





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

# **Gesundheitspolitik in Industrieländern 12**

Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen,  
Finanzierung und Steuerung,  
Zugang und Gerechtigkeit

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: *Helga Berger*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

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

ISBN 978-3-86793-053-6

[www.bertelsmann-stiftung.de/verlag](http://www.bertelsmann-stiftung.de/verlag)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>Kosten und Nutzen in der Gesundheitsversorgung</b> .....	13
<i>Großbritannien:</i> Kosten-Nutzen-Bewertung von Public-Health-Maßnahmen .....	20
<i>Großbritannien:</i> Geld für gesundheits- bewusstes Verhalten .....	24
<i>Australien:</i> Alkopop-Steuer gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen .....	27
<i>Estland:</i> Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten .....	30
<i>USA:</i> Biologika treiben Arzneimittelausgaben in die Höhe .....	32
<b>Finanzierung: Wer zahlt was und warum?</b> .....	35
<i>Frankreich:</i> Steuererhöhungen für private Krankenversicherer .....	39
<i>Finnland:</i> Stetig steigende Zuzahlungen für Patienten .....	42
<i>Kanada:</i> Allheilmittel Privatisierung? .....	44
<i>Alabama:</i> Höhere Versicherungsprämien für Risikopatienten .....	48
<i>Australien:</i> Pharmaindustrie soll Kosten-Nutzen- Analysen zahlen .....	50
<b>Steuerung in Krankenversicherungssystemen</b> .....	53
<i>Schweiz:</i> Ambulante Versorgung nach 2009 – quo vadis? .....	57
<i>Frankreich:</i> Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene .....	60
<i>Estland:</i> Krankenkasse wird vom Payer zum Player .....	63

<b>Responsiveness –</b>	
<b>Sind Gesundheitssysteme für Patienten da? .....</b>	<b>67</b>
<i>Südkorea, Singapur, Japan:</i>	
Ein Sterben in Würde ermöglichen .....	72
<i>Südkorea:</i> Neue Versicherung für die Langzeitpflege behinderter Menschen? .....	76
<i>Slowenien:</i> Mehr Rechte für psychisch Kranke .....	77
<b>Zugang zur Gesundheitsversorgung und gerechte Gesundheitschancen .....</b>	<b>81</b>
<i>Finnland:</i> Weniger Wartezeiten, besserer Zugang .....	87
<i>Finnland:</i> Mit neuem Aktionsplan zu gerechteren Gesundheitschancen .....	90
<i>Frankreich:</i> Niederlassung von Pflegekräften steuern, um Zugang zu verbessern .....	94
<i>Israel:</i> Private Spender finanzieren Zuzahlungen für Chroniker .....	96
<i>USA:</i> Versicherungsgesetz in Massachusetts schreibt Geschichte .....	98
<i>Neuseeland:</i> Droht gesundheitliche Ungleichheit? Das Health Equity Assessment Tool .....	102
<b>Patientensicherheit und Qualität .....</b>	<b>105</b>
<i>Dänemark:</i> Das nationale Indikatoren-Projekt .....	109
<i>Spanien:</i> Atlas der Versorgungsungleichheiten .....	112
<i>Österreich:</i> Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt .....	114
<i>Neuseeland:</i> Nationales Programm für mehr Qualität in der Krankenhausversorgung .....	116
<b>Integrierte Versorgung –</b>	
<b>Neuigkeiten, Erfolge und Rückschläge .....</b>	<b>119</b>
<i>Kanada:</i> PRISMA – integrierte Versorgung für Ältere .....	124
<i>Spanien:</i> Innovative Reform in Katalonien stößt an Grenzen .....	127
<i>USA:</i> Hospital at Home – das Krankenhaus zu Hause .....	129
<b>Update .....</b>	<b>133</b>
<i>Niederlande:</i> Nurse Practitioners als Teil des Gesundheitssystems .....	133

<b>Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik</b> .....	139
Vorbereitung und Vorgehen bei der Berichterstattung .....	141
Auswahlkriterien .....	141
Politikbewertung .....	143
Projektmanagement .....	144
<b>Reformverzeichnis nach Ländern</b> .....	145
<b>Reformverzeichnis nach Themen</b> .....	161



# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

seit gut sechs Jahren berichten die Experten des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik zeitnah über gesundheitspolitische Entwicklungen in den 20 Partnerländern. Das Netzwerk ist in dieser Zeit zusammengewachsen und hat sich als lebendiges und wertvolles Forum für internationale Zusammenarbeit und fachlichen Austausch etabliert. Auch über die direkten Mitglieder hinaus liefert es immer wieder den Anstoß für neue Kooperationen und Partnerschaften.

Die aktuelle Ausgabe 12 unserer halbjährlichen Buchreihe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* profitiert von einer solchen neuen Kooperation. Wir – die langjährigen Herausgeber – freuen uns, dass *Ray Moynihan*, freier Autor und gesundheitspolitischer Journalist aus Byron Bay, New South Wales, Australien, die Autorenschaft der englischsprachigen Ausgabe übernommen hat. Obwohl wir geographisch kaum weiter voneinander entfernt sein könnten, beschäftigen wir uns mit denselben zentralen Themen der Gesundheitspolitik, seien es Zugang zur Gesundheitsversorgung oder nachhaltige Finanzierung und Gerechtigkeit, Steuerungsfragen oder Determinanten von Gesundheit. Mit Ray Moynihans Unterstützung haben wir zu Band 12 ein Video produziert, das die Schlüsselaussagen des Buches auch auf virtuellem Weg verbreitet und auf [www.hpm.org](http://www.hpm.org) im Download-Bereich angesehen werden kann.

Wir freuen uns ebenso, einen neuen spanischen Partner im Netzwerk begrüßen zu können: *Joan Gené Badia* von der Universität Barcelona ist Experte für Entwicklungen in der Primärversorgung und internationale gesundheitspolitische Trends. Mit ihm verschiebt sich der inhaltliche Fokus unserer Berichterstattung

**Neuer Autor**  
**Ray Moynihan**

**Neuer Netzwerk-**  
**partner in Spanien**

aus Spanien von einer eher gesundheitsökonomischen Perspektive, die unsere bisherigen Partner an der Universität Pompeu Fabra so kenntnisreich vermittelt haben, zu einem Fokus auf Versorgungsforschung, die in Spanien ebenfalls interessante Erkenntnisse vorzuweisen hat.

**Wo fließt das  
Geld hin ...**

Im Zentrum des aktuellen zwölften Bands von *Gesundheitspolitik in Industrieländern* stehen wirtschaftliche Fragen – ein Schwerpunkt auf Fragen der Finanzierung und Effizienz, der auch auf der gesundheitspolitischen Agenda unserer 20 Partnerländer wieder an Bedeutung zu gewinnen scheint. Kapitel 1 betrachtet, wie Gesundheitssysteme nach neuen Wegen suchen, um die Frage nach Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen zu beantworten. In Großbritannien beispielsweise führt das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) neben den bisher üblichen Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden nun auch Analysen von Public-Health-Maßnahmen durch – ein komplexes Unterfangen.

**... und wer soll  
was bezahlen?**

Doch vor der Frage nach der Kosteneffizienz stellt sich eine andere Frage: Woher kommt das Geld? Kostensteigerungen, immer höhere Gesundheitsausgaben und wie man diese in den Griff bekommt, diese Herausforderungen halten gesundheitspolitische Berater und Entscheider in aller Welt in Atem. Mehr noch – der Beruf des gesundheitspolitischen Experten ist auf Jahrzehnte krisenfest und rezessionsresistent, wie die US-Zeitschrift *US News and World Report* vor nicht allzu langer Zeit verkündete. Es sind die Finanzierungs- und Steuerungsfragen, die wohl nie abschließend beantwortet werden können. Zu komplex ist das System, zu agil sind die Akteure. Kapitel 2 wendet sich daher den immer wieder neu geführten Debatten zu, wer für die (zusätzlichen) Gesundheitsausgaben aufkommen kann und sollte. Welcher Anteil sollte aus Steuermitteln finanziert werden, welcher aus Sozialversicherungsbeiträgen, wie viel Finanzierung durch Privathaushalte ist vertretbar, und wer ist befugt, hierüber zu entscheiden? Während sich die kanadische Diskussion ganz unkanadisch neuerdings in Richtung höherer Eigenleistungen zu drehen scheint, setzt Frankreich auf höhere Steuern für private Versicherer, um das Solidarsystem abzusichern.

