlungen soll der Rückgang der Krankenhauseinweisungen um fünf Prozent sein. Der Wunsch der Regierung nach weiteren Kürzungen jedoch führt zu heftigen Kontroversen.

Estland wendet nämlich ohnehin nur fünf Prozent seines Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung auf – in Deutschland waren es im Jahr 2007 10,4 Prozent (OECD Gesundheitsdaten 2009). Das estnische Gesundheitswesen hat aber, was Transparenz und Effizienz betrifft, einen guten Ruf.

Die Regierung will eine Kürzung um weitere 45 Millionen Euro durchsetzen. Allerdings sehen weder Leistungserbringer noch Krankenkasse, wie das gehen soll. Beide empfehlen, die Regierung solle auf die finanziellen Reserven zugreifen, die die Kasse in den letzten Jahren angehäuft hat. Die Regierung ist dagegen, weil sie negative Auswirkungen auf das Haushaltsgleichgewicht fürchtet. Die Verhandlungen dauern an. Befürchtet wird, dass weitere Kürzungen die Schließung kleiner Krankenhäuser sowie Verschlechterungen bei ambulanten Diensten, bei der Notversorgung für Unversicherte und bei Public-Health-Programmen nach sich ziehen könnten. Begründet liegt das Einnahmenproblem der Krankenversicherung in sinkenden Löhnen und wachsender Arbeitslosigkeit, zumal fast zwei Drittel der Gesundheitsausgaben über Sozialabgaben finanziert werden.

Das gemeinsame Ziel aller vier estnischen Reformen – ein ausgeglichener Haushalt – wird wahrscheinlich erreicht, selbst wenn die Auswirkungen der Maßnahmen auf die öffentliche Gesundheit und auf das Gesundheitswesen alles andere als klar sind und Befürchtungen herrschen, dass die Auswirkungen gerade auf die verletzlicheren Teile der Bevölkerung besonders negativ sein könnten. Eine bedeutende Sorge gilt dem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit und damit dem Anstieg der Zahl der Unversicherten, die zur Gesundheitsversorgung nur begrenzten Zugang haben. Wer es sich leisten kann, dürfte private Behandlung suchen oder außer Landes gehen. Im Blick auf die Parlamentswahl 2011 empfehlen manche Parteien eine stärkere Steuerprogression zur Abdeckung der Sozialausgaben, während andere nach privaten Finanzierungsquellen für die Gesundheitsversorgung suchen.

**Tallinn will
härtere Einschnitte**

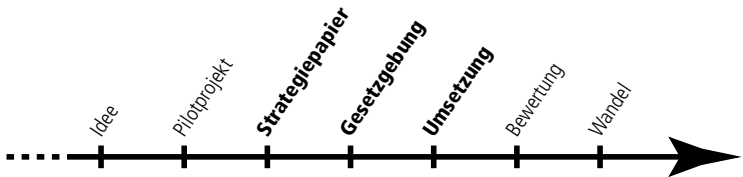
**Momentan düstere
Aussichten, aber
neue Optionen in
Sicht**

Literatur und Links:

Läänelaid, Siret, und Ain Aaviksoo. Economic slowdown shaping healthcare system. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/ee/a13/1.

World Health Organization (WHO). *Health in the times of global economic crisis: implications for the WHO European region. Overview of the situation in the WHO European Region*. Copenhagen/Oslo, 2009. www.euro.who.int/Document/HSM/Oslo_BP_crisis_overview.pdf.

Österreich: Die Krise als Chance



Mit der Ausbreitung der Finanzkrise und einer Explosion bei den Schulden der Krankenkassen will Österreichs 2008 erneuerte Große Koalition unter Bundeskanzler Werner Faymann künftige Zuwendungen mit mehr staatlicher Kontrolle über die Krankenkassen verbinden. Schon 2008 hatten die Kassen ein Defizit von etwa 1,2 Milliarden Euro, etwa ein Zehntel des Jahresbudgets, angehäuft. Bei sinkendem Bruttoinlandsprodukt und steigender Arbeitslosigkeit wird allein für 2009 ein Minus von 600 Millionen erwartet. Ein Bündel von Sofortmaßnahmen soll das Defizit abmildern. Der nächste Schritt soll die Schaffung eines steuerfinanzierten Stiftungsfonds für die Krankenkassen sein. International ist das nichts Neues. In Österreich wird der Schritt als Signal der Regierung verstanden, künftig stärker in die bislang als autonom verstandenen Krankenkassen hineinregieren zu wollen.

Österreichs regionale Kassen

Österreichs Krankenkassenlandschaft besteht aus an die 20 überwiegend regionalen Krankenkassen und fast 20 weiteren kleineren Wohlfahrtseinrichtungen für Landes- und Kommunalbeamte.

Knapp 80 Prozent der Versicherten allerdings gehören einer der neun regionalen Krankenkassen an, sogenannten Gebietskrankenkassen, die zwischen 137.000 und einer Million Mitglieder umfassen und etwa den deutschen AOKs entsprechen. Die österreichischen Kassen können Versicherte nicht zurückweisen und dürfen, anders als in Deutschland, auch nicht um sie konkurrieren. Versicherte haben entsprechend nicht das Recht, sich eine Kasse zu wählen – der Wohnort bzw. die Betriebszugehörigkeit bestimmt, welche Kasse zuständig ist. Die Haushaltsdefizite besonders der Gebietskrankenkassen stehen seit Jahren auf der Tagesordnung jeder Regierung.

Das Schuldenproblem der Krankenkassen in Österreich ist nicht neu. In den letzten zehn Jahren gab es immer wieder Versuche, Kassen beim Ausgleich von Einnahmeausfällen zu unterstützen. Zu den Hilfsmaßnahmen zählten die Erstattung von bereits gezahlter Mehrwertsteuer, höhere Beiträge für Rentner sowie die Vereinheitlichung der Beitragssätze für Arbeiter und Angestellte. Trotzdem überstiegen die Ausgaben weiterhin die Einnahmen, und das Defizit übersprang die Milliardengrenze. Mit Beginn der Finanzkrise sieht es noch düsterer aus. Vor diesem Hintergrund hat die neue Regierung zunächst Geld ins System gepumpt. 2010 soll der neue Stiftungsfonds mit einer zunächst geringen, aber doch spürbaren Anfangsinvestition von 100 Millionen Euro ins Leben treten.

Die Subventionen aus dem neuen Fonds sollen an Effizienz gebunden sein. Unklar ist allerdings noch, welche Hebel genau wirken sollen und wie stark die Regierung sich in die Arbeit der bisher autonomen Versicherer einmischen will. Der Gesetzentwurf umfasst die folgenden Vorschläge:

- Der Strukturfonds unterstützt das Gleichgewicht in den Krankenkassen-Etats.
- Der Fonds soll Kostendämpfung und integrierte Versorgung fördern.
- Gesundheits- und Finanzminister erlassen Richtlinien für die Gewährung von Mitteln.
- Berichte über Kostendämpfung müssen brauchbare Kriterien für eine Kosten-Nutzen-Abschätzung enthalten.
- Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger erstattet der Regierung vierteljährlich Bericht.
- Die Regierung kann eine Fremdevaluierung anordnen.

**Das historische
Problem der
Einnahmeausfälle**

**Der neue Fonds
als Hebel für die
Regierung**

**Kostendämpfung
mit unsicheren
Auswirkungen**

Vor dem Hintergrund einer prognostizierten Rezession von fast drei Prozent für das Jahr 2009 und großer Unsicherheit über die weiteren wirtschaftlichen Bedingungen legen Schätzungen nahe, dass das Kassendefizit sich 2011 selbst bei stärkerem Engagement der Regierung in der Größenordnung von 300 Millionen Euro bewegen könnte, was etwa zwei Prozent des Jahreshaushalts entspricht. Bestimmte Kostendämpfungsmaßnahmen allerdings sollten es den Kassen ermöglichen, über die nächsten vier Jahre einen Betrag um die 300 Millionen Euro einzusparen. Das könnte gelingen, wenn der Kostenanstieg in der ambulanten Versorgung, bei Arzneimitteln und in der Verwaltung sich in der Größenordnung an bestimmten Richtwerten, definiert als altersangepasste Pro-Kopf-Ausgaben, orientieren würde. Würden die Krankenhauskosten einbezogen, könnte das Defizit sogar noch stärker zurückgehen. Ein so detailliertes Niveau der Kostendämpfung ist in der österreichischen Regierung allerdings noch nicht in der Diskussion.

**Ein Wechsel in der
Verwaltungskultur**

Was an größeren Kostendämpfungsmaßnahmen bezweckt ist, muss erst noch Wirklichkeit werden. Allein die Schaffung des neuen Strukturfonds kann jedoch bereits als Paradigmenwechsel in der Verwaltung der Krankenversicherung betrachtet werden. Auch wenn die 100 Millionen Euro, die die Regierung am Anfang bereitstellen will, nur ein Prozent der gesamten Krankenkassenausgaben abdecken, so ist doch zu erwarten, dass der Anteil in der Zukunft sowohl absolut als auch im Vergleich zum Anteil der Sozialabgaben steigen wird. Am Ende dürfte der Fonds ein wichtiges Instrument für die Bundesregierung werden, die Arbeit der vormals autonomen Krankenversicherer zu beaufsichtigen und zu evaluieren.

**Anreizpaket nicht
anreizend genug?**

Wie viele andere Staaten hat auch Österreich rasche Schritte zur Stimulierung der Wirtschaft getan. Die Frage ist allerdings, ob Gesundheits- und Sozialinvestitionen in dem Konjunkturpaket einen hinreichend großen Stellenwert hatten – trotz Steuererleichterung für Medikamente, Erhöhung des Pflegegeldes und Zusatzinvestitionen in Forschung und Entwicklung. Die Frage schwingt überall da mit, wo Befürworter solcher Investitionen die Reaktion auf die Finanzkrise als Reformchance sehen. Ein Hintergrundpapier für eine Konferenz zu den Auswirkungen der Krise auf die Gesundheit in Europa spricht schon von verpassten

Gelegenheiten: »Die Möglichkeiten der ersten Welle der Konjunkturpakete wurden versäumt, denn viele von ihnen verschoben die Lösung von Gesundheits- und Umweltproblemen auf später« (WHO 2009, eigene Übersetzung).

Literatur und Links:

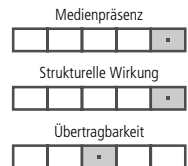
Hofmarcher, Maria M. Health policy response to the crisis. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/at/a13/1.

World Health Organization (WHO). *Health in the times of global economic crisis: implications for the WHO European region*. Documentation of a meeting in Oslo, 1–2 April, 2009. www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316_1.

USA: Obamas »Genesungspaket« fördert Informations-technologien und vergleichende Nutzenbewertung



Zwei Monate nach Ausbruch der globalen Finanzkrise im September 2008 wählten die Bürger der Vereinigten Staaten von Amerika einen neuen Präsidenten und einen neuen, nunmehr von Demokraten dominierten Kongress. Die erste Handlung des neuen Kongresses war die Verabschiedung des »amerikanischen Genesungs- und Investitionsgesetzes«, das auch als »Recovery Act« oder »Stimulus Bill« bekannt wurde und Elemente einer Gesundheitsreform enthielt. Zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen gehörten mehr Mittel für die Einführung von elektronischen Krankenakten und für vergleichende Nutzenbewertung, mit der die Effektivität von Behandlungsmethoden überprüfbar



werden soll. Beide Reformen haben zum Ziel, Kosten zu reduzieren und Qualität zu verbessern. Selbst wenn diese beiden Neuerungen weltweit kein Novum darstellen, so ist doch die Tatsache, dass sich die US-Bundesregierung damit befasst, ein sicher übliches Signal für Gesundheitspolitik.

**19.200.000.000
Dollar für
Gesundheits-IT**

Allein 19,2 Milliarden Dollar im Genesungspaket sind für die Einführung einer US-weiten Gesundheitsinformationstechnologie vorgesehen, die Patienten und Anbietern idealerweise den Zugang zu kompatiblen, standardisierten elektronischen Krankenakten bieten soll. Ziel ist, den Zugang in Echtzeit zu ermöglichen, also am besten noch während ein Arzt gerade im Begriff ist, einen Fehler zu begehen oder eine unnötige Untersuchung durchzuführen. Die Reform soll bessere Antworten auf Patientenbedürfnisse ermöglichen und die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Anbietern verbessern. Bisher hat diese Art von Technologie in der ambulanten wie stationären Versorgung in den USA wenig Zuspruch gefunden (Blumenthal 2009). Die Hoffnung ist nun, dass damit Kosten erheblich reduziert werden und die Qualität verbessert wird – auch wenn, wie unten zu zeigen sein wird, diesen Zielen noch einige Hindernisse im Wege stehen.

**Finanzkrise bietet
glückliches Timing**

Die Förderung »sinnvoller« medizinischer Informationstechnologien ähnelt anderen im Kongress debattierten Vorschlägen aus den letzten Jahren. Neu ist, dass der Plan diesmal Teil eines Pakets ist und die vehemente Unterstützung des Weißen Hauses genießt, was die Erfolgsaussichten erheblich steigert. Wichtig ist, dass auch Datenschützer dem Plan ihren Segen geben: Die einflussreiche American Civil Liberties Union, eine Nichtregierungsorganisation zur Verteidigung von Bürgerrechten, gab ihre Zustimmung, weil Datenschutz und Vertraulichkeit im Gesetzentwurf ausdrücklich angesprochen sind. Auch Patienten- und Anbieterorganisationen reagieren überwiegend positiv, obwohl die republikanischen Abgeordneten im Kongress gegen das Gesetz waren.

**»Meaningful
Health IT«**

Das Gesetz nutzt zur Einführung neuer Informationstechnologien positive und negative Anreize. Anbieter erhalten in den Jahren 2011 bis 2015 einen finanziellen Anreiz, wenn sie die elektronischen Patientenakte und andere IT-Infrastruktur »sinnvoll« nutzen. Wer sich von Anfang an beteiligt, darf im ersten Jahr mit 18.000 Dollar rechnen, einem Betrag, der sich für die

Nachzügler im Jahr 2014 auf 2.000 Dollar verringert. Wer sich bis 2015 nicht zur Teilnahme entschlossen hat, muss dann bis 2018 mit einer Reduktion der Kostenerstattung um jährlich ein Prozent rechnen. Was »sinnvolle Nutzung« ist, wurde allerdings noch nicht definiert – was sich noch als Problem herausstellen könnte.

Die Begleitung und Kontrolle obliegt dem Department for Health and Human Services (US-Gesundheits- und Sozialministerium). Das Ministerium ist zuständig für die Ausweitung der Informationstechnologien, die Einführung von Standards, die Evaluation der Mitarbeit von Arztpraxen und die Auszahlung von finanziellen Anreizen. Sollte der private Markt das nicht leisten, kann das Ministerium auch gleich ein standardisiertes Computersystem bereitstellen. Ein mögliches Hindernis für die Umsetzung könnte sein, dass Anbieter die Anreizzahlungen nicht einfordern und spätere Strafzahlungen sabotieren oder ignorieren. Schwierig wird auch sein, die elektronischen Krankenakten miteinander und mit schon bestehenden Systemen kompatibel zu machen.

Der zweite bedeutsame gesundheitspolitische Fortschritt im Genesungspaket ist die Ausweitung der vergleichenden Nutzenbewertung (comparative effectiveness research), die Nutzen und Schaden einer Untersuchung oder Behandlung mit anderen Therapieformen vergleicht. Ziel ist, Entscheidungen im Gesundheitswesen eine bessere Faktengrundlage darüber bereitzustellen, was funktioniert und was nicht, wie gut Eingriffe wirken und welche Nachteile sie haben, immer im Vergleich mit den möglichen Alternativen. Die Ergebnisse sollen die klinischen Entscheidungen von Versorgern und Patienten auf solidere wissenschaftliche Grundlagen stellen. Das Gesetz sieht zu diesem Zweck 1,1 Milliarden Dollar vor und erfüllt ein zentrales Versprechen aus Barack Obamas Wahlkampf. Während die Reform von linken Demokraten weitgehend begrüßt wird, sorgen sich Arzneimittel- und Gerätehersteller um die möglichen Auswirkungen auf den Markt für ihre Produkte.

Das meiste Geld wird durch bestehende Forschungsreinrichtungen fließen, wie die National Institutes of Health und die Agentur für Versorgungsforschung und Qualität (Agency for Healthcare Research and Quality). Um allerdings die Koordination zwi-

**Elektronische
Patientenakte:
Mögliche Probleme
bei der Einführung**

**Mehr Fakten durch
vergleichende
Nutzenbewertung**

**Neuer
Forschungsrat**

schen den Bundesbehörden bei diesen Förderungen zu gewährleisten, Doppelungen zu vermeiden, dem Kongress regelmäßig Bericht zu erstatten und einen öffentlich zugänglichen Überblick über die neuen Ausgaben zu schaffen, soll ein neuer Forschungsrat ins Leben gerufen werden. Der Rat selber soll ausdrücklich nicht über die Erstattung einer bestimmten Therapie entscheiden oder auch nur Empfehlungen dazu abgeben dürfen. Damit will man Befürchtungen entgegengewirken, dass Versorger ihre Autonomie an außenstehende Organisationen verlieren könnten. Was anderswo eine Selbstverständlichkeit ist oder sich zumindest auf dem Weg dorthin befindet, wird in den USA noch immer höchst kontrovers diskutiert: In anderen Ländern geben vergleichbare Einrichtungen schon seit vielen Jahren entsprechende Empfehlungen ab: so das National Institute for Health and Clinical Excellence in Großbritannien oder das Pharmaceutical Benefits Advisory Committee in Australien. In Deutschland entscheidet seit 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss, in der Regel auf Grundlage von Evaluationen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

**Viel Unterstützung,
aber auch Furcht
vor mehr Bürokratie**

Forschung zum Vergleich der Effektivität von Behandlungsformen auszuweiten hat erwartungsgemäß unter Anbietern, Patienten und Versicherungen Zustimmung gefunden. Kontra kommt vor allem von Arzneimittel- und Geräteherstellern, die um den Markt für ihre Produkte fürchten, und von einigen konservativen Stimmen in den Medien. Der Verband der Pharmahersteller hat öffentlich seine Zustimmung zu dieser Art Forschung erklärt, wehrt sich aber dagegen, dass der Kongress damit befasst wird. Die Bedenken dieses Lagers richten sich auf die »Gefahr«, dass therapeutische Entscheidungen von Fachleuten zu Bürokraten verlagert werden – ein Einwand, den man häufig hört, wenn evidenzbasierte Information bereitgestellt werden soll.

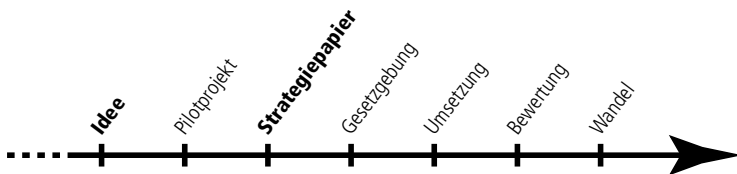
Literatur und Links:

Holzer, Jessica, und Gerard Anderson. Increasing HIT through the Economic Stimulus Bill. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/b13/3.

Holzer, Jessica, und Gerard Anderson. Comparative Effectiveness Research. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/b13/4.

Blumenthal, David. Stimulating the Adoption of Health Information Technology. *New England Journal of Medicine* (360) 2009: 1477–1479.

USA: Wird Medicare universellen Krankenversicherungsschutz bieten?



Zum Auftakt der Wahl 2008 machte Barack Obama die Gesundheitsreform zum Wahlkampfthema und rief zu Anstrengungen auf, eine allgemeine Krankenversicherung einzuführen. Obwohl der Einbruch der Finanzkrise das Projekt einer Gesundheitsreform noch schwieriger erscheinen lässt, ruhten nach Obamas Wahl noch auf dem Jahr 2009 große Erwartungen für einen Einstieg in die Reform. Zwar hatte Präsident Obama versprochen, den öffentlichen Versicherungsschutz auszuweiten. Aber er vermied jede Festlegung, wie eine allgemeine Krankenversicherung aussehen könnte. Der technisch einfachste, politisch jedoch schwierigste und praktisch aussichtslose Weg wäre, das größte öffentliche Versicherungssystem Medicare auf die 47 Millionen Unversicherten auszuweiten – eine Idee, die mehr als vierzig Jahre alt ist und bis zur Einführung des Programms in die 1960er Jahre zurückreicht. Schlüsselthema ist, wie sich ein öffentliches



System, etwa Medicare, in die Vielfalt privater Versicherungen einfügt. Verfechter dieser Idee ist eine Minderheit linker Demokraten, denen an der Durchsetzung ihres Idealmodells mehr gelegen zu sein scheint als an einem gesamtgesellschaftlich breiteren, von Demokraten wie Republikanern gemeinsam getragenen Konsens und die damit drohen, ohne eine »public option« im Zweifel gegen einen Gesetzentwurf zu stimmen.

**Mehrere Optionen
denkbar**

Zwar ist die Medicare-Ausweitung Teil der bundesweiten Debatte über eine weitreichende Gesundheits- und Versicherungsreform. Sie stellt allerdings in einem Bericht des einflussreichen Congressional Budget Office (CBO 2008) nur eine von mehreren Möglichkeiten zur Ausweitung der Versicherungspflicht dar. Andere Optionen in dem Bericht sind

- die Regulierung von Versicherungsprämien und -verkäufen,
- Reduktion oder Abschaffung von steuerlichen Subventionen auf arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherung,
- die Einführung gelenkten Wettbewerbs und
- die Ausweitung des Zugang für die Beamtenversicherung (Federal Employees Health Benefits Scheme).

**Verhärtete Lager –
oder neue
Allianzen?**

Die Demokraten und Präsident Obama unterstützen die bestehende Ausweitung öffentlicher Programme, wenn auch nicht unbedingt die von Medicare. Die Republikaner sind in der Mehrheit dagegen. Ärzte und private Versicherungen sind zwar generell für eine Lösung des Problems der Unversicherten, fürchten aber bei einer Medicare-Ausweitung Einkommenseinbußen: Kostendämpfungsmaßnahmen könnten auch sie treffen, nämlich wenn Arbeitgeber und Versicherte von privaten zu öffentlichen Anbietern wechseln. Die Arbeitgeber reagieren unterschiedlich, und Meinungsumfragen ergeben nicht eben eine überwältigende Zustimmung für die Medicare-Ausweitung. Allerdings haben, ungewöhnlich genug, einzelne Vertreter der wichtigsten Sektoren der Gesundheitsversorgung – Krankenversicherung, Arzneimittel- und Gerätehersteller, Krankenhäuser, Ärzte – eine loses Bündnis zur Unterstützung der präsidentiellen Reformpläne gebildet – ein Signal dafür, dass es im amerikanischen Gesundheitssystem nicht weitergehen kann wie bisher: Die Einsicht setzt sich durch, dass die Kosten der »Do-Nothing-Option« alle treffen würden – und womöglich neben der Bevölkerung und der Gesundheits-

wirtschaft den Republikanern als Verhinderer von dringend erforderlichen Reformschritten politisch am meisten schaden könnten. In einem Brief an den Präsidenten Mitte 2009 umriss die vorgenannte Gruppe Pläne, wie Hunderte Millionen Dollar im Gesundheitswesen eingespart und zugleich die Qualität gehoben werden können.

Die ersten Jahre der Bush-Administration hatten eine Ausweitung der Rolle privater Versorgungsanbieter bei Medicare mit sich gebracht – in Form der Medicare Advantage Plans: Medicare erhöhte den privaten Anbietern die Erstattungsätze auf 114 Prozent vom üblichen Medicare-Regelsatz. Diese wiederum boten Medicare Behandlung auf der Basis von Managed Care und nicht nach der bei Medicare üblichen Einzelleistungsabrechnung. Nicht immer kam die höhere Vergütung bei den älteren Patienten in Form von besserer Versorgung an. Seit 2004 wird überdies geschätzt, dass Medicare mit Fee-for-Service, der klassischen Einzelleistungsvergütung, billiger davorkäme. Zwischen 2004 und 2008 zahlte Medicare an private Versicherer danach 33 Milliarden Dollar zuviel. Bereits kurz nach Amtsantritt kündigte Obama an, diese v. a. für Anbieter attraktive Überzahlung ab 2010 um neun auf 105 Prozentpunkte zu reduzieren – ein herber Schlag für private Leistungserbringer, deren Einnahmen – sei es für Profite oder sei es für Spielräume zur Qualitätsverbesserung – damit deutlich beschnitten werden.

Anders als etwa in einem kleinen baltischen Staat wie Estland, wo die Regierung bedeutsame Reformen leicht einführen und umsetzen kann, muss in den USA jede größere Gesundheitsreform ihren Weg durch die labyrinthischen Strukturen der Politik finden und steht zudem im Schatten beruflicher und kommerzieller Interessen. Präsident Obama hat die Gesundheitsreform zum Hauptziel seines ersten Amtsjahrs gemacht. Er verfügt über starke Unterstützung bei den Vorsitzenden von Kongressausschüssen sowohl im Senat als auch im Repräsentantenhaus, wo die Gesetze entstehen und diskutiert werden. Zwar verfügen die Demokraten in beiden Häusern über eine Mehrheit. Aber es besteht der starke Wunsch nach parteiübergreifender Zustimmung sowie nach Einbeziehung von Ärzten, Versicherern, Industrie und Patienten.

**Medicare
Advantage Plans
umstritten**

**Politik macht die
Sache schwierig**

Literatur und Links:

Holzer, Jessica, und Gerard Anderson. Expanding Access to Medicare. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/b13/5.

Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. Payments to Medicare Advantage Plans. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/b13/1.

American Medical Association et al. Letter to the White House on Health System reform. 1 June 2009. www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/31/stakeholders-to-obama.pdf

Congressional Budget Office (CBO). *Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals*. 2008.

Wettbewerb und Regulierung: Wie das Gleichgewicht finden?

Kaum etwas ist diffiziler zu steuern als ein nationales Gesundheitswesen. Der Kern des Problems ist ein zutiefst politisches Dilemma: Will ein Land oder eine Regierung die Rolle von Marktmechanismen ausweiten und mehr Wahlfreiheit und Qualitätswettbewerb zulassen, wird die Regulierungsaufgabe damit nur noch umso komplexer. Versteht man allerdings Steuerung als Ausbalancieren konkurrierender Kräfte und Interessen, nimmt es nicht Wunder, dass gerade die Steuerung von Gesundheitssystemen eine so komplizierte wie permanente Herausforderung ist.

Es gehört bei vielen Analytikern und Politikern zum nicht weiter hinterfragten Grundwissen, dass mehr Wettbewerb zwischen Anbietern oder zwischen Versicherern zu effizienterer Ressourcennutzung führe. Der Glaube an den Nutzen der Konkurrenz treibt wichtige Reformen, darunter große Systemreformen ebenso wie begrenztere Veränderungen, die in diesem Kapitel behandelt werden. Gegen die Hoffnungen marktorientierter Reformen sind allerdings die Befürchtungen ihrer unerwünschten Wirkungen zu rechnen.

Der gute Unternehmer, wie einst Joseph Schumpeter ihn beschrieb, pflegt Märkte aufzuteilen und sucht sich Nischen – auch im Gesundheitswesen. Dabei geht es ihm nicht um die Erhaltung des Gesamtsystems, das sich ja dadurch rechtfertigt, dass es der ganzen Bevölkerung die bestmögliche Versorgung garantiert. Wenn es um Gesundheit geht, kann »gesunder Wettbewerb« entschieden ungesunde Konsequenzen haben. Versicherer etwa suchen sich den gesündesten Patienten zum Kunden aus, unternehmerisch denkende Ärzte maximieren die Zahl ertragreicher Eingriffe, und Pharmahersteller wetteifern darum, so viele Ver-

**Wettbewerb: Teil
des Problems oder
Teil der Lösung?**

**Wettbewerb allein
reicht nicht**

schreiber wie möglich in ihre expansiven Marketing-Netzwerke einzubeziehen. Aus dem Zusammenklang solcher Triebkräfte ergibt sich gerade keine optimale Versorgung. Die Kunst erfolgreicher Steuerung besteht darin, die positiven Wirkungen des Wettbewerbs als eines von diversen Steuerungsinstrumenten Wirklichkeit werden zu lassen und unerwünschte Wirkungen abzumildern. Wettbewerb ist jedoch nie Selbstzweck. So wird denn die Suche nach der richtigen Balance zwischen Wettbewerb und Regulierung zu einer Gratwanderung, so auch bei den jüngsten Reformen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ob die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung, des Gesundheitsfonds und des neuen, endlich morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nun eine Stärkung des Wettbewerbs oder der Weg zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens sind, ist stark umstritten (Ognyanova und Busse 2009, Schang 2009).

**Zügelung der
Marktkräfte
mittels Steuerung**

Wie Saltman und Busse in einem Aufsatz über das Gleichgewicht zwischen unternehmerischem Denken und Regulierung in europäischen Systemen darlegen, sind »Marktmechanismen, die ja den Kern unternehmerischer Initiativen bilden, aus sich heraus unfähig, die wesentlichen normativen Ziele, die die meisten Regierungen dem Gesundheitswesen setzen, anzupeilen oder überhaupt nur zu erfassen« (Saltman und Busse 2002, eigene Übersetzung). Ziele von Gesundheitspolitik – umfassender Zugang etwa zu effektiven und effizienten Systemen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gehorchen – müssen somit über das »Zügeln« der Marktkräfte mittels gezielter Steuerung erreicht werden. Ausgeübt werde diese Steuerung von Regierungen, die nicht als zentrale Planer, sondern als »Ordner« (»stewards«) des Gesundheitswesens agierten und so auch nachgeordnete und delegierte Entscheidungsfindungen wie etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglichten.

**Die Herausforderung
»guter«
Steuerung**

Saltman und Busse mahnen, dass die Überprüfung von Steuerungsimpulsen, besonders wenn es dabei um das Entfesseln der Marktkräfte und mehr Wettbewerb gehe, unerlässlich sei. »Steuerung ohne systematische Überprüfung und Durchsetzung kann sich schlimmer auswirken als gar keine Steuerung, denn sie führt zu mangelndem Respekt und untergräbt in letzter Konsequenz die staatliche Autorität« (Saltman und Busse 2002).

In diesem Kapitel geht es unter anderem um die frühen Steuerungserfahrungen in den Niederlanden, wo die große Reform zu »gelenktem Wettbewerb« gerade drei Jahre jung ist. In Singapur, wo ein zentralisierter Stadtstaat sich sehr stark auf den Markt verlässt, sieht es so aus, als würden Arzthonorare, nachdem sie für kurze Zeit ganz freigegeben worden waren, nun doch bis zu einem gewissen Grade wieder reguliert. Selbst die Vereinigten Staaten erleben einen lange nicht gesehenen »Anfall von Regulierungswut«: Politiker wollen den Einfluss von Arzneimittelherstellern auf verschreibende Ärzte beschränken.

Die streng regulierte Einführung von mehr Marktelementen 2006 hat Krankenhäusern und Versicherungen in den Niederlanden begrenzte Autonomie verschafft (siehe Bericht zu den Niederlanden, S. 41). Unter dem Vorbehalt, dass es für endgültige Schlussfolgerungen noch zu früh sei, sind die vorläufigen Ergebnisse:

- Im ersten Jahr der Reform hat fast jeder fünfte Versicherte die Krankenkasse gewechselt. Danach pendelte sich die Wechselerrate wieder bei ca. zwei Prozent ein, dem Niveau vor der Reform.
- Die Zahl derer, die – weil sie nicht können oder weil sie nicht wollen – ihre Prämie nicht bezahlen, ist nach oben gegangen, obwohl die Kundenzufriedenheit im Allgemeinen offenbar hoch ist.
- Gruppenversicherungen, etwa über den Arbeitgeber, wurden deutlich günstiger.
- Wenn Versicherungen sich konsolidierten, war hohe Marktkonzentration die Folge.
- Es gibt Verdachtsmomente für eine subtile Risikoauswahl: Mit geschickt gepackten Versicherungspaketen – insbesondere über Zusatzversicherungen für Extras – filtern die Anbieter die gesünderen Patienten heraus.
- Die Verwaltungskosten sind im Schnitt niedriger als vorher, bei Zusatzversicherungen aber noch hoch.
- Die Unterschiede zwischen den Versicherungsangeboten sind minimal, sodass Transparenzprobleme auftreten.
- Die Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben sind unsicher. Es gibt berechtigte Befürchtungen, dass es seit der Reform zu einer Leistungsausweitung gekommen ist.