Im Wechselspiel zwischen der privaten und der öffentlichen Sphäre im Gesundheitswesen ringen Sozialversicherungssysteme

mit dem ihnen eigenen Paradox: Krankenkassen als private Wirtschaftsunternehmen bewegen sich auf einem »Markt«, auf dem der Staat durch gesetzliche Regelungen teils enge Grenzen steckt. Welche Fragen die Steuerung in sozialen Krankenversicherungssystemen mit sich bringt, zeigt Kapitel 3. In der Schweiz führt das Vertrauen auf die positiven Effekte des Wettbewerbs beispielsweise zur Frage, ob die Solidarität des Systems nicht leidet, wenn Kranke irgendwann mit höheren Beiträgen belastet werden als Gesunde. Frankreich liebäugelt mit dezentralen Einkaufsstrukturen für die Krankenhausversorgung – doch führt dies zu einer zunehmenden Privatisierung der Leistungserbringung und wachsenden regionalen Unterschieden in Angebot und Qualität von Versorgung?

**Steuerung in  
Sozial-  
versicherungs-  
systemen**

Zufall oder Muster? In Asien reagieren die von uns beobachteten Länder Japan, Südkorea und Singapur zeitgleich auf die Bedürfnisse ihrer alternden Bevölkerungen und die ethischen Herausforderungen des demographischen Wandels. Unter anderem will man Menschen die Möglichkeit geben, ihr Lebensende würdevoll in den eigenen vier Wänden oder in Hospizen zu erwarten statt in der Anonymität eines großen Krankenhauses. Diese und andere Ansätze von »Responsiveness« – der verantwortungsvollen Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Wünschen von Patienten und Angehörigen – zeigt Kapitel 4.

**Handlungsbedarf:  
Mehr Patienten-  
orientierung in  
Asien**

Wie man einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und Gerechtigkeit sicherstellt, Patientensicherheit und Versorgungsqualität garantiert und Versorgung optimal strukturiert – all diese Fragen bleiben auch weiterhin im Zentrum gesundheitspolitischer Debatten. In den Kapiteln 5 bis 7 stellen wir neue Ansätze vor und präsentieren die Evaluationsergebnisse bereits umgesetzter Modelle.

**Versorgungs-  
strukturen besser  
vernetzen**

Gesundheitspolitik in Industrieländern 12 basiert wie in den Vorjahren auf Expertenberichten des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik. Die zwölfte Berichtsrunde umfasst den Zeitraum von Mai bis September 2008. Von den 82 Berichten dieser Runde haben wir 33 für diesen Band ausgewählt.

**Berichtszeitraum  
Frühling bis  
Herbst 2008**

Unser Dank geht an Martina Merten, freie Journalistin aus Berlin, für ihre Unterstützung bei der ersten Version des deutschen Manuskriptes, und an unsere Praktikantin Laura Schang für die redaktionelle Mitarbeit. Besonderer Dank gilt den Netz-

werkpartnern, die Berichte für diesen Band beigesteuert haben, sowie ihren externen Ko-Autoren: Ain Ain Aaviksoo, Gerard Anderson, Toni Ashton, Chantal Cases, Elena Conis, Fiona Cram, Luca Crivelli, Asher Elhayany, Patricia Fernandez-Vandellos, Gisselle Gallego, Joan Gené Badia, Peter P. Groenewegen, Revital Gross, Maria M. Hofmarcher, Jessica Holzer, Soonman Kwon, Margaret MacAdam, Stephanie MacKenzie, Jan Mainz, Ryoza Matsuda, Lim Meng Kin, Julien Mousquès, Michel Naiditch, Adam Oliver, Zeynep Or, Gerli Paat, Hannele Palosuo, Tanaz Petigara, Rade Pribakovic Brinovec, Marita Sihto, Taro Tomizuka und Lauri Vuorenkoski.

Wir wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und freuen uns über Kommentare, Anregungen und Verbesserungsvorschläge.

*Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse*

# Kosten und Nutzen in der Gesundheitsversorgung

Stimmt das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen? Diese in Deutschland vor nicht allzu langer Zeit fast undenkbare, nachgerade »ketzerische«, wenngleich zentrale Frage schwebt heute über jeder gesundheitspolitischen Debatte. Folgende, eher noch seltener gestellte Frage ist dabei mindestens ebenso entscheidend: Woher wissen wir, ob wir die richtige Leistung für unser Geld bekommen?

Eines der ersten Länder, das sich mit dieser Frage beschäftigt hat, war Australien. Seit den frühen 90er Jahren werden alle neuen verschreibungspflichtigen Medikamente nicht nur nach Sicherheit und Effektivität, sondern auch nach ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilt, bevor sie auf die Liste der öffentlich subventionierten Arzneimittel – das »Pharmaceutical Benefits Scheme« – gesetzt werden (Harris 2008; siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 50). Die Entscheidung beruht jeweils auf der Bewertung eines unabhängigen Expertengremiums – des »Pharmaceutical Benefits Advisory Committee«.

Dieses Gremium beurteilt, ob und zu welchem Preis ein Arzneimittel als kosteneffektiv gelten kann, und empfiehlt dem Gesundheitsminister gegebenenfalls die Aufnahme des Medikaments in das »Pharmaceutical Benefits Scheme« – eine Art Positivliste. War die pharmazeutische Industrie zunächst von den neuen Verfahren nicht angetan, so hat sie sich inzwischen damit arrangiert. Veröffentlichungen der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln haben den Bewertungsprozess und seine Ergebnisse in der Tat transparenter gemacht.

Heute, 15 Jahre später, ist die Bedeutung der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Therapieformen weltweit akzeptiert – zumindest in der Theorie. In einem Bericht des Euro-

**Vorzeigeland  
Australien**

**Kosten-Nutzen-Bewertung international empfohlen** päsischen Observatoriums für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme von 2008 über medizinische Verfahrensbewertung (»Health Technology Assessment«) und Preis-Leistungs-Verhältnis empfohlen die Autoren, Produkte mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis zu identifizieren und zu fördern (Sorenson et al. 2008). Gleichzeitig wiesen die Autoren auf die Bedeutung der Transparenz von Entscheidungsprozessen hin und empfahlen, auch präventive Aspekte in die Analyse einzubeziehen.

**Kosten-Nutzen-Bewertungen des IQWiG** In Deutschland soll das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Zukunft – ähnlich der Vorgehensweise in Australien – die Kosten medikamentöser Therapien ins Verhältnis zu dem zuvor ermittelten Nutzen setzen. Diese neue Aufgabe wurde dem IQWiG 2007 im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) übertragen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll insbesondere dem GKV-Spitzenverband ermöglichen, einen Höchstbetrag festzulegen, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Arzneimittel übernehmen.

Die Mitarbeiter des Instituts haben im März 2009 einen neuen Entwurf ihrer Methoden zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen bei Arzneimitteln vorgelegt (IQWiG 2009). In der ersten Phase der Bewertung wird der medizinische Nutzen eines (neuen) Arzneimittels im Vergleich mit Behandlungsalternativen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin analysiert. Anschließend werden wesentliche Kostenaspekte wissenschaftlich ermittelt und dem Nutzen des Präparates und seiner Alternativen gegenübergestellt. Aus dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen lässt sich eine Effizienzgrenze ableiten. In einem dritten Schritt gibt das Institut dann auf Basis der Effizienzgrenze eine Empfehlung ab, welcher Preis für das jeweils neueste Arzneimittel angemessen ist. Zudem gibt das IQWiG in einer »Budget-Impact-Analyse« (Analyse der Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen) eine Schätzung darüber ab, welche Gesamtausgaben der Versichertengemeinschaft entstehen könnten, wenn die Technologie einen bestimmten Preis hat. Letztlich legt der GKV-Spitzenverband den Höchstbetrag für das Medikament fest.

Nach einer Testphase, in der die vorgeschlagene Methode mit interessierten Akteuren diskutiert wird, wird im Sommer 2009

die erste Arbeitsversion »Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Kosten und Nutzen« veröffentlicht. Sie wird die Basis des Instituts für alle folgenden Aufträge zur Kosten-Nutzen-Bewertung sein, jedoch weiterhin regelmäßig überarbeitet werden.

Im Vereinigten Königreich analysiert das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) seit zehn Jahren die Kosteneffizienz von medizinischen Behandlungsmethoden, bislang mit einem Schwerpunkt auf Arzneimitteltherapien (*Gesundheitspolitik in Industrieländern 2*, S. 52).

Kritik an der eher klinischen Fokussierung führte dazu, dass der Aufgabenbereich von NICE erweitert wurde. Nun untersuchen Wissenschaftler auch, ob neue Ansätze im Bereich Public Health und Prävention – beispielsweise Programme, die mehr Bewegung am Arbeitsplatz fördern – ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Da in Public-Health-Maßnahmen zahlreiche Interessengruppen einbezogen sind – darunter auch solche, die nicht aus dem Gesundheitsbereich im engeren Sinne stammen –, mussten hierfür neue Methoden erarbeitet werden (siehe den Bericht aus Großbritannien, S. 20).

Eine der Public-Health-Strategien in Großbritannien könnte bald in den Fokus einer solchen Analyse rücken. Der neue Plan sieht vor, Patienten, die ihren Lebensstil umstellen und gesünder leben, finanziell zu belohnen. Auf diese Weise, so die Hoffnung, könne Krankheiten vorgebeugt werden und sich langfristig der Gesundheitszustand insgesamt verbessern (siehe Bericht aus Großbritannien, S. 24).

Die Ansätze, die sich in verschiedenen Phasen der Planung und Pilotierung befinden, beinhalten beispielsweise finanzielle Anreize, mehr Sport zu treiben, für werdende Mütter, während ihrer Schwangerschaft auf gesunde Ernährung zu achten, oder für psychisch Kranke, bestimmte anti-psychotische Arzneimittelvorgaben einzuhalten.

Gleichzeitig hat sich an dem Public-Health-Plan der Regierung eine hitzige Debatte darüber entfacht, ob die Regierung Steuergelder für Verhaltensweisen ausgeben sollte, die Patienten ohnehin befolgen sollten. Mehr noch: Es wird diskutiert, ob finanzielle Zuschüsse nicht sogar kontraproduktiv sein könnten, weil Patienten sich nur noch gegen Bezahlung gesund verhielten.

**Was leistet  
Public Health?**

**Finanzielle Anreize  
für Versicherte**

<b>Was bringen Negativanreize?</b>	Australien tut indes das genaue Gegenteil und setzt auf Negativanreize: Dort hob die Regierung Steuern auf Alkopops, die unter jungen Leuten sehr beliebt sind, um 70 Prozent an (siehe den Bericht aus Australien, S. 27). Mit der Steuererhöhung will die Regierung gegen bewusstes Rauschtrinken vorgehen. Die so erzielten Mehreinnahmen sollen langfristig in Präventionsmaßnahmen fließen. Kritik an dem Vorhaben kommt vor allem von Vertretern der Spirituosen- und der Hotelindustrie. Skeptiker fürchten, die neue Steuer werde wenig bewirken, da Alkopops leicht ersetzt werden könnten.
<b>Alkopop-Steuer in Deutschland wirkt</b>	Zweifler könnten einen Blick auf Deutschland werfen – wie beim Zigarettenkonsum, so ist auch beim Alkoholkonsum die Nachfrage der Jugendlichen erfreulicherweise elastisch und reagiert sehr rasch auf Preissteigerungen: 2004 führte die Bundesregierung eine Sondersteuer auf Mixgetränke ein. Seitdem müssen 80 bis 90 Cent mehr pro Flasche bezahlt werden – abhängig vom Volumen und Alkoholgehalt. Wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Oktober 2008 meldete, sank der Anteil der Jugendlichen, die mindestens einmal monatlich hochprozentige Alkopops trinken, von 28,4 Prozent 2004 auf 9,8 Prozent 2008. Dieser Rückgang ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu beobachten. Insgesamt tranken dem Bericht nach jedoch im Jahr 2008 noch immer 17,4 Prozent mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk (BZgA 2008).
<b>Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten</b>	Während in Australien und UK finanzielle Anreize gesetzt werden, um das Verhalten der Versicherten und Patienten zu ändern, geht es in Estland und den Vereinigten Staaten stärker um die Qualität der Gesundheitsversorgung, die durch finanzielle Anreize für Ärzte verbessert werden soll (Pay for Performance, P4P). Vor allem die Leistungserbringer unterstützen diesen Ansatz, doch Evidenz für eine nachhaltige Wirksamkeit ist rar.
<b>P4P – Erfolgsgeschichte ohne Beweise</b>	Die estnische Krankenkasse belohnt Hausärzte, die sich verstärkt um Prävention und um die Betreuung chronisch Kranker kümmern (siehe Beitrag aus Estland, S. 30, und frühere Berichte über P4P in <i>Gesundheitspolitik in Industrieländern</i> 6, 9 und 10). Hausärzte haben diesen Reformansatz von vornherein begrüßt – sie profitieren doppelt: von einer gestärkten Glaubwürdigkeit ihrer Profession und von höheren Einkommen.

Einer Studie der estnischen Krankenkasse zufolge ist die Anzahl der Hausärzte, die an dem Programm teilnehmen, stark gestiegen. Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Hausärzte haben bereits Bonuszahlungen erhalten, heißt es.

Die estnische Krankenkasse hat das Kosten-Nutzen-Verhältnis der neuen Anreize bislang nicht evaluiert. Noch gibt es keine Daten darüber, ob und wie sich das P4P-Programm auf die Versorgung und am Ende auf den Gesundheitszustand der Patienten auswirkt. Dennoch wird das Programm von der Versicherung als Erfolg gesehen. Es steht zur Debatte, es auf Krankenhäuser auszuweiten. Auch in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien ist eine leistungsorientierte anteilige Bezahlung von Ärzten populär, wenngleich auch dort wenig Nachweise existieren, dass sich P4P tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirkt (Petigara und Anderson 2008). In Großbritannien äußern Kritiker zunehmend lauter Zweifel an den erhofften positiven Effekten auf die Versorgungsqualität (Heath et al. 2007).

Was die Verbesserung der Versorgungsqualität über finanzielle Anreize für Ärzte angeht, steht Deutschland noch relativ am Anfang. Über P4P wird zwar öfter diskutiert. Noch stehen aber bei einer an die Behandlungs- und Ergebnisqualität gekoppelten Vergütung viele offene Fragen im Raum. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht deshalb der Frage nach, nach welchen Indikatoren die Behandlungsqualität zu messen ist (Kleudgen 2008). Dafür startete sie das Projekt AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen). Ziel dieses Projektes ist es, einen validen, transparenten Satz von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung zu etablieren. Im Rahmen des Projektes wurden alle international verfügbaren Indikatorensets erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft. Auf dieser Grundlage wurde ein Starterset für die ambulante medizinische Versorgung beschlossen (KBV 2008). Dieses umfasst sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren. Im Rahmen von AQUIK ist außerdem ermittelt worden, ob für relevante Versorgungsbereiche Indikatoren fehlen. Die Indikatoren sind in »Fokuspraxen« getestet worden. Beteiligt waren 100 Praxen aus dem gesamten Bundes-

**KBV prüft  
P4P-Modell**

gebiet, darunter auch medizinische Versorgungszentren. Außerdem sind Indikatoren gesammelt worden, die sich für eine Vergütungskopplung eignen. Die Testphase von AQUIK ist im Frühjahr 2009 ausgelaufen und wird derzeit ausgewertet.

**Biologika:  
superteuer –  
aber auch  
superwirksam?**

Mindestens ebenso bedeutsam wie die Frage nach dem Nutzen finanzieller Anreize für Patienten oder Ärzte gemessen an den Ausgaben ist die Frage, ob der Nutzen neuer Arzneimittel deren immense Entwicklungskosten rechtfertigt. Denn neue Arzneimittel, darunter viele gar nicht so neue Me-Too-Produkte, sind mit die Hauptkostentreiber in Gesundheitssystemen in Industrieländern.

Wird die Bevölkerung der Vereinigten Staaten tatsächlich von einer Milliarde US-Dollar pro Woche profitieren, die sie künftig für Biologika ausgeben wird (siehe Bericht aus den USA, S. 32)? Anders als bei konventionell synthetisierten Arzneimitteln können die Kosten für Biologika – gentechnisch hergestellte Präparate – pro Behandlungseinheit zwischen 7.500 Euro und 150.000 Euro liegen. Derzeit diskutieren Experten, wie der Einsatz solcher Biologika reguliert und evaluiert werden kann. Die Tatsache, dass viele Ärzte an der Verschreibung dieser Mittel ordentlich mitverdienen, führt zu einer weiteren wichtigen Frage: Was treibt das Verschreibungsverhalten der Ärzte – medizinische Notwendigkeit oder finanzielles Eigeninteresse?