**Große und
kleine Steuerungs-
reformen**

**Vorläufige
Ergebnisse des
»gelenkten
Wettbewerbs« in
den Niederlanden**

**Singapur reguliert
seine Arzthonorare
wieder**

In Singapur wird der Zielkonflikt zwischen Steuerung und Wettbewerb in einer ganz anderen Arena ausgetragen: Es geht um die Honorare, die niedergelassene Ärzte ihren Patienten abverlangen. Um den neuen wettbewerbsfördernden Gesetzen des Jahres 2004 Genüge zu tun, zog die Ärztekammer (Singapore Medical Association) 2007 ihre Richtlinien für Arzthonorare zurück und gab die Honorargestaltung damit frei. Nur zwei Jahre später jedoch ersuchte der Verband die Wettbewerbskommission des Stadtstaats, die Richtlinien wieder einzusetzen. Die Wettbewerbskommission will das Anliegen prüfen (siehe den Bericht zu Singapur, S. 46).

**USA: Transparente
Verbindungen
zwischen Arzt und
Pharmaindustrie**

Sorgen wegen steigender Arzneimittelausgaben haben die Aufmerksamkeit der US-Politik auf die Marketingstrategien der Pharmahersteller und ihren Einfluss auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten gelenkt (siehe den Bericht zu den USA, S. 48). Zwar steht das Verhältnis zwischen Ärzten und Pharmaindustrie auf der ganzen Welt zurzeit unter scharfer Beobachtung (Moynihan 2009), aber in den USA wird offenbar rascher als anderswo gehandelt. Auf Bundesebene denkt der Kongress über ein Gesetz nach, das Pharma- und Gerätehersteller zur Offenlegung aller Zahlungen an Ärzte verpflichten soll. Im Staate Massachusetts ist es schon so weit: Ein Gesetz des Jahres 2008 schafft einen Marketing-Code, den die Gesundheitsbehörden durchsetzen sollen.

Literatur und Links:

Moynihan, Ray. Doctors and drug companies: Is the dangerous liaison drawing to an end? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* (103) 2009: 141–148.

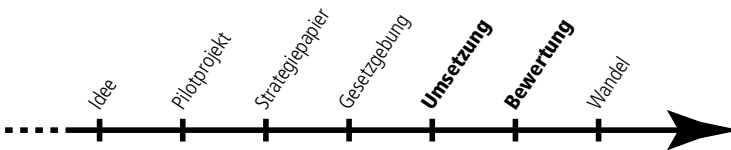
Ognyanova, Diana, und Reinhard Busse. Health Fund now operational. *HealthPolicyMonitor*, May 2009. www.hpm.org/survey/de/a13/3.

Saltman, Richard B., und Reinhard Busse. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. Richard B. Saltman, Reinhard Busse und Elias Mossialos (Hrsg.). *Regulating entrepreneurial*

behavior in European health care systems. Buckingham: Open University Press 2002.

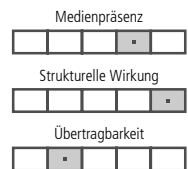
Schang, Laura. Morbidity-based risk structure compensation. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/de/b13/1.

Niederlande: Erste Ergebnisse des »gesteuerten Wettbewerbs«



Wie in Deutschland kommen die wesentlichen Impulse für Gesundheitsreformen auch in den Niederlanden aus beiden politischen Lagern, und wie in Deutschland ist das Ergebnis zumeist ein Kompromiss zwischen liberalen Wünschen nach mehr Markt und sozialdemokratischen Forderungen nach Solidarität und umfassendem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auch in den Niederlanden stützen sich marktorientierte Reformen auf die Annahme, dass mehr Wettbewerb und mehr Wahlfreiheit des Konsumenten sowohl Qualität als auch Effizienz steigern würden. Allerdings sind solche wettbewerbsfreundlichen Reformen hier von strenger Steuerung und Aufsicht begleitet, die jeden negativen Effekt auf das Solidarprinzip ausschalten sollen. So kam der Begriff vom »gelenkten Wettbewerb« in die Welt (siehe auch die Berichte in *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, 7/8 und 9).

Die Umsetzung der Reformen begann 2006 und soll noch bis 2012 dauern. Ein Kernelement war die Zusammenführung der gesetzlichen Krankenversicherung für akute Gesundheitsversorgung – getragen von öffentlich-rechtlichen »Zielfonds« – mit der privaten Krankenversicherung zu einer Pflichtversicherung für alle Einwohner. Andere wichtige Elemente bieten Krankenhäusern, ambulanten Leistungserbringern und Versicherern mehr Autonomie und neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Kran-



Reformen bleiben Baustellen

kenhäuser und andere Versorgungseinrichtungen haben bei Entscheidungen über ihre Aufnahmekapazität mehr Spielraum. Gemeinsam mit den Banken können sie selbst einen Teil des Investitionsrisikos tragen. Versicherer und Krankenhäuser haben jetzt mehr Autonomie bei Preisverhandlungen, und das Verbot des gewinnorientierten Betriebs von Krankenhäusern könnte 2012 fallen. Überwacht werden die Veränderungen von mehreren Regulierungsagenturen.

Wahlfreiheit?

Welche

Wahlfreiheit?

Nach inzwischen drei Jahren liegen eine ganze Reihe von Berichten zu den Veränderungen vor. Erwartungsgemäß ist das Bild, das daraus entsteht, recht uneinheitlich. Auf die positive Seite der Bilanz gehört zunächst die Entwicklung der Kundenmobilität, die ausdrücklich gefördert werden sollte: Im ersten Jahr der Reform wechselte werbungsbedingt fast jeder fünfte Versicherte die Krankenkasse – dies obwohl die Kundenzufriedenheit zuvor offenbar hoch war. Jedoch nahm die Mobilität nach 2006 schnell wieder stark ab. Die Unterschiede zwischen den Versicherungen gehen gegen null. Dennoch beschwerten sich viele Versicherte, es falle ihnen schwer, die gebotenen Optionen zu verstehen und zu vergleichen.

Zahlungsverzug

offenbar ein

Problem

2008 stellte sich heraus, dass offenbar eine deutlich wachsende Zahl von Niederländern die Versicherungsprämie nicht mehr bezahlt. Nach einem Anstieg von 16 Prozent liegt die Zahl bei 280.000 – sehr viel für ein Land mit 16,5 Millionen Einwohnern. Regierung und Versicherer einigten sich auf ein Kontrollprogramm, um die Säumigen zu identifizieren. Verschiedene Wege wurden beschritten und getestet, wie man säumige Kunden zur Zahlung ihrer Prämie zwingen kann. Einfach von der Liste streichen dürfen die Versicherer die Schuldner aber nicht. Auch trotz Versicherungspflicht hat ein Prozent der niederländischen Bevölkerung überhaupt keine Krankenversicherung – eine Zahl, die aus systematischen Gründen allerdings schwer mit der vor der Reform zu vergleichen ist.

Konsolidierung und

Konzentration

Die Reform hob die Unterscheidung zwischen öffentlich-rechtlichen Ziekenfonds und privaten Versicherungen auf. Ziel war eine Marktkonsolidierung, die plangemäß auch eintrat. Schon 2006 ging die Zahl der Versicherungen von 57 auf 33 zurück, 2008 lag sie bei 12. Notwendigerweise war ein Ergebnis der Konsolidierung eine höhere Marktkonzentration. Die vier größten Versiche-

rungskonzerne teilen sich jetzt fast 90 Prozent des Marktes untereinander auf. Besorgnisse, dass die Konzentration besonders in bestimmten Regionen Wettbewerb und Wahlfreiheit wieder aushebeln könnte, werden von der Kartellbehörde für das Gesundheitswesen (NZa) allerdings nicht geteilt.

Zwar sieht die Reform Kontrahierungszwang und damit das Verbot von Risikoselektion bei der Grundversicherung vor. Aber in etwas subtilerer Form findet Selektion doch statt. So können Versicherer theoretisch einen Gruppenvertrag ablehnen, wenn der ihnen einen vorhersehbaren Verlust bescheren würde – was in der Praxis allerdings noch nicht vorgekommen ist. In einem Fall schnürte ein Versicherer ein neues Paket, das speziell für junge Leute in guter Gesundheit attraktiv war, verbunden mit der Klausel, dass man in einen anderen Tarif wechseln müsse, wenn man wegen Krankheit häufige medizinische Behandlung benötige. Ein wichtiger Umstand ist, dass bei Zusatzversicherungen kein Kontrahierungszwang besteht. Fast die Hälfte aller Versicherer lässt Antragsteller inzwischen einen Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Die Vermutung liegt nahe, dass manche nun einen Wechsel der Grundversicherung scheuen, weil sie fürchten müssen, vom neuen Versicherer nicht in die Zusatzversicherung aufgenommen zu werden. Wäre es so, würde es die Wahlfreiheit reduzieren.

Ein Eckstein der Reform ist die Aufwertung von Versicherern, die beim Einkauf der Gesundheitsversorgung für ihre Mitglieder eine aktivere oder auch eine »makelnde« Rolle spielen sollen. Im Prinzip müssen Versicherer jetzt nicht mehr mit jedem Anbieter pauschal abschließen und können stattdessen selektiv gewisse Dienste hier und andere dort kaufen. Aber diese Art des Ankaufs befindet sich noch im Embryonalstadium. Gründe sind die Monopolstellung von Krankenhäusern in manchen Regionen, die es unmöglich macht, mit ihnen keinen Vertrag abzuschließen, die Furcht von Versicherern, sich mit selektiven Verträgen den Ruf zu ruinieren, und schließlich der Unwille von Patienten, sich mal hier- und mal dorthin schicken zu lassen. Manche Versicherer bieten ihren Kunden schon Anreize, damit sie den vom Versicherer bevorzugten Anbieter aufsuchen.

Wettbewerb herrscht in den Niederlanden bei den Versicherungsprämien, besonders bei Gruppenverträgen, die oft mit deut-

**Wenig subtile
Risikoselektion**

**Neue Formen von
Ankauf und
Vertragsschluss
kommen nur
langsam voran**

**Prämien sind
wettbewerbsfähig**

lichen Rabatten verbunden sind. Der durchschnittliche Rabatt eines Versicherers für einen betriebsbasierten Gruppenvertrag stieg von 7 Prozent 2006 auf 8 Prozent 2008. Manche Arbeitgeber handelten sogar 10 Prozent aus. Patientenorganisationen und kleinere Gruppen waren beim Aushandeln von Rabatten nicht so erfolgreich und kamen 2007 nur auf durchschnittlich 4 Prozent. Bei den Marktveränderungen und bei der Natur der Versicherungspakete ist es allerdings auch schwer, die Standardprämien für die Grundversorgung über einen längeren Zeitraum zu vergleichen.

**Verwaltungskosten
gesunken**

Mit der nunmehr abgeschlossenen Fusion von privaten Krankenversicherern und öffentlich-rechtlichen Ziekenfonds sind die gesamten Verwaltungskosten deutlich gesunken. Die Verwaltungskosten für Zusatzversicherungen sanken zwar nach Einführung der Reform ebenfalls, blieben aber deutlich höher als die für Grundversicherung. Im Jahr 2003 betragen bei den Ziekenfonds die Verwaltungskosten für die Grundversicherung 4 Prozent, bei den privaten Versicherern 12 Prozent und für Zusatzversicherungen sogar fast 23 Prozent. 2007, nach der Reform, entfallen bei der Grundversicherung 4,6 Prozent des Prämienaufkommens auf die Verwaltung (also mehr als in der alten GKV, aber deutlich weniger als in der PKV), bei der Zusatzversicherung immerhin noch 14,6 Prozent.

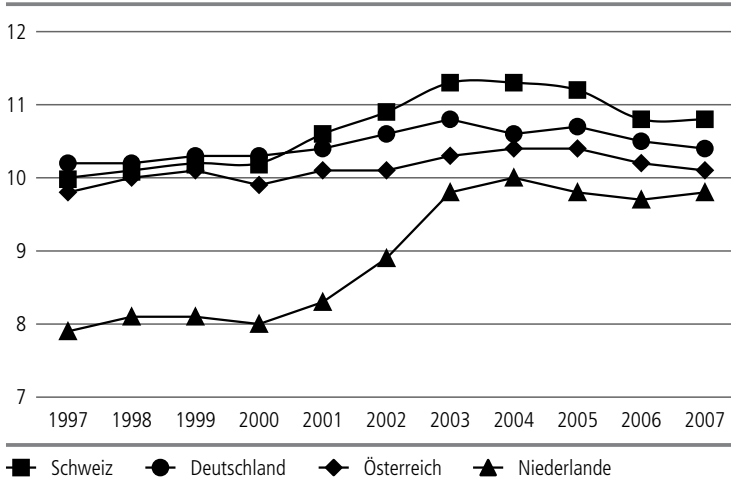
**Ausgabenanstieg
erst einmal flacher**

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Niederlanden hat sich 2006 und 2007 abgeflacht – ein Trend, der sich nach Jahren starken Wachstums, allerdings schon vorher abgezeichnet hatte (siehe auch Abbildung 1). Strukturelle Veränderungen im Zuge der Reform und die gleichzeitige Abwälzung einiger Kosten auf die Städte und Gemeinden machen den Vergleich allerdings schwierig. Die Zeit und die Umsetzung weiterer Reformpunkte sollten mehr Klarheit über die Kostenentwicklung bringen.

**Sinkende Preise,
aber höheres
Leistungs-
aufkommen?**

In die Preise für Krankenhausbehandlung scheint Bewegung gekommen zu sein. Die Regierung führt das auf die größere Verhandlungsmacht der Krankenkassen zurück und sieht Anzeichen, dass die verhandelbaren Preise 2007 gegenüber 2005 zurückgegangen sind. Es ist aber unsicher, ob der Effekt anhält. Gleichzeitig regen sich Befürchtungen, dass der Wettbewerb sich »fördernd« auf den Leistungsumfang auswirken könnte. Die Mechanismen wären angebotsinduzierte Nachfrage, verstärkt durch Wettbewerbsdruck, und die Interessen privater Investoren, die den Gesundheits-

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in den Niederlanden, der Schweiz, Österreich und Deutschland 1997–2007 in Prozent des Bruttoinlandsprodukts



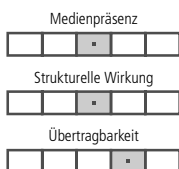
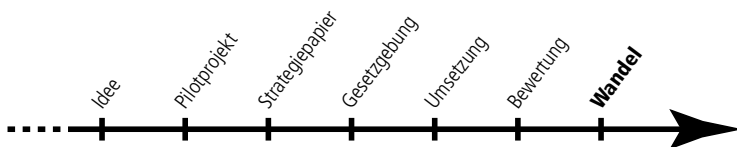
Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2009.

markt gern wachsen sehen möchten. Obwohl das Verbot des Betriebs gewinnorientierter Krankenhäuser noch nicht aufgehoben ist, sind schon zwei angeschlagene Kliniken von privaten Investmentfirmen übernommen worden.

Literatur und Links:

Maarse, Hans. Health care reform – more evaluation results. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/nl/a13/1.

Singapur: Arzthonorare werden wieder reguliert



Ein ganz anderes Verhältnis von Regulierung und Wettbewerb herrscht in Singapur: In dem prinzipiell marktorientierten Stadtstaat stehen sogar unverbindliche Richtlinien des Berufsverbandes, mit denen Empfehlungen für die Höhe der Arzthonorare gegeben werden, infrage. Im März 2007 entschied sich die Singapore Medical Association auf ihrem Jahreskongress, ihre Gebührenrichtlinien für Ärzte ersatzlos zurückzuziehen. Nach eigenen Angaben der Ärztekammer geschah das in vorsorglichem Einklang mit dem seinerzeit noch neuen Wettbewerbsgesetz von 2004. Zwei Jahre später kündigte die Kammer überraschend an, sie wolle die Richtlinien nun doch wieder einführen und die Honorare damit zu einem gewissen Ausmaß wieder regulieren.

**Von Wettbewerbs-
hütern kritisch
beäugt**

Singapurs Wettbewerbskommission vertritt schon seit langer Zeit die Überzeugung, dass die seit 20 Jahren geltenden Honorarrichtlinien den Wettbewerb stören und dass mehr Flexibilität der niedergelassenen Ärzte bei der Honorarfestsetzung sich für den Verbraucher positiv auswirken würde. Das liberale Wettbewerbsgesetz von 2004 sah von seinem strengen Verbot jeder Preisregulierung aber auch Ausnahmen vor – so erreichte beispielsweise der Anwaltsverband, die eigenen Honorarrichtlinien zu retten. Anfangs hatten auch die Ärzte um eine Ausnahmeregelung ersucht, das Anliegen dann aber nicht weiterverfolgt.

**Auswirkung der
Deregulierung
unsicher**

Seit Anfang 2007 dürfen Ärzte nun verlangen, was sie wollen, auch wenn sie per Gesetz verpflichtet sind, ihren Patienten den Preis vorab mitzuteilen und ihnen anschließend eine detaillierte Rechnung auszustellen. Trotz einzelner Berichte über exorbitante Honorarforderungen zeigt eine Untersuchung der Singapore Medical Association von 2008 nur minimale Preissteigerungen seit Außerkraftsetzung der Richtlinien. Der Verbraucherverband konnte allerdings zeigen, dass die Beschwerden über Arzthonorare sich von 2007 auf 2008 verdoppelten. Nach Medienberichten verweigern viele Ärzte auch die verpflichtenden Patientenquittungen.

Im Februar 2009 richtete die Singapore Medical Association dann doch ein Ersuchen an die Wettbewerbskommission, eine Ausnahme vom Wettbewerbsgesetz zu machen und die Honorarrichtlinie wiedereinführen zu dürfen. Als Ziel gab die Ärztekammer in ihrem Antrag an, man wolle »durch mehr Transparenz beim Honorar die Wissensasymmetrie zwischen Patienten und Ärzten verringern« und so die Interessen der Patienten schützen. Außerdem bringe die Richtlinie einen »volkswirtschaftlichen Nettovorteil« und liege »im öffentlichen Interesse«. Bei der feierlichen Rhetorik darf nicht in Vergessenheit geraten, dass auch die alten Richtlinien nicht bindend waren und keine Strafen für Überschreitungen vorsahen. Sie dienten vielmehr vornehmlich dazu, Ärzten bei Wuchervorwürfen ein Argument an die Hand zu geben.

Trotz ihrer früheren Qualifikation der Richtlinien als wettbewerbschädlich reagierte die Kommission geschmeidig und ordnete eine sechsmonatige Studie an, die aus Steuergeldern finanziert wird. Die Studie soll den örtlichen Markt für medizinische Dienste untersuchen und dabei herausfinden, ob besondere Umstände eine Honorarrichtlinie rechtfertigen. Dann will sie entscheiden, ob die alten Richtlinien wiedereingesetzt oder neue geschaffen werden sollen. Man darf vermuten, dass es für die Meinungsänderung in der Kommission zwingende Gründe gibt. Öffentlich allerdings wurden solche Gründe nicht.

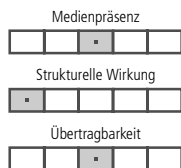
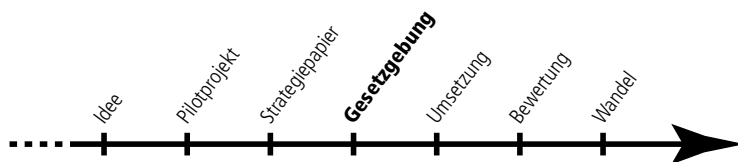
**Überraschende
Rückkehr zum
alten Zustand**

**Die Antwort der
Wettbewerbs-
kommission**

Literatur und Links:

Lim, Meng Kin. Re-regulation of doctors' fees? *HealthPolicy Monitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/sg/a13/4.

USA: Licht ins Dunkel um Pharmaindustrie und Ärzte



Wie überall sonst auf der Welt versuchen auch die Parlamentarier von US-Bundesstaaten, ein wenig Licht in die Beziehungen zwischen Firmen und Ärzten zu bringen. Vom Juli 2009 an sind im nordöstlichen Bundesstaat Massachusetts Pharma- und Gerätehersteller verpflichtet, alle ihre Zahlungen an Anbieter im Gesundheitswesen, darunter Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Apotheker, und an Kassenverwalter, die Arzneimittel oder medizinische Geräte verschreiben, verteilen oder anschaffen, publik zu machen. Der Schritt ist nicht neu, aber er ist umfassend. Ziel ist, die ungesunden Auswirkungen des Pharma-Marketings auf Verschreiber einzudämmen und unnötige wie irrationale Verschreibungen zu verhindern. Hintergrund ist die überall wachsende Skepsis, was allzu enge Beziehungen zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen und in der Industrie betrifft.

**Drei große Berichte
für mehr
Unabhängigkeit**

Drei große, kürzlich veröffentlichte Berichte unterstreichen die Notwendigkeit von mehr Unabhängigkeit zwischen Ärzten und Pharmaindustrie und weisen auf eine Krise im öffentlichen Vertrauen hin. Nach einer zwei Jahre dauernden Untersuchung forderte 2008 die Association of American Medical Colleges ein Ende für alle Geschenke aus der Industrie und drängte die Universitäten, dass ihre Wissenschaftler für Vorträge keine Industriegelder mehr annehmen sollten (AAMC 2008). Im gleichen Jahr forderte ein Bericht der Josiah Macy Stiftung den Ausstieg aus der Industriefinanzierung medizinischer Ausbildung binnen fünf Jahren (Fletcher 2008). 2009 schloss sich das Institute of Medicine Forderungen nach einem Verbot von Geschenken und Essenseinladungen an, weil derlei finanzielle Bande »das Risiko ungerechtfertigter Einflussnahme« auf ärztliches Urteil mit sich brächten und die wissenschaftliche Integrität, die Patientenversorgung und das öffentliche Vertrauen schädigen könnten (IOM 2009).

Politiker, sowohl auf Staats- als auch auf Bundesebene, wollen die finanziellen Bande allerdings nicht komplett kappen, sondern sie drängen auf mehr Transparenz in den Beziehungen zwischen Gesundheitsarbeitern und den Herstellern von Arzneimitteln und Medizingeräten. Im Kongress debattieren die Abgeordneten das sogenannte »Sonnenscheingesetz«: Wird es angenommen, macht es die Offenlegung aller Zahlungen an Ärzte bundesweit zur Pflicht. Diskutiert werden noch Geringfügigkeitsschwellen und Sanktionen (Senate Finance Committee 2009). Nach einem Gesetz von 2008 hat Massachusetts die Transparenzregel mit Geltung vom Juli 2009 an bereits eingeführt. Jede Zahlung über 50 Dollar muss gemeldet werden. Für jede Übertretung muss eine Firma 5.000 Dollar zahlen.

Politiker wollen auf Transparenz steuern

Verbraucherorganisationen begrüßen die neuen Regeln, wenden aber ein, dass man hätte weiter gehen und gleich ein totales Verbot für Geschenke aus der Industrie an Verschreiber verfügen können. Die Biotechnik-Industrie kritisiert, das neue Gesetz könne die Forschung in den USA behindern, und auch das Hotel- und Kongressgewerbe sorgt sich um schwindende Einkünfte. Bisher hat die neue Regulierung zur Folge gehabt, dass zwei größere Medizinerkongresse in andere Bundesstaaten ausgewichen sind. Verständlicherweise ist auch der US-Pharma-Verband (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) strikt gegen das Gesetz.

Gesetz umstritten, Interessenten gespalten

Der Plan, die Offenlegung aller Zahlungen an Ärzte zu erzwingen, ist Teil eines neuen Verhaltenskodex für das Marketing und wird in Massachusetts als Teil einer größeren Gesundheitsreform eingeführt. Sie soll die steigenden Gesundheitskosten abbremsen sowie Transparenz und Effizienz der Versorgung verbessern. Im Einzelnen sieht die Reform vor:

Offenlegung ist Teil einer größeren Reform

- einen neuen Rat zur Förderung von Kostentransparenz und Qualität,
- ein E-Gesundheits-Institut für Massachusetts,
- ein Erziehungs- und Vor-Ort-Betreuungsprogramm für bessere Medikamentennutzung und
- die Möglichkeit für Patienten, sich statt Ärzten hochqualifizierte Pflegekräfte als Primärversorger auszusuchen.

Mindestens sechs weitere Staaten haben ähnliche Vorschriften zur Offenlegung finanzieller Beziehungen zwischen Ärzten und

**Einzelstaats-
reformen passen
zur nationalen
Reformstrategie**

Industrie erlassen, jedoch keiner eine so umfassende wie Massachusetts. Zwei der ersten Staaten, die zur Tat schritten, waren Minnesota und Vermont. Ironischerweise stützt sich der Marketing-Code von Massachusetts teilweise auf Verhaltensregeln der Industrie selbst sowie anderer Einrichtungen, etwa Universitäten, Krankenhäuser und Berufsverbände. Gesundheitsversorger haben zum Beispiel jüngst Beschränkungen für das Sponsoring medizinischer Ausbildung durch Pharmafirmen erlassen und unerbetene Arztbesuche durch Pharmareferenten verboten.

**Keine Pläne für
Sanktionen und
Evaluierung**

Umgesetzt wird die neue Offenlegungsregel vom Gesundheitsministerium in Massachusetts, das alle ihm zur Kenntnis gebrachten Zahlungen der Industrie veröffentlicht. Formelle Pläne zur Überwachung oder nur zur Evaluierung der neuen Regel gibt es allerdings nicht. Beispiele aus anderen Staaten legen nahe, dass die Offenlegung sich am Ende als weit weniger effektiv herausstellen könnte, als Politiker heute glauben, zum Beispiel weil viele Zahlungen der Industrie an Ärzte einfach nicht deklariert werden (Ross 2007). Andere haben angemerkt, dass eine gute Überwachung gerade für Reformen, die unternehmerisches Handeln regulieren sollen, besonders wichtig sei. Ein Versagen bei der Umsetzung nämlich rufe Mangel an Respekt hervor und delegitimiere letzten Endes die staatliche Autorität (Saltman und Busse 2002).

Literatur und Links:

Conis, Elena. Massachusetts' Marketing Code of Conduct. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/a13/3.

Association of American Medical Colleges. Industry funding of medical education: report of an AAMC task force. Juni 2008. https://services.aamc.org/Publications/index.cfm?fuseaction=Product.displayForm&prd_id=232&prv_id=281S.

Fletcher, Suzanne. Continuing education in the health professions: improving healthcare through lifelong learning. Chairman's summary of the conference. Josiah Macy Jr.

- Foundation, 2008. www.josiahmacyfoundation.org/documents/Macy_ContEd_1_7_08.pdf.
- Institute of Medicine. *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington 2009. www.iom.edu/CMS/3740/47464/65721.aspx.
- Moynihan, Ray. Doctors and drug companies: Is the dangerous liaison drawing to an end? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* (103) 2009: 141–148.
- Ross, Joseph S., Josh E. Lackner, Peter Lurie, Cary P. Gross, Sidney Wolfe und Harlan M. Krumholz. Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* (297) 2007: 1216–23.
- Saltman, Richard B., und Reinhard Busse. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. Richard B. Saltman, Reinhard Busse und Elias Mossialos (Hrsg.). *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Buckingham: Open University Press 2002.
- Senate Finance Committee. *Transforming the Health Care Delivery System: Proposals to Improve Patient Care and Reduce Health Care Costs*. 29. April 2009.

Evaluierung: Immer noch das Stiefkind

Die meisten Gesundheitsreformen verfolgen so löbliche Ziele wie Qualitätsverbesserung, mehr Effizienz und besserer Zugang für alle. Aber wie viel von diesen Absichten wird eigentlich erreicht? Eine Reform folgt der anderen, und trotzdem steigen die Gesundheitskosten unaufhörlich, werden Patienten falsch oder unnötig versorgt oder erhalten nicht das, was sie für bessere Gesundheit benötigen. Reformen ändern daran oft wenig, und Reformen brauchen viel Zeit, bis Anlaufschwierigkeiten, Bedenken und Widerstände überwunden sind, bis sie greifen und Effekte gemessen werden können. Die Evaluierung von Gesundheitsreformen ist ohne Frage ein wichtiges Ziel – eines allerdings, das oft gar nicht angestrebt wird. Regierungen kommen und gehen, die Politik ändert sich, die Reformvorschläge auch. Nicht immer werden sie umgesetzt, und wenn doch, stellt oftmals niemand fest, was sie gebracht haben. Je komplexer und ambitionierter das Reformpaket, desto schwieriger ist das Erfassen von Wirkungen. Und wenn wir doch einmal Zeit finden, die Wirkung von Neuerungen im Gesundheitswesen zu untersuchen, tun wir es oft unzureichend. Es bleibt dabei: Die Evaluierung ist in der Gesundheitsreform-Familie immer noch das Stiefkind.

Der Wunsch zu wissen, was wir eigentlich tun, ist alt; in den letzten Jahrzehnten hat er mit dem sogenannten evidenzbasierten Ansatz in der gesundheitlichen Versorgung lediglich einen neuen Impuls erhalten. Ein Schiffsarzt namens James Lind führte schon im 18. Jahrhundert eine kontrollierte Studie an Seeleuten durch, die während einer langen Schiffsreise an Skorbut erkrankt waren, und erkannte so die gesundheitliche Bedeutung von Zitrusfrüchten. Dabei ist das noch ein relativ junges Beispiel. Die James-Lind-Bibliothek in Großbritannien, die sich den segensrei-

**Evaluierung hat
eine lange
Tradition**

chen Auswirkungen guter Evaluierung verschrieben hat, weiß vom Einsatz einer unbehandelten Kontrollgruppe schon bei einem Experiment zur Meningitis-Therapie im Bagdad des 10. Jahrhunderts.

**Evidenzbasierte
Medizin**

Seit den 1990er Jahren ist die Wertschätzung für medizinische Entscheidungen, die sich auf gut begründetes Erfahrungswissen stützen, sprunghaft gestiegen. Hintergrund der Wende zu evidenzbasierter Medizin ist die enorme und ständig wachsende Bandbreite medizinischer Verfahren und der Umstand, dass viele Behandlungsentscheidungen sich auf einen eher recht bescheidenen Erfahrungshintergrund gründen. Wie viele Leser wissen werden, haben die Verfechter evidenzbasierter Medizin inzwischen eine Art Hierarchie der Rechtfertigungen hervorgebracht. In dieser Hierarchie stehen die nur anekdotische Erzählung und die bloße Meinung ganz unten, und die systematische, kontrollierte Doppelblindstudie steht ganz oben.

**Gesundheitsfolgen-
abschätzung:
Evaluierung in
Aktion**

Eng in die Infrastruktur des Gesundheitswesens eingebettet ist die Idee der Evaluierung beim sogenannten Health Technology Assessment (HTA). Dieses Gebiet angewandter Forschung konzentriert sich allerdings in der Regel auf die klinische Versorgung und stellt nicht auf die Folgen von politischen Gesundheitsreformen ab. Bekannt geworden in Schweden und von dort über Europa und die Welt verbreitet, untersuchen HTA-Agenturen den Nutzen und den Schaden neuer Technologien und in manchen Fällen auch deren Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die internationale Zusammenarbeit auf dem Feld wächst rapide und hat zum Ziel, Doppelungen zu vermeiden und die Evaluierungen noch strenger und präziser zu machen (Velasco Garrido et al. 2008) (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 11*, S. 53).