**Forschungs-  
investitionen  
überdenken**

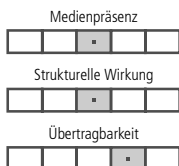
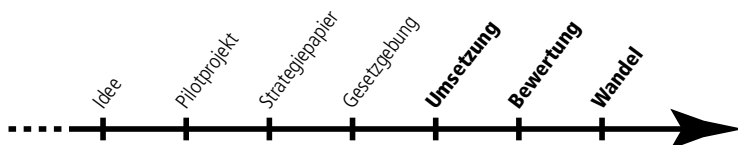
Das Europäische Observatorium fordert in seinem Bericht zu Health Technology Assessment explizit die Evaluation neu zugelassener Produkte *nach* ihrer Markteinführung. Nur so könne sowohl der medizinische Nutzen als auch die Kosteneffizienz, insbesondere bei neuen Therapien, die schneller als üblich eine Marktzulassung erhalten haben (Sorenson et al. 2008), überprüft werden. Darüber hinaus legen die Autoren nahe, nicht nur neue Behandlungsmethoden aufzunehmen, sondern im Gegenzug auch überkommene Methoden auszumustern und zu substituieren. Gelder, die in ineffiziente oder überflüssige Behandlungen und Arzneimittel gesteckt werden, müssten in neue Verfahren und Arzneimittel investiert werden.

*Literatur und Links:*

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Trends.* Köln 2008.
- Harris, Anthony, Suzanne R. Hill, Geoffrey Chin, Jing Li und Emily Walkom. »The Role of Value for Money in Public Insurance Coverage Decisions for Drugs in Australia: A Retrospective Analysis 1994–2004«. *Medical Decision Making* (28) 2008. 713–722.
- Heath, Iona, Julia Hippisley-Cox und Liam Smeeth. »Measuring quality through performance: Measuring performance and missing the point?«. *British Medical Journal* (335) 2007. 1075–1076.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Version 2.0.* Köln 2009.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung. *KBV erzielt erste Ergebnisse beim Projekt AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.* 2008. [www.kbv.de/aquik.html](http://www.kbv.de/aquik.html).
- Kleudgen, Susanne. Anreizsystem für eine bessere Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 21 2008. A 1110–1111.
- Oliver, Adam. »Update on the performance of payment by results«. *HealthPolicyMonitor*, April 2008. [www.hpm.org/survey/uk/a11/4](http://www.hpm.org/survey/uk/a11/4).
- Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. »Pay for Performance in the U.S. – An Update«. *HealthPolicyMonitor*, April 2008. [www.hpm.org/survey/us/a11/2](http://www.hpm.org/survey/us/a11/2).
- Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). »Public Summary Documents by Meeting«. [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/public-summary-documents-by-meeting](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/public-summary-documents-by-meeting).

Sorenson, Corinna, Michael Drummond und Panos Kanavos. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Hrsg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2008.

## Großbritannien: Kosten-Nutzen-Bewertung von Public-Health-Maßnahmen



Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hat begonnen, Public-Health-Maßnahmen auf Effektivität und Kosten-Nutzen-Verhältnis hin zu überprüfen. Zwar besteht grundsätzlich Einigkeit darüber, dass Public-Health-Maßnahmen – also Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die eine Bevölkerungsgruppe, nicht Einzelpersonen, als Zielgruppe haben – auf lange Sicht den Gesundheitszustand einer Bevölkerung positiv beeinflussen können. Doch welche Ansätze und Programme genau den größten Erfolg versprechen, ist nicht abschließend geklärt. Für diese Herausforderung hat das NICE neue Komitees mit zahlreichen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens ins Leben gerufen und gemeinsam neue Evaluationsmethoden entwickelt. Am Ende soll eine höhere Effektivität und Effizienz der in Großbritannien angewendeten Public-Health-Maßnahmen stehen.

Neues  
Aufgabengebiet  
für NICE

Die Entscheidung, NICE-Verfahren auch auf den Public-Health-Sektor auszuweiten, war eine Reaktion auf Kritik – auch aus dem Public-Health-Sektor selbst –, die Evaluierungsstelle konzentrierte sich zu stark auf die Bewertung klinischer Interventionen. Bereits 2005 erweiterte NICE daher den Aufgabenbereich. Seitdem wendet es sich auch der Frage zu, ob und welche Public-

Health-Maßnahmen ihr Geld wert sind. Man will evidenzbasierte Behandlungs- bzw. Programmleitlinien entwickeln, die alle drei Jahre – oder bei Bedarf früher – zu erneuern sind.

NICE betrachtet zum einen gezielte Public-Health-Interventionen, d. h. kommunale Projekte, mit deren Hilfe das Auftreten bestimmter Krankheiten verringert werden soll beziehungsweise die zu einer gesünderen Lebensweise beitragen. Darunter fallen z. B. der Nadelaustausch für Drogenabhängige oder Maßnahmen, die junge Mütter zum Stillen ermuntern sollen. Neben diesen gezielten Interventionen betrachtet NICE auch komplexe, breit angelegte Public-Health-Programme, an denen neben Behörden aus dem Gesundheitsbereich auch Stellen außerhalb des Gesundheitswesens (z. B. aus Bildung, Umwelt oder Verkehr) beteiligt sind. Die Bewertung solcher Programme ist komplex, weil für viele der teilnehmenden Behörden die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes nicht an erster Stelle steht. Unter solche Programme fallen beispielsweise interdisziplinäre Maßnahmenbündel zur Förderung der körperlichen Fitness – ein solches Bündel kann gleichzeitig Maßnahmen zur Verkehrsberuhigung, Aktionstage für mehr Bewegung und Nichtraucherkampagnen mit Beratungsangeboten in Arztpraxen, Apotheken, Schulen und am Arbeitsplatz beinhalten.

Da Public-Health-Maßnahmen über das Gesundheitswesen hinausreichen, muss auch ihre Bewertung die verschiedenen Interessengruppen mit einbeziehen. Dazu zählen Gemeinde- und Hilfsorganisationen, medizinisches Fachpersonal und Wissenschaftler, verschiedene Anbieter im Gesundheitswesen, Kostenträger, Kommunalverwaltung, ehrenamtlich Tätige sowie verschiedene staatliche Stellen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung oder Verkehr. NICE hat einen Beratungsstab gebildet, der die Effizienz von Public-Health-Maßnahmen untersucht. Dieses Gremium setzt sich – fachlich jeweils angepasst an die zu bewertende Maßnahme – aus 26 Mitgliedern zusammen. Die Mitglieder des Gremiums beurteilen, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis einer Public-Health-Maßnahme stimmt und der NHS sie somit weiterhin finanzieren soll. Gleichzeitig analysieren sie, wo der Nutzen von Maßnahmen noch nicht nachgewiesen ist, und empfehlen weitere Evaluationen. Diese Handlungsempfehlungen, für die das Gremium bei gezielten Projekten zwölf Monate und bei

**NICE evaluiert  
Public Health**

**Neues Komitee  
vereint  
verschiedene  
Expertisen**

breit angelegten Programmen 18 Monate Zeit hat, veröffentlicht NICE auf seiner Internetseite. Interessengruppen haben das Recht, die vorgeschlagenen Empfehlungen, die Reviews zum Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie die Entwürfe für Empfehlungen an den NHS zu kommentieren, bevor das Gremium seinen Abschlussbericht erstellt.

**QALYs für  
Public Health  
ungeeignet?**

NICE misst die Kosteneffizienz klinischer Interventionen anhand von QALYs – die Abkürzung steht für »qualitätsadjustierte Lebensjahre«. QALYs dienen dazu, eine durch eine Behandlung gewonnene Verlängerung des Lebens mit der Lebensqualität dieser gewonnenen Lebenszeit zu gewichten. Sie sind ein häufig genutztes Instrument der Gesundheitsökonomie, jedoch kein all-gemeingültiger Standard (IQWiG 2008).

Auch bei der Bewertung von Public-Health-Maßnahmen ist QALY die dominierende Methode. Bewertungsverfahren in diesem Bereich werden jedoch derzeit auf ihre Tauglichkeit geprüft. Die Bewertung von Public-Health-Maßnahmen ist komplexer als die von klinischen Prozessen und Interventionen – nicht zuletzt weil sie sich auf eine Vielzahl von Gebieten des öffentlichen und privaten Lebens auswirken und zugleich von diesen Bereichen, die weit über das Gesundheitswesen hinausreichen, beeinflusst werden. Ob die QALYs hierfür geeignet sind, muss sich erst noch herausstellen.