**Erfahrungsg-
getragene
Gesundheits-
politik**

Arzneimittel werden routinemäßig getestet, bevor sie auf den Markt kommen. Für andere Behandlungsmethoden oder Interventionen, etwa Operationstechniken, Diagnoseverfahren, aber auch für Gesundheitsreformen gilt das zumeist nicht. Tatsächlich ist es weit einfacher, ein Arzneimittel auf seine Wirkung zu testen, als die Folgen eines systemweiten Politikwechsels zu beschreiben. Trotz der methodologischen Schwierigkeiten, die eine solche »politische« Gesundheitsfolgenabschätzung aufwirft, wird sie in der Wissenschaft inzwischen entschieden befürwortet (Velasco Garrido et al. 2008).

In den letzten Jahren ist das Bewusstsein gestiegen, dass Gesundheitssysteme besser wären, wenn auch politische Entscheidungen auf dem bestmöglichen Stand der Erfahrung beruhen würden (Lavis et al. 2008, Moynihan 2004). Ein Weg, politisches Erfahrungswissen zu sammeln, ist die möglichst rigorose Auswertung von Reformen, die Analyse ihrer Ergebnisse und der Gebrauch des gewonnenen Wissens bei der Vorbereitung künftiger Entscheidungen.

Politische Entscheidungen sind immer Ergebnis des Abwägens vieler einfließender Faktoren sowie opportunistischer Abwägungen. Manchmal, tendenziell noch viel zu selten, gehört auch wissenschaftliche Evidenz zu den Einflussgrößen. Die kanadischen Forscher Kaveh Shojania und Jeremy Grimshaw haben vorgebracht, dass Strategien der Qualitätsverbesserung – sei es eine Änderung im Versorgerverhalten oder eine organisatorische Änderung – allgemein sehr unzureichend evaluiert würden (Shojania und Grimshaw 2005). Evaluierungen von besonderen Interventionen unterschritten oft die Mindeststandards für die Ausführung und Darstellung einer wissenschaftlichen Untersuchung, heißt es dort. Die Autoren ermahnen Politiker, die die Qualität der Versorgung verbessern wollen, sich nicht selbst für Wunderheiler zu halten, und raten zu rigoroser Evaluation und systematischer Auswertung so gewonnener Erkenntnisse. Schließlich bringen sie vor, dass man mit systematischer Auswertung (systematic reviews) nicht nur nützliche von nutzlosen Interventionen unterscheiden könne. Man finde vielmehr auch heraus, welche Bedingungen herrschen müssten, damit eine Maßnahme erfolgreich sei.

Ein wichtiger Teil der Debatte über die Evaluierung von Reformen betrifft Leistungsmessungen (performance measurements). Sie werden mehr und mehr genutzt, um zu beurteilen, ob ein Gesundheitswesen die Ziele, die die Politik ihm vorgibt, auch erreicht. In einem neuen Bericht zum Gebrauch von Leistungsmessung bei der Verbesserung von Gesundheitssystemen argumentiert ein Forscherteam unter Peter Smith von der englischen University of York, es gehöre zur Regulierungsfunktion einer Regierung, das Thema der Leistungsmessung im Gesundheitswesen aktiv voranzutreiben. Die Forscher zitieren die Definition der Steuerungsfunktion (stewardship) im Weltgesundheitsbericht 2000:

**Evaluierung
oft schlecht
ausgeführt**

**Evaluierung
Aufgabe der
Regierung**

»die Vision und die Richtung der Gesundheitspolitik bestimmen, Einfluss ausüben durch Steuerung und Interessenvertretung sowie Informationen sammeln und nutzen« (Smith et al. 2008).

**Was messen wir,
und wie gut tun
wir es?**

Der Smith-Bericht, publiziert unter der Schirmherrschaft der WHO Europa, umreißt mehrere Schlüsselindikatoren für die Leistungsmessung, darunter Bevölkerungsgesundheit, individuelle Gesundheitsfolgen, klinische Qualität, Patientenorientierung (responsiveness), Gerechtigkeit (equity) und Produktivität. Je nach Fragestellung wird dieses oder jenes Instrument zur Leistungsmessung angewendet. So kann man zum Beispiel mit dem Lebensqualitätsindex EQ-5D messen, was sich nach einer Anwendung verschiedener Therapien bei den Patienten verändert hat. Solche Messungen sind verständlicherweise umstritten. Umstritten ist aber vor allem, ob deren Ergebnisse bekannt gemacht werden oder vertraulich bleiben sollen. Der Bericht ermahnt auch zur Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse, besonders wenn Kausalität unterstellt wird.

**Evaluierung trägt
Früchte – aber
selten süße**

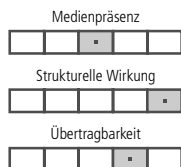
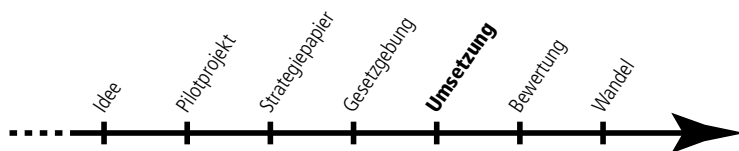
In diesem Kapitel untersuchen wir eine Reihe von Ansätzen zur Evaluation der Wirkung von Reformen. Dabei ergibt sich ein sehr gemischtes Bild: Sowohl was die Ergebnisse als auch was die Methoden der Evaluierung betrifft, bleibt vieles zu wünschen übrig. In Kanada zum Beispiel hat eine kontrollierte Studie über integrierte Versorgung in der Provinz Québec dem Pilotprojekt gute Ergebnisse attestiert, mit der Folge, dass jetzt das ganze Land ähnliche Ansätze verfolgt – wobei die Provinzen allerdings teils sehr unterschiedliche Erfahrungen machen (siehe den Bericht zu Kanada, S. 58). In Neuseeland kommt die Evaluierung einer Primärversorgungsreform zu dem Ergebnis, dass die geplante größere Rolle für Pflegekräfte in der Versorgung erfolgreich umgesetzt wurde (siehe den Bericht zu Neuseeland, S. 61). Eine Evaluierung in Kalifornien zum Einsatz von Pflegekräften schließlich hat in Pennsylvania und anderen US-Bundesstaaten eine Debatte über die Frage ausgelöst, ob ein günstigerer Pflegeschlüssel wirklich die Versorgung in Krankenhäusern verbessert (siehe den Bericht zu den USA, S. 64). In Frankreich wurde ein nationaler Krebsplan evaluiert. Die Evaluation brachte jedoch eher mäßige Erfolge sowie ironischerweise auch die schwache Qualität der Evaluierung selbst ans Licht (siehe Bericht zu Frankreich, S. 68). Ein proaktiver Zugang zu besserer Qualität in Israel

hat für einige Indikatoren Verbesserungen gebracht, etwa bei der Mammographie-Rate (siehe den Bericht zu Israel, S. 71).

Literatur und Links:

- Chalmers, Iain, et al. The James Lind Library: explaining and illustrating the evolution of fair tests of medical treatments. *J. R. Coll Physicians Edinb* (38) 2008: 259–264. www.jameslindlibrary.org/pdf/jll-article.pdf.
- Lavis, John N., Andrew D. Oxman, Ray Moynihan und Elizabeth J. Paulsen. Evidence-informed health policy 1 – Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science* (3) 2008: 53.
- Moynihan, Ray. *Using Health Research in Policy and Practice*. New York: Milbank Memorial Fund 2004. www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html.
- Shojania, Kaveh, und Jeremy Grimshaw. Evidence-Based Quality Improvement: The State of the Science. *Health Affairs* (24) 1 2005: 138–150.
- Smith, Peter, Elias Mossialos und Irene Papanicolas. *Performance measurement for health systems improvement: experiences, challenges and prospects*. Kopenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_eBD2.pdf.
- Velasco Garrido, Marcial, Finn Børlum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen und Reinhard Busse. *Health technology assessment and health policy making in Europe. Current status, challenges and potential*. Observatory Studies Series No 14. Kopenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. www.euro.who.int/Document/E91922.pdf.

Kanada: Evaluierung legt mehr integrierte Versorgung nahe



Die Gesundheitssysteme der Provinzen in ganz Kanada entwickeln derzeit den Rahmen für eine systematische integrierte Versorgung chronisch Kranker. Das Ziel ist, den Betroffenen den Zugang zu Versorgung vor Ort zu erleichtern, die medizinischen Ergebnisse für Patienten zu verbessern und überflüssige Aufnahmen in Krankenhäuser und Pflegeheime zu vermeiden. Viele Interessenten im System sind sich über den Bedarf an mehr Pflege zu Hause, mehr wohnortnahe Versorgung und mehr Integration einig.

Integration:
Verschiedene
Ebenen,
verschiedene
Formen

Integrierte Versorgung ist ein kompliziertes Set von Prozessen mit dem Sinn, mehr Koordination ins Gesundheitswesen zu bringen und Fragmentierung zu überwinden. Integration kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Auf der Systemebene wird eine Region, eine Provinz oder ein ganzer Staat Aktivitäten wie strategische Planung, Beschaffung oder die Versorgung für einen bestimmten Bereich integrieren. Auf Organisationsebene umfasst integrierte Versorgung die vertikale und horizontale Koordination über die Grenzen verschiedener Sektoren und Akteure hinweg, die alle zusammen etwa in der Akutversorgung, der Primärversorgung usw. tätig sind. Auf klinischer Ebene findet Integration zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen und Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe statt, die alle an der Versorgung eines Patienten mitwirken (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 39 ff.).

Gelungene
Integration
in Québec

Ein herausragendes Beispiel für integrierte Versorgung einer Vielzahl von Sektoren, Einrichtungen und Akteuren bietet seit einigen Jahren die Eastern-Townships-Region im Südosten der kanadischen Provinz Québec mit einem »Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy«, abgekürzt PRISMA (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 12, S. 124). Im Projekt arbeiten Forscher, Leistungserbringer und Fallmanager zur Koordination der Versorgung von gebrechlichen Senioren zusammen. Zentral sind dabei die folgenden sechs Elemente:

- ein einziger Zugangspunkt für anfängliche Bedarfsermittlung;
- Einbeziehung eines Fallmanagers, der das multidisziplinäre Team koordiniert;
- individualisierter Versorgungsplan;
- Bedarfsqualifizierungssystem mit standardisierter Messung der Autonomie des Patienten;
- beständig aktualisierter, elektronisch festgehaltener Gesundheitszustand;
- Koordinierung zwischen Institutionen, Einbeziehung neuer Gesprächsrunden und Arbeitsgruppen

Das Projekt mit seinen über 1.500 Teilnehmern, von denen die Hälfte experimentelle integrierte Versorgung genießt und die andere Hälfte einer Kontrollgruppe angehört, unterliegt einer Langzeitevaluierung. Die Daten aus den ersten vier Jahren Evaluierung legen vielleicht noch bescheidene, aber doch vielversprechende Resultate nahe. Vorkommen und Schwere funktionalen Abbaus waren in der Testgruppe geringfügig niedriger, und es wurden positive Effekte bei Zufriedenheit und Empowerment registriert. Die Zahl der Notversorgungen und Krankenhausaufnahmen ging zurück. Aufgrund dieser Ergebnisse regt die Provinzregierung nun die regionalen Gesundheitsbehörden an, sich an PRISMA ein Beispiel zu nehmen und ähnliche Modelle aufzulegen.

**Evaluierung mit
vielversprechenden
Resultaten**

Wie oben dargestellt, muss man nicht nur wissen, was geht und was nicht, sondern auch, warum etwas funktioniert. Die systematische Auswertung von Erfahrung in Kanada hat gezeigt, dass bestimmte Modelle integrierter Versorgung für Ältere »bessere Ergebnisse, mehr Kundenzufriedenheit oder Kosteneffektivität« mit sich bringen (MacAdam 2008) als andere. Potenziell erfolgreiche Modelle vereinigen vier Schlüsselemente in sich:

**Evaluierung lehrt,
was erfolgreiche
Integration
ausmacht**

- eine Dachstruktur, die Effizienz garantiert und Verantwortung wahrnimmt;
- multidisziplinäres Fallmanagement mit einem einzigen Zugang zu allen Diensten;
- organisierte Anbieternetzwerke mit standardisierten Verfahren und Systemen zum Austausch von Informationen;
- finanzielle Anreize für Prävention, Rehabilitation und Integration.

**Provinzen
bewegen sich auf
Integration zu**

Wenige kanadische Provinzen haben bei der Integration von Versorgung das Niveau von Québec erreicht. Nur die PRISMA-Reform bringt so viele verschiedene Versorgungssektoren, etwa Primär- und Akutversorgung, in ein gemeinschaftlich betriebenes Modell ein. Allerdings fand eine Untersuchung von Provinz-Gesundheitsministerien in ganz Kanada jetzt heraus, dass auch alle anderen Provinzen zu einem gewissen Grad Fortschritte in Richtung Versorgungsintegration machen und systemübergreifende Strategien für kommunale, wohnortnahe und häusliche Versorgung für chronisch Kranke und Gebrechliche umsetzen. Nach der Untersuchung haben sich folgende Muster etabliert:

- ein einziger Zugang zu allen Diensten;
- standardisierte Beurteilungen auf Programmebene und Versorgungsautorisierung;
- ein einziges System der Klientenklassifizierung auf Programmebene;
- Fallmanagement auf Programmebene und Einbeziehung von Klienten und deren Familien.

**Informations-
technologie
hinkt hinterher**

Allerdings brachte die Untersuchung auch an den Tag, dass Gesundheitsbehörden in Kanada eher selten integrierte Informationssysteme aufbauen. Solche Systeme gelten als notwendig für die angemessene Koordination zwischen den verschiedenen Teilen des Programms. Die Forscher befragten die Ministerien auch nach Verknüpfungen zwischen Heim- und Gemeindepflege, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Sozialdiensten. Wie sich herausstellte, ist es um die Integration gesundheitlicher und sozialer Leistungserbringer in vielen Provinzen noch schlecht bestellt, obwohl einige für mehr zusammenfassende Versorgung Älterer Anreizpakete geschnürt haben. Andere Provinzen wiederum staten Polikliniken und Krankenhäuser mit Fallmanagern aus, die die Koordination der diversen Versorger umsetzen und ältere Menschen vor Komplikationen und vermeidbarer Notfallversorgung bewahren sollen.

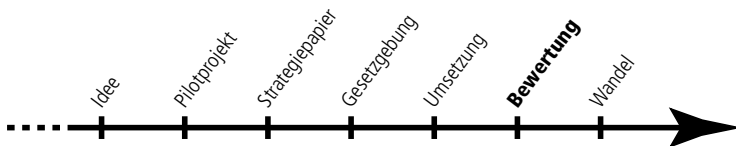
Literatur und Links:

MacAdam, Margaret. Provinces moving towards integrated care systems. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/ca/a13/3.

MacAdam, Margaret, und Stephanie MacKenzie. System Integration in Quebec: The Prisma Project. *HealthPolicy Monitor*, October 2008. www.hpm.org/survey/ca/a12/2.

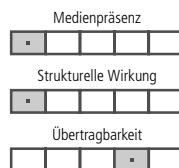
MacAdam, Margaret. *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review, CPRN Research Report*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks 2008. www.cprn.org/doc.cfm?doc=1890&l=en.

Neuseeland: Primärversorgungsreform wertet Pflegekräfte auf



Als vor einem Jahrzehnt in Québec das PRISMA-Projekt startete, entwickelte Neuseeland gerade seine »Primärversorgungsstrategie«. Erstmals umrissen wurde das Vorhaben in einem Papier der damals neu gewählten Linksregierung, dann wurde es auf über 50 öffentlichen Veranstaltungen im ganzen Land diskutiert. Nach 300 teils schriftlich, teils mündlich vorgebrachten Änderungsvorschlägen wurde die »Strategie« 2001 schließlich angenommen. Ein wichtiges Ziel war dabei von Anfang an die Aufwertung der Rolle des Pflegepersonals (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 1*, S. 42).

Zur Primärversorgungsstrategie gehörte die Schaffung von neuen Primärversorgungseinrichtungen. Dort arbeiten multidisziplinäre Teams, die ihre Leistungen nicht mehr wie früher auf Einzelleistungs-, sondern auf Pro-Kopf-Basis abrechnen. Kernziele des landesweiten Programms waren die Verbesserung des Gesund-



Kennzeichen der Primärversorgungsstrategie

heitsstatus von Benachteiligten sowie rechtzeitige, angemessene und einkommensunabhängige Versorgung. Schlüsselemente waren die stärkere Betonung von Prävention und Bevölkerungsgesundheit sowie der Wunsch nach Reduktion von privaten Zuzahlungen durch mehr Kosteneffektivität im System. Pflegekräfte sollten zum ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem werden: Die Entwicklung der »Nurse Practitioners« galt als entscheidend für kosteneffektivere Versorgung.

**Weitere Wellen der
Pflegeraufwertung**

In den ersten Jahren der Primärversorgungsstrategie zielten mehrere gleichzeitige Reformen darauf ab, die Rolle und die Verantwortung von Schwestern und Pflegern in Neuseeland zu erweitern (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8*, S. 165, und *Gesundheitspolitik in Industrieländern 11*, S. 36). Ein größerer Haushalt für Pflegedienste, bessere Aufstiegsmöglichkeiten und bessere Ausbildung waren die wesentlichen Ziele, da die Regierung die Rolle von Pflegepersonen in der klinischen Arbeit ebenso wie bei Prävention und Gesundheitsförderung ausweiten wollte. Für so wichtig die Rolle der Nurse Practitioners auch erachtet wurde, so klein blieb zunächst ihre Anzahl: Um die Mitte der 2000er Jahre waren es ganze 25.

**Zusätzlicher
Schwung für Nurse
Practitioners**

Offiziell eingeführt wurde die Position der Nurse Practitioners im Jahr 2000, ausgestattet wurden sie mit einer begrenzten Vollmacht zur Verschreibung von Medikamenten. Auf dem neuen Beruf lasteten erhebliche Hoffnungen für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Fünf Jahre später weitete die Regierung die Verschreibungsrechte der Nurse Practitioners stark aus, vor allem auf Medikamente für chronische Erkrankungen. Gleichzeitig wurden die Ausbildung verbessert und neue Jobmöglichkeiten geschaffen – durchaus gegen Besorgnisse aus der Ärzteschaft, dass Kompetenzen sich überschneiden könnten. Im Ergebnis stieg die Anzahl der Nurse Practitioners steil an.

Ein Teil der Evaluierung, die man der gesamten Primärversorgungsstrategie angedeihen ließ, konzentrierte sich ganz auf die neue Berufsgruppe. Dieser Teil stützte sich auf Interviews mit dem Personal der inzwischen 80 Primärversorgungseinrichtungen auf beiden neuseeländischen Inseln, vor allem mit Pflegeleiterinnen und Praxismanagern.

Bei dem hohen Engagement für die Aufwertung der Rolle von Pflegepersonal kann kaum überraschen, dass die Evaluierung bei

der Entwicklung von Rollen und Fertigkeiten von Pflegekräften tatsächlich einen großen Fortschritt konstatierte, besonders bei der Behandlung von chronisch Kranken sowie von unterversorgten oder besonders verletzlichen Bevölkerungsgruppen. Zwei Elemente wurden als wichtig erachtet: zum einen mehr Geld für die Ausbildung, auch der Beschäftigten in mobilen Pflegestationen und die Unterweisung in mobilem Fallmanagement, und zum zweiten die Akzentverlagerung in Primärversorgungseinrichtungen auf Bevölkerungsgesundheit. Das Ergebnis waren kosteneffektivere Dienste, mehr Akzeptanz der Nurse Practitioners als Erstversorger durch die Patienten, mehr Wahlfreiheit für Patienten, für die Ärzte eine zeitliche Entlastung und mehr Arbeitszufriedenheit bei den multidisziplinären Primärversorgeteams.

Das Finanzierungssystem, so die Evaluierung, förderte hingegen die selbstständige Erbringung von Leistungen durch Schwestern nicht, zumal die Finanzierung eher kurzfristig und ad hoc geregelt war. Obwohl die Zahl der Nurse Practitioners bereits stark anstieg, empfahl die Evaluierung eine weitere Ausweitung der Stellen. Schließlich legte die Evaluierung mehr Nachdiplomausbildung, gezieltere Finanzierung und bessere Studienpraktika für Pflegekräfte in der Primärversorgung nahe. Empfohlen wurde darüber hinaus, in den Primärversorgungseinrichtungen Pflegeleiterinnen zu bestellen, mehr Gewicht auf den beruflichen Aufstieg von Primärversorgungsschwestern zu legen und mehr Maori und Pazifikinsulaner in der Pflege und als Nurse Practitioners einzustellen.

Ursprünglich wurde die Rolle des Pflegepersonals aufgewertet, um die allgemeine Gesundheit zu fördern. Auf die Grundfrage, ob man diesem Ziel nun näher gekommen sei, gab die Evaluierung keine Antwort. Trotzdem scheint auch die neue, 2008 gewählte Mitte-Rechts-Regierung die vom politischen Gegner 2001 initiierte Primärversorgungsstrategie fortführen zu wollen. Die National Party, der größere Koalitionspartner der neuen Regierung, warf der Vorgängerregierung vor, zu viele Ansätze der Strategie nicht umgesetzt zu haben. Die neue Regierung will den Wandel nun beschleunigen, besonders was die Anzahl von Diensten angeht, die auf der Primärversorgungsebene angeboten werden, und sie will kleinere chirurgische Eingriffe und ähnliche Leistungen aus den Krankenhäusern hierher verlagern. Damit könnte

**Mission erfüllt:
Rolle tatsächlich
aufgewertet**

**Nachteile,
Hindernisse,
Empfehlungen**

**Neue Regierung
unterstützt
Primär-
versorgungs-
strategie**

die Rolle von Pflegekräften in den Primärversorgungseinrichtungen noch einmal wichtiger werden.

Literatur und Links:

Ashton, Toni. Evaluation of primary care nursing. *Health PolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/nz/a13/3.

USA: Verbessern günstigere Pflegeschlüssel die Qualität?



Wie viele Länder leiden auch die USA unter akutem Personal-mangel in der Krankenpflege. Nach Schätzungen sind 13 Prozent aller Pflegestellen unbesetzt, und Voraussagen sehen die Zahl weiter steigen. Wie Neuseeland haben auch die USA Gegenmaßnahmen ergriffen und wollen den Beruf der Krankenschwester attraktiver machen: durch bessere Ausbildung, mehr berufliche Möglichkeiten und in einigen Fällen auch durch höhere Gehälter. Hinweise, dass Behandlungsfehler mit dem Schwesternmangel korrelieren, machen das Problem noch drängender. Ein populäres Rezept dagegen ist, die Pflegeschlüssel in den Kliniken per Gesetz zu verbessern.

**Kalifornien
führend beim
Pflegeschlüssel**

Kalifornien war der erste US-Bundesstaat, der den Pflegeschlüssel gesetzlich festlegte; der Gesetzentwurf stammte übrigens vom Berufsverband der KrankenpflegerInnen. Mit dem Inkrafttreten 2004 galt, dass auf allgemeinen Krankenstationen eine Pflegekraft auf höchstens sechs Patienten kommen und die Rate im Folgejahr weiter auf eins zu fünf sinken sollte (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 2*, S. 67). Für Notaufnahmestationen wurde der Schlüssel auf eins zu vier herabgesetzt, für Entbindungsstationen auf eins zu zwei, für chirurgische Stationen auf eins zu fünf. Ziel der kalifornischen Regelung war, die

Arbeitsbedingungen von Schwestern zu verbessern und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Pflegeverbände waren und sind noch geteilter Meinung, was die neuen Pflegeschlüssel betrifft. In Deutschland gibt es solche gesetzlichen Regelungen nicht.

In Kalifornien hat das neue Gesetz zu einer Zunahme der Zahl diplomierter Krankenschwestern um 100.000 geführt und so ähnliche Initiativen in zahlreichen anderen Bundesstaaten angeregt. 2009 erwogen auch mindestens neun andere Bundesstaaten, den Pflegeschlüssel gesetzlich zu fixieren. Einer davon ist Pennsylvania, wo für 2010 der Mangel an Pflegepersonen auf 16.000 geschätzt wird. Bis 2020 könnten schon mehr als 40 Prozent der Stellen unbesetzt sein, meint Pennsylvanias Gesundheitsministerium.

Im Parlament von Pennsylvania wurden 2009 gleich drei Gesetzentwürfe zum Thema eingebracht, alle drei mit dem Ziel, den Pflegeschlüssel zu bestimmen. Hauptziel der drei Entwürfe ist die Verringerung der Zahl von medizinischen Fehlern, die nach Studien mit dem Pflegeschlüssel korreliert. Weiterhin sollen Krankenhausinfektionen, sofern sie von unsicheren Arbeitsbedingungen herrühren, eingedämmt werden. Schließlich soll den Kliniken die auch finanzielle Last genommen werden, die mit der beständigen Suche nach Pflegepersonal verbunden ist. Denn der Arbeitsplatz Krankenhaus soll attraktiver werden: Der neue Pflegeschlüssel soll die Arbeitszufriedenheit steigern und so Pflegepersonal an den Arbeitsplatz binden. Kaliforniens Erfahrung wird dabei als Modell angesehen.

Trotz hehrer Ziele sind sich die Pflegekräfte und ihre Berufsverbände über die Idee mit den staatlich verordneten Pflegeschlüsseln alles andere als einig. Die Spaltung reflektiert unterschiedliche politische Orientierungen in der Berufsgruppe, sowohl in Pennsylvania als auch bundesweit. Einige Verbände sind der Ansicht, die Pflegeschlüssel sollten von den Kliniken und nicht vom Staat festgesetzt werden. Andere dagegen meinen, ein staatlicher Pflegeschlüssel schütze das Personal vor möglicherweise gefährlichen Management-Entscheidungen zur Einsparung von Stellen und Kosten. Einige Verbände in Pennsylvania unterstützen den Entwurf eines demokratischen Abgeordneten, der für staatlich festzusetzende Pflegeschlüssel votiert. Ein ande-

**Vorreiter für
etliche andere
Bundesstaaten**

**Pennsylvania
debattiert
verschiedene
Entwürfe**

**Schwestern uneins
über staatliche
Pflegeschlüssel**

rer wichtiger Berufsverband gibt einem republikanischen Entwurf, der die Kompetenz bei den Kliniken angesiedelt sehen will, den Vorzug. Gemeinsam ist beiden Gesetzen mehr Schutz für »whistle-blower« – Mitarbeiter also, die unsichere Arbeitsbedingungen unter Umgehung des Dienstweges anonym melden oder publik machen.

**Mehr Pfleger,
weniger
Zwischenfälle?**

Gleich mehrere Studien zeigen, dass Pflegekräftemangel mit mehr iatrogenen Erkrankungen, z. B. Lungenentzündungen und Harnwegsinfektionen, aber auch mit mehr Herzinfällen im Krankenhaus einhergeht. Eine Studie aus dem Jahr 2002 fand, dass chirurgische Patienten in Krankenhäusern mit Personalmangel ein um 31 Prozent höheres Sterberisiko haben (Aiken et al. 2002). Eine andere Studie von 2005, die der demokratische Senator Daylin Leach bei der Vorstellung seines Entwurfs zitierte, brachte zutage, dass eine Eins-zu-vier-Relation von Pflegern zu Patienten jedes Jahr 72.000 Todesfälle verhindern würde (Rothberg et al. 2005). Ein Bericht der US-Agentur für Gesundheitsforschung und Qualität sieht immerhin eine Korrelation zwischen Pflegeschlüssel auf der einen und »Versagen bei der Rettung« und Aufenthaltsdauer im Krankenhaus auf der anderen Seite (Kane et al. 2007).

**Kostenfolgen
eher gering**

Anfang 2009 veröffentlichte die Kalifornische Stiftung für Gesundheitsversorgung eine Studie, nach der staatlich festgesetzte Pflegeschlüssel wenigstens ein positives Ergebnis haben: nämlich die Beschäftigung von mehr diplomierten Pflegern und damit eine bessere Ausbildungsmischung in den Krankenhäusern. Trotz anfänglicher Befürchtungen, so die Stiftung, hätten sich die Pflegeschlüssel auch nicht groß auf die Ausgaben ausgewirkt, auch wenn manche Krankenhausmanager angeben, sie hätten andere Dienste reduzieren müssen, um mehr Pflegekräfte anzustellen.

**Bringen
Pflegeschlüssel
mehr Qualität?**

Allerdings fand die Studie der kalifornischen Stiftung keine Hinweise darauf, dass das zusätzliche Personal sich positiv auf die Verweildauer der Patienten oder die Inzidenz von pflegebedingten Zwischenfällen, etwa Lungenentzündung oder Rettungsversagen, ausgewirkt hätte. Für die genauen Auswirkungen der Reform empfehlen die Autoren der Studie weitere Forschung. Angesichts des Umstands, dass Kalifornien mit seinem Pflegeschlüssel-Gesetz weithin als Modell gefeiert wird, muss es erstau-

nen, dass doch so wenig begründetes Wissen dahintersteht. Der weitestgehende Gesetzentwurf in Pennsylvania sieht zwar eine tägliche Statistik zu Zwischenfällen, aber wieder einmal keinerlei Evaluierung vor.

Literatur und Links:

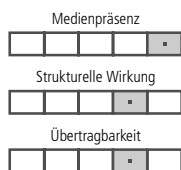
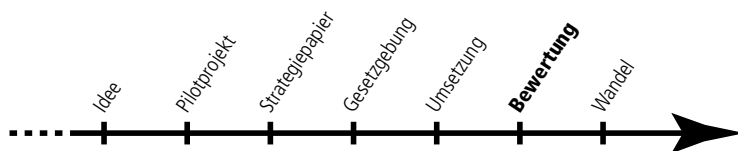
Conis, Elena. Legislating Nurse Staffing Ratios in Pennsylvania. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/us/a13/4.

Aiken, Linda, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski und Jeffrey H. Silber. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* (288) 2002: 1987–1993.

Kane, Robert L., Tatyana Shamliyan, Christine Mueller, Sue Duval und Tomothy J. Wilt. *Nursing Staffing and Quality of Patient Care*. Evidence Report/Technology Assessment No. 151. AHRQ Publication No. 07-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, März 2007.

Rothberg, Michael B., Ivo Abraham, Peter K. Lindenauer und David N. Rose. Improving Nurse-to-Patient Staffing Ratios as a Cost-Effective Safety Intervention. *Medical Care* (43) 2005: 785–791.

Frankreich: Evaluierung des Krebsplans zeigt Schwächen auf



Krebs ist in Frankreich die Hauptursache für vorzeitigen Tod und verursacht allein ein Drittel der männlichen und ein Viertel der weiblichen Mortalität. In den letzten 25 Jahren ist in Frankreich die Krebssterblichkeit zwar zurückgegangen, die Zahl der diagnostizierten Krebsfälle aber gestiegen. Die Krebsüberlebensraten in Frankreich liegen über dem europäischen Durchschnitt, während andererseits die Vorkommensrate in Europa zu den höchsten gehört. In Sachen Prävention und integrierter Versorgung schneidet Frankreichs Gesundheitswesen in internationalen Vergleichen nicht gut ab. Sowohl bei der Inzidenz als auch bei der Überlebensrate sind die sozialen und regionalen Unterschiede eklatant. Vor diesem Hintergrund startete Frankreich 2005 eine größere Anti-Krebs-Kampagne mit enger Begleitung und strenger Evaluierung als Schlüsselementen.

Der große Krebsplan 2003 bis 2007

Krebsbekämpfung wurde 2001 zu einer der höchsten gesundheitlichen Prioritäten erkoren. 2003 dann wurde mit Unterstützung des französischen Staatspräsidenten Jacques Chirac ein Fünfjahresplan lanciert. Der kühne Plan setzte sich mit dem Rückgang der Krebssterblichkeit um 20 Prozent ein sehr ehrgeiziges Ziel. 4.000 neue Stellen sollten geschaffen und 70 Ziele erreicht werden, zusammengefasst unter den folgenden sechs Überschriften:

- mehr Primärprävention durch mehr Wissen, Kampf gegen das Rauchen und arbeitsbedingten Krebs sowie Förderung gesundheitsbewusster Lebensstile;
- besseres Screening, vor allem auf Brust-, Dickdarm-, Rektal- und Gebärmutterhalskarzinome, bessere Früherkennung von Melanomen;
- bessere Versorgungsqualität und besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse der Patienten, mehr Gleichheit beim Zugang zu den besten Behandlungsmethoden, mehr Koordination und bessere Information, mehr Geld für neue Medikamente;

- humanere und besser koordinierende Sozialhilfestrukturen;
- Anpassung der Ausbildung durch Aufnahme des Themas Krebs in die frühen Ausbildungsjahre von Ärzten und Pflegekräften;
- Forschungsentwicklung durch regionale Krebsforschungszentren und ein nationales Krebsinstitut, Ermutigung von Zusammenarbeit und Wissenstransfer.

Trotz verbreiteter Zustimmung regte sich schon gegen den ursprünglichen Plan auch wichtige Kritik. Am gewichtigsten waren die Stimmen, die die vorgesehenen Maßnahmen zu Umweltprävention und arbeitsbedingtem Krebs für unzureichend erachteten, Umstände, denen allein 20 Prozent der Krebsfälle zugerechnet werden. Ein zweiter Einwand betraf das Ungleichgewicht von Prävention gegenüber Versorgung. Für Prävention, das Screening eingeschlossen, waren nur 13 Prozent der Mittel vorgesehen, während für die Versorgung 70 Prozent reserviert waren. Es gab auch Befürchtungen, der Plan könne zu sehr der Gesundheitsindustrie, vor allem den Pharma- und Geräteherstellern, entgegenkommen.

Eine Evaluierung 2004 konzentrierte sich quer durch die sechs Zielgruppen vor allem auf Ablauf und Durchführung (Paris 2004). 2009 allerdings fanden dann zwei umfassendere Evaluierungen statt. Die erste kam vom Rechnungshof und betraf vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich, die Kosten des Plans. Die zweite kam vom Hohen Rat für öffentliche Gesundheit und befasste sich mit der Sachdienlichkeit bestimmter Prozesse. Obwohl der ursprüngliche Plan vorgesehen hatte, alle Fortschritte jährlich nachzuhalten, fand das Monitoring in keinem der fünf Jahre wirklich statt. Forschungsaktivitäten konnten überhaupt nicht evaluiert werden. Beide Berichte bedauerten, dass es so schwierig sei, die Ergebnisse des Plans zu beurteilen, dessen gesundheitlichen Folgen noch dazu pauschal für gänzlich unevaluierbar erklärt wurden.

Der wirkliche finanzielle Aufwand, den der Plan erforderte, wurde vom Gesundheitsministerium nicht gesondert erfasst; zwischen Regierung und dem federführenden Nationalen Krebsinstitut gab es hierzu keine Zielvereinbarung. Der Rechnungshof zeigte sich sehr besorgt über das Informationsdefizit zu den tatsächlichen Kosten des Plans und erklärte sich ohne klare Leis-

Der ursprüngliche Plan: Zustimmung und Kritik

Evaluierung ohne messbare Ergebnisse

Tatsächliche Kosten nicht erfasst

tungsindikatoren für außerstande, die Ergebnisse zu analysieren. Der Rechnungshof schätzte, dass die Ausgaben für Krebs aufgrund des Plans um vier Prozent gestiegen seien. Lediglich die Hälfte der geplanten Beschäftigungswirkung wurde erzielt. Diagnose- und Therapieeinrichtungen wurden erst mit Verspätung bereitgestellt. Ergebnisbasierte Indikatoren waren nur teilweise vorhanden und die epidemiologischen Daten nicht aktuell, was es unmöglich machte, die tatsächlichen Folgen zu evaluieren. Von 70 Zielen wurden nach Schätzung des Rechnungshofs vielleicht ein Drittel erreicht, ein Drittel zum Teil erreicht und ein Drittel gerade erst angegangen oder ganz aufgegeben.

**Zweite Evaluierung
ähnlich bescheiden**

Beide Evaluierungen fanden, dass die Prävention von Tabakfolgen ein Erfolg war, auch wenn der Hohe Rat für Gesundheit in der ersten Evaluierung die vorgelegten Ergebnisse noch für unvollständig hielt. Der Rat befand die Prävention von Alkoholmissbrauch und arbeitsbedingten Krebsfällen für unzureichend. Die Screening-Programme wurden auf Brust-, Dickdarm- und Rektalkarzinom ausgedehnt, aber die Teilnahmeraten erreichten nicht die vorgegeben Ziele.

**Beide
Evaluierungen
verlangen künftig
bessere Begleitung**

Trotz der Probleme mit der Erfassung der Ergebnisse und trotz der negativen Schlüsse findet sich in beiden Evaluierungen der Tenor, dass der Plan bei der Verbesserung von Prävention und Versorgungsqualität Fortschritte gebracht habe. Beide Evaluierungen empfahlen zudem, den Plan neu aufzulegen, und mahn-ten ein strengeres Monitoring der Ergebnisse an. Eine empfahl eine gesonderte Anstrengung zur Identifizierung des Datenbedarfs und zur Entwicklung neuer Informationssysteme. Der Mangel an Maßnahmen gegen die sozialen und geografischen Ungleichheiten bei Krebshäufigkeit und -sterblichkeit galt beiden Evaluierungen als die größte Schwäche. Eine Evaluation argwöhnte sogar, dass regionale und soziale Versorgungsunterschiede in den fünf Jahren von 2003 bis 2007 noch zugenommen hätten.

**Neuer Krebsplan
entsteht**

Die Ergebnisse der Evaluierung des ersten Fünfjahresplans werden zur Entwicklung eines neuen für die Jahre 2009 bis 2013 beitragen. Der neue Plan soll die Arbeit des alten fortführen, aber strenger überwacht werden und auch neue Maßnahmen vorsehen. Nach dem neuen Plan soll die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten besser werden. Besonderes Gewicht liegt auf der Überwindung der Ungleichhei-

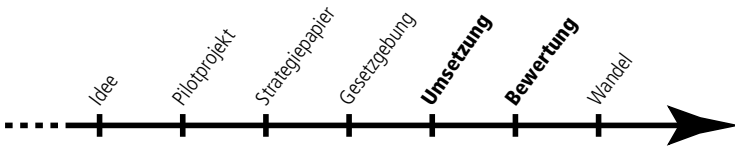
ten auf lokaler wie auf nationaler Ebene. Hinzu kommen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebsüberlebenden und bessere Information über Therapiefolgen. Der Beratungsbericht, aus dem der neue Plan hervorging, hob zudem hervor, dass die Forschung auf diesen Feldern für Innovationen sorgen sollte.

Literatur und Links:

Cases, Chantal. Evaluation of the cancer plan. *HealthPolicy Monitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/fr/a13/1.

Paris, Valérie. The cancer plan – 2003–2007. *HealthPolicy Monitor*, November 2004. www.hpm.org/survey/fr/a4/1.

Israel: Aufsuchende Primärversorgung bringt mehr Qualität



Clalit, Israels größte Krankenkasse und zugleich größter Anbieter von Gesundheitsleistungen, hat 2007 ein neues Programm namens »Yozma« – hebräisch für Initiative – aufgelegt. Es hat zum Ziel, die Qualität seiner ambulanten Primärversorgungseinrichtungen zu heben und zugleich die eigenen Qualitätsindikatoren für den Vergleich mit anderen Kassen zu verbessern. Im Rahmen des Yozma-Programms identifizieren Primärversorgungszentren Patienten mit Versorgungsbedarf und gehen aktiv mit Angeboten auf sie zu. Zur Evaluierung des Programms in den ersten sechs Monaten wurde für die anfangs zehn teilnehmenden Versorgungszentren eine Kontrollgruppe mit ähnlichen demographischen Bedingungen gesucht. Nachdem sich deutliche Erfolge zeigten, wurde das Programm schon 2008 stark ausgeweitet und umfasst nun mehr als die Hälfte aller Clalit-Primärversorgungszentren.



Kliniken mit schlechten Indikatoren einbezogen

Seit 2004 werden in der israelischen Primärversorgung Qualitätsdaten erhoben, damit die Krankenkassen die Qualität der von ihnen erbrachten Versorgung untereinander vergleichen können (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 4*, S. 55, sowie Gross et al. 2007). Daher misst auch Clalit die Qualität seiner Primärversorgungseinrichtungen mit 72 Indikatoren. Vorwiegend geht es um Primärprävention, etwa Impfungen und andere Eingriffe, Früherkennung etwa von Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel sowie um die Behandlung chronisch Kranker. Mit dem Yozma-Programm von 2007 sollten auch Patienten erreicht werden, bei denen diese Werte schlecht ausfallen. Mithilfe im Rahmen des Programms entwickelter IT-Systeme erstellte jedes Primärversorgungszentrum eine Liste solcher Patienten.

Dann wurde die Liste der Risikopatienten abgearbeitet und jeder von ihnen zu einem 20-minütigen Gespräch mit einem Arzt und einer Pflegekraft eingeladen. Als nächstes folgte eine Beurteilung; die Patienten wurden zu Untersuchungen geschickt und erhielten Informationen über möglicherweise nötige Maßnahmen, etwa eine Mammographie oder eine Impfung. Wenn nötig wurde ein Folgetermin vereinbart.

Anfängliche Besorgnisse

Zu Beginn waren die Primärversorgungseinrichtungen skeptisch. Ein neuer Zugang mit mehr Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen bedeute mehr Arbeit, so die Befürchtung. Einige Einrichtungen wollten mitmachen, andere nicht. Fünf Clalit-Regionen nahmen teil, drei sprachen sich dagegen aus. Inzwischen sind die Widerstände aber überwunden.

Positive Evaluierung und Clalit-weite Anwendung

Innerhalb von sechs Monaten war die Umsetzung in vier der fünf teilnehmenden Regionen abgeschlossen, und bei den Qualitätsindikatoren zeigten sich bereits deutliche Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe. In den teilnehmenden Einrichtungen nahm die Mammographie-Rate um 18 Prozent zu, in den Kontrollkliniken nur um knapp 10 und in allen israelischen Kliniken um 7 Prozent. Ausführliche Interviews mit den Beschäftigten ergaben eine hohe Zufriedenheit mit dem neuen Programm. Binnen eines Jahres entschied sich jede zweite Klinik freiwillig, die Fallmanagement-Techniken des Programms auch bei sich einzuführen. So gingen die Evaluierer auch ihrer Kontrollgruppe verlustig: Die bisher nicht teilnehmenden Kliniken wollten nun auch bei dem Programm mitmachen.

Literatur und Links:

Goldfracht, Margalit, S. Fleishman, O. Yakobson, Niki Liberman, C. Key und Revital Gross. Proactive program for managing clinical quality. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/is/a13/2.

Gross, Revital, Avi Porath, Gad Rabinowitz und Anat Raskin-Segal. Primary Care Quality Measurement System (2). *HealthPolicyMonitor*, März 2007. www.hpm.org/survey/is/a9/4.

Krankenhäuser: Wie mit dem Umfeld verknüpfen?

*»Krankenhäuser sind zu wichtig,
als dass sie bloß Angelegenheit von
Krankenhausmanagern und
Gesundheitsberufen wären.«*

Martin McKee und Judith Healy, 2002

Es gehört zu den Gemeinplätzen in Fachliteratur und Gesundheitspolitik, dass Krankenhäuser zwar unabdingbare Bestandteile eines jeden Gesundheitswesens sind, aber dringend besser mit anderen Komponenten des Systems verknüpft gehören. Bei aller modernen medizinischen Technologie und aller öffentlichen Aufmerksamkeit, die sie genießen, sind Krankenhäuser eben doch Einrichtungen eines älteren Typs und tun sich mit der Anpassung an die Bedingungen des 21. Jahrhunderts schwer. Krankenhäuser suchen heute intensiv nach einer neuen Rolle (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 9, S. 57). Kein Experte kann heute sicher voraussagen, wie eine solche Rolle aussehen könnte. Die meiste Akzeptanz finden Krankenhäuser, soviel lässt sich sagen, wenn sie neben spiegelnden Operationssälen und luxuriös ausgestatteten Krankenzimmern auch mehr Flexibilität bieten.

Zahlreiche Krankenhäuser können ihren Ursprung ins Mittelalter zurückverfolgen, in eine Zeit also, in der ein Patient in der Regel spontan wieder gesund wurde oder aber starb. Die »Spitäler« boten den Kranken Trost und Linderung ihrer Leiden, häufig aus religiösen Gründen, und ähnelten damit eher den heutigen Hospizen als Orten, an denen jemand geheilt wird (Edwards et al. 2004). Noch im ausgehenden 19. Jahrhundert lag nach Erkenntnissen von Florence Nightingale die Sterblichkeitsrate in Londoner Krankenhäusern bei über 90 Prozent (Rechel et al. 2009). Erst um die vorletzte Jahrhundertwende ermöglichten Fortschritte in der Anästhesie, der Infektionskontrolle, der medizinischen Wissenschaft und Technik die Schaffung des modernen Krankenhauses, das wir heute kennen. Bis in die 1950er Jahre allerdings blieben die Kliniken Orte der Bettruhe und der Genesung.

**Krankenhäuser
sind als Einrichtung
sehr alt**

Krankenhauskosten steigen – aber langsamer als Gesundheitsausgaben

In den letzten Jahrzehnten sind die Krankenhäuser stark gewachsen; ein neuer Bericht zu Europa liefert dazu interessante Beobachtungen (Chevalier et al. 2009). In absoluten Zahlen stiegen in dieser Zeit die Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhäuser zwar erheblich, aber doch nicht so stark wie die Gesundheitsausgaben insgesamt. In den Niederlanden zum Beispiel schrumpfte der Anteil der Krankenhäuser an den gesamten Gesundheitskosten von 55 auf 40 Prozent, in Italien von 47 auf 44 und in Schweden sogar von 70 auf 30 Prozent.

Krankenhäuser schrumpfen

Bei allen Unterschieden im Krankenhausssystem und den von Land zu Land höchst unterschiedlichen Bettenzahlen pro Kopf der Bevölkerung ist in den letzten 25 Jahren doch weltweit ein Rückgang der Krankenhausbetten zu beobachten. In Europa entfielen 1980 noch sechs Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner; 2004 waren es noch vier. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer von elf auf etwas unter sieben Tage.

Neue Herausforderungen erfordern Flexibilität

Krankenhäuser haben sich den gesellschaftlichen Veränderungen, die auf die Gesundheitsversorgung wirken, anzupassen: etwa der alternden Bevölkerung, den veränderten Krankheitsmustern, neuen Behandlungsverfahren und neuen Gesundheitsberufen sowie dem Wandel der öffentlichen und politischen Erwartungen. Manche Trends haben sich als stabil erwiesen und werden sich auch in die Zukunft erstrecken: Dazu gehört die immer weitere Verkürzung der Verweildauer, die zunehmende Bedeutung von Marktmechanismen und Managementmethoden, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und bessere Integration mit anderen Feldern des Gesundheitswesens, etwa der ambulanten Versorgung sowie der häuslichen Pflege und der sozialen Dienste (Rechel et al. 2009, S. 5). Während diese Trends fortbestehen, werden immer wieder unerwartete Änderungen eintreten und sie weiter beschleunigen. Experten schließen daraus, es sei die wichtigste Herausforderung für Krankenhäuser, hinreichend Flexibilität ins System einzubauen, um rasch und zügig auf veränderten Bedarf und neue Erwartungen reagieren zu können.

Gefahrenquelle Krankenhaus

Trotz Initiativen zur Qualitätsverbesserung wird das Krankenhaus zunehmend zum »gefährlichen Ort«, wie es in einer knappen, vorausschauenden Analyse zur Vorbereitung des stationären Sektors auf das 21. Jahrhundert heißt (Edwards et al. 2004). Die

Gefahren bestehen zum einen in der Zunahme multiresistenter Krankenhausinfektionen und zum anderen in einer epidemischen Ausbreitung von medizinischen Fehlern. Eine der großen, aber vermeidbaren Fehlerquellen steckt in der organisatorischen Komplexität der Versorgung im Krankenhaus, gepaart mit Fragmentierung, die sich ihrerseits wachsender Spezialisierung verdankt. Zu viele Beteiligte kommunizieren nicht miteinander, IT-Systeme sind lückenhaft und viel zu oft fallen Patienten durch die Maschen professioneller Zuständigkeiten oder des Wechsels zwischen zwei Schichten. Mehr Integration innerhalb des Krankenhauses sowie zwischen Krankenhaus einerseits und dem Primärversorgungssystem und der Gesellschaft andererseits würde dazu beitragen, dass nur aufgenommen wird, wer vom Krankenhaus auch wirklich profitiert, und dass jeder nach der Aufnahme auch wirklich optimal versorgt wird.

Obwohl es nur einen Sektor repräsentiert, den stationären, ist das Krankenhaus – oft größter Arbeitgeber einer Kommune und Stolz der Lokalpolitiker – Symbol, ja fast Synonym für das gesamte Gesundheitswesen und nimmt in der öffentlichen Wahrnehmung einen hohen Rang ein. Während die Risiken des Krankenhauses inzwischen bekannter sind und offener diskutiert werden, zieht ein anderes Problem weit weniger Aufmerksamkeit auf sich: die Schwierigkeit nämlich, aus überflüssiger Krankenhausbehandlung wieder herauszukommen. Noch 2004 schrieb Edwards: »Es ist ganz üblich, dass ein Krankenhaus auf seiner Akutstation Patienten liegen hat, die aus der dort gebotenen Versorgung und Pflege rund um die Uhr keinen Nutzen mehr ziehen.« Manche – kaum glaublichen und inzwischen durch Reformen wie die Einführung von Fallpauschalen vermutlich überholten – Schätzungen gingen von einer Fehlbelegung auf internistischen und chirurgischen Stationen zu bis zu 50 Prozent aus.

In vielen Ländern – insbesondere solchen ohne funktionierenden ambulanten Sektor – kommen viele Patienten, die ohne Not im Krankenhaus landen, über die Notaufnahme, und deshalb gilt den Notaufnahmen unter Krankenhausreformern auch besonderes Augenmerk. Auch wer sich in einer Notaufnahme einfindet, leidet häufig nur an einem geringfügigen Problem und könnte sich genauso gut in der Primärversorgung oder etwa in einem selbstständigen chirurgischen Zentrum mit Schwestern, Ärzten

Entlassung oft schwierig

Notaufnahmen als problematischer Einstieg

und anderen Gesundheitsberufen behandeln lassen (Edwards et al. 2004). Die Umstrukturierung von Notaufnahmestationen schließt daher auch eine engere Verknüpfung zwischen ambulanter, stationärer, pflegerischer und sozialer Versorgung ein.

Entgegen einer verbreiteten Auffassung zieht die zunehmende Alterung der Bevölkerung nicht per se mehr Druck auf die Krankenhäuser nach sich. Sie tut es dann nicht, wenn jenseits der Krankenhausmauern Strukturen vorhanden sind, die die poststationäre Versorgung leisten können oder wenn die Erreichbarkeit von Einrichtungen der Primärversorgung die teure und unnötige Krankenhausbehandlung per Notaufnahme überflüssig machen (McKee und Healy 2002).

**Kanada und
Neuseeland
reformieren
Notaufnahmen**

Vor dem Hintergrund der weltweiten Debatte haben sich Gesundheitspolitiker in Kanada eine große Reform der Notaufnahmestationen im Lande zum Ziel gesetzt. Wartezeiten sollen verringert werden, indem man Patienten auf andere Versorgungswege umdirigiert (siehe Bericht zu Kanada, S. 81). Auch in Neuseeland umfasst ein Plan zur Verkürzung von Wartezeiten Maßnahmen für besser integrierte Versorgung und Strategien zur Verhinderung vermeidbarer Patientenbesuche in der Notaufnahme (siehe Bericht zu Neuseeland, S. 83).

**Grenze
öffentlich/privat
verschwimmt**

Zwar sind Krankenhäuser in vielen Ländern noch immer eine überwiegend öffentliche Angelegenheit, jedoch wächst der Anteil des privaten Sektors im Krankenhauswesen seit Jahren stetig und liegt in Europa heute bei annähernd 20 Prozent (Chevalier et al. 2009). Eine der wichtigsten Entwicklungen der letzten Jahre war das Verschwimmen der Grenzen zwischen öffentlichen und privaten Kliniken und die zunehmende Partnerschaft zwischen öffentlichen und privaten Häusern, meist in dem Sinne, dass private Firmen von öffentlichen Auftraggebern für den Bau, den Betrieb und die Erhaltung von Krankenhäusern unter Vertrag genommen werden (Rechel et al. 2009).

**Privatisierung:
politisch begrüßt,
politisch verworfen**

Südkorea stärkt gezielt die Einbeziehung des privaten Sektors und erlaubt privaten, nicht gewinnorientierten Krankenhäusern die Kapitalaufnahme durch Ausgabe von Wertpapieren (siehe den Bericht zu Südkorea, S. 86). In Dänemark unterstützt die Regierung die Nutzung privater Krankenhäuser (siehe Bericht zu Dänemark, S. 88). In Polen schließlich ist über die Privatisierung von Krankenhäusern, die auch als ambulante Versorgungseinheit

ten fungieren, eine große politische Kontroverse ausgebrochen (siehe den Bericht zu Polen, S. 90).

Ein neuerer Bericht des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zusammen mit dem European Health Property Network unter dem Titel »Ins Krankenhaus der Zukunft investieren« prüft verschiedene Fragen rund um die zunehmende Durchlässigkeit von öffentlichen und privaten Funktionen und die Joint Ventures zwischen öffentlichen und privaten Unternehmen (Rechel et al. 2009). Besorgnisse richten sich auf die viele Zeit und das viele Geld, die in die komplizierte Vertragsgestaltung gehen, auf die Tatsache, dass Langzeitverträge aus Informationsmangel unvollkommen bleiben müssen, und schließlich auf die widrige Marktgegebenheit, dass private Partner in Kapitalprojekten ungern ein Risiko eingehen. Ein weiteres neueres Dokument der Gesundheitspolitik (Chevalier et al. 2009) zitiert eine Untersuchung des britischen Rechnungshofs zu Public Private Partnership. Danach können Joint Ventures zwischen öffentlichem und privatem Sektor am Ende wegen der höheren Bankzinsen, die der Privatsektor zahlen muss, und der zusätzlichen Kosten für Vertragsabschluss und Konventionalstrafen teurer kommen als konventionelle Finanzierung. Gebäude, die aufgrund solcher Arrangements errichtet wurden, seien nicht unbedingt von besserer Qualität, und Langzeitverträge nicht flexibel genug.

Gleich ob privat oder öffentlich: In jedem Falle erfordert die Planung von Krankenhäusern die Kalkulation einer ganzen Reihe von schwer berechenbaren Faktoren (Rechel et al. 2009). Die Demographie ist im Wandel begriffen, und die Bevölkerung altert. Die Krankheitsmuster ändern sich; ungesunder Lebensstil, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel und Klimawandel produzieren neue Krankheitsbilder. Gleichzeitig entwickelt sich die Technologie rasch: In der Chirurgie und in der Diagnostik geht der Trend zu Miniaturisierung, was die Auslagerung vieler Funktionen aus dem Krankenhaus ermöglicht. Im Krankenhaus selbst verändern sich die Arbeitswelt, die Tätigkeiten und die Verhältnisse der Berufe zueinander: Die Pflege als Schlüsselfunktion, multidisziplinäre Teams und Teamwork als Methode zur Fehlervermeidung gewinnen alle an Bedeutung.

Bei so viel Veränderung muss jede Planung besonders sorgfältig gehandhabt werden. In zwei Berichten dieses Kapitels geht

**Privat ist nicht
unbedingt billiger**

**Vorhersagen
schwierig zu
treffen**

Planen und nicht
bloß politisch
Punkte machen

es um diesen Planungsprozess. In Australien gab eine angeschlagene Regierung bei einem einzelnen Rechtsanwalt eine Untersuchung der Krankenhäuser in Auftrag (siehe Bericht zu Australien, S. 92). In Dänemark hat die Regierung ein internationales Expertenteam eingesetzt, das Krankenhausplanung am künftigen Bedarf orientieren soll (siehe Bericht zu Dänemark, S. 88)

Krankenhaus-
reformen
ungeprüft und
sinnlos

Eine Studie des Health Evidence Network der WHO 2003 suchte eine Antwort auf die Frage: »Auf welche Weise sichert man Qualität im Krankenhaus am besten?« (Øvretveit 2003). Trotz der hohen öffentlichen Wahrnehmung von Krankenhäusern und trotz vieler Versuche, die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern – noch gibt es kaum brauchbare Forschung über die Effektivität der verschiedenen Qualitätsverbesserungsstrategien. Darüber hinaus stellte eine Gruppe hoch qualifizierter Forscher kürzlich fest, dass viele traditionelle Zugänge zu Verbesserungen heute obsolet seien (Rechel et al. 2009). So könne etwa bessere Effizienz in einem Teil eines komplexen Systems in anderen Teilen folgenlos bleiben oder sogar gegenteilige Effekte hervorrufen.

Literatur und Links:

Chevalier, Fanny, Judith Léviton, Dominique Hoorens (DEXIA) und Pascal Garel (HOPE). *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*. La Défense: DEXIA Editions 2009. www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/79_hospitals_in_eu/79-hospitals-in-the-eu-2009.pdf.

Edwards, Nigel, Sylvia Wyatt und Martin McKee. *Configuring the hospital in the 21st century. Policy Brief*. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2004. www.euro.who.int/document/E84697.pdf.

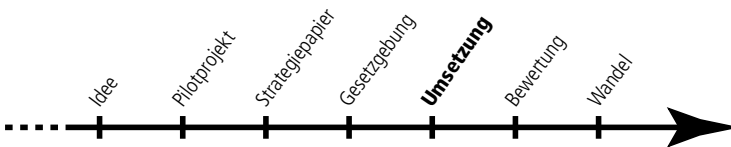
McKee, Martin, und Judith Healy (Hrsg.). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002. www.euro.who.int/document/e74486.pdf.

Øvretveit, John. *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Health Evidence Network report. Ko-

penhagen: WHO Regionalbüro Europa 2003. www.euro.who.int/document/e82995.pdf.

Rechel, Bernd, Steven Wright, Nigel Edwards, Barrie Dowdeswell und Martin McKee. *Investing in hospitals of the future*. Observatory Studies Series No. 16. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2009. www.euro.who.int/Document/E92354.pdf.

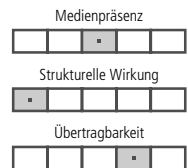
Kanada: Kürzere Wartezeit in der Notaufnahme



Unnötige Krankenhauseinweisung durch eine überlastete Notaufnahme ist in vielen Ländern ein bekannter Missstand. In Kanada etwa hat jeder siebte Patient für sein jüngstes Gesundheitsproblem eine Krankenhaus-Notaufnahmestation aufgesucht. Von diesen Patienten wurde jeder Dritte stationär aufgenommen; betroffen waren vor allem Ältere und schwerer Erkrankte. Als ein Grund für lange Wartezeiten und unangebrachte Aufnahmen gelten ineffiziente Vorgänge innerhalb der Notaufnahmestationen. In der Provinz Ontario hat die Regierung zu deren Umstrukturierung eine ganze Reihe von Initiativen ergriffen.

Initiativen zur Verbesserung der Qualität und zur Verkürzung von Wartezeiten bezogen in Ontario 2008 sowohl das Krankenhaus als auch die Primärversorgung mit ein. Ziel war, die Koordination beider Sektoren zu verbessern und so vermeidbare Besuche auf Notaufnahmestationen und unangemessene stationäre Aufnahmen zu reduzieren. Zu den Maßnahmen gehören:

- Fokus auf die 23 Krankenhäuser mit den längsten Wartezeiten in der Notaufnahme;



Viele Initiativen im Krankenhaus und außerhalb

- Ausweitung von ambulanten Krankenpflegediensten und mehr Abstimmung zwischen Krankenhaus und kommunalen Leistungsanbietern;
- mehr Pflegepersonal in Notaufnahmestationen;
- Geld für lokale Integrationsnetzwerke, die gemeindebezogene Alternativen zur Krankenhauspflege schaffen helfen;
- Geld für einen vom Pflegepersonal betriebenen ambulanten Dienst, der die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort mit Leistungen versorgt, die sonst nur im Krankenhaus erbracht werden.

Unbeabsichtigte Folge früherer Reformen Ein Schwerpunkt der Krankenhausreformen im Kanada der 1990er Jahre war der Bettenabbau. Aber trotz der Reform blieben die Probleme in Krankenhaus und Primärversorgung in den Schlagzeilen und im Visier der Politik. Eine Studie zu den Folgen der Krankenhaus-Umstrukturierung in Montreal kam 2001 zu dem Ergebnis, dass die Notaufnahmestationen nach der Umstrukturierung zunehmend voller wurden.

Notaufnahmen sind Opfer größerer Probleme Nach der Studie waren die häufigsten Gründe für die Überfüllung der Notaufnahmen, dass die Primärversorger vor Ort mit den vielen Patienten nicht fertig wurden und dass die Patienten, die die Notaufnahme aufsuchten, so leicht kein Krankenhausbett mehr bekamen. Die durchschnittliche Verweildauer begann wieder zu steigen. Manche Krankenhäuser hatten nun zu wenige Betten, um Schwankungen in den Patientenzahlen Herr zu werden. Schließlich waren die kanadischen Krankenhäuser nicht imstande, Patienten rechtzeitig zu entlassen. Ontarios Initiativen von 2008 und weitere Maßnahmen aus dem Jahr 2009 sollen nun die miteinander verknüpften Probleme angehen, indem sie die Prozesse innerhalb der Notaufnahmestationen verbessern und ihnen so den Druck nehmen.

Ontario setzt feste Ziele für Wartezeiten 2008 stellte die Provinzregierung von Ontario für Leistungsverbesserungen auf der Notaufnahmestation 100 Millionen kanadische Dollar (etwa 63 Millionen Euro) ein. Anfang 2009 folgten strenge Grenzwerte für Wartezeiten in der Notaufnahme. Von den weniger stark Erkrankten sollen 90 Prozent maximal vier Stunden auf der Notaufnahmestation zubringen müssen. Zurzeit sind es durchschnittlich 4,6 Stunden. Für 90 Prozent der Patienten mit komplexen Erkrankten liegt das Ziel bei maximal acht

Stunden – gegen 13,5 Stunden im Augenblick. Ontario ist eine der ersten kanadischen Provinzen, die strenge maximale Wartezeiten auf der Notaufnahmestation verordnet.

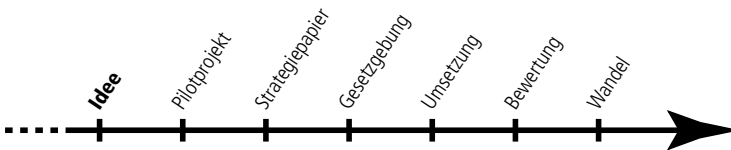
Frühe Berichte aus einigen Krankenhäusern, die manche Maßnahmen schon umgesetzt haben, sind ermutigend. Manches deutet darauf hin, dass für Leicht- wie Schwerkranke die Wartezeiten um 60 Prozent zurückgehen können. Nach Medienberichten können alternative Angebote auch dabei helfen, die Bewohner von Pflegeeinrichtungen vom Besuch einer Notaufnahmestation abzuhalten. Obwohl die Maßnahmen populär sind, ist nicht klar, ob die Anfangserfolge sich auf ganz Ontario ausweiten lassen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse der neuen Maßnahmen gibt es noch nicht.