Die Autoren eines kürzlich im American Journal for Public Health erschienenen Artikels fordern Gesundheitsökonominnen und Public-Health-Experten auf, die Kluft zwischen den Disziplinen endlich zu überbrücken (Neumann et al. 2008). Auch ist nach wie vor fachlich unklar, wie man den Erfolg von Public-Health-Interventionen beurteilen kann und ob sich die Verbesserung des Gesundheitszustandes als Indikator hierfür eignet. Da in England auch Akteure, die nicht im Gesundheitswesen tätig sind, in den Prozess einbezogen werden, stellt sich zudem die Frage, ob NICE bei dieser Art der Bewertungen überhaupt die Federführung haben sollte.

**Lackmustest Praxis**

Eine umfangreiche weltweite Studie über Wissenstransfer-Organisationen ergab, dass die Anwendung von Forschungserkenntnissen immer wieder vernachlässigt wird (Moynihan et al. 2008). Selbst die beste evidenzbasierte Richtlinie, die sowohl geprüft als auch kommentiert und auf transparente Weise hergestellt wurde,

nutzt jedoch wenig, wenn die darin enthaltenen Empfehlungen nicht umgesetzt werden.

Noch ist es zu früh, um vorherzusagen, ob die neuen Methoden, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu beurteilen, Einfluss auf den Public-Health-Bereich in Großbritannien haben werden. Wird es NICE gelingen, Einfluss auch über den Gesundheitsbereich hinaus auszuüben? Die existierenden NICE-Richtlinien zu klinischen Interventionen werden im NHS lediglich in der Hälfte der Fälle beachtet – dabei sind sie eigentlich verpflichtend. Hoffnung könnte NICE im Ausland finden: Die Finnen gehen seit ihrer EU-Ratspräsidentschaft 2007 mit gutem Beispiel voran – dank der »Health in all Policies«-Idee ist Gesundheit in Finnland nicht nur Sache der Ärzte, sondern vieler Politikfelder. Auch in Brüssel ist diese Botschaft seither angekommen.

*Literatur und Links:*

Oliver, Adam. »On the value for money of public health care«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/uk/a12/5](http://www.hpm.org/survey/uk/a12/5).

Department of Health (DoH). *NICE 18th work programme: clinical guidelines and public health guidance referred in March 2008*. London 2008.

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Sind QALYs ein Standard der Gesundheitsökonomie?* Köln 2008. [www.IQWiG.de/faq.742.html?ff\[faqgroup\\_id\]=2](http://www.IQWiG.de/faq.742.html?ff[faqgroup_id]=2)).

McDaid, David, Michael Drummond und Mark Suhrcke. *Investing in and implementing population health strategies*. WHO Policy Brief. Kopenhagen 2008.

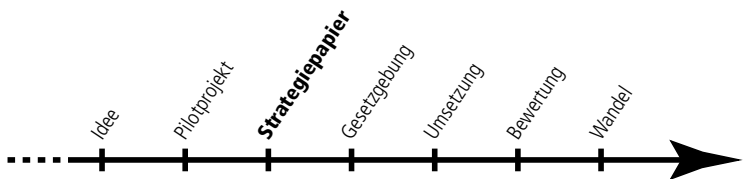
Moynihan, Ray, Andrew Oxman, John Lavis und E. Paulsen. *Evidence informed health Policy: Using research to make health systems healthier*. Bericht für das WHO-Komitee für Evidence Informed Health Policy. Oslo 2008. [www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/469.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/469.cms).

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. *The public health guidance development process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public.* London 2006.

Neumann, Peter J., Peter D. Jacobson und Jennifer A. Palmer. »Measuring the Value of Public Health Systems: The Disconnect Between Health Economists and Public Health Practitioners«. *American Journal of Public Health* (98) 12 2008. 2173–2180.

Sorenson, Corinna, Michael Drummond und Panos Kanavos. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union.* Hrsg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2008.

## Großbritannien: Geld für gesundheitsbewusstes Verhalten



Ein Public-Health-Ansatz in Großbritannien, der in Zukunft einmal im Zentrum einer Kosten-Nutzen-Analyse des NICE stehen könnte, ist die Strategie, Personen für gesundheitsbewusstes Verhalten direkt finanziell zu entlohnen. Die Idee ist nicht neu und wird im Kleinen in vielen Ländern umgesetzt – auch einige deutsche Krankenkassen belohnen ihre Versicherten beispielsweise mit Boni oder Wertgutscheinen für die Teilnahme an Sportangeboten, Vorsorgeuntersuchungen oder Raucherentwöhnungen. Verschiedene Formen dieser Anreize werden derzeit in Großbritannien entwickelt, auf lokaler Ebene pilotiert und evaluiert – doch ihr praktischer Nutzen und die zugrundeliegende Motivation sind heiß umstritten.

Befürworter sehen in Boni ein Prinzip, das weniger paternalistisch ist als andere Regelungen (wie beispielsweise Rauchverbote): Die Zielgruppe kann frei entscheiden, ob sie ihr Verhalten ändert, um den Bonus zu erhalten, oder die Verhaltensänderung und damit den finanziellen Nutzen in den Wind schreibt. Geld ist nach dieser simplen ökonomischen Grundmaxime eine Quelle von Nutzen, und Menschen wollen Nutzen maximieren: Beahlt man sie für ein bestimmtes Verhalten, sind sie eher gewillt, das Gewünschte zu tun, als wenn man ihnen nichts dafür gibt. Doch es gibt Einwände gegen diese Logik. Menschen zu bezahlen, damit sie sich in einer bestimmten Art und Weise verhalten, kann ihre natürliche Motivation zu diesem Verhalten unterminieren – wie Richard Titmuss in seinem Klassiker »Gift Relationship« 1970 argumentierte (Titmuss 1970). Titmuss' Studien ergaben, dass Blutspenden gegen Bezahlung zu einer insgesamt schlechteren Qualität des gespendeten Bluts führten als altruistische Spenden ohne Vergütung. Man nennt dies »Crowding-out-Effekt«: Die materiellen Anreize untergraben die moralische Selbstverpflichtung. Beahlt man Menschen für ein Verhalten, sinkt die allgemeine Bereitschaft, das Gewünschte auch freiwillig und ohne Gegenleistung zu tun. So können Verhaltensweisen, die die Politik durch Anreize fördern will, durch eben diese Anreize eher unterminiert werden. Um herauszufinden, ob und welche personenbezogenen Anreize Sinn machen, laufen zurzeit in Großbritannien mehrere Initiativen in den Bereichen »Ernährung«, »Sport«, »Arzneimittel-Compliance« und »Drogenmissbrauch«.

Mithilfe einer ressortübergreifenden Strategie versucht London derzeit, des Problems der Fettleibigkeit Herr zu werden. Im Kampf gegen Adipositas sind finanzielle Anreize zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens jedoch bislang umstritten. Zunächst sollten spezielle Anreize gesetzt werden, um Menschen zu gesünderer Ernährung, mehr Bewegung und damit zur Gewichtsreduktion zu motivieren. Allerdings sieht es im Moment eher so aus, als würde die Regierung ihren Plan zumindest vorübergehend auf Eis legen. Sie befürchtet, dass die Mehrheit der Briten es nicht gutheißen könnte, wenn Menschen, die sich bisher »unvernünftig« verhalten und Raubbau an ihrer Gesundheit treiben, mit Steuergeldern dazu bewegt werden sollen, zu tun,

**Selbstständigkeit  
oder Zwang?**

**Der Kampf gegen  
die »Pfunde«**

was man für selbstverständlich halten könnte. Doch das derzeitige politische Zögern bei finanziellen Anreizen im Kampf gegen Adipositas muss nicht das letzte Wort sein.

**Anreize für Schwangere, Drogenabhängige und Psychotiker**

Die englische Regierung plant außerdem, schwangeren Frauen einen kleinen finanziellen Zuschuss zukommen zu lassen, die in ihrer 25. Schwangerschaftswoche einen Beratungskurs zu gesunder Ernährung aufsuchen. Dieses Bonussystem soll Teil des Gesundheits- und Sozialgesetzes 2009 werden (Health and Social Care Bill; siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 11*, S. 24). Des Weiteren testen Wissenschaftler, ob Patienten mithilfe finanzieller Boni bewegt werden können, sich bei der Einnahme von anti-psychotischen Arzneimitteln besser an die Anweisungen ihres Arztes zu halten. In Schottland erhielten Raucher im Rahmen einer Pilotstudie Lebensmittelgutscheine, solange sie anhand eines Kohlenmonoxid-Atemtests nachweisen konnten, dass sie seit längerem nicht geraucht hatten.