**Rasche Erfolge
in manchen
Krankenhäusern**

Literatur und Links:

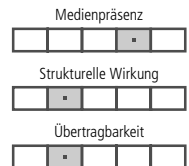
MacAdam, Margaret. Improving Hospital Performance. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/ca/a13/2.

Neuseeland: Maximal sechs Stunden in der Notaufnahme



Wie die kanadische Provinz Ontario will auch Neuseeland strenge Ziele für kürzere Wartezeiten in der Krankenhaus-Notaufnahme auflegen. Den Überlegungen einer einflussreichen Arbeitsgruppe aus Klinikern, Managern, Ministerialbeamten und einem Wissenschaftler folgend, kündigte die neue Mitte-Rechts-Regierung in Neuseeland feste Zielvorgaben für Wartezeiten auf der Notaufnahmestation an.

Inspiziert durch ähnliche Reformen in Großbritannien, umfasst die Initiative eine standardisierte Messung von Wartezeiten



**Maximal sechs
Stunden Wartezeit**

und hat zum Ziel, dass fast alle Patienten in maximal sechs Stunden behandelt sein müssen. Zur Initiative gehören auch neue Zuständigkeiten für Kreisgesundheitsbehörden, die für die Erbringung von Krankenhausleistungen verantwortlich sind. Noch unklar ist allerdings, ob zur Erreichung der Ziele Sanktionen oder finanzielle Anreize zum Einsatz kommen sollen.

**Wartezeit
für Notfälle
gefährlich lang**

Ein Bericht vom April 2009 zeigt einige besondere Aspekte des Problems der Wartezeiten in Neuseeland auf; sie betreffen die drei Patientengruppen, die sehr schnell Zuwendung benötigen. Patienten der Triage-Gruppe 1 erhalten in ihrem lebensbedrohlichen Zustand in allen öffentlichen Notaufnahmestationen prompte Versorgung. Aber für Kranke der Triage-Gruppe 2 halten nur fünf der 21 Kreisgesundheitsbehörden die empfohlene Wartezeit von maximal zehn Minuten ein. Patienten der Triage-Gruppe 3 schließlich sollten innerhalb von 30 Minuten an die Reihe kommen. Dieses Ziel erreichen gar nur vier der 21 Kreisbehörden.

**Regierungswechsel
war entscheidend**

Obwohl Verbesserungen in den Notlaufnahmen politisch schon lange auf der Tagesordnung standen, hat erst der Wechsel der Regierung in Neuseeland den Ausschlag gegeben. Der Vorschlag gehörte zu den ersten größeren Vorhaben des neuen Gesundheitsministers und kam nur drei Wochen nach der Wahl auf die Agenda. Nach einer langen Phase von Mitte-Links-Regierungen waren es die Parteien der neuen Mitte-Rechts-Regierung, die mit dem Versprechen kürzerer Wartezeiten in den Wahlkampf gezogen waren.

**Hinter Reform
steckt eine
Arbeitsgruppe**

Auf einer Konferenz von 70 führenden Klinikern, Managern und Fachbeamten der Kreisgesundheitsbehörden wurde im Mai 2008 eine »Arbeitsgruppe für Qualität in Notaufnahmestationen« ins Leben gerufen. Die Gruppe wurde beauftragt, an einer Überprüfung der krankenhauseigenen Notfalleinrichtungen durch die Regierung mitzuwirken. In ihrem Bericht an den neuen Minister empfahl die Arbeitsgruppe 2009 die standardisierte Messung von Wartezeiten und eine Zielvorgabe von maximal sechs Stunden Wartezeit zu erreichen – ein Jahr nach Beginn der Umsetzung der Reformen. Um Daten sammeln zu können, sollten in der Anfangsphase keine festen Wartezeiten gelten. Darüber hinaus zeigt der Bericht den Zusammenhang zwischen Problemen in Notfallstationen und anderswo in der Gesundheitsversorgung auf, befürwortet die Schaffung eines nationalen Kliniknetzwerks

gegen vermeidbare Notaufnahmebesuche sowie einen integrierten Akutversorgungsplan.

Die wichtigsten Beteiligten haben die Initiative des neuen Gesundheitsministers im Prinzip begrüßt. Berufsverbände von Beschäftigten im Gesundheitswesen gewähren breite Unterstützung, wenn auch ein Krankenpflegeverband die Ursache des Problems in personeller Unterbesetzung sah und meinte, die festen Wartezeiten seien eher ein Mittel zum Ziel als ein Zweck an sich. Debattiert wird in Neuseeland allerdings noch angeregt, ob die Zielvorgaben mittels positiver oder negativer Anreize durchgesetzt werden sollen.

Der neue Gesundheitsminister gibt »harten Zielvorgaben« den Vorzug und hat angekündigt, die Regierung werde die Kreisgesundheitsbehörden und das Management für die Erreichung in die Verantwortung nehmen. Die Ministerialbeamten und die Arbeitsgruppe sind unentschlossen, wie hart sie die Ziele definieren sollen. In der Arbeitsgruppe kam die Befürchtung auf, dass allzu harte Zielvorgaben auch unerwünschte Wirkung entfalten und zu Manipulationen führen könnten – etwa die Patienten ausschließlich in Ambulanzräumen sitzen zu lassen. Man könne solche Folgen minimieren, so die Gruppe, indem man innerorganisatorische Anreize schaffe, statt Strafen oder Belohnungen von außerhalb einzusetzen.

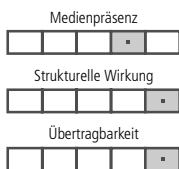
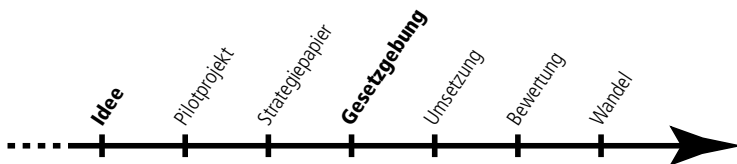
Fast alle sind für maximale Wartezeiten

Wie viel Zuckerbrot und wie viel Peitsche?

Literatur und Links:

Tenbensen, Tim. Emergency department waiting time targets. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/nz/a13/2.

Südkorea: Gemeinnützige Kliniken versorgen sich am Kapitalmarkt



Wie die Neuseeländer haben auch die Südkoreaner 2008 eine eher marktorientierte Regierung gewählt, die jetzt den gemeinnützigen Krankenhäusern des Landes das Recht geben will, sich durch Ausgabe von Wertpapieren und nicht mehr nur durch die Aufnahme von Krediten mit Kapital zu versorgen. Die Begründung ist, dass auf diese Weise mehr Kapital in den privaten Krankenhaussektor fließen und der Wettbewerb dort zunehmen würde. Für die Ausgabe von Wertpapieren durch Krankenhäuser soll es eine Maximalregelung geben, die sich am Wert der Einrichtung bemisst. Auch welche Ausgaben mit Wertpapieren finanziert werden dürfen, soll Beschränkungen unterliegen.

Der Hintergrund:
Südkoreas
Gesundheitswesen

Die alternde Gesellschaft der 50 Millionen Südkoreaner gibt nur sechs Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung aus (WHO 2009). Während der Anteil der öffentlichen Finanzierung, die über das nationale Krankenversicherungssystem fließt, bei über 50 Prozent liegen, spielt der Privatsektor die herausragende Rolle bei der Leistungserbringung, denn die meisten Krankenhäuser und Kliniken werden privat geführt. Gewinnorientierte Krankenhäuser sind in Korea vom Grundsatz nicht erlaubt, aber die gemeinnützigen machen de facto bekanntermaßen einträgliche Geschäfte. Sie unterhalten zum Beispiel große Ambulanzen, die in Konkurrenz zu den Praxen niedergelassener Ärzte stehen.

**Zu stark vom
Privatsektor
abhängig?**

Mit der Ausrichtung auf den Kapitalmarkt wachsen die Befürchtungen, dass die ohnehin in der Kritik stehende starke Abhängigkeit des Gesundheitswesens von privater Leistungserbringung sich noch verschärfen und die privaten Krankenhäuser sich noch stärker am Gewinn orientieren könnten – mit angebotsinduzierter Nachfrage und Inflation der Gesundheitskosten als Folgen. Die Meinungen sind geteilt. Die einen erwarten sich von der

Reform mehr Mittel für die privaten Krankenhäuser und damit potenziell bessere Qualität. Andere fürchten, dass die zunehmende Privatisierung Kostendruck zugunsten von Gewinnmaximierung und zum Nachteil von Versorgung und Versorgungsgerechtigkeit mit sich bringen könnte.

Noch ist der Vorschlag nicht durchs Parlament, und in den Ministerien sind nach wie vor die Meinungen geteilt. Das Strategie- und Finanzministerium will einen radikalen Systemwechsel und würde es gerne sehen, wenn auf dem Krankenhaussektor auch gewinnorientierte Unternehmen zugelassen würden. Das Gesundheits- und Sozialministerium fürchtet dagegen um die politische Durchführbarkeit eines so radikalen Wandels. Aus diesem Hause kommt der Kompromissvorschlag, gemeinnützigen Krankenhäusern zumindest das Agieren auf dem privaten Kapitalmarkt zu ermöglichen. Im Strategie- und Finanzministerium wird die Neuerung als unzulänglich angesehen.

Ärzte und Nichtregierungsorganisationen sind aus unterschiedlichen Gründen gegen den Kapitalmarktrend. Der koreanische Ärzteverband fürchtet, der Wettbewerbsvorteil der Krankenhäuser gegenüber den Niedergelassenen werde sich vergrößern. Zivilgesellschaftliche Gruppen opponieren, weil sie den Vormarsch gewinnorientierten Verhaltens im Krankenhaus und einen großen Schrumpfungprozess für den öffentlichen Sektor befürchten. Die Krankenhäuser sind entlang ihrer Größe gespalten: Kleine Häuser fürchten, dass sie künftig weniger Zugang zu Kapital haben könnten und damit Wettbewerbsnachteile gegenüber den großen erleiden müssten.

**Auch Ministerien
tragen noch
Differenzen aus**

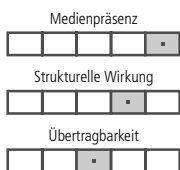
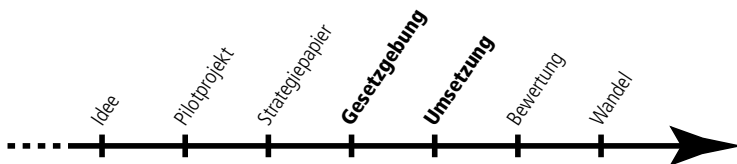
**Ärzte und Linke
dagegen,
Krankenhäuser
gespalten**

Literatur und Links:

Kwon, Soonman. Issuing of Bonds for Debt Capital by Hospitals. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/kr/a13/1.

World Health Organization. Country profile Republic of Korea. www.who.int/countries/kor/en.

Dänemark: Krankenhausprivatisierung und Langzeitreform



Ganz anders als in Südkorea wird in Dänemark privatisiert. Der Hebel sind hier strenge – und umstrittene – Vorgaben für Wartezeiten, die in den letzten zehn Jahren immer schärfer geworden sind.

Wartezeitgarantie
führt zu
Wettbewerb und
Privatisierung

Die dänische Wartezeitengarantie unterscheidet sich stark von dem, was in den Notaufnahme-Reformen von Kanada und Neuseeland unternommen wird. Sie verspricht regionale Mobilität und besagt, dass wer nicht innerhalb eines Monats in einem öffentlichen Krankenhaus behandelt werden kann, sich auf Kassenkosten an eine öffentliche Klinik in einer anderen Region oder an eine Privatklinik wenden darf. Zunächst hatte die Wartezeit zwei Monate betragen, dann wurde sie 2007 von der liberal-konservativen Regierung auf einen Monat verkürzt. Kritiker hielten dagegen, die Einmonatsfrist sei zu kurz und könne die – in Dänemark für Gesundheit zuständigen – Regionen teuer kommen. Die Opposition hielt der Regierung vor, sie wolle aus ideologischen Gründen den Markt für private Gesundheitsversorgung ausweiten.

Steuer-
subventionen
erleichtern
Privatisierung

Ein zweiter Hebel für mehr Privatisierung ist eine Steuerreform, die private Zusatzversicherungen begünstigt. Die Zusatzversicherungen decken Versorgung durch private Anbieter auch dann ab, wenn die gleiche Leistung aus öffentlicher Hand angeboten wird. Obwohl die Option noch relativ neu ist, sind bereits 13 Prozent der Dänen Zusatzversichert. Regierung und private Anbieter sind dafür. Sechs von zehn Dänen allerdings halten die Zusatzversicherung für problematisch, weil sie das Recht auf gleichen Zugang zu Gesundheitsversorgung untergrabe.

Pflegestreik schafft
Patientenüberhang

Mitten in den Reformprozess platzte 2008 ein zweimonatiger Pflegestreik, der die Wartezeiten in den öffentlichen Krankenhäusern wieder ansteigen ließ. Zwischen November 2008 und Juni 2009 wurde die strenge Wartezeitregelung deshalb ausgesetzt. Regierung und Regionalverwaltungen einigten sich unter-

dessen darauf, die inzwischen 400.000 Menschen umfassenden Wartelisten »unter Nutzung sämtlicher, privater wie öffentlicher Kapazitäten« abzubauen, was dem Privatsektor indirekt weiteren Auftrieb gab.

Wie schon früher berichtet, könnte die Privatisierung dazu beitragen, dass der öffentliche Sektor zunehmend Personalprobleme bekommt (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 125). Ärzte haben in Dänemark das Recht, nebenher privat zu praktizieren, und gerade Spezialisten könnten ihre Energie künftig stärker auf ihre Privatpraxis konzentrieren und ihre Aufgaben im öffentlichen Krankenhaus vernachlässigen. Was sich auf diesem Gebiet aber genau tut, ist weitgehend unbekannt.

Mit der Wartezeitregelung wurden die dänischen Regionalverwaltungen verpflichtet, den privaten Krankenhäusern dieselben Beträge zu erstatten wie den öffentlichen. Da aber private Krankenhäuser weniger Verpflichtungen haben, zum Beispiel an der Sicherstellung der Akutversorgung oder an der Ausbildung mitzuwirken, gelten die privaten Einrichtungen damit als vergleichsweise überbezahlt. Den Gegnern der Reform zufolge passt das zu dem vorherrschenden ideologischen Muster, dass der Privatsektor stets zu bevorzugen sei. Mit gutem Grund also haben die Regionalverwaltungen nun seit November 2008 mit den Privatkliniken niedrigere Sätze ausgehandelt. 2009 kritisiert auch der Rechnungshof den früheren Gesundheitsminister für die zu hohen Erstattungen an private Krankenhäuser.

Nach der dänischen Gebietsreform 2007 ist jetzt – gleichzeitig mit der Stärkung des Privatsektors – eine große Krankenhausreform und Krankenhausbedarfsplanung im Gange. Mit der Gebietsreform wurden bereits die vormals vierzehn Provinzen durch fünf Regionen ersetzt (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 4*, S. 84). Zur gleichen Zeit erließ die nationale Gesundheitsbehörde Richtlinien, die eine ernsthafte Verringerung bei den Akutaufnahmekliniken in Dänemark verlangen. Das brachte neuen Planungsbedarf zu Krankenhausneu- und -umbauten hervor. Eine Expertengruppe wurde ins Leben gerufen, die Vorschläge zur Verteilung von zu diesem Zweck bereitgestellten drei Milliarden Euro machen sollte.

Zu der Expertengruppe gehörten drei Dänen, ein Norweger und ein Schwede mit je unterschiedlichem Hintergrund im pri-

**Privatisierungs-
sorgen tragen zur
Abwanderung von
Personal bei**

**Werden private
Krankenhäuser zu
gut bezahlt?**

**Weniger Akut-
aufnahmen im
Krankenhaus**

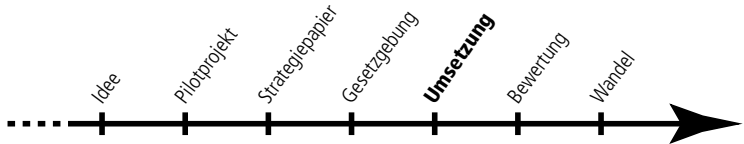
Prognose:
ambulante
Behandlung steigt
um 50 Prozent

vaten und öffentlichen Krankenhauswesen, in Medizin, Industrie und Architektur. Die Gruppe ging von der Annahme aus, dass die Kliniken um 50 Prozent mehr Patienten ambulant behandeln und 20 Prozent ihrer Betten abbauen werden. Die sehr genauen Empfehlungen der Arbeitsgruppe stießen bei einigen Regionalverwaltungen auf Widerspruch, aber die Regierung übernahm sie allesamt.

Literatur und Links:

Christiansen, Terkel. Hospital sector: further trends in privatization. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/dk/a13/4.
 Møller Pedersen, Kjeld. Restructuring & modernizing the hospital sector. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/dk/a13/5.

Polen: Turbulenter Streit um die »Privatisierung« von Krankenhäusern



Medienpräsenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturelle Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Übertragbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Krankenhäuser in Polen werden zurzeit gesetzlich und administrativ umstrukturiert. Nach einem Gesetz von 2008 sollten alle Betriebe der Gesundheitsversorgung, darunter die Krankenhäuser, aus Staatseigentum in eine privatrechtliche Unternehmensstruktur überführt werden. Die vorgeschlagene Reform war unter den politischen Parteien jedoch stark umstritten. Einige wollten eine ungesunde Form der Privatisierung erkennen, die allein den Reichen nütze. Zu den Hauptgegnern zählte sich auch der polnische Präsident, der das Gesetz einstweilen an seinem Veto scheitern ließ.

Teil einer größeren Reform

Das Gesetz über die Gesundheitsbetriebe wurde vom Gesundheitsausschuss des Parlaments sowie vom Gesundheitsministe-

rium ausgearbeitet. Es war Teil eines Pakets aus fünf Gesundheitsgesetzen, das 2008 vom Parlament verabschiedet wurde. Die anderen Teile des Pakets betreffen Patientenrechte, das Engagement nationaler und internationaler Beratungsfirmen, Berufserlaubnisse und Betriebsgenehmigungen in der Gesundheitsversorgung sowie die Rechte von Leistungserbringern. Hauptziel war, ein älteres Gesetz aus dem Jahr 1991 zu ersetzen und den Gesundheitsbetrieben einen neuen gesetzlichen Rahmen zu geben.

Ein zentrales Element der geplanten Reform war die Überführung der Krankenhäuser aus Staatseigentum in privatrechtliche Firmen, die allerdings nach gesetzlichen Regeln hätten administriert werden sollen. Krankenhäuser, die sich nicht zu Firmen gewandelt hätten, wären aufgelöst worden. Nach einem unter mehreren Vorschlägen hätten Gebäude und Grundstücke an die neu gegründeten Firmen transferiert werden sollen. Nach heftigem Einspruch sollte dann ein Leasing vom Staat an die Stelle treten.

**Weg vom
Staatseigentum**

Eine breite Diskussion in den Medien, die von der politischen Opposition noch angeheizt wurde, verschaffte den Reformvorschlägen rasch hohe Publizität. Argumentiert wurde vor allem, die Veränderungen kämen einer Privatisierung gleich. Andere wandten ein, die Gesetze seien unangemessen und enthielten falsche rechtliche Konzepte und Lösungen. Verantwortlichkeiten wichtiger Interessenten, darunter der Berufe im Gesundheitswesen, seien nicht klar genug definiert, und es fehle an hinreichender Information zu Organisationsstruktur oder den Ärzte-Arbeitszeiten.

**Vorschläge hoch
umstritten**

Schon in einem sehr frühen Stadium des Gesetzgebungsverfahrens gab Polens Staatspräsident Lech Kaczyński seiner Gegnerschaft gegenüber dem neuen Gesetz Ausdruck, was im politischen Kontext natürlich einiges Gewicht hatte. Seiner Meinung nach liefe die Reform auf eine Krankenhausprivatisierung hinaus. Deren Konsequenzen seien für den großen Teil der polnischen Bevölkerung nicht hinnehmbar. Bei der ersten sich bietenden Gelegenheit kündigte der Präsident sein Veto an und schlug eine Volksabstimmung über die Restrukturierung der Krankenhäuser vor.

**Präsident legt
Veto ein**

Hauptdarsteller in dem Stück auf der politischen Bühne sind die Gesundheitsministerin und die sozialdemokratische Parla-

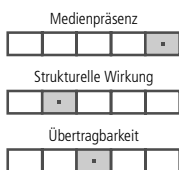
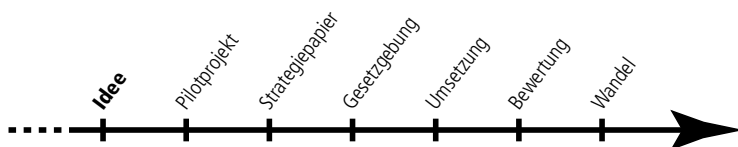
Ausgang unklar

mentsfraktion, dazu die Anbietergruppen, die Gemeinden, die wissenschaftliche Community, Anwälte, die Medien und die lokalen Behörden. Die Ministerin hat die Reform energisch vorangetrieben und etliche Diskussionen und Anhörungen in verschiedenen Gremien abgehalten. Auch die Sozialdemokraten stellen mit ihrer Gegnerschaft und ihren Änderungsvorschlägen einen wichtigen Faktor dar. Obwohl sie in der Opposition sind, werden ihre Stimmen für das Gesetz gebraucht, denn ein Veto des Präsidenten kann das Parlament nur mit 60 Prozent Mehrheit überstimmen. Im Sommer 2009 hielt die Debatte noch an.

Literatur und Links:

Kowalska, Iwona. Law on health care units. *HealthPolicy Monitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/pl/a13/4.

Australien: Krankenhausreform in nur einem Bundesstaat



Sehr im Unterschied zu Dänemark, wo die Regierung gleich eine internationale Expertengruppe ins Leben rief, hat die Regierung des australischen Bundesstaats New South Wales mit der Untersuchung von Sicherheit und Qualität der Krankenhäuser eine Einzelperson beauftragt. Bei einer sonst starken Privatwirtschaft ist die Gesundheitsversorgung in Australien vorwiegend öffentlich. Für die öffentlichen Krankenhäuser fließen Steuergelder aus dem Etat des Zentralstaats an die Regierungen der Bundesstaaten, die in ihrem Bereich für das Krankenhauswesen zuständig sind.

Hintergrund ist ein Streit

Die Regierung von New South Wales wird seit über einem Jahrzehnt von der Australian Labor Party gestellt. Sie zeigt zunehmend Zeichen von Instabilität, und in den letzten Jahren ist es

immer wieder zu personellen Umbesetzungen gekommen. Der Vorwurf mangelnder Kompetenz kommt inzwischen nicht mehr nur aus den Reihen der Opposition, sondern auch von den eigenen Anhängern. Nachdem das Krankenhauswesen monatelang immer wieder Schlagzeilen gemacht hatte, veranlasste die Regierung schließlich eine Untersuchung von Sicherheit und Qualität der staatlichen Krankenhäuser. Manche Beobachter argwöhnen, die Untersuchung solle nur den Anschein erwecken, dass die Regierung in der Sache etwas unternehme.

Befragt wurde mit der Untersuchung ein einzelner Rechtsanwalt und nicht etwa ein Team mit Erfahrung oder beruflichem Hintergrund im Gesundheitswesen. Der Anwalt sammelte Informationen, indem er öffentliche Krankenhäuser besuchte und dort Stellungnahmen entgegennahm und mit einzelnen Mitarbeitern sprach – so etwas wie Zeugenaussagen, wie sie vor Gericht als Beweismittel verwendet werden, für die Versorgungsforschung aber weniger taugen. Hinzu kamen ausführliche Briefings durch Fachbeamte und zwei Konferenzen. Unterstützt wurde der Anwalt bei seinen Recherchen von einem kleinen Büro im Gesundheitsministerium von New South Wales.

Nach dem Abschluss-Statement entsprechen die staatlichen Krankenhäuser von New South Wales dem weltweiten Standard. Sie schaffen es danach aber nicht, mit plötzlichem Anwachsen der Patientenzahlen und mit den steigenden Behandlungskosten fertigzuwerden. Das Personal stehe, besonders was die Verwaltungsaufgaben angehe, zu stark unter Druck und sei auch nicht ausreichend bzw. erfahre nicht genügend Unterstützung. Die Untersuchung kommt zu 139 Empfehlungen zur Personalausstattung, zu Sicherheit und Qualität, zu Mobbing, Finanzierung, Krankenakten. Schließlich ruft sie zur Schaffung mehrerer neuer Institutionen auf: einer Agentur für Innovation und Optimierung, eines Instituts für klinische Ausbildung und eines Büros für Gesundheitsinformation.

Als Reaktion rief die Regierung ein Forum aus gesellschaftlichen Repräsentanten, Gesundheitsmanagern, Klinikern und Gewerkschaftern zusammen, die den Empfehlungen Prioritäten zuweisen sollten. Im Anschluss daran wurden 134 der 139 Empfehlungen offiziell angenommen. Aber wenn es um die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung geht, herrschen bei zahlreichen

**Rechtliche
Grundlage der
Untersuchung**

**139 Empfehlungen
und viele neue
Institutionen**

**Angenommen ist
nicht umgesetzt**

Beobachtern schon Skepsis und Spott. Zum Beispiel kündigt die Regierung in ihrer förmlichen Antwort auf den Anwaltsbericht an, dass zahlreiche Empfehlungen noch durch eine Kontrollschleife gehen müssten, während andere entweder schon umgesetzt seien oder aber gerade umgesetzt würden.

**Anhaltende
Kontroversen**

Drei der am meisten umstrittenen Fragen sind noch ungelöst: der künftige Umgang mit komplikationsfreien, normalen Schwangerschaften, die Konzentration bestehender pädiatrischer Dienste und die Vorgänge in den Notaufnahmestationen. Die Staatsregierung hat versprochen, jedes öffentliche Krankenhaus in New South Wales auf Sicherheit und Lebensfähigkeit zu untersuchen, was zur Rückstufung oder gar zur Schließung einiger kleinerer, vorwiegend ländlicher Krankenhäuser führen könnte. Die Untersuchung empfahl schließlich, dass die Regierung vier Mal jährlich einen Kontrollbericht über Umsetzungsfortschritte anfordern solle. Ob es dazu kommt, war im Herbst 2009 aber noch unklar.

Literatur und Links:

Haas, Marion. Public hospital reform in NSW. *HealthPolicy Monitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/au/a13/5.

Prävention? Na klar. Bloß wie?

»Die Kosten ungesunden Verhaltens
entstehen im allgemeinen erst in der Zukunft.
Der Nutzen davon aber pflegt
in der Gegenwart spürbar zu sein.«
Health England Report, 2009

Schlechte Ernährung, körperliche Inaktivität, Autofahren, Zigaretten, Alkohol: Das sind oft die Kennzeichen eines Lebens in den wohlhabenden Industrienationen des 21. Jahrhunderts, und zugleich sind es die Ursachen für dessen vorzeitiges Ende. Wandel im Lebensstil und die Verhütung von so viel Morbidität und Mortalität wie möglich rücken in der politischen Priorität weltweit voran (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 193). Obwohl Prävention im großen Panorama der Gesundheitsversorgung bisher nur eine Nebenrolle spielt, so wird sie doch langsam wichtiger. Dies zeigt sich auch an ihrem leicht ansteigenden Anteil an den Gesundheitsausgaben der OECD-Länder in den letzten Jahren (siehe Abbildung 2, Internationale Vergleichsdaten sind aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu betrachten). In Dänemark umschließt Prävention nun sogar die politische Verpflichtung, das Leben der Bürger im nächsten Jahrzehnt um drei Jahre zu verlängern – auch wenn dieses Ziel inzwischen schon verwässert wurde (siehe den Bericht zu Dänemark, S. 101).

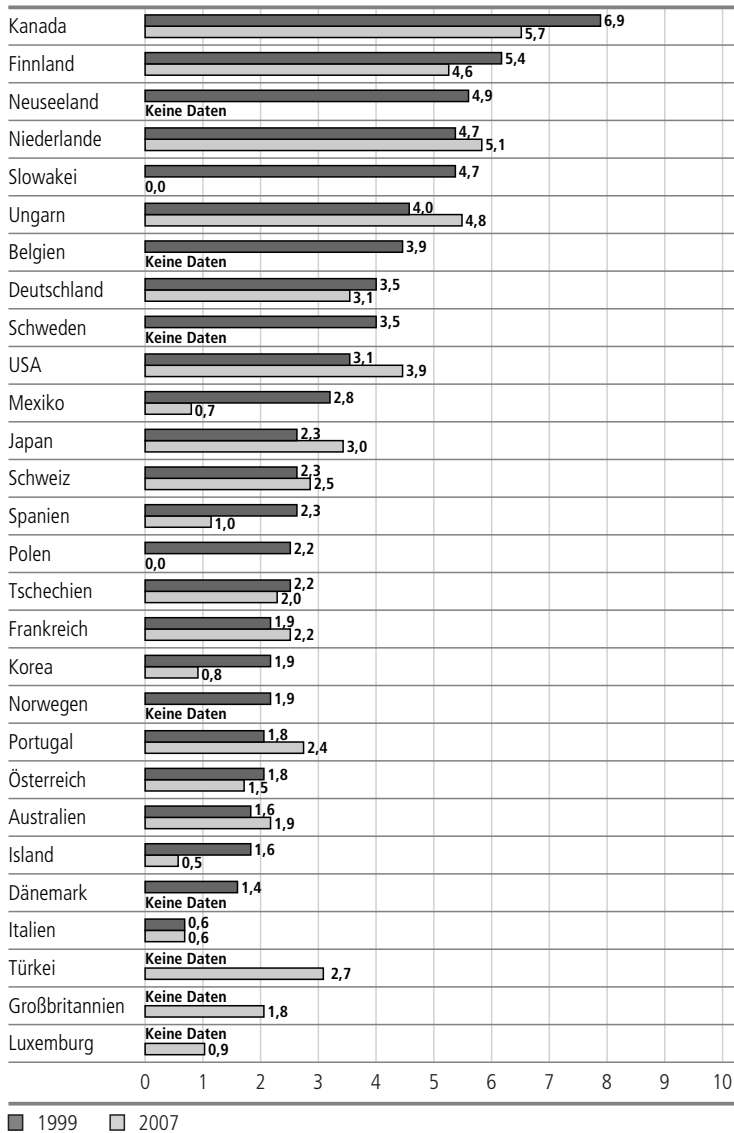
Wie viele Menschen schon erfahren mussten, zeigen sich die gesundheitlichen Nachteile ungesunden Verhaltens meistens erst in ferner Zukunft, während der Genuss, den solches Verhalten oft mit sich bringt, sich sofort einstellt. Umgekehrt müssen Steuergelder für Prävention heute ausgegeben werden, während die positiven Auswirkungen sich erst in ferner Zukunft bezahlt machen (Le Grand und Srivastava 2009).

Ein Weg, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern, sind Anreize für gesundes oder auch Sanktionen für ungesundes Verhalten. Dieser Weg wird von der Politik immer häufiger beschritten. Ziel ist, von den Kosten ungesunden Verhaltens einen Teil

**Das Spaß-jetzt-
Schmerz-später-
Paradoxon**

**Mehr politische
Aufmerksamkeit
für Anreize**

Abbildung 2: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1999 und 2007



Für Griechenland und Irland sind keine Zahlen verfügbar. Daten für Portugal von 2000; Daten für Australien, Portugal und Japan von 2006.