**Zu früh für Empfehlungen**

Noch ist es zu früh für ein abschließendes Urteil über die Boni und darüber, ob sie sich in Großbritannien durchsetzen werden. Zwar konnte gezeigt werden, dass Boni die Arzneimittel-Compliance von Patienten verstärken. Andererseits scheinen Boni nur minimal dazu beizutragen, Patienten zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren (Oliver 2008). Eine Cochrane-Studie, die den Einfluss von Anreizsystemen auf das Rauchverhalten untersuchte, kam zu einem ähnlichen Ergebnis: Zwar führten finanzielle Anreize dazu, dass sich mehr Raucher mit dem Rauchstopp beschäftigten und an Rauchstopp-Wettbewerben teilnahmen. Doch mit oder ohne finanzielle Anreize: Der Anteil derer, die wirklich mit dem Rauchen aufhörten, war in beiden Gruppen gleich hoch (Cahill und Perera 2008). Zudem sei es noch zu früh, um vorherzusagen, ob derlei Anreizsysteme tatsächlich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, so die Wissenschaftler. Zunächst gelte es, die Wirksamkeit dieser Methoden nachzuweisen.

**Ethische Bedenken**

Nicht zuletzt gibt es ethische Bedenken hinsichtlich der Frage, ob finanzielle Anreizmechanismen für Patienten der richtige Weg sind. Unklar ist, ob sie wirklich wirken. Und es ist ebenso unklar, ob damit nicht unbeabsichtigte Begleiterscheinungen einhergehen – beispielsweise der beschriebene Crowding-out-Effekt. Fraglich ist zudem, ob finanzielle Boni tatsächlich mit der von Befürwortern beschworenen Wahlfreiheit vereinbar sind. Ist es

ethisch in Ordnung, wenn finanziell Benachteiligte durch Geld-  
not zu Verhaltensweisen gebracht werden, die sie freiwillig nicht  
wählen würden?

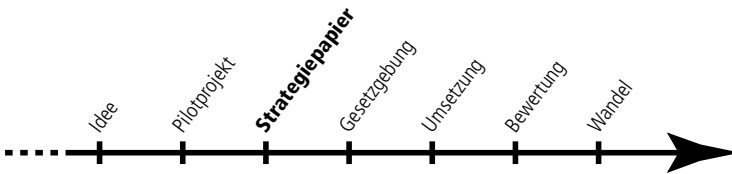
*Literatur und Links:*

Oliver, Adam. »Personal financial incentives to improve  
health.« *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.  
org/survey/uk/a12/2](http://www.hpm.org/survey/uk/a12/2).

Cahill, Kate, und Rafael Perera. Competitions and incenti-  
ves for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic  
Reviews* 3 2008. [www.cochrane.org/reviews/en/ab  
004307.html](http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004307.html).

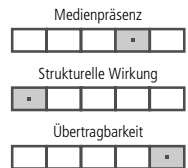
Titmuss, Richard. *The Gift Relationship: From Human Blood  
to Social Policy*. London 1970.

**Australien:  
Alkopop-Steuer gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen**



Anfang 2008 kündigte die neu gewählte Regierung an, die Steuer  
auf Alkopops stark anzuheben. Diese Mischgetränke setzen sich  
zu einem Teil aus Hochprozentigem oder Wein, zum anderen  
Teil aus nicht alkoholischen Getränken wie Softdrinks zusam-  
men. Der geringe Preis, zielgruppengerechtes Marketing und der  
süße Geschmack sorgten dafür, dass diese Getränke vor allem  
unter jungen Leuten sehr beliebt waren. Die Regierung plante,  
die Steuern auf Alkopops um 70 Prozent anzuheben, um vor  
allem junge Leute vom Kauf abzuhalten.

Die Reform zielte vor allem darauf ab, sogenanntes Rausch-  
oder Komatrinken australischer Jugendlicher einzudämmen. Sie  
war Teil einer vom australischen Premierminister breit angeleg-



ten nationalen Strategie gegen übermäßigen Alkoholkonsum unter jungen Menschen. Das Vorhaben stieß insbesondere auf Seiten der Getränkehersteller und der politischen Opposition auf Kritik, schließlich, so die Kritiker, gehe es hierbei in erster Linie um eine steuerliche Maßnahme, von der Jugendliche nicht profitierten. Sie bezweifelten zudem den gewünschten Effekt von Preissteigerungen auf den Alkoholkonsum.

**Alkoholexzesse von  
Jugendlichen**

Dass australische Jugendliche gern viel trinken, ist durchaus bekannt. Eine 2005 durchgeführte Untersuchung zum Alkoholverhalten von Schülern in der Sekundarstufe fand heraus, dass in jeder Woche ungefähr einer von zehn Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren in gefährlichem Maße Alkohol konsumierte – bis hin zum Rauschtrinken, dem Alkoholkonsum bis zur Besinnungslosigkeit. Eine landesweite Erhebung zum Drogenkonsum kam 2007 außerdem zu dem Ergebnis, dass Mädchen zwischen zwölf und 15 Jahren dreimal so oft wöchentlich Alkohol konsumierten wie Jungen desselben Alters. Gleichzeitig ging aus dem Bericht hervor, dass der Alkoholkonsum bei einem von zehn Mädchen in dem Alter als gefährlich einzustufen ist.

**Steuern auf  
Alkopops: mal rauf,  
mal runter**

Die vorige Regierung hatte die Steuern auf Mischgetränke im Jahr 2000 gerade erst erheblich gesenkt. Nachdem die Ergebnisse der 2007er Suchtstudie Anfang 2008 bekannt geworden waren, war Premierminister Kevin Rudd vor allem über die Zunahme des Komatrinkens unter jungen Frauen besorgt. Es sei falsch von der Vorgängerregierung gewesen, die Steuern auf Alkopops gesenkt zu haben. Schließlich sei es seither zu einem deutlichen Anstieg der Verkaufszahlen gekommen, bemängelte Rudd.

Im April 2008 kündigte Rudd an, die Steuern auf Mischgetränke drastisch zu erhöhen. Die zusätzlichen 3 Milliarden australische Dollar (ca. 1,7 Milliarden Euro) an Steuereinnahmen, die man über mehrere Jahre verteilt erwarte, wolle man zum Teil in die Alkoholprävention reinvestieren.

**Vorbehalte von  
Beginn an**

Seitdem wurde über die geplante Steuererhebung kontrovers diskutiert. Die Opposition war von vornherein dagegen. Auch verschiedene Getränkehersteller waren der Ansicht, diese Maßnahme führe lediglich zu einer Änderung der Getränkeauswahl, nicht aber zu der beabsichtigten Reduzierung des Alkoholkonsums. Verschiedene Spirituosenersteller, die Australische Hotelvereinigung, die Vereinigung der Weinproduzenten Australiens sowie

die Winzervereinigung argumentierten, zwischen 1991 und 2007 habe sich das Trinkverhalten junger Menschen ab 14 Jahre kaum verändert; zudem sei der Zusammenhang zwischen erhöhten Steuern auf Alkopops und Komatrinken unter Jugendlichen an den Haaren herbeigezogen. Organisationen der Suchthilfe und Public-Health-Experten unterstützten den Vorstoß der Regierung. Die australische Partei der Grünen forderte noch rigorosere Maßnahmen gegen Rauschtrinken bei Jugendlichen, bis hin zu einem Werbeverbot für die Alkoholindustrie.

Seit der Einführung der Steuererhöhung diskutieren Vertreter der Alkoholindustrie und der Politik darüber, ob die Maßnahme und die daran geknüpften Erwartungen wirklich Sinn machen. Ein Problem ist, dass über die tatsächlichen Verkaufszahlen der Alkopops unterschiedliche Angaben im Umlauf sind. Ende 2008 veröffentlichte die Regierung neue Zahlen. Aus ihnen lässt sich ablesen, dass die Regierung die zu erwartenden steuerlichen Mehreinnahmen im Vorfeld zu hoch geschätzt hatte. Die Steuererhöhung wird wohl über zwei Jahre verteilt eine Milliarde australische Dollar weniger bringen als gedacht (Siobhain 2008). Die Verkaufszahlen der Getränkeindustrie, veröffentlicht im Sommer 2008, zeigen einen Rückgang im Konsum der Mischgetränke, dafür jedoch höhere Absatzzahlen bei den härteren Spirituosen.

Regierung und Industrie streiten weiter über die richtigen Zahlen zum Konsum von Mischgetränken, sodass eine Bewertung der Reform noch schwerfällt. Doch eins zeichnet sich ab: Egal ob finanzielle Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Negativanreize wie höhere Steuern auf gesundheitsschädliche Konsumgüter – sie sinnvoll und vor allem effektiv einzusetzen ist schwerer als gedacht.