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2009.

aus der Zukunft in die Gegenwart zu übertragen und umgekehrt den Nutzen gesunden Verhaltens schon in der Gegenwart schlagend zu machen. Ein neuer Bericht von Health England, dem staatlichen englischen Public-Health-Institut, analysiert eine ganze Reihe von möglichen Anreizen für Prävention, die sich teils an den Bürger, teils an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und teils an die Politik richten. Was die Wirksamkeit solcher Anreize angeht, ergibt sich vorläufig ein recht gemischtes Bild (Le Grand und Srivastava 2009).

Nach dem Bericht von Health England ist die direkte Wirkung von Anreizen auf Individuen fragwürdig (Le Grand und Srivastava 2009). Manche Untersuchungen ergeben genügend Anhaltspunkte für Effektivität, andere können nicht belegen, dass sich mit Anreizen der Lebensstil von Menschen nachhaltig verändern ließe. In manchen Ländern sind Anreize in kleinerer Form schon umgesetzt, auch in Deutschland, wo man für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen Punkte bekommt, die man dann gegen Sportausrüstung oder Bücher eintauschen kann. Eine Reihe von Kontrollstudien soll herausfinden, ob dieser Zugang Wirkung zeigt. In Großbritannien wird auf lokaler Ebene mit etlichen Initiativen der Versuch unternommen, Alkoholprobleme zu reduzieren und generell gesunden Lebensstil zu fördern (siehe den Bericht zu Großbritannien, S. 103, sowie *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 12, S. 24).

Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit als Probleme des Einzelnen zu interpretieren ist natürlich umstritten. Je nach kulturbedingtem Wertekanon messen unterschiedliche Gesellschaften individuellem Verhalten und sozialen Bedingungen unterschiedlich hohe Bedeutung zu (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 76). Wenn es zum Beispiel um Fettsucht geht, machen manche Autoren nicht das Individuum verantwortlich, sondern die gesellschaftlichen Zustände, die das Phänomen hervorbringen. Andere halten dagegen, dass die Analyse von Strukturen ihre Grenzen habe und dass man individuelles Verhalten ja durchaus ändern könne (Le Grand und Srivastava 2009).

Zwar gibt es starke Anhaltspunkte, dass höhere Steuern und damit Preise zum Beispiel für Alkohol und Zigaretten den Konsum beeinflussen. Unumstritten aber ist diese Strategie der Ver-

Wirksamkeit von Anreizen fragwürdig

Ungesundes Verhalten oder ungesunde Gesellschaft?

Steuererhöhungen: brauchsteuererhöhung aber nicht. Schon ganz allgemein herrscht
wirksam aber Sorge, dass konventionelle Programme der Gesundheitsförderung
unfair? soziale Ungleichheiten bei der Gesundheit verstärken könnten.
Bei Preiserhöhungen von Tabak und Alkohol kommt hinzu, dass
sie Personen mit niedrigerem Einkommen unverhältnismäßig
heftig treffen, diejenigen also, die ohnehin das größere Gesund-
heitsrisiko tragen. Kontrovers diskutiert wird auch die Wirkung
von Sanktionen auf die Industrie. In Finnland zum Beispiel gab
die dortige Industrie den Ausschlag dafür, dass die Steuern auf
Alkohol 2004 herabgesetzt wurden (siehe *Gesundheitspolitik in
Industrielländern* 5, S. 59). Zurzeit allerdings führt Finnland här-
tere Regeln für den Tabakkonsum ein, um dessen gesundheits-
schädliche Wirkungen einzudämmen (siehe den Bericht zu Finn-
land, S. 106). In Israel schließlich gibt eine Krankenkasse compu-
terisierte Unterstützung für Versicherte, die sich das Rauchen ab-
gewöhnen wollen (siehe den Bericht zu Israel, S. 108).

Höhere Steuern auf Dass Steuer- und Preiserhöhungen sich auf den Tabak- und
ungesundes Essen, Alkoholverbrauch auswirken, ist belegt. Lange nicht so klar ist
oder gesundes sub- der Zusammenhang bei ungesundem Essen, für das zum Bei-
ventionieren? spiel in Dänemark ebenfalls Sanktionen in der Diskussion sind
(siehe den Bericht zu Dänemark, S. 101). Eine kurze Übersicht
des WHO Health Evidence Network fand 2006, dass es für einen
Kausalzusammenhang zwischen politisch induzierten wirtschaft-
lichen Anreizen und Nahrungsmittelverbrauch keinen Beweis
gebe; das gelte im Besonderen für Nahrungsmittel mit hohem
Anteil gesättigter Fettsäuren (Goodman und Anise 2006). Die
Forscher fanden zwar indirekte Anhaltspunkte; vor den strengen
Regeln einer kritischen Studie gilt das aber nicht als haltbarer Be-
weis. Interessanterweise fanden sich jedoch Hinweise, dass Obst
und Gemüse sowie gesündere Zwischenmahlzeiten umso mehr
konsumiert werden, je weniger sie kosten. So warnen die For-
scher, dass Preissteigerungen auf der einen Seite ohne Subven-
tionen für gesunde Nahrung auf der anderen Seite als ungerecht
angesehen werden könnten.

Japan: Im Kampf gegen Übergewicht und Fettsucht hat sich Japan
Subventionen darauf verlegt, Firmen und regionale Gebietskörperschaften mit
gegen den Speck Sanktionen zu belegen (Onishi 2008). Nach einem Gesetz von
2008 müssen Firmen sowie Städte, Kreise und Gemeinden mit
Strafzahlungen rechnen, wenn sie bestimmte Ziele beim Bauch-

umfang von Personen zwischen 40 und 74 Jahren nicht erreichen. Wer den ziemlich eng bemessenen Bauchumfang überschreitet, bekommt einen Diätvorschlag. Die Regierung hofft, mit dem neuen Ansatz Gesundheitskosten zu vermeiden. Kritiker wenden ein, die Richtlinien seien zu streng. Daher würden zu viele Menschen zu Diäten angeregt, was zu Übermedikation und damit sogar zu steigenden statt sinkenden Kosten führen könne (Onishi 2008).

Die japanische Diskussion, ob Präventionsmaßnahmen zu überflüssigen Verschreibungen führen können, ist Teil einer größeren Debatte über die Verwischung von präventiver und kurativer Medizin. Kritiker warnen die Politik davor, einer relativ gesunden Bevölkerung über eine zu lange Zeit hinweg zu viele und zu teure Medikamente zu verschreiben, um damit eine nur mögliche – und zweifelhafte – Erkrankung in der Zukunft abzuwenden. Für Personen mit hohem Gesundheitsrisiko mögen teure Pharmakotherapien wie zur Senkung des Cholesterinspiegels oder gegen Bluthochdruck, Bisphosphonate gegen Osteoporose und Tabletten gegen Typ-II-Diabetes kosteneffektiv sein. Für solche mit niedrigem Risiko aber könnten sie sich auch als nutzlos oder gar schädlich und als kostenuneffektiv erweisen, wenn man sie mit einer Prävention ohne Medikamente vergleicht (Moynihan 2005). In jedem Falle sollte bei der Evaluierung präventiver Zugänge Bedacht auf die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen genommen werden.

Vieles an moderner Prävention, wie sie in diesem Kapitel geschildert und in vielen Ländern auch praktiziert wird, bezieht sich auf junge Menschen. Meistens hat Prävention das Rauchen und das Trinken zum Gegenstand oder versucht, zu körperlicher Bewegung und gesundem Essen anzuhalten. Besonders Schulen empfehlen sich als Stätten solcherart Prävention, und Schulen sind als Lehrstätten für ein gesünderes Leben auch Gegenstand einer genauen Untersuchung (Steward-Brown 2006). Sie ergibt, dass in Schulen vor allem die lang dauernden und intensiven Programme Erfolg versprechen, und zwar besonders dann, wenn sie gesundes Essen und körperliche Bewegung zum Thema haben. Kampagnen gegen Drogen und Alkohol stellten sich dagegen als ineffektiv heraus, was die Verantwortlichen zum Umdenken anregen sollte.

Gesunde und ungesunde Prävention

Schulen als Stätten der Prävention

Literatur und Links:

Goodman, Clifford, und Ayodola Anise. *What is known about the effectiveness of economic instruments to reduce consumption of foods high in saturated fats and other energy-dense foods for preventing and treating obesity?* Health Evidence Network report. Kopenhagen: WHO Regionalbüro Europa 2006. www.euro.who.int/document/e88909.pdf.

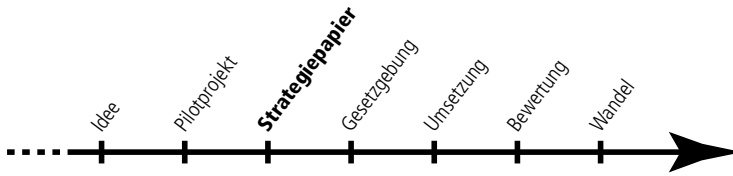
Le Grand, Julian, und Divya Srivastava. *Incentives for prevention*. Health England Report no. 3. London 2009. www.healthengland.org/publications/HealthEnglandReportNo3.pdf.

Moynihan, Ray, und Alan Cassels. *Selling Sickness. How drug companies are turning us all into patients*. Sydney: Allen und Unwin 2005.

Onishi, Norimitsu. Japan, Seeking Trim Waists, Measures Millions. *The New York Times*. 13 Juni 2008. www.nytimes.com/2008/06/13/world/asia/13fat.html?_r=1&em.

Stewart-Brown, Sarah. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Health Evidence Network report. Kopenhagen: WHO Regionalbüro Europa 2006. www.euro.who.int/document/e88185.pdf.

Dänemark: Längere Lebenserwartung durch Prävention

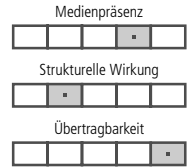


Eine interessante Analyse der Public-Health-Politik in Skandinavien ergab deutliche Unterschiede zwischen Dänemark und seinen nördlichen Nachbarn Norwegen und Schweden (Vallgård 2006). Während die Dänen die Bedeutung von individuellem Verhalten, von Verantwortung und Autonomie betonen, legen Norwegen und Schweden den Akzent eher auf soziale Beziehungen, Lebensbedingungen, demokratische Teilhabe und politische Verantwortung.

Mit ihrem individualistischen, liberalen und verhaltensbetonten Ansatz hat die liberal-konservative Regierung sich das Ziel gesetzt, die Lebenserwartung bei der Geburt im nächsten Jahrzehnt um drei Jahre zu steigern. Die Regierung hat eine unabhängige Kommission eingesetzt, von deren Vorschlägen einige schon als nicht durchsetzbar verworfen worden sind. Nach einer großen Verwaltungsreform liegt die Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsförderung nun bei den Gemeinden. Neben neuen Gesetzen werden bei der Erreichung der nationalen Ziele entsprechend die Gemeinden die größte Rolle spielen.

Dänemark rangiert bei der Lebenserwartung unter den OECD-Ländern nur auf Platz 20, und das vor allem, wie es allgemein heißt, aus Gründen der Lebensweise: Rauchen, Trinken, Ernährung, Bewegung. Zwar gehören die Dänen in der OECD auch beim Alkohol zu den Spitzenverbrauchern; dennoch ist Rauchen hier das Problem Nr. 1, besonders in der Jugend. Zucker und Fett werden in Dänemark im Vergleich zu anderen Ländern besonders häufig konsumiert, wenn auch Obst und Gemüse in den letzten Jahren auf dem Vormarsch sind. Stolze 40 Prozent der Dänen haben Arbeitsplätze, die nicht die geringste körperliche Aktivität verlangen.

Die zehnköpfige Präventionskommission war ausdrücklich aufgefordert, kosteneffektive Vorschläge zu unterbreiten. Das Schwer-



**Drei Lebensjahre
mehr in einem
Jahrzehnt**

**Das Leben der
Dänen währt eher
kurz**

**Kommission macht
52 Vorschläge**

gewicht ihrer 52 Empfehlungen liegt daher, wenig überraschend, auf Rauchen, Trinken, Ernährung und Bewegung, die für etwa 40 Prozent aller vorzeitigen Tode verantwortlich gemacht werden. Zu den Empfehlungen gehören:

- höhere Tabaksteuern und Rauchverbote, Warnungen auf Zigaretenschachteln und Kurse zur Raucherentwöhnung,
- Alkohol erst ab 18 (statt ab 16) und ein totales Werbeverbot,
- mehr Bewegung in der Schule, Bewegungsförderung in regionalen Aktionsplänen,
- höhere Steuern auf Schokolade und Süßigkeiten, Obstangebote in der Schule.

Darüber hinaus schlug die Kommission Programme zur Früherkennung von Krankheiten, Veränderungen im Arbeitsumfeld und Präventionsforschung vor.

**Wichtige
Vorschläge von
Regierung
verworfen**

Der Gesundheitsminister hat die Anhebung der Altersgrenze für Alkoholkonsum schon verworfen – offenbar aus Furcht, sich damit in der dänischen Bevölkerung unbeliebt zu machen. Auch höhere Zigarettenpreise und ein generelles Rauchverbot in Innenräumen lehnt der Minister ab. Der Premierminister schließlich schließt höhere Zigarettensteuern mit dem Argument aus, das belebe nur den grenzüberschreitenden Handel. Interessengruppen und Patientenverbände begrüßten dagegen die Empfehlungen.

**Differenzen über
die Steuerpolitik**

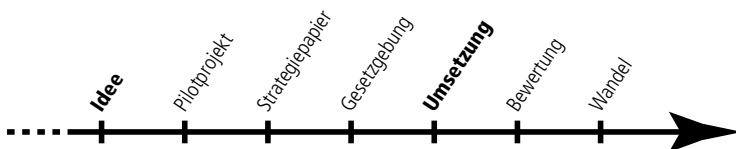
Über das Ziel, mehr Prävention, herrscht Einigkeit. Uneinig ist man sich in der Politik aber darüber, in welchem Maße der Staat seine Hebel, etwa die Steuern, nutzen sollte, um individuelles Verhalten zu ändern. Die sozialliberale Partei ist für höhere Steuern auf Schokolade und Süßigkeiten, und die Sozialdemokraten sind generell für höhere Steuern auf ungesunde Ernährung. Die Liberalen dagegen wollen Verhalten ändern, ohne auf steuerliche Mittel zurückzugreifen, und setzen stattdessen auf den Bau von Spielplätzen und Fahrradwegen.

Literatur und Links:

Seested Nielsen, Jytte. Increasing life expectancy through prevention. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/dk/a13/2.

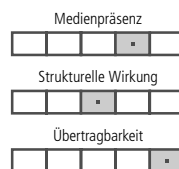
Vallgård, Signild. Public health policies: A Scandinavian model? *Scandinavian Journal of Public Health* (35) 2 2007: 205–211.

Großbritannien: Gesünderes Verhalten wird gefördert



Die Regierung in Großbritannien hat eine Reihe von Initiativen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens vorgelegt. Sie konzentrieren sich auf Alkoholprävention, körperliche Bewegung und gesunde Ernährung. Im Bereich Ernährung und Bewegung sollen vor allem die steigenden Adipositasraten bei Kindern gesenkt werden. Neun »gesunde Städte« stehen dabei im Zentrum. In der Alkoholprävention umfassen die Initiativen sowohl neue gesetzliche Regelungen als auch eine Stärkung der Gesundheits-erziehung. Der Schwerpunkt liegt auch hier auf jungen Leuten und dem in der Jugend verbreiteten Rauschtrinken.

Im November 2008 kündigte die Regierung an, sechs Millionen Pfund (etwa 6,8 Millionen Euro) gegen das exzessive Trinken in den zwanzig Regionen mit den größten Alkoholproblemen in die Hand zu nehmen. Regionale »Alkohol-Manager« wurden an- gestellt, um auf lokaler Ebene Behandlung und Beratung zu för- dern. Einfache Ratschläge zu vernünftigem Alkoholgenuss kur- sieren bereits. Nach allem aber, was man zur Wirkung bloßer Information weiß, dürfte diese besondere Investition zur Lösung des nationalen Alkoholproblems eher wenig beitragen.



**Kurs auf 20
problematische
Trinkergebiete**

Strengere Regeln für Alkohol	<p>Die Regierung hat überdies eine Reihe von Maßnahmen zur Einschränkung des Verkaufs vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbot von pauschalen »All you can drink«-Angeboten in Pubs; – Verbot von Werbung für bestimmte Gruppen; – Verbot von Rabatten beim Kauf großer Mengen; – Schulung für Verkäuferinnen und Verkäufer; – Anweisung an Pubs, mittelgroße Gläser anzubieten; – höhere Strafen für Trinken in der Öffentlichkeit; – härtere Strafen für die Abgabe von Alkohol an Jugendliche; – mehr Rechte für die Polizei, Alkohol zu beschlagnahmen.
Nächster Schwerpunkt: Trinkende Teenager	<p>Anfang Januar 2009 stellte die Regierung dann einen Katalog von Maßnahmen zur Diskussion, bei denen es vor allem um Teenager geht. Kern der Empfehlungen war, dass Unter-16-Jährige Alkohol komplett meiden sollten. Sechzehn- und Siebzehnjährige sollten nicht öfter als einmal pro Woche Alkohol trinken, und Eltern sollte vor Augen geführt werden, dass alles darüber hinaus die Gesundheit ihrer Kinder gefährde. Informationskampagnen sollen den Eltern stärker bewusst machen, wie gefährlich Alkohol für Jugendliche ist und wie das eigene Trinkverhalten ihre Kinder beeinflusst. Auch sollten Kinder mit Alkoholproblemen leichter Zugang zu Hilfsangeboten bekommen.</p>
Neun Kommunen als »gesunde Städte«	<p>Ende 2008 kündigte die Regierung an, neun Städten für die Umsetzung einer »Change4life«-Initiative (Wandel für das Leben), die gesundheitsbewusstes Verhalten fördern soll, eine Sonderzahlung von 30 Millionen Pfund (34 Millionen Euro) zukommen zu lassen. Zu den neun Städten gehören Halifax, Sheffield und Manchester; viele von ihnen sind strukturschwach. Das Hauptziel ist, körperliche Bewegung und gesündere Essgewohnheiten zu fördern. Die Städte haben zugestimmt, noch einmal Zuschüsse in gleicher Höhe in ihren Haushalt einzustellen.</p>
Mehr Fahrräder, Grünflächen und Obst- und Gemüseanbau	<p>Beispiele für nach dem neuen Programm finanzierte Initiativen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ein Treuemodell in Manchester, bei dem die Teilnehmer an Sportangeboten mit gesunden Nahrungsmitteln belohnt werden; – ein Modell in Thetford (bei Norfolk, East Anglia), das Radfahren und Fahrradpflege fördert;

- ein neuer Stadtpark in Tewkesbury (Gloucestershire), der Fitness fördern und wieder mehr Grünfläche schaffen soll;
- ein »Züchte dein eigenes Gemüse«-Programm für Hobbygärtner in Sozialwohnungen in Halifax bei Leeds;
- ein Programm zur Verbreitung des Stillens in Sheffield.

Die Regierung bemüht sich auch um die Beteiligung des Privatsektors – nicht mit der Androhung von Strafen wie in Japan, sondern durch Ermunterung, gesündere Produkte zu verkaufen und den Angestellten eine gesündere Arbeitsumgebung zu bieten. Einige Beispiele sind schon gestartet:

- Zwei große Supermarktketten, die zusammen 36 Millionen Kunden versorgen, haben sich bereit erklärt, ihren Kunden und Angestellten den Nutzen gesunden Essens zu vermitteln.
- Der größte private Fernsehsender will Kampagnen zum Abnehmen durchführen.
- Ein Hersteller von Erfrischungsgetränken will Anzeigen finanzieren, die für den Nutzen einer aktiven Lebensweise werben.

**Auch die
Privatwirtschaft
macht mit**

Einer der Hauptkritikpunkte an der neuen Initiative ist, dass sie wieder einmal unzureichend und unangemessen auf ihre Effektivität untersucht wird. Die Regierung scheint zu denken, dass, wenn sie viel tut, etwas davon schon wirken werde und dass Informationen dahin zu bringen, wo sie offenbar fehlen, jede Mühe wert sei. Werden die Initiativen aber nicht evaluiert, wie so oft bei Reformen, wird man kaum je wissen, ob und wie wirkungsvoll sie Krankheit und vorzeitigen Tod verhindern.

**Evaluierung bleibt
auf der Strecke**

Literatur und Links:

- Oliver, Adam. Tackling alcohol problems. *HealthPolicy Monitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/uk/a13/4.
- Oliver, Adam. Developments in libertarian paternalism. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/uk/a13/1.

Die Gruppe schloss ihre Arbeit im Dezember 2008 ab und legte – neben der Freigabe des Verkaufs von Nikotinersatzstoffen in Kneipen und Restaurants – diverse Vorschläge vor. Im Einzelnen sind das:

- ein Verbot, Markennamen und Logos von Tabakprodukten in Einzelhandelsgeschäften auszustellen;
- die Ausweitung des Rauchverbots in der Öffentlichkeit, etwa auch auf die bisherigen Raucherräume im Krankenhaus oder rund um das Gebäude;
- ein völliges Importverbot für »Snus«, einen vor allem in Schweden beliebten Kautabak, den auch 5 Prozent der Finnen konsumieren;
- ein Tabakbesitzverbot für Unter-18-Jährige und Gefängnisstrafen bis zu vier Jahren für den, der Jugendliche mit Tabak versorgt;
- ein Import- und Verkaufsverbot für Tabakimitate, etwa Schokoladenzigaretten;
- ein Verbot von Zigarettenautomaten.

**Diverse
Maßnahmen
vorgeschlagen**

Bei den Verbänden des Lebensmittelhandels sowie des Hotel- und Gaststättengewerbes stießen nicht alle Empfehlungen auf Zustimmung. Beide Organisationen wandten sich gegen das Ausstellungsverbot für Tabakwaren im Einzelhandel. Der Verband des Lebensmittelhandels fand darüber hinaus die vorgesehenen Strafen zu streng und widersetzte sich auch dem Importverbot für Snus, das dann in der öffentlichen Debatte zu einer Schlüsselfrage wurde. Zu den Gegnern des Snus-Verbotest zählte auch die schwedische Volkspartei, die zur Regierungskoalition gehört. Der Genuss von Snus ist nämlich vor allem in der schwedischen Minderheit verbreitet.

**Industrie und
politische
Opposition
dagegen**

Nach öffentlicher Kritik an den Ergebnissen der Arbeitsgruppe hat die Regierung einen revidierten Plan vorgelegt und darin einige ihrer Vorschläge abgeschwächt. Der neue Plan unterscheidet sich von den Empfehlungen der Arbeitsgruppe in folgenden Punkten:

- Das Rauchverbot wird nicht auf Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt.
- Der Import von Snus bleibt rechtens, wird aber auf 30 Pakungen für den persönlichen Gebrauch begrenzt.

**Regierung
schwächt
Empfehlungen
stark ab**

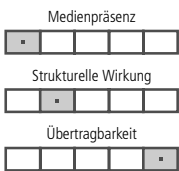
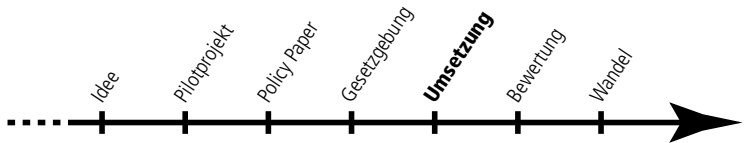
- Der Tabakbesitz wird Unter-18-Jährigen nicht verboten.
- Verstöße gegen Verkaufsverbote werden mit maximal sechs Monaten Haft bedroht.
- Import und Verkauf von Tabakimitaten bleiben erlaubt.

Auch eine dreißig Jahre alte Selbstverpflichtung zur Minderung der Schäden des Tabaks wie in Finnland bedeutet offensichtlich noch nicht, dass über die Mittel Einigkeit herrscht.

Literatur und Links:

Vuorenkoski, Lauri. Proposal to tighten tobacco legislation. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/fi/a13/2.

Israel: Rauchen aufhören mit dem Computer



Individuelle Verhaltensanweisungen für die Raucherentwöhnung sind der bislang originellste Beitrag im Kampf gegen die hohe Raucherquote in Israel. Angeregt und ausgeführt wird das neue Programm von der Krankenkasse Leumit, der mit 700.000 Mitgliedern und zehn Prozent Marktanteil kleinsten. Wer Interesse zeigt, mit dem Rauchen aufzuhören, bekommt eine »Verhaltensverschreibung«, die auf der Basis der Krankenakte von einem Computer erstellt wird und dann als handgeschneiderter informeller Vertrag zwischen dem Arzt und seinem Patienten fungiert.

Ursprung in psychologischer Verhaltenstherapie

Der Ursprung der Idee liegt in einer Methode der psychologischen Verhaltenstherapie, die in der ambulanten Medizin als »Kurzzeit-Familientherapie« bekannt ist. Der Gedanke unterstellt, dass bestimmte Methoden der kognitiven Verhaltensthera-

pie, der Hypnotherapie und andere psychologische Eingriffe an die Bedingungen der medizinischen Primärversorgung angepasst und auch in einer Zehn-Minuten-Sitzung sinnvoll angewendet werden können. Ein Lehrbuch, gemeinsam erstellt von einem Arzt und einem Psychologen, umreißt den Ansatz, der hinter der Verhaltensverschreibung steht. Einer der beiden Buchautoren stellte seine Idee dem medizinischen Direktor von Leumit vor und bekam schließlich Unterstützung von allen höheren Etagen der Krankenkasse. Jetzt tritt die Methode ihren Weg in alle Primärversorgungseinrichtungen an.

Die Befassung von Krankenkassen mit Prävention hat in Israel eine konfliktreiche jüngere Geschichte (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 84). 1995 sah ein neues Gesetz vor, dass die Zuständigkeit für präventive Dienste von der Regierung auf die Krankenkassen übergehen sollte. Nach heftigem Widerstand von Forschern und Verbrauchern wurde der Plan wieder aufgegeben. Die Gegner argumentierten, die Krankenkassen seien viel zu sehr an kurativer Versorgung orientiert und hätten zu Public Health keinen inneren Zugang. 2005 kam es dann zu einem Kompromiss, wobei nur einige begrenzte Zuständigkeiten von der Regierung zu den Kassen wanderten.

Zum Hintergrund der Leumit-Idee gehört auch »Gesundes Israel 2020«, ein Programm des Gesundheitsministers (Rosen et al. 2006). Entwickelt wurde es von einer breiten Versammlung von Führungspersonlichkeiten im Gesundheitswesen, die die Faktengrundlage analysierten, Ziele setzten und Strategien formulierten. Das Programm war Teil von Israels Verpflichtung, unter dem Mantel des gleichnamigen WHO-Programms eine »Gesundheit-für-alle«-Strategie zu entwickeln. Es manifestiert zudem das Interesse des Gesundheitsministers, die allgemeine Aufmerksamkeit für Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsförderung und Prophylaxe zu erhöhen.

Der Raucherentwöhnungsplan ist sowohl bei Anbietern als auch in den verschiedenen Abteilungen von Leumit auf große Zustimmung gestoßen. Noch bekommen Ärzte keine Anreize für die Teilnahme; ihr Lohn ist vorerst das positive Feedback von den Patienten. Der Patient unterschreibt gemeinsam mit dem Arzt einen Vertrag, der als psychologische Selbstverpflichtung zum Aufhören wirken soll. Leumit hat einen Langzeitanreiz, das

**Krankenkassen
teils auch für
Prävention
zuständig**

**Raucher-
entwöhnung Teil
einer nationalen
Strategie**

**Anreize für
Anbieter,
Patienten,
Versicherer**

Programm zu fördern, denn irgendwann soll es Kosten für die Folgen des Rauchens einsparen.

**Mögliche
Hindernisse**

Bis Sommer 2009 wurde die Verhaltensverschreibung zur Raucherentwöhnung von den Ärzten noch nicht besonders stark genutzt. Deshalb war für das Ende des Jahres ein intensiver Verbreitungsplan angekündigt. Mögliche Hindernisse weiterer Verbreitung sind ein Mangel an Wissen über das neue Instrument und der Eindruck, man habe für so etwas keine Zeit. Um die Einstellung der Ärzte zu ändern und die Nutzung des neuen Instruments zu verbreiten, sind Aus- und Weiterbildung sowie materielle Anreize in der Diskussion. Eine Evaluierung soll Auskunft über die Effektivität geben.

Literatur und Links:

Kitai, Eliezer, Daniel Vardy, Allon Margalit, Jean-Luc Brame, Eran Matz, Nathan Kahan und Revital Gross. Smoking cessation in Leumit Health Fund. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/is/a13/5.

Rosen, Laura, Elliot Rosenberg und Bruce Rosen. Healthy Israel 2020: National Health Targets. *HealthPolicyMonitor*, Mai 2006. www.hpm.org/survey/is/a7/1.

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Lippenbekenntnis oder mehr?

Wer in Europa über Wohlstand verfügt, kann im Durchschnitt mit einem ganzen Jahrzehnt gesunden Lebens länger rechnen als ein Zeitgenosse mit bescheidenerem sozialem Hintergrund (EUROTHINE Projekt 2007). Dass Gesundheit sozial ungleich verteilt ist, ist inzwischen sattsam bekannt, und viele Staaten räumen dem Kampf gegen Ungleichheit schon hohe Priorität ein. Die Beispiele aus diesem Kapitel erinnern indessen schmerzlich daran, dass der Berg der Empörung zwar seit Langem gewaltig kreißt, aber allenfalls einmal eine Maus geboren hat. In Singapur zum Beispiel führt eine kürzliche Reform dazu, dass Wohlhabende, die ohnehin länger gesund leben, jetzt den Armen ganz legal eine Niere abkaufen dürfen (siehe den Bericht zu Singapur, S. 115).

Schon 1980 dokumentierte der sogenannte »schwarze Bericht« in Großbritannien eine Zunahme der Ungleichheit im Gesundheitswesen, und das trotz der Fortschritte des Wohlfahrtsstaates der Nachkriegszeit und seines öffentlich finanzierten, allgemein zugänglichen Systems der Gesundheitsversorgung. Heute sagt man dem Bericht einen weltweit großen Einfluss nach. Er habe gesundheitliche Ungleichheit fast überall in dieser oder jener Form auf die Tagesordnung gesetzt (EUROTHINE Projekt 2007). In den späten 90er Jahren hatten schon viele Länder ihre eigenen Daten zu dem Problem gesammelt und versucht, ungleiche Gesundheitschancen in ihrer Gesellschaft abzubauen (Hogstedt 2008).

In jüngster Zeit hat ein großes europäisches Projekt mit 50 Forschern aus 20 Nationen die Bemühungen zur Besserung von Ungleichheiten untersucht (EUROTHINE Projekt 2007). Es stellte sich heraus, dass Ungleichheit sich von Land zu Land in sehr ver-

**Drei Jahrzehnte
Klagen über
Ungleichheiten**

**Verbesserungen
sind möglich ...**

schiedenen Krankheiten niederschlägt und dass auch die Gesundheitsfaktoren, die von sozialer Ungleichheit herrühren, von Land zu Land sehr unterschiedlich sind. Trotz dieser Schwierigkeit fanden die Forscher, dass effektives Handeln möglich ist. Nur sollte es umfassend, nachhaltig und systematisch sein und sowohl Determinanten auf der Makroebene, wie ungleiche Lebens- und Einkommensverhältnisse, ins Auge fassen als auch solche auf der Meso- und Mikroebene, also beispielsweise Gesundheitsverhalten und genetische Dispositionen.

... wenn wir das
wirklich wollen

Der Forschungsbericht nennt als vielversprechende Ansatzpunkte, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, die Befassung mit gesundheitsbezogenem Verhalten wie Rauchen oder exzessivem Trinken und den gleichen Zugang zu guter Versorgung. Die Forschungsgruppe betont den Wert quantitativer Ziele, um Erfolge messbar zu machen und Ziele klar zu definieren. Gesundheitliche Ungleichheit könne vermindert werden, wenn wir das wirklich wollten, schloss der Bericht optimistisch (EUROTHINE Projekt 2007).

UK: Ein Jahrzehnt
evaluiert

In der Nachfolge zu dem erwähnten Schwarzen Bericht kam 1998 in Großbritannien der Acheson-Bericht mit vielen Empfehlungen gegen gesundheitliche Ungleichheit heraus. Eine soeben veröffentlichte Evaluierung von zehn Jahren des Handelns in Großbritannien fand deutliche Verbesserungen bei der Gesundheit der Gesamtbevölkerung, unterprivilegierte Gruppen eingeschlossen. Aber der Abstand zwischen dem Durchschnitt und denen mit schlechtester Gesundheit hatte sich nicht verkleinert (McDaid 2009). In seinem Vorwort zu dem Bericht erkennt Michael Marmot die Fortschritte an, mahnt aber zugleich, über den Tellerrand des Gesundheitswesens hinauszublicken. Wenn die Gründe für die Ungleichheit bei der Gesundheit gesellschaftlicher, ökonomischer, kultureller und politischer Natur sind, dann müsse das auch für die Lösungen gelten (McDaid 2009). Die britische Regierung hat Marmot eingeladen, den Vorsitz einer Untersuchung zur Einebnung der gesundheitlichen Unterschiede zu übernehmen und nach Lösungen zu suchen (siehe den Bericht zu Großbritannien, S. 117).

Mehr Gesundheit
kann unfaire
Folgen haben

Ein weiteres klassisches Paradoxon der Gesundheitspolitik ist, dass man mit einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit die angestrebte Gleichheit gefährdet. Ein Aufsatz in *Health Affairs*

etwa hat kürzlich ein sehr großes Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention in den USA unter dem Titel »Healthy People 2010« analysiert (Keppel 2007). Wie in Großbritannien verbessern sich auch in den USA für die Allgemeinbevölkerung viele Indikatoren, beispielsweise eine sinkende Mortalität durch Herzkrankheiten, aber die Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen bleiben bestehen. In manchen Fällen wuchs die Ungleichheit sogar bei sich bevölkerungsweit bessernden Indikatoren. Die Autoren folgern, dass das Ziel einer generell besseren Lebensqualität und längeren Lebenserwartung nicht notwendig mit einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit einhergeht – hierfür braucht man gezielte Strategien. Eine solche Strategie sind zum Beispiel in Frankreich die urbanen Gesundheitsnetzwerke, die sich darauf konzentrieren, den am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern (siehe den Bericht zu Frankreich, S. 119).

Systemweite Reformen können sich auf unterschiedliche Gruppen unterschiedlich auswirken und offensichtlich gesundheitliche Unterschiede abschwächen oder verstärken. Eine Untersuchung des Health Evidence Network etwa zu der Frage, wie eine Reform die Chancen der Geschlechter beeinflusst, kam zu dem Schluss, dass mehr Privatversicherung, mehr Zuzahlungen und Privatisierung sich negativ auf die Geschlechtergerechtigkeit auswirken, weil Frauen über weniger Ressourcen verfügen und den größeren Anteil der Patienten stellen (Ostlin 2005). In Südkorea hat die Befürchtung, dass Zuzahlungen die niedrigen Einkommen vergleichsweise stärker belasten, zur Einführung von einkommensabhängigen Schwellen und Deckelungen bei den Zuzahlungen geführt (siehe den Bericht zu Südkorea, S. 122).

Unterdessen hat die schottische Regierung die Effektivität von Eingriffen zur Milderung von sozialen Unterschieden in den ersten Lebensjahren eines Menschen untersucht (Hallam 2008). Es stellte sich heraus, dass auch sonst durchaus effektive Gesundheitsprogramme den am stärksten benachteiligten Gruppen wenig oder nichts bringen. Der Bericht kommt zu dem Schluss, es genüge möglicherweise nicht, verarmte Regionen zum Zielgebiet für Programme zu besserer Kindererziehung im ersten Lebensjahr zu machen. Man solle sich vielmehr innerhalb der ver-

Gesundheitsreformen wirken unterschiedlich

Die Zielgruppe auch einbeziehen

armten Gebiete gezielt die am stärksten benachteiligten Familien herauszusuchen. Diese sollten dann Objekt innovativer Eingriffe sein, vermittelt zum Beispiel über Mütter, die selbst in den Zielgruppen leben. Mütter trauen anderen Müttern eben mehr, so der Bericht (Hallam 2008).

Literatur und Links:

EUROTHINE Projekt. Abschlussbericht. *Tackling health inequalities in Europe – an integrated approach*. Rotterdam: Erasmus Medical Center 2007. ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf.

Hallam, Angela. *The Effectiveness of Interventions to Address Health Inequalities in the Early Years: A Review of Relevant Literature*. Edinburgh: Scottish Government 2008. www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/231209/0063075.pdf.

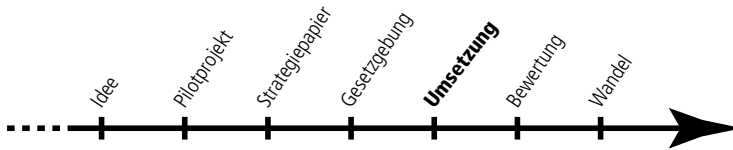
Hogstedt, Christer et al. (Hrsg.). *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Swedish National Institute of Public Health 2008. www.fhi.se/PageFiles/4171/R200821_Health_for_all_komp0809.pdf.

Keppel, Kenneth. Improving population health and reducing health care disparities. *Health Affairs* 26 (5) 2007. 1281–1292.

McDaid, David. *Tackling Health Inequalities: ten years on. A review of developments in tackling health inequalities in England over the last ten years*. London 2009. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098936.

Östlin, Pirooska. *What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health?* Health Evidence Network Report. Kopenhagen: WHO Regionalbüro Europa 2005. www.euro.who.int/Document/E87674.pdf.

Singapur: Legaler Handel mit menschlichen Organen?



Was immer illegal war und vor Kurzem vielen noch unvorstellbar schien, wird in Singapur jetzt Wirklichkeit: Nach einer Gesetzesänderung ist es künftig erlaubt, Menschen für die direkten und indirekten Aufwendungen bei der Spende eines Körperorgans zu »entschädigen«. Noch ist nicht klar, welche Beträge erlaubt sein sollen, obwohl in der Öffentlichkeit schon von sechsstelligen Beträgen die Rede ist. Die Regierung argumentiert, die Reform ermögliche Organspendern ordentliche Vergütung. Kritiker halten das Gesetz für den Startschuss für legalen Organhandel und sogar Transplantationstourismus in Singapur.

Unbefriedigte Nachfrage nach Nieren ist eine der Triebkräfte hinter der Gesetzesänderung in Singapur. Eine wichtige Entwicklung fand 2004 statt, als die Regierung erstmals die Spende von Organen durch lebende Menschen erlaubte. Der Spender musste mit dem Empfänger verwandt sein; emotionaler Zwang oder finanzielle Motive mussten ausgeschlossen sein. 2008 dann begann eine Debatte über weitere Liberalisierung, ausgelöst zum Teil durch einen prominenten Fall von Nierenverkauf eines Spenders aus Indonesien an einen reichen Geschäftsmann aus Singapur. Es folgte 2009 das »Entschädigungsgesetz«.

Obwohl Organhandel illegal bleibt, herrscht doch die Befürchtung, dass die Freigabe von »Entschädigung« es wohlhabenderen Menschen ermöglichen wird, sich von Ärmeren Organe zu kaufen und so einen Handel, der derzeit nur auf dem Schwarzmarkt stattfindet, zur gesellschaftlichen Normalität zu machen. Wichtig ist dabei, dass der Gesundheitsminister seine Haltung zum Organhandel über die Jahre für alle sichtbar revidiert hat – von moralischer Verdammung zu völliger Offenheit. Jetzt sagt der Minister, die Option sei es wert, beobachtet zu werden. Die Gerechtigkeit, so wird der Minister zitiert, gewinne dabei: indem die Reichen die Armen für die Überlassung von Organen immerhin anständig bezahlen, fände eine Art Umverteilung statt.



Große Nachfrage nach Nieren

Löst Legalisierung den Schwarzhandel mit Organen ab?

**Haltung der
Ärzeschaft
aufgeweicht**

In die Debatte des Jahres 2008 griff der Ärzteverband von Singapur mit klar ablehnenden Stellungnahmen ein: Spender seien fast immer hoffnungslos arm und leicht zu missbrauchen, in die Irre zu führen und auszubeuten; überdies gingen sie mit einer Spende erhebliche Kurz- und Langzeitriskien ein. Allerdings weichte die Ärzteschaft ihre Haltung später auf. Gegen die jetzige Gesetzesänderung tritt sie nicht mehr auf.

**Singapur,
Hauptstadt des
Transplantations-
tourismus?**

Eine Befürchtung ist, dass Singapur nun auf einer schiefen Ebene zur »Hauptstadt des Transplantationstourismus« abrutschen könnte. Während der parlamentarischen Debatte hatte die Regierung argumentiert, das Gesetz solle aus Fairnessgründen für In- und für Ausländer gelten, was die Tür zu Organspenden aus der ganzen Welt aufmacht. Später allerdings erläuterte der Minister seine Position und sagte, bei der Umsetzung würden nur Staatsbürger von Singapur entschädigt. An Ausländer dürften erst Entschädigungen gezahlt werden, wenn das »Vertrauen« in das neue Modell gewachsen sei.

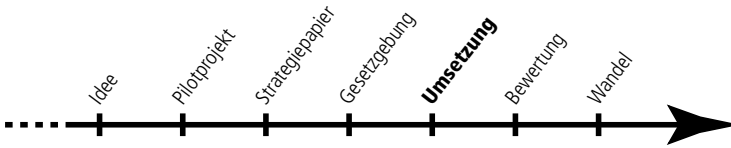
**Wann ist eine
Entschädigung
ein Anreiz?**

Eine der drängendsten Fragen rund um das neue Gesetz ist vielleicht nur eine rhetorische: Wann wird Entschädigung zum Anreiz? Viel Zuversicht und Vertrauen ruhen auf den Transplantationskomitees der Krankenhäuser, die die Frage ethisch beantworten müssen. Dabei haben sie jedoch keine Befugnis, Recherchen anzustellen und herauszufinden, zu welchem Grad der Spender unter Zwang steht, finanziell motiviert ist oder emotional erpresst wird. Trotzdem hat das nationale medizinische Ethik-Komitee von Singapur die Gesetzesänderung, die finanzielle »Entschädigung« möglich macht, durchgewinkt. Das Komitee stellte fest, bei der Entschädigung handele es sich nicht um eine Bezahlung. Das Gesetz beseitige vielmehr eine Ungerechtigkeit, da Spender nach dem Verlust eines Organs ja ein höheres Gesundheitsrisiko hätten und ihnen damit hohe Gesundheitsausgaben in der Zukunft drohten.

Literatur und Links:

Lim, Meng Kin. Reimbursement of living organ donors. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/sg/a13/3.

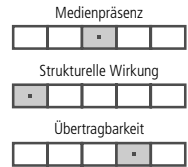
Großbritannien: Neustart für den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheit



Zwar konnte man in der britischen Regierung neuerdings auch hören, dass das Ziel einer egalitären Gesellschaft heute verzichtbar sei (Wintour 2009). Dennoch bleibt der Anspruch, gesundheitliche Unterschiede zu reduzieren, offiziell in Kraft – auch wenn er schwer zu erfüllen ist. Eine kürzliche Untersuchung von zehn Jahren Gesundheitspolitik stieß in der Frage der Ungleichheit auf wenig Fortschritt, und das obwohl sich die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung gebessert hatte (McDaid 2009). Zwischen 1995 und 2005 stieg die Lebenserwartung im Durchschnitt um 3,1 Jahre bei Männern und 2,1 Jahre bei Frauen; in strukturschwachen Gebieten lagen die Werte bei 2,9 Jahren für Männer und 1,9 Jahren für Frauen. Die Kindersterblichkeit sank überall im gleichen Maße, was zur Folge hatte, dass sich auch an der sozialen Disparität bei diesem Schlüsselindikator in zehn Jahren nichts geändert hat.

Angesichts ihres Versagens bei dem Versuch, tief eingewurzelte Ungleichheit beim Gesundheitsstatus endlich in Bewegung zu bringen, hat die Regierung Michael Marmot mit einer neuen Untersuchung beauftragt, wie man endlich zu echten Fortschritten kommen könnte. Marmot war Vorsitzender der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit, die mit ihrem Bericht 2008 das weltweite Interesse auf gesundheitliche Ungleichheit und soziale Ungerechtigkeit lenkte. Seine neue Untersuchung soll erarbeiten, wie man die Empfehlungen des WHO-Berichts in Großbritannien umsetzen könnte, unter Einbeziehung lokaler und landesweiter Interessengruppen.

Der politische Hintergrund der neuen Untersuchung ist der Kampf der langjährigen Labour-Regierung um das politische Überleben. Premier Gordon Brown wird als etwas weiter links stehend wahrgenommen als sein Vorgänger Tony Blair und ver-



Die neue Marmot-Untersuchung

Eine Regierung im Kampf ums Überleben

anlasst die Regierung deshalb vielleicht, gesundheitliche Unterschiede ein wenig ernster zu nehmen. Ob und wie die Ergebnisse der Marmot-Kommission politische Konsequenzen nach sich ziehen, ist angesichts des Wahltermins 2010 unklar. Eine mögliche konservative Regierung könnte zögerlicher bei der Umsetzung der Ergebnisse sein.

**Knappe Mittel –
bei starker
Rhetorik**

Obwohl sie sich so besorgt gibt, hat die gegenwärtige Regierung zur Finanzierung von Maßnahmen gegen gesundheitliche Ungleichheit nur kleine Summen bereitgestellt. Ende 2008 zum Beispiel kündigte sie eine neue Finanzierung an, um die Gesundheit von Menschen in strukturschwachen Gebieten zu fördern. Das Geld sollte etwa in lokale Initiativen für bessere Kindererziehung und gesundes Essen in mehr als 80 Gemeinden fließen und überdies noch reichen, um auch die Kompetenz der Gemeindeverwaltungen in der Angelegenheit zu steigern. Gewährt wurden 13,5 Millionen Pfund, umgerechnet 15,3 Millionen Euro.

**Schrittmacher-
programm für
verarmte Gebiete**

Gleichzeitig verkündete die Regierung, sie werde ein bestehendes Programm mit dem Namen »Pacesetter« (Schrittmacher) ausweiten. 2007 erstmalig eingeführt, soll das Programm Gesundheit und Wohlbefinden in verarmten Gebieten verbessern. Ein Beispiel für Initiativen sind etwa Einsätze für bessere Raten beim Brustkrebs-Screening. Dem Gesundheitsministerium zufolge zeigte das Programm bereits erste Erfolge. Das neue, ausgeweitete Programm richtet sich jetzt an Familien, die von ernststen chronischen Erkrankungen betroffen sind, etwa Krebs und Herzkrankheit.

**Parlament verlangt
bessere
Evaluierung**

Der vorgebliche Erfolg des Pacesetter-Programms sollte aber mit Vorsicht betrachtet werden, denn von einer gründlichen, kontrollierten Evaluierung kann keine Rede sein. Tatsächlich hat der Mangel an gründlicher Evaluierung bereits politische Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Ein parlamentarischer Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten von Anfang 2009 kommt zu dem Schluss, dass die Anstrengungen der Regierung durch den Mangel an sachgerechter Evaluierung konterkariert werden (House of Commons Health Committee 2009).

Literatur und Links:

Oliver, Adam. Recent developments in health inequalities policy. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/uk/a13/5.

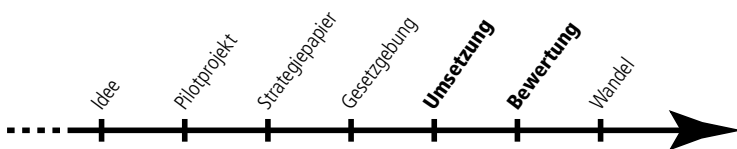
House of Commons Health Committee. *Health Inequalities*. London: The Stationery Office 2009.

Oliver, Adam. Recent developments in health inequalities policy. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/uk/a13/5.

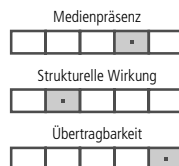
McDaid, David. *Tackling Health Inequalities: ten years on. A review of developments in tackling health inequalities in England over the last ten years*. London 2009. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098936.

Wintour, Patrick. 1960s ideal of equality is now redundant, says senior minister. *The Guardian*, 1. Juli 2009. S. 7.

Frankreich: Urbane Gesundheitsnetzwerke für gerechte Gesundheitschancen



Die inzwischen 300 »urbanen Gesundheitsnetzwerke« sind so etwas wie Ikonen der städtischen Kommunalpolitik in Frankreich. Die Netzwerke von Gesundheits- und Sozialakteuren haben zum Ziel, den Bewohnern von armen Stadtvierteln sowohl den Zugang zum Gesundheitswesen zu erleichtern als auch ihr allgemeines Wohlbefinden zu steigern. So sollen die Ungleichheiten im Gesundheitszustand, die in Frankreich besonders ausgeprägt sind, vermindert werden. Ziel ist zunächst, die Gemeinden selbst dazu zu bringen, Probleme und mögliche Lösungen auszuma-



chen und präventive und kurative Dienste zu integrieren. Obwohl populär, leiden die Netzwerke permanent an unangemessener und unsicherer Finanzierung.

**Netzwerke werden
allmählich stärker**

Die gegenwärtige Version der Netzwerke hat ihre Wurzeln in den 90er Jahren; ins Leben gerufen wurden sie offiziell mit einem Regierungserlass des Jahres 2000. Pilotversuche nahmen in verschiedenen Gebieten 2001 ihren Ausgang, und nach positiver Evaluierung kam 2003 offiziell der Startschuss. Die Netzwerke breiteten sich rasch in andere Gebiete Frankreichs aus. Ein weiterer Erlass 2006 konsolidierte den gesetzlichen und finanziellen Rahmen. Um die Mitte der 2000er Jahre formulierte die Regierung das Ziel von 300 solchen urbanen Netzwerken in armen Stadtvierteln. Es wurde erreicht. Besorgnis herrscht noch immer wegen der unsicheren Natur der Finanzierung, die vorwiegend vom Staat kommt.

**Bedarf feststellen,
Leute beteiligen**

Nach dem Gesetz haben die »urbanen Gesundheitsnetzwerke« folgende Hauptziele:

- den örtlichen Gesundheitsbedarf und die ortstypischen Risikofaktoren zu ermitteln;
- die verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen zu mobilisieren und zu medizinisch-sozialen Netzwerken zusammenzufassen;
- sicherzustellen, dass alle Bedürftigen Zugang zu medizinischen Diensten haben;
- in allen Phasen des Projekts auf die aktive Beteiligung der örtlichen Bevölkerung zu achten, so bei der Feststellung des Bedarfs, der Festlegung von Prioritäten, beim Aufstellen von Plänen und bei deren Evaluierung.

Gerade dieser partizipative Zugang gilt als ganz entscheidend.

**Mehr als 750
benachteiligte
Viertel**

Die meisten sogenannten benachteiligten Viertel sind Sozialwohnungssiedlungen, wo Einkommen und Bildungsniveau niedrig sind und die Arbeitslosigkeit hoch. Sie werden offiziell als soziale Brennpunkte eingestuft. In ganz Frankreich gibt es 750 davon, und ihre gesamte Einwohnerzahl liegt bei 4,5 Millionen. Mehr als ein Viertel davon liegt in der Banlieue von Paris. Die wiederholte Erkenntnis, dass landesweite Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit in diesen Gegenden keine Erfolge zeigten, bereitete den Weg für die integrierten, dezentralen Netzwerke.

Ein Beispiel dafür, wie die Projekte funktionieren, lässt sich in Toulouse studieren. Das dortige Netzwerk machte als Problem aus, dass ältere Einwanderer oft nicht den Weg in die Gesundheitsversorgung finden, und legte eine Informationskampagne für sie auf. Um die Hauskrankenpflege für Ältere besser und effizienter zu machen, veranstaltete es einen Weiterbildungskurs für Krankenschwestern und erstellte und verteilte eine Liste von Anbietern vor Ort. Gegen die steigende Zahl stark übergewichtiger Einwohner wurden lokale Aktionen organisiert, zum Beispiel Picknicks, Kochkurse und Sportaktivitäten. Allerdings gibt es bei diesem wie auch anderen Netzwerken wenig harte Daten darüber, wie effektiv sie sich auf die Gesundheitsstatistik auswirken und ob sie soziale Ungleichheiten bei der Gesundheit in Frankreich wirklich verringern.

**Toulouse: Hilfe für
ältere Einwanderer**

Begleitend zu Evaluierungen auf der nationalen Ebene werden Evaluierungen auf lokaler Ebene durchgeführt, die die Mitarbeiter vor Ort mit einbinden. Ein offizieller Bericht über die Resultate aller urbanen Gesundheitsnetzwerke befand 2007, dass die Netzwerke trotz großer Unterschiede gute Erfolge bei der Verbesserung von Angeboten für die lokale Bevölkerung vorweisen konnten. Im Allgemeinen hatten die Beteiligten – vielleicht nicht so überraschend – den Eindruck, dass die Netzwerke einen in seiner Art einzigartigen Beitrag leisteten. Sehr geschätzt wird auch der partizipative Zugang, und in manchen Fällen wurden auch regionale Public-Health-Programme von lokalen Problem-diagnosen und daraus folgenden Prioritäten beeinflusst.

**Evaluierung deutet
Erfolge an**

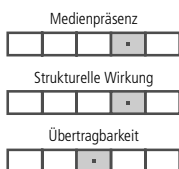
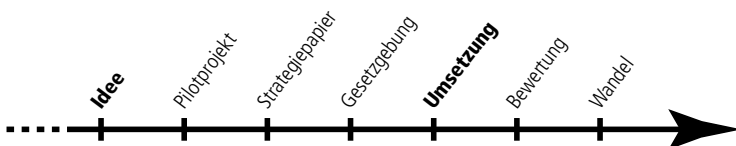
Trotz der allgemein positiven Einschätzung und trotz der allgemeinen Akzeptanz von Zusammenarbeit und Integration gibt es keinen Rahmen, in dem die Netzwerke ihre Ergebnisse präsentieren und ihre Aktionen miteinander vergleichen könnten. Obwohl es jetzt viel Material gibt, lässt sich ein irgendwie zusammenfassendes Ergebnis der Evaluierung nur schwer formulieren. Es gibt kaum quantifizierbare Ergebnisse. Kontinuierliche Evaluierung wird zwar als wertvoll angesehen, besonders wenn es um die Vorbereitung künftiger Initiativen geht. Die zentrale Unterstützung dafür ist aber offenbar schwach.

**Wenig
Quantifizierbares
evaluiert**

Literatur und Links:

Or, Zeynep, und Véronique Lucas. Urban Health Networks. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/fr/a13/3.

Südkorea: Differenzierte Deckelung für Zuzahlungen



Um das Gesundheitswesen gerechter zu machen, hat die Regierung in Südkorea entschieden, für die steigenden Zuzahlungen je nach Einkommen eine Deckelung einzuführen. Ziel der neuen Politik ist, die finanzielle Belastung für Geringverdiener zu mindern und katastrophale finanzielle Folgen einer schweren Erkrankung für die betroffenen Familien abzumildern. Die neuen Zuzahlungsgrenzen sind eine Reaktion darauf, dass der bisherige einheitliche Höchstbetrag für alle die Ärmern relativ viel stärker belastete als die Bessergestellten.

Erste Deckelung schon 2004

Schon 2004 führte die Regierung für Zuzahlungen eine Deckelung in Höhe von 2.000 US-Dollar über sechs Monate ein, schon damals mit dem Ziel, die finanzielle Belastung von Patienten in Grenzen zu halten. Gleich schon regte sich Kritik: Die Auswirkungen dieser Deckelung auf finanziell schwache Haushalte mit hohen Gesundheitskosten seien gering. Deshalb wurde 2009 schließlich ein neues System eingeführt, das das individuelle Einkommen berücksichtigt.

Drei neue Deckelungen 2009

Aufbauend auf Forschungen der nationalen Krankenversicherung beschloss das Gesundheits- und Sozialministerium unterschiedliche Deckelungen auf drei verschiedenen Einkommensniveaus. Festgesetzt wurden die Höchstgrenzen für Zuzahlungen auf

- 4.000 US-Dollar pro Jahr für die 20 Prozent der Versicherten mit höherem Einkommen,
- 3.000 US-Dollar pro Jahr für die 30 Prozent mit mittlerem Einkommen und
- 2.000 US-Dollar für die ärmere Hälfte der Versicherten.

Die Reform wurde von den verschiedensten Akteuren begrüßt und stark unterstützt von der Regierung, Versorgungsforschern und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Aus der Sicht der Unterstützer sind die unterschiedlichen Deckelungen ein legitimer Weg zu finanziellem Risikoschutz und zur Dämpfung katastrophaler Krankheitsfolgen. Der vorherige, einheitliche Deckel wird als ungerecht angesehen. Ein Problem der Zukunft könnte werden, wie genau man die Zahlungsfähigkeit mancher Versicherter misst, besonders der Selbstständigen.

**Allgemeine
Zustimmung**

Literatur und Links:

Kwon, Soonman. Differential Ceiling on Out-of-pocket Payments. *HealthPolicyMonitor*, April 2009. www.hpm.org/survey/kr/a13/2.

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten in dem Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus inzwischen 20 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten.

Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik mit halbjährlichen Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewegt und bewährt hat – und was nicht, zu verringern.

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
Estland	PRAXIS, Center for Policy Studies, Tallinn
Finnland	National Institute for Health and Welfare (THL), 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	Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University, Kyoto
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ), Faculty of Health Sciences, University of Maastricht
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Polen	Institute of Public Health, Faculty of Healthcare, Medical College, Jagiellonian University, Krakau
Schweiz	Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Epidemiology and Public Health, National University of Singapore (NUS)
Slowenien	Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana
Spanien	CAPSE – Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample Universitat de Barcelona
Südkorea	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
USA	Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore; Center for Health, Culture and Society, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta

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:

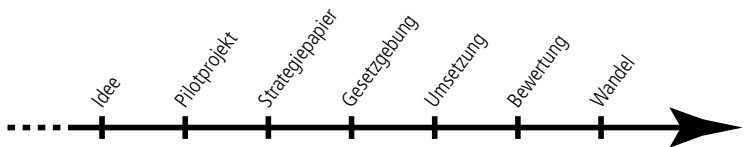
- Bedeutung und Reichweite
- Auswirkung auf den Status quo
- Innovationsgrad (im nationalen und internationalen Vergleich)
- Medienpräsenz/öffentliche Aufmerksamkeit.

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 Berichterstat-ter 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 Abschlussequalierung 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: Medienpräsenz, strukturelle Wirkung 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

Ein Projektteam der Bertelsmann Stiftung, die das Netzwerk 2002 ins Leben gerufen hat, organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen und entwickelte, mit Unterstützung des Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, den halbstandardisierten Fragebogen.

Sämtliche Publikationen und Reformberichte können auf der Website des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik, www.healthpolicymonitor.org, recherchiert und eingesehen werden. 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 Stiftung wieder.