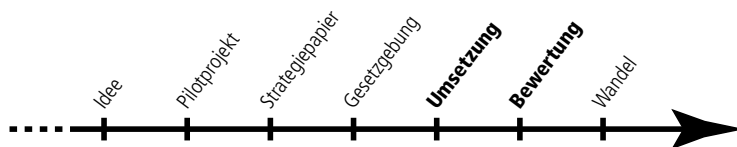
Enttäuschte  
Erwartungen

*Literatur und Links:*

Gallego, Gisselle. »Doubling the Alcopop Tax«. *Health-Policy-Monitor*, September 2008. [www.hpm.org/survey/au/a12/4](http://www.hpm.org/survey/au/a12/4).

Siobhain, Ryan. »Alcopops revenue overestimated by \$1bn«. *The Australian*, 06. November 2008.

## Estland: Leistungsorientierte Bezahlung von Ärzten



Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung				■	
Übertragbarkeit	■				

2006 hat die Nationale Estnische Krankenkasse ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für Hausärzte eingeführt – nach mehreren Jahren der Beratung mit der Vereinigung Estnischer Hausärzte. Obwohl die Reform noch jung ist, hat sich bereits einiges getan: Immer mehr Hausärzte nehmen an dem neuen Programm teil und immer mehr haben bereits Boni erhalten. Die Anforderungen an die teilnehmenden Ärzte, um tatsächlich einen Bonus zu erhalten, wurden inzwischen verschärft, gleichzeitig jedoch die Höhe der finanziellen Anreize angehoben.

### P4P auf Estnisch

Das estnische P4P-Modell entlohnt die teilnehmenden Hausärzte für bestimmte Maßnahmen: bei der Prävention von Krankheiten, bei der Behandlung und Überwachung chronischer Erkrankungen sowie für bestimmte allgemeinmedizinische Untersuchungen und kleine chirurgische Eingriffe. Schwerpunkte liegen auf Impfungen, Screenings und der Messung von Blutzucker und Blutfetten.

### Qualitätsanreiz oder Zusatz- einkommen?

Während 2006 zunächst knapp die Hälfte aller Hausärzte am neuen System teilnahm, stieg die Teilnehmerquote 2007 auf 56 Prozent und 2008 auf 80 Prozent. Nachdem 2006 jeder teilnehmende Arzt einen Bonus erhielt, wurden die Anforderungen für eine erfolgreiche Teilnahme verschärft – 2007 erhielten nur noch 39 Prozent der teilnehmenden Ärzte die Sondervergütung. Gleichzeitig wurden die ausbezahlten Boni erhöht.

### Zweifel und Kritik am System

Die estnischen Hausärzte haben das neue System von Anfang an mitgetragen und unterstützt. Dennoch gibt es von ihrer Seite den Einwand, die finanziellen Anreize würden den administrativen Aufwand nicht wirklich rechtfertigen – Einwände, die auch in den USA immer wieder auftauchen (Petigara und Anderson 2008). In Großbritannien, wo der NHS ebenfalls seit einigen Jahren mit leistungsorientierter Vergütung experimentiert, stehen die Umsetzung und die zugrundeliegenden Indikatoren in der

Kritik. So bezeichnen beispielsweise die Hausärztin Iona Heath und Kollegen im *British Medical Journal* von 2007 das Modell leistungsorientierter Bezahlung in Großbritannien als zu sehr an Prozessen und zu wenig an tatsächlichen Gesundheitsgewinnen für die Patienten orientiert (Heath et al. 2007).

Und auch wenn Bemühungen um mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung immer willkommen sind, fordern P4P-Ansätze die gleiche grundlegende Frage heraus wie finanzielle Anreize für Patienten, die sich gesundheitsbewusst verhalten: Soll man Ärzte für etwas extra entlohnen, das ohnehin von ihnen zu erwarten ist: dass sie bei der medizinischen Versorgung ihrer Patienten eine möglichst hohe Qualität leisten?

Die Reform wird in Estland bereits als Erfolg gehandelt. Es gibt aber bislang keinerlei Evaluation darüber, wie sich die leistungsbezogene Bezahlung der Ärzte auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirkt – auch wenn die estnische Krankenkasse für die Zukunft entsprechende Evaluationen angekündigt hat. In den USA, wo schon seit längerem mit leistungsorientierter Vergütung experimentiert wird, gibt es ebenfalls nur wenig methodisch überzeugende Evaluationen. Bisherige Untersuchungen haben nur wenige Belege für die Kosteneffizienz bestehender P4P-Modelle und wenige Anhaltspunkte für einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung erbracht (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 11*, S. 103 ff.; Petigara und Anderson 2008; Conis 2008).

Trotz des derzeitigen Enthusiasmus gegenüber leistungsorientierter Vergütung, die sich sowohl bei Kostenträgern als auch bei Leistungserbringern finden lässt: Bevor neue Methoden flächendeckend eingeführt werden, sollte eine systematische Evaluation bisheriger Systeme vorangetrieben werden.

**Kaum Beweise  
für P4P-Erfolg**

*Literatur und Links:*

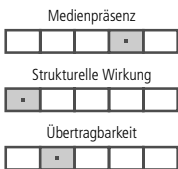
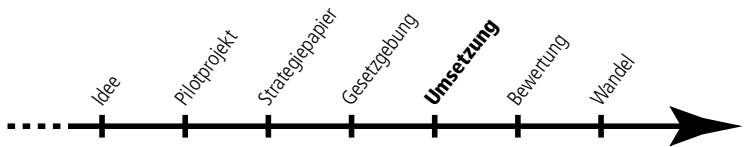
Aaviksoo, Ain, und Gerli Paat. »Scaling up P4P to family doctors«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/ee/a12/1](http://www.hpm.org/survey/ee/a12/1).

Conis, Elena. »California's Pay for Performance Program: Update«. *HealthPolicyMonitor*, November 2008. [www.hpm.org/survey/us/c12/5](http://www.hpm.org/survey/us/c12/5).

Heath, Iona, Julia Hippisley-Cox und Liam Smeeth. »Measuring quality through performance: Measuring performance and missing the point?«. *British Medical Journal* (335) 2007. 1075–1076.

Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. »Pay for Performance in the U.S. – An Update«. *HealthPolicyMonitor*, April 2008. [www.hpm.org/survey/us/a11/2](http://www.hpm.org/survey/us/a11/2).

## USA: Biologika treiben Arzneimittelausgaben in die Höhe



Bei der Diskussion über das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen lohnt es, das Augenmerk auch auf einen der größten Kostentreiber im Gesundheitswesen zu richten: den Arzneimittelmarkt und dort speziell die neue Gruppe der Biologika. Diese basieren auf biologischen Substanzen statt chemischen Stoffen und können, so v.a. die Herstellermeinung, zu erheblichen klinischen Verbesserungen führen – sie kosten allerdings in den USA zwischen 10.000 und 200.000 Dollar (ca. 7.500 bis 150.000 Euro) pro Behandlungseinheit. Es heißt, der Markt für diese Arzneimittel wachse zweimal so schnell wie der für herkömmliche Arzneimittel. Der Umsatz lag 2006 bei mehr als 30 Milliarden Euro und soll bis 2010 auf 45 Milliarden Euro steigen (Petigara und Anderson 2008).

**Versicherer  
versuchen Kosten  
zu dämpfen**

Amerikanische Krankenversicherungsunternehmen denken nun über Wege nach, die ständig steigenden Ausgaben zu reduzieren. Zu ihren Strategien gehören die Einführung gestufter Therapiefreigaben, höhere Verabreichungsgebühren für Ärzte und neue Zuzahlungsregelungen.