Reformverzeichnis nach Ländern

Land, Thema, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Arzneimittelpolitik

Reform der Arzneimittelbewertung wegen Freihandelsabkommen mit den USA;

V, 50

Preisreform schafft zwei Klassen von Arzneimitteln; X, 114

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation von HealthConnect; VI, 24

Einführung von HTA auf lokaler Ebene; XI, 63

Pharmaindustrie soll Kosten-Nutzen-Analysen zahlen; XII, 50

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

Maßnahmen gegen langjährige Fehlsteuerungen in der Personalplanung;

VII/VIII, 177

Finanzierung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Produktausweitung der privaten Krankenversicherung; VII/VIII, 86

Zurück zu öffentlicher Finanzierung zahnärztlicher Versorgung; IX, 84

Informationstechnologien

Health Connect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Integrierte Versorgung

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

Change Management für Hausärzte; III, 32

Chronic Care Collaboratives; VI, 49

Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Krankenhausversorgung
Krankenhausreform in nur einem Bundesstaat; XIII, 92

Psychische Gesundheit
»beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression; IV, 18
Psychotherapie wird erstattet; IX, 54

Public Health und Prävention
Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77
Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahren; VII/VIII, 213
Bundesstaaten zahlen freiwillig für Public Health; IX, 108
Mehr Information soll Zahl der Kaiserschnitte reduzieren; XI, 73
Alkopop-Steuer gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen; XII, 27

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Schutz für jeden, der einen Fehler aufdeckt; X, 101

Vergütung
Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Dänemark

Alternde Gesellschaft
Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik
Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Evaluation im Gesundheitswesen
Evaluation des DRG-Systems; VI, 37

Finanzierung
Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Informationstechnologien
Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62
Einführung der elektronischen Patientenakte in Krankenhäusern verzögert sich;
VI, 73

Krankenhausreform
Konkurrenz für öffentliche Krankenhäuser; X, 130
Krankenhausprivatisierung und Langzeitreform; XIII, 88

Organisationsreform
Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung – Krankenhäuser,
Landkreise und Anreizsysteme; I, 23
Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47
Verwaltungs- und Krankenhausreform unter Dach und Fach; IV, 84

Patientenorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

Primärversorgung

Allgemeinmedizin wird aufgewertet; XI, 18

Das Chronic-Care-Modell wird importiert; XI, 47

Public Health und Prävention

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

Längere Lebenserwartung durch Prävention; XIII, 101

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Keine Wartezeiten und bessere Versorgung für Krebspatienten; X, 60

Weiterentwicklung der Leistungsmessung; XI, 70

Das nationale Indikatoren-Projekt; XII, 109

Estland

Finanzierung

Finanzkrise führt zu Einschnitten im Gesundheitswesen; XIII, 23

Informationstechnologien

Nationales Gesundheitsinformationssystem; VI, 75

Nationales Gesundheitsinformationssystem startet; XI, 97

Patientenorientierung und Partizipation

Hausarzt-Hotline 24 / 7; VII/VIII, 122

Primärversorgung

Neue Zentren übernehmen Primärversorgung; XI, 25

Public Health und Prävention

Krankenkasse wird vom Payer zum Player; XII, 63

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Krankenhäuser nehmen am Path-Programm der WHO teil; X, 91

Vergütung

Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten; XII, 30

Zugang zum Gesundheitssystem

Zahntourismus und EU-Steuern verteuern Zahnversorgung; IX, 89

Finnland

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82
Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56
Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112
Raucherkaugummi einzig sichtbarer Erfolg der Arzneimittelreform; X, 117

Evaluation im Gesundheitswesen

Mehr Kooperation bei Beurteilung medizinischer Methoden; XI, 67

Finanzierung

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70
Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20
Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37
Kaum Nachfrage nach Versorgungsgutscheinen; X, 134
Stetig steigende Zuzahlungen für Patienten; XII, 42

Informationstechnologien

Patient bleibt Herr seiner Daten; IX, 113

Krankenhausreform

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Organisationsreform

Das Kainuu-Experiment; III, 48
Gemeindeverbände übernehmen Primärversorgung; IX, 71

Politikstrategien

Entwicklungsplan für Wohlstand und Gesundheit; XI, 88

Primärversorgung

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117
Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch; VII/VIII, 41
Neuordnung der kommunalen Dienstleitungen; XI, 22

Public Health und Prävention

Senkung der Alkoholsteuer als Folge des EU-Beitritts; V, 102
Rauchverbot in Kneipen und Restaurants; VII/VIII, 230
Mit neuem Aktionsplan zu gerechteren Gesundheitschancen; XII, 90
Schärfere Antitabakgesetze; XIII, 106

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung; I, 30
Krankenhausbewertung für höhere Kosten-Effektivität; VII/VIII, 133

Zugang zum Gesundheitssystem

Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene; VII/VIII, 78
Weniger Wartezeiten, besserer Zugang; XII, 87

Frankreich

Alternde Gesellschaft

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38
Altenpflege als »fünfte Säule« der Sozialversicherung; X, 18

Arzneimittelpolitik

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47
Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluierung des Krebsplans zeigt Schwächen auf; XIII, 68

Fachkräfteentwicklung

Ärztemangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94
Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel; VII/VIII, 175
Pflegerkräfte werden aufgewertet und besser verteilt; X, 132
Nationale Empfehlungen für einen Fachkräftemix; XI, 38
Niederlassung von Pflegekräften steuern, um Zugang zu verbessern; XII, 94

Finanzierung

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67
»Schutzschild« gegen zu hohe Zuzahlungen; X, 75
Steuererhöhungen für private Krankenversicherer; XII, 39

Integrierte Versorgung

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Informationstechnologien

Elektronische Arzneimittelakte für Patienten; XI, 81

Krankenhausreform

»Hôpital 2007«; V, 37
Krankenhausreform mit Nebenwirkungen; IX, 73
Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene; XII, 60

Medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40
Public-Health-Gesetz mit vielen Gesundheitszielen; III, 38
Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82
Jugendliche auch bei Gratisversorgung schwer erreichbar; IX, 86
Urbane Gesundheitsnetzwerke für gerechte Gesundheitschancen; XIII, 119

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen; VII/VIII, 130

Vergütung
Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72
Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen; V, 40

Zugang zum Gesundheitssystem
Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80
Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28 und VII/VIII, 113

Großbritannien

Alternde Gesellschaft
Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25
Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik
Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52
Arzneimittelpreise sollen sich am Wert orientieren; X, 110

Bedarfsorientierte Versorgung
Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51
Das 12. NICE Arbeitsprogramm: Bewertung von Public-Health-Programmen und neuen Technologien; VII/VIII, 54

Fachkräfteentwicklung
Hausärzte und Gesundheitserzieher für unterversorgte Regionen; VI, 102

Finanzierung
Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens; I, 21
Stärkung des privaten Sektors; I, 22

Integrierte Versorgung
Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28
Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

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

Patientenorientierung und Partizipation
Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Organisationsreform
10 Jahre Labour-Gesundheitsreformen – Mehr Markt, mehr Wahl; VII/VIII, 37

Primärversorgung
Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47
Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51

Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit; VII/VIII, 122
Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung; XI, 24

Psychische Gesundheit

Angebotsvielfalt für psychisch Kranke; IX, 51

Public Health und Prävention

Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien; III, 39
Nationales Screeningprogramm für Darmkrebs; V, 89
Kosten-Nutzen-Bewertung von Public-Health-Maßnahmen; XII, 20
Geld für gesundheitsbewusstes Verhalten; XII, 24
Gesünderes Verhalten wird gefördert; XIII, 103
Neustart für den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheit; XIII, 117

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

NHS Foundation Trusts; IV, 59

Vergütung

Neues Vergütungssystem für Zahnärzte; VII/VIII, 181

Zugang zum Gesundheitssystem

Zähneknirschende Patienten; IV, 42
Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten; VI, 115

Israel

Alternde Gesellschaft

Informationsbroschüre zur Pflegeversicherung kommt mit der Zeitung;
VII/VIII, 126
Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere; VII/VIII, 152
Pflegeleistungen werden ausgeschrieben; X, 29

Evaluation im Gesundheitswesen

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Fachkräfteentwicklung

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Informationstechnologie

Institutionsübergreifende elektronische Patientenakte; VI, 71
E-Learning für Ärzte zum Thema Frauengesundheit; VII/VIII, 64

Integrierte Versorgung

Ein Duo ersetzt den allein praktizierenden Arzt; X, 39

Organisationsreform

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66
Eine fünfte Krankenkasse für wechselnde Zwecke; X, 83

Palliative Versorgung

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112

Große Nachfrage nach Kursen in Palliativversorgung; IX, 115

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Aufsuchende Primärversorgung bringt mehr Qualität; XIII, 72

Psychische Gesundheit

Behandlung von psychischen Störungen in der Primärversorgung; VII/VIII, 60

Tauziehen um Psychiatrie-Ambulanzen; IX, 47

Public Health und Prävention

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84

Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention; VII/VIII, 222

Rauchen aufhören mit dem Computer; XIII, 108

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Private Spender finanzieren Zuzahlungen für Chroniker; XII, 96

Japan

Alternde Gesellschaft

Pflegestützpunkte als Pflichtleistung; X, 25

Fachkräfteentwicklung

Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte; VII/VIII, 169

Finanzierung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen; VII/VIII, 80

Dezentrale Beiträge und ein neues Versicherungssystem für Hochaltrige; X, 79

Integrierte Versorgung

Aktionsplan gegen den Krebs soll Versorgung besser integrieren; X, 57

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Patientenorientierung und Partizipation

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Primärversorgung

»Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?; XI, 41

Public Health und Prävention

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

Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung; V, 91

Kanada

Fachkräfteentwicklung

Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96

Personalmangel im Gesundheitswesen erzwingt neue Maßnahmen; VII/VIII, 172

Finanzierung

Allheilmittel Privatisierung?; XII, 44

Integrierte Versorgung

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54

PRISMA – integrierte Versorgung für Ältere; XII, 124

Evaluierung legt mehr integrierte Versorgung nahe; XIII, 58

Krankenhausreform

Kürzere Wartezeit in der Notaufnahme; XIII, 81

Nutzerorientierung und Partizipation

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III, 25

Visionen für das Gesundheitswesen der Zukunft; IX, 34

Psychische Gesundheit

Nationale Strategie für psychische Gesundheit; VII/VIII, 57

Public Health und Prävention

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27

Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Institut für Patientensicherheit; V, 69

Gesundheitsrat gibt Qualitätsempfehlungen; X, 94

Zugang zum Gesundheitssystem

Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung? IV, 39

Neuseeland

Alternde Gesellschaft

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

Aging in Place – Projekte und Evaluation; VII/VIII, 146

Arzneimittelpolitik

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

Weiterhin uneingeschränkte Werbung bei Arzneimitteln?; VII/VIII, 205

Evaluation im Gesundheitswesen

Auf dem Weg zur Gesundheitsfolgenabschätzung; IX, 37

Fachkräfteentwicklung

Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung; VII/VIII, 165

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Finanzierung

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Informationstechnologien

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes; VI, 82

Krankenhausreform

Maximal sechs Stunden in der Notaufnahme; XIII, 83

Organisationsreform

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Primärversorgung

Primary-Health-Organisationen; I, 41

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Positive Erfahrungen mit »Primary Care Nursing«; XI, 36

Primärversorgungsreform wertet Pflegekräfte auf; XIII, 62

Psychische Gesundheit

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Nationaler Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87

100 Prozent rauchfrei; V, 108

Let's beat Diabetes; VII/VIII, 215

Suizid-Präventionsstrategie 2006–2016; VII/VIII, 217

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Droht gesundheitliche Ungleichheit? Das Health Equity Assessment Tool;

XII, 102

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

Qualitätsparameter orientiert am Patienten; X, 92

Nationales Programm für mehr Qualität in der Krankenhausversorgung; XII, 116

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen;
VII/VIII, 141

Fachkräfteentwicklung

»Nurse practitioners«; II, 78

Nurse Practitioners als Teil des Gesundheitssystems; XII, 133

Finanzierung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Krankenversicherungsreform; VI, 107

Gesundheitsreform 2006 – Was lange währt, wird endlich gut oder
gezielte Salami-Taktik?; VII/VIII, 23

Krankenversicherungssystem 2006 – erste Ergebnisse; IX, 16

Erste Ergebnisse des »gesteuerten Wettbewerbs«; XIII, 41

Patientenorientierung und Partizipation

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

Patientenerfahrungen fließen in Qualitätsportal ein; XI, 77

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Schneller ist nicht immer besser; X, 98

Zugang zum Gesundheitssystem

Zahl der unabhängigen Behandlungszentren steigt; XI, 94

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Turbulente Debatte um 24-Stunden-Pflege; X, 21

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Erstattungskodex dämpft Anstieg der Arzneimittelausgaben; XI, 100

Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt; XII, 114

Finanzierung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Die Krise als Chance; XIII, 26

Informationstechnologien

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Organisationsreform

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

»Strukturplan Gesundheit« stärkt die Länder; VII/VIII, 31

Mit Länderinitiativen zu mehr Koordination und Bürgernähe; IX, 28

Patientenorientierung

Gesetz zum Schutz des eigenen Willens; VII/VIII, 128

Primärversorgung

Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren; XI, 28

Public Health und Prävention

Preispolitik, Rauchverbot und Telefon-Hotline zur Reduktion des Tabakkonsums;

VII/VIII, 232

Polen

Arzneimittelpolitik

Mehr Transparenz bei der Arzneimittelvergütung; VII/VIII, 198

Arzneimittelpolitik im Scheinwerferlicht; X, 112

Evaluation im Gesundheitswesen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30

Herausforderung HTA; XI, 61

Krankenhausreform

200 Krankenhäuser sollen aufgegeben werden; IX, 64

Turbulenter Streit um die »Privatisierung« von Krankenhäusern; XIII, 90

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Evaluation im Gesundheitswesen

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Finanzierung

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

Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämienystem; V, 33

Informationstechnologie

Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin; VI, 68
Nationale eHealth-Strategie startet mit eCard; XI, 91

Krankenhausreform

Auf dem Weg zu einem nationalen Krankenhauswesen; IX, 67

Organisationsreform

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52
Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72
Ambulante Versorgung nach 2009 – quo vadis?; XII, 57

Public Health und Prävention

Präventionsgesetz soll für Transparenz und Gleichheit sorgen; VII/VIII, 219
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Singapur

Alternde Gesellschaft

Integration stationärer Leistungen von Akutversorgung bis Reha; VII/VIII, 144

Fachkräfteentwicklung

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Finanzierung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18
Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield; I, 19
Finanzierung ambulanter Disease Management Programme; VII/VIII, 111
Medisave muss nachsteuern; IX, 100
Das teuerste Gesundheitswesen ist gerade gut genug; X, 127

Informationstechnologien

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116
Outsourcing von Röntgenbefundnahme nach Indien; VII, 183

Integrierte Versorgung

Ambulante DMPs für chronisch Kranke; VII/VIII, 68
Disease-Management-Programm für Chroniker erfolgreich; XI, 50

Medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68
Legaler Handel mit menschlichen Organen?; XIII, 115

Organisationsreform

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

Patientenorientierung und Partizipation

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Vergütung
Arzthonorare werden wieder reguliert; XIII, 46

Zugang zum Gesundheitssystem
Reform der Hochrisikoversicherung Medishield; VII/VIII, 84

Slowenien

Evaluation im Gesundheitswesen
Erste Schritte zum Health Technology Assessment (HTA); XI, 58

Fachkräfteentwicklung
Unabhängige Fachärzte; VI, 100
Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern; VII/VIII, 179

Finanzierung
Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen; VII/VIII, 116
Pflegeversicherung steht vor der Tür; IX, 105

Psychische Gesundheit
Mehr Rechte für psychisch Kranke; XII, 77

Spanien

Alternde Gesellschaft
Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung; II, 23
Nationale Pflegeversicherung; VII/VIII, 107

Arzneimittelpolitik
Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56
Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem; V, 58
Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs; VII/VIII, 196
Reform scheitert an der Pharma-Industrie; X, 119

Finanzierung
Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Informationstechnologien
Landesweites elektronisches Rezept; III, 63
Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Integrierte Versorgung
Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38
Das Denia-Modell; VI, 51
Neue Versorgungsmodelle werden verglichen und evaluiert; X, 46
Innovative Reform in Katalonien stößt an Grenzen; XII, 127

Organisationsreform

Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Public Health und Prävention

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Atlas der Versorgungsungleichheiten; XII, 112

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

Finanzierung

Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

Neue Versicherung für die Langzeitpflege behinderter Menschen?; XII, 76

Gemeinnützige Kliniken versorgen sich am Kapitalmarkt; XIII, 86

Informationstechnologien

Mehr Übersicht über den Arzneimittelverbrauch; XI, 80

Organisationsreform

Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Patientenorientierung und Partizipation

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Public Health und Prävention

Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42

Tabaksteuer und Gesundheitsförderung; V, 107

Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin; VII/VIII, 211

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

Zugang

Differenzierte Deckelung für Zuzahlungen; XIII, 122

USA

Alternde Gesellschaft

Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik

Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74

Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente; IV, 80

Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53

Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108

Medicare Part D eingeführt; VII/VIII, 192

Biologika treiben Arzneimittelausgaben in die Höhe; XII, 32

Licht ins Dunkel um Pharmaindustrie und Ärzte; XIII, 48

Fachkräfteentwicklung

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

Verbessern günstigerer Pflegeschlüssel die Qualität?; XIII, 65

Finanzierung

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

Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten; VII/VIII, 91

Medicare-Prämie jetzt einkommensabhängig; IX, 103

Alabama: Höhere Versicherungsprämien für Risikopatienten; XII, 48

Informationstechnologien

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Obamas »Genesungspaket« fördert Informationstechnologien und vergleichende Nutzenbewertung; XIII, 29

Integrierte Versorgung

Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker; VI, 46

Das »medizinische Zuhause« wird Wirklichkeit; X, 42

Hospital at Home – das Krankenhaus zu Hause; XII, 129

Public Health und Prävention

Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien; III, 44

Kampf gegen die Übergewichtsepidemie; V, 99

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66

»Hospital Compare«; V, 71

Vergütung

Kalifornien: Geld folgt Leistung.

Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen; I, 33

Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung; XI, 103

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

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 18

Preisnachlässe für Verschreibungspflichtige Medikamente für unversicherte Kalifornier; VII/VIII, 89

CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen; VII/VIII, 96

Massachusetts – Krankenversicherung für alle; VII/VIII, 105

Lücken werden geschlossen – Pragmatismus statt Ideologie; IX, 20

Rettung des »Oregon Health Plan«; XI, 107

Versicherungsgesetz in Massachusetts schreibt Geschichte; XII, 98

Wird Medicare universellen Krankenversicherungsschutz bieten?; XIII, 33

Reformverzeichnis nach Themen

Thema, Land, Titel, Ausgabe, Seite

Alternde Gesellschaft

Australien

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Dänemark

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Frankreich

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

Altenpflege als »fünfte Säule« der Sozialversicherung; X, 18

Großbritannien

Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Israel

Informationsbroschüre zur Pflegeversicherung kommt mit der Zeitung;

VII/VIII, 126

Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere; VII/VIII, 152

Pflegeleistungen werden ausgeschrieben; X, 29

Japan

Pflegestützpunkte als Pflichtleistung; X, 25

Neuseeland

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

Aging in Place – Projekte und Evaluation; VII/VIII, 146

Niederlande

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen;

VII/VIII, 141

Österreich

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Turbulente Debatte um 24-Stunden-Pflege; X, 21

Schweiz

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Singapur

Integration stationärer Leistungen von Akutversorgung bis Reha; VII/VIII, 144

Spanien

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

Nationale Pflegeversicherung; VII/VIII, 107

USA

Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik

Australien

Reform der Arzneimittelbewertung wegen Freihandelsabkommen mit den USA; V, 50

Preisreform schafft zwei Klassen von Arzneimitteln; X, 114

Dänemark

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Finnland

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112

Raucherkaugummi einzig sichtbarer Erfolg der Arzneimittelreform; X, 117

Frankreich

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Großbritannien

Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Arzneimittelpreise sollen sich am Wert orientieren; X, 105

Neuseeland

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

Weiterhin uneingeschränkte Werbung bei Arzneimitteln?; VII/VIII, 205

Österreich

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50
Erstattungskodex dämpft Anstieg der Arzneimittelausgaben; XI, 100
Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt; XII, 114

Polen

Mehr Transparenz bei der Arzneimittelvergütung; VII/VIII, 198
Arzneimittelpolitik im Scheinwerferlicht; X, 112

Spanien

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56
Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem; V, 58
Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs; VII/VIII, 196
Reform scheitert an der Pharma-Industrie; X, 119

Südkorea

Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln; II, 60

USA

Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente; IV, 80
Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53
Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108
Medicare Part D eingeführt; VII/VIII, 192
Biologika treiben Arzneimittelausgaben in die Höhe; XII, 32
Licht ins Dunkel um Pharmaindustrie und Ärzte; XIII, 48

Evaluation im Gesundheitswesen

Australien

Evaluation von HealthConnect; VI, 24
Einführung von HTA auf lokaler Ebene; XI, 63
Pharmaindustrie soll Kosten-Nutzen-Analysen zahlen; XII, 50

Dänemark

Evaluation des DRG-Systems; VI, 37

Finnland

Mehr Kooperation bei Beurteilung medizinischer Methoden; XI, 67

Frankreich

Evaluierung des Krebsplans zeigt Schwächen auf; XIII, 68

Großbritannien

Das 12. NICE Arbeitsprogramm: Bewertung von Public-Health-Programmen und neuen Technologien; VII/VIII, 54

Israel

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Neuseeland

Auf dem Weg zur Gesundheitsfolgenabschätzung; IX, 37

Polen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30

Herausforderung HTA; XI, 61

Schweiz

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Slowenien

Erste Schritte zum Health Technology Assessment (HTA); XI, 58

Fachkräfteentwicklung

Australien

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

Maßnahmen gegen langjährige Fehlsteuerungen in der Personalplanung;
VII/VIII, 177

Frankreich

Ärztmangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94

Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel; VII/VIII, 175

Pflegekräfte werden aufgewertet und besser verteilt; X, 132

Nationale Empfehlungen für einen Fachkräftemix; XI, 38

Niederlassung von Pflegekräften steuern, um Zugang zu verbessern; XII, 94

Großbritannien

Hausärzte und Gesundheitserzieher für unterversorgte Regionen; VI, 102

Israel

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Japan

Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte; VII/VIII, 169

Kanada

Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96

Personalmangel im Gesundheitswesen erzwingt neue Maßnahmen; VII/VIII, 172

Neuseeland

Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung; VII/VIII, 165

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Niederlande

»Nurse practitioners«; II, 78

Nurse Practitioners als Teil des Gesundheitssystems; XII, 133

Singapur

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Slowenien

Unabhängige Fachärzte; VI, 100

Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern; VII/VIII, 179

USA

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

Verbessern günstigere Pflegeschlüssel die Qualität?; XIII, 65

Finanzierung

Australien

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Produktausweitung der privaten Krankenversicherung; VII/VIII, 86

Zurück zu öffentlicher Finanzierung zahnärztlicher Versorgung; IX, 84

Dänemark

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Estland

Finanzkrise führt zu Einschnitten im Gesundheitswesen; XIII, 23

Finnland

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

Kaum Nachfrage nach Versorgungsgutscheinen; X, 134

Stetig steigende Zuzahlungen für Patienten; XII, 42

Frankreich

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

»Schutzschild« gegen zu hohe Zuzahlungen; X, 75

Steuererhöhungen für private Krankenversicherer; XII, 39

Großbritannien

Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens; I, 21

Stärkung des privaten Sektors; I, 22

Japan

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen; VII/VIII, 80

Dezentrale Beiträge und ein neues Versicherungssystem für Hochaltrige; X, 79

Kanada

Allheilmittel Privatisierung?; XII, 44

Neuseeland

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Niederlande

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Österreich

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Die Krise als Chance; XIII, 26

Schweiz

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

Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämiensystem; V, 33

Singapur

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18

Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield; I, 19

Finanzierung ambulanter Disease Management Programme; VII/VIII, 111

Medisave muss nachsteuern; IX, 100

Das teuerste Gesundheitswesen ist gerade gut genug; X, 127

Slowenien

Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen; VII/VIII, 116

Pflegeversicherung steht vor der Tür; IX, 105

Spanien

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Südkorea

Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

Neue Versicherung für die Langzeitpflege behinderter Menschen?; XII, 76

Gemeinnützige Kliniken versorgen sich am Kapitalmarkt; XIII, 86

USA

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

Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten; VII/VIII, 91

Medicare-Prämie jetzt einkommensabhängig; IX, 103

Alabama: Höhere Versicherungsprämien für Risikopatienten; XII, 48

Informationstechnologien

Australien

Health Connect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Dänemark

Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62

Einführung der elektronischen Patientenakte in Krankenhäusern verzögert sich; VI, 73

Estland

Nationales Gesundheitsinformationssystem; VI, 75
Nationales Gesundheitsinformationssystem startet; XI, 97

Finnland

Patient bleibt Herr seiner Daten; IX, 103

Frankreich

Elektronische Arzneimittelakte für Patienten; XI, 81

Israel

Institutionsübergreifende elektronische Patientenakte; VI, 71
E-Learning für Ärzte zum Thema Frauengesundheit; VII/VIII, 64

Neuseeland

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes; VI, 82

Österreich

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Schweiz

Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin; VI, 68
Nationale eHealth-Strategie startet mit eCard; XI, 91

Singapur

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116
Outsourcing von Röntgenbefundnahme nach Indien; VII/VIII, 183

Spanien

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63
Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Südkorea

Mehr Übersicht über Arzneimittelverbrauch; XI, 80

USA

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201
Obamas »Genesungspaket« fördert Informationstechnologien und vergleichende Nutzenbewertung; XIII, 29

Integrierte Versorgung

Australien

Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker; III, 30
Change Management für Hausärzte; III, 32

Chronic Care Collaboratives; VI, 49
Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Frankreich

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Großbritannien

Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28
Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

Israel

Ein Duo ersetzt den allein praktizierenden Arzt; X, 39

Japan

Aktionsplan gegen den Krebs soll Versorgung besser integrieren; X, 57

Kanada

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36
Hausarztnetze in Ontario; III, 33
Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54
PRISMA – integrierte Versorgung für Ältere; XII, 124
Evaluierung legt mehr integrierte Versorgung nahe; XIII, 58

Singapur

Ambulante DMPs für chronisch Kranke; VII/VIII, 68
Disease-Management-Programm für Chroniker erfolgreich; XI, 50

Spanien

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38
Das Denia-Modell; VI, 51
Neue Versorgungsmodelle werden verglichen und evaluiert; X, 46
Innovative Reform in Katalonien stößt an Grenzen; XII, 127

USA

Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker; VI, 46
Das »medizinische Zuhause« wird Wirklichkeit; X, 42
Hospital at Home – das Krankenhaus zu Hause; XII, 129

Krankenhausreform

Australien

Krankenhausreform in nur einem Bundesstaat; XIII, 92

Dänemark

Konkurrenz für öffentliche Krankenhäuser; X, 130
Krankenhausprivatisierung und Langzeitreform; XIII, 88

Finnland

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Frankreich

»Hôpital 2007«; V, 37

Krankenhausreform mit Nebenwirkungen; IX, 73

Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene; XII, 60

Großbritannien

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

Kanada

Kürzere Wartezeit in der Notaufnahme; XIII, 81

Neuseeland

Maximal sechs Stunden in der Notaufnahme; XIII, 83

Polen

200 Krankenhäuser sollen aufgegeben werden; IX, 64

Turbulenter Streit um die »Privatisierung« von Krankenhäusern; XIII, 90

Schweiz

Auf dem Weg zu einem nationalen Krankenhauswesen; IX, 67

Leistungskatalog, siehe Finanzierung

Medizinische Ethik

Frankreich

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Singapur

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Legaler Handel mit menschlichen Organen?; XIII, 115

Organisationsreform

Dänemark

Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung – Krankenhäuser,

Landkreise und Anreizsysteme; I, 23

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

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

Finnland

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Gemeindeverbände übernehmen Primärversorgung; IX, 71

Großbritannien

10 Jahre Labour-Gesundheitsreformen – Mehr Markt, mehr Wahl; VII/VIII, 37

Israel

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66
Eine fünfte Krankenkasse für wechselnde Zwecke; X, 83

Japan

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Niederlande

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68
Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86
Krankenversicherungsreform; VI, 107
Gesundheitsreform 2006 – Was lange währt, wird endlich gut oder gezielte Salami-Taktik?; VII/VIII, 23
Krankenversicherungssystem 2006 – erste Ergebnisse; IX, 16
Erste Ergebnisse des »gesteuerten Wettbewerbs«; XIII, 41

Neuseeland

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Österreich

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50
Gesundheitsreform 2005; IV, 70
»Strukturplan Gesundheit« stärkt die Länder; VII/VIII, 31
Mit Länderinitiativen zu mehr Koordination und Bürgernähe; IX, 28

Schweiz

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52
Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72
Ambulante Versorgung nach 2009 – quo vadis?; XII, 57

Singapur

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

Spanien

Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Südkorea

Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Palliative Versorgung

Israel

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112
Große Nachfrage nach Kursen in Palliativversorgung; IX, 115

Patientenorientierung und Partizipation

Dänemark

Der Patient zuerst; III, 19

Estland

Hausarzt-Hotline 24 / 7; VII/VIII, 122

Großbritannien

Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Japan

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Kanada

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III, 25
Visionen für das Gesundheitswesen der Zukunft; IX, 34

Niederlande

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

Österreich

Gesetz zum Schutz des eigenen Willens; VII/VIII, 128

Singapur

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Südkorea

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

Pflege, siehe Alternde Gesellschaft

Politikstrategien

Finnland

Entwicklungsplan für Wohlstand und Gesundheit; XI, 88

Primärversorgung

Dänemark

Allgemeinmedizin wird aufgewertet; XI, 18
Das Chronic-Care-Modell wird importiert; XI, 47

Estland

Neue Zentren übernehmen Primärversorgung; XI, 25

Finnland

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117
Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch; VII/VIII, 41
Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen; XI, 22

Frankreich

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Großbritannien

Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47
Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51
Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit; VII/VIII, 122
Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung; XI, 24

Israel

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55
Aufsuchende Primärversorgung bringt mehr Qualität; XIII, 72

Japan

»Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?; XI, 41

Neuseeland

Primary-Health-Organisationen; I, 41
Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49
Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82
Positive Erfahrungen mit »Primary Care Nursing«; XI, 36
Primärversorgungsreform wertet Pflegekräfte auf; XIII, 62

Österreich

Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren; XI, 28

Psychische Gesundheit

Australien

»beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression; IV, 18
Psychotherapie wird erstattet; IX, 54

Großbritannien

Angebotsvielfalt für psychisch Kranke; IX, 51

Israel

Behandlung von psychischen Störungen in der Primärversorgung; VII/VIII, 60
Tauziehen um Psychiatrie-Ambulanzen; IX, 47

Kanada

Nationale Strategie für psychische Gesundheit; VII/VIII, 57

Neuseeland

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Slowenien

Mehr Rechte für psychisch Kranke; XII, 77

Public Health und Prävention

Australien

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77

Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahren; VII/VIII, 213

Bundesstaaten zahlen freiwillig für Public Health; IX, 108

Mehr Information soll Zahl der Kaiserschnitte reduzieren; XI, 73

Alkopop-Steuer gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen; XII, 27

Dänemark

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

Längere Lebenserwartung durch Prävention; XIII, 101

Estland

Krankenkasse wird vom Payer zum Player; XII, 63

Finnland

Rauchverbot in Kneipen und Restaurants; VII/VIII, 230

Senkung der Alkoholsteuer als Folge des EU-Beitritts; V, 102

Mit neuem Aktionsplan zu gerechteren Gesundheitschancen; XII, 90

Schärfere Antitabakgesetze; XIII, 106

Frankreich

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

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

Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82

Jugendliche auch bei Gratisversorgung schwer erreichbar; IX, 86

Urbane Gesundheitsnetzwerke für gerechte Gesundheitschancen; XIII, 119

Großbritannien

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

Nationales Screeningprogramm für Darmkrebs; V, 89

Kosten-Nutzen-Bewertung von Public-Health-Maßnahmen; XII, 20

Geld für gesundheitsbewusstes Verhalten; XII, 24

Gesünderes Verhalten wird gefördert; XIII; 103

Neustart für den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheit; XIII, 117

Israel

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84

Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention; VII/VIII, 222

Rauchen aufhören mit dem Computer; XIII, 108

Japan

Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«; III, 41
Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung; V, 91

Kanada

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Neuseeland

Nationaler Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87
100 Prozent rauchfrei; V, 108
Let's beat Diabetes; VII/VIII, 215
Suizid-Präventionsstrategie 2006–2016; VII/VIII, 217
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62
Droht gesundheitliche Ungleichheit? Das Health Equity Assessment Tool;
XII, 102

Österreich

Preispolitik, Rauchverbot und Telefon-Hotline zur Reduktion des Tabakkonsums;
VII/VIII, 232

Schweiz

Präventionsgesetz soll für Transparenz und Gleichheit sorgen; VII/VIII, 219
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Spanien

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Südkorea

Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42
Tabaksteuer und Gesundheitsförderung; V, 107
Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin; VII/VIII, 211

USA

Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien; III, 44
Kampf gegen die Übergewichtsepidemie; V, 99
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Australien

Schutz für jeden, der einen Fehler aufdeckt; X, 101

Dänemark

Keine Wartezeiten und bessere Versorgung für Krebspatienten; X, 60
Weiterentwicklung der Leistungsmessung; XI, 70
Das nationale Indikatoren-Projekt; XII, 109

Estland

Krankenhäuser nehmen am Path-Programm der WHO teil; X, 91

Finnland

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung; I, 30
Krankenhausbewertung für höhere Kosten-Effektivität; VII/VIII, 133

Frankreich

Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen; VII/VIII, 130

Großbritannien

NHS Foundation Trusts; IV, 59

Kanada

Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27
Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74
Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61
Institut für Patientensicherheit; V, 69
Gesundheitsrat gibt Qualitätsempfehlungen; X, 94

Neuseeland

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75
Qualitätsparameter orientiert am Patienten; X, 92
Nationales Programm für mehr Qualität in der Krankenhausversorgung; XII, 116

Niederlande

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76
Schneller ist nicht immer besser; X, 98
Patientenerfahrungen fließen in Qualitätsportal ein; XI, 77

Spanien

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32
Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61
Atlas der Versorgungsungleichheiten; XII, 112

Südkorea

Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66
»Hospital Compare«; V, 71

Vergütung

Australien

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Estland

Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten; XII, 30

Finnland

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70
Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Frankreich

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72
Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen; V, 40

Großbritannien

Neues Vergütungssystem für Zahnärzte; VII/VIII, 181

Singapur

Arzthonorare werden wieder reguliert; XIII, 46

USA

Kalifornien: Geld folgt Leistung.
Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen; I, 33
Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung; XI, 103

Zugang zum Gesundheitssystem

Estland

Zahntourismus und EU-Steuern verteuern Zahnversorgung; IX, 89

Finnland

Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene; VII/VIII, 78
Weniger Wartezeiten, besserer Zugang; XII, 87

Frankreich

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80
Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28 und VII/VIII, 113

Großbritannien

Zähneknirschende Patienten; IV, 42
Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten; VI, 115

Israel

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30
Private Spender finanzieren Zuzahlungen für Chroniker; XII, 96

Kanada

Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung? IV, 39

Niederlande

Zahl der unabhängigen Behandlungszentren steigt; XI, 94

Singapur

Reform der Hochrisikoversicherung Medishield; VII/VIII, 84

Spanien

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

Südkorea

Differenzierte Deckelung für Zuzahlungen; XIII, 122

USA

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

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 18

Preisnachlässe für Verschreibungspflichtige Medikamente für unversicherte

Kalifornier; VII/VIII, 89

CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen; VII/VIII, 96

Massachusetts – Krankenversicherung für alle; VII/VIII, 105

Lücken werden geschlossen – Pragmatismus statt Ideologie; IX, 20

Rettung des »Oregon Health Plan«; XI, 107

Versicherungsgesetz in Massachusetts schreibt Geschichte; XII, 98

Wird Medicare universellen Krankenversicherungsschutz bieten?; XIII, 33