- Die gestufte Therapiefreigabe bedeutet, dass Patienten nur dann die neuen, kostspieligen Therapien erhalten, wenn andere Behandlungswege sich als nicht erfolgreich herausgestellt haben. Bei dieser Herangehensweise müssten Ärzte noch vor Beginn der Therapie mit Biologika Unterlagen über vorherige Diagnosen und Behandlungswege vorlegen.
- Durch eine Erhöhung der Verabreichungsgebühren möchten die Krankenversicherer erreichen, dass die Ärzte weniger Anreize haben, einen Gewinn durch die Biologika zu erzielen. Der Hintergrund ist der, dass Ärzte die Biologika selbst in Form von Injektionen oder Infusionen verabreichen. In Apotheken sind sie in der Regel nicht erhältlich. Das bedeutet, dass Ärzte Biologika häufig direkt vom Hersteller erwerben und zu einem stark erhöhten Preis an Patienten abgeben – ein Anreiz, die Zahl der Biologika-Verschreibungen zu steigern, der letztlich zu höheren Kosten für die Patienten führt. Neben der Erhöhung der Verabreichungsgebühren für Biologika, die von Ärzten verabreicht werden müssen, versuchen die Krankenversicherer ihre Versicherten auch über orale Biologika sowie solche, die selbst gespritzt werden können, zu informieren. Für solche können sie wiederum Verträge mit speziellen Apotheken über vergünstigte Preise abschließen.
- Einige Versicherungen weichen bei Biologika inzwischen von ihren gängigen Zuzahlungsregelungen bei Arzneimitteln ab. Während bei Arzneimitteln normalerweise feste Zuzahlungsbeträge für die Patienten anfallen, verlangen sie bei Biologika eine prozentuale Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten.

Besonders drängend ist die Frage nach der Bewertung von Generika im Biologika-Segment, von denen man sich eine Verringerung der Ausgaben für Biologika von geschätzten 0,2 Milliarden Dollar erhofft (Congressional Budget Office 2007). Während Patente für die erste Generation der Biologika demnächst auslaufen, hat die Food and Drug Administration, die in den USA unter anderem die Sicherheit von Arzneimitteln überwacht, noch immer kein Genehmigungsverfahren für die zu erwartenden Nachahmerprodukte erlassen. Eine Bewertung ist kompliziert: Da identische Kopien von Biologika nicht möglich sind, ist Bioäquivalenz schwe-

**Welche  
Einsparungen  
bringen Generika?**

rer zu erzielen als bei anderen Generika. Schon geringe Abweichungen in einem Nachahmer-Biologikum könnten jedoch zu Gesundheitsgefährdungen führen. Die Food and Drug Administration wartet nun auf Anweisungen des Kongresses. In Europa dagegen wurden Standards für solche Verfahren bereits entwickelt. Die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln EMEA sieht für die sogenannten Biosimilars zwar ein gekürztes Zulassungsverfahren vor. Allerdings sind – anders als bei synthetisch hergestellten Generika – klinische Prüfungen zur Sicherheit und Wirksamkeit vorgeschrieben (EMEA 2005).

*Literatur und Links:*

Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. »Strategies to reduce the high cost of biologics«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/us/a12/3](http://www.hpm.org/survey/us/a12/3).

Congressional Budget Office. *Cost Estimate of S. 1695 Biologics Price Competition and Innovation Act of 2007 as ordered reported by the Senate Committee on Health, Education, Labor, and Pensions on June 27, 2007*.

EMEA – European Medicines Agency. *Guideline on Similar biological medicinal products*. London 2005.

# Finanzierung: Wer zahlt was und warum?

Vor der Frage, was wir für unser Geld an Leistungen im Gesundheitswesen bekommen, steht noch eine weitere, wesentlich einfachere: Wo kommt dieses Geld her? Hierunter lassen sich eine Reihe weiterer Fragen subsumieren: Welcher Prozentsatz der Gesundheitsausgaben sollte öffentlich, also über Steuern oder über die Krankenversicherung finanziert werden? Wie hoch sollte der Beitragssatz zur Krankenversicherung sein? Was ist die optimale Höhe an Eigenleistungen der Versicherten? Oder auch: Inwieweit sollte sich die Industrie an den Kosten für Prüfverfahren beteiligen, die ihre neuen Produkte durchlaufen?

Antworten auf die meisten dieser Fragen haben sich zwar im Zuge der historischen Entwicklung von Gesundheitssystemen ergeben: Jedes System hat seinen eigenen Finanzierungsweg mit dem ihm eigenen Mix an Finanzierungsquellen gefunden. Doch im Angesicht stets steigender Gesundheitsausgaben sind Gesundheitspolitiker allerorts immer wieder gezwungen, sich die Frage neu zu stellen: Wer zahlt was und warum?

Auch wenn weltweit kaum ein Gesundheitswesen wie das andere ist – ein wesentliches Merkmal haben alle gemeinsam: steigende Kosten. Die Frage, wie man den Kostenanstieg in den Griff bekommt, steht deshalb hartnäckig und dauerhaft auf der gesundheitspolitischen Reformagenda, und der Handlungsdruck wird von Jahr zu Jahr, von Monat zu Monat größer. Auch in diesem Kapitel geht es also um Geld, allerdings nicht darum, wofür es ausgegeben und ob es effizient eingesetzt wird; stattdessen beleuchtet dieses Kapitel die Fragen, wie die steigenden Kosten bezahlt werden sollen – und wer zahlt.

Gesundheitssysteme werden über Steuern, Beiträge zu gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen und über Eigenleis-

**Wie dämpft  
man den  
Kostenanstieg?**

**Die vier  
Finanzierungs-  
quellen**

tungen der Versicherten finanziert (siehe Mossialos et al. 2002). Steuern können auf unterschiedliche Weise erhoben werden, sie können direkt oder indirekt sein und sie können allgemein oder zweckgebunden – also von vornherein für den Gesundheitsbereich bestimmt – sein. Darüber hinaus können Steuern von verschiedenen staatlichen Ebenen erhoben werden, von der Bundes- bis zur Gemeindeebene.

Auch die gesetzliche Krankenversicherung kann unterschiedlich strukturiert sein, wobei die Beiträge üblicherweise für die Gesamtbevölkerung oder für Teile der Bevölkerung verpflichtend sind und von einer Institution erhoben werden, die zu diesem Zweck ins Leben gerufen wurde und unabhängig von der Regierung ist. Die private Krankenversicherung kann entweder in Form einer Vollversicherung bestehen oder den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz in Form einer Zusatzversicherung ergänzen – sie kann verpflichtend oder freiwillig sein. Auch Selbstbeteiligungen gibt es in allen erdenklichen Formen – sei es als feste Zuzahlung, prozentuale Zuzahlung oder Selbstbehalt (Mossialos et al. 2002). Hierbei handelt es sich natürlich um theoretische Kategorisierungen. In der Praxis lassen sich die Trennlinien nicht immer derart scharf ziehen.

**Kostenbeteiligung  
gewinnt an  
Bedeutung**

In Europa zeichnet sich sowohl in steuerfinanzierten als auch in Sozialversicherungssystemen in den letzten Jahrzehnten zunehmend ein Trend ab: Ein steigender Teil der Kosten wird durch private Ausgaben gedeckt, vor allem durch immer höhere Zuzahlungen der Patienten (Jemai et al. 2004). Befürworter argumentieren, dass Eigenleistungen zum Rückgang einer überflüssigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, während sie gleichzeitig Geld ins System bringen und dadurch das Versorgungsangebot stabil halten oder erweitern. Gegner halten dagegen, dass Eigenleistungen den Solidaritätsgedanken untergraben, indem sie die Kosten von der Gemeinschaft auf den Einzelnen verlagern. Der Einzelne jedoch habe im System einen schlechteren Stand: Beispielsweise könne der Patient nicht immer beurteilen, welche Leistungen sinnvoll sind und welche nicht. Die meisten Entscheidungen darüber, welche Behandlung oder welches Arzneimittel Sinn macht, trafen die Leistungserbringer, nicht die Patienten. Dies, so die Kritiker, führe zu einer übermäßigen Inanspruchnahme durch angebotsinduzierte

Nachfrage. Eigenleistungen seien daher kein guter Weg, um nicht notwendiger Leistungserbringung entgegenzusteuern (Jemai et al. 2004).

Debatten darüber, wie Gesundheitssysteme nachhaltig finanziert werden können, ohne den gerechten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für alle Patienten in Frage zu stellen, sind nicht neu. Spannungen zwischen politischen Ansätzen, die auf mehr Eigenverantwortung der Versicherten setzen, und solchen, die gesellschaftliche Solidarität betonen, prägen weltweit die Gesundheitspolitik, besonders wenn es um Fragen der Kostenverteilung geht (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 9, S. 93–112). Die Länderberichte dieses Kapitels zeigen, dass die Frage, welche Finanzierungsansätze gerecht und angemessen wie auch gleichzeitig nachhaltig und umsetzbar sind, in jeder nationalen gesundheitspolitischen Debatte mitschwingt.

Da die französische Regierung (erst einmal) das unliebsame Thema Zuzahlungserhöhung ausklammern möchte, hat sie sich für einen anderen Ausweg aus der Finanzmisere im Gesundheitswesen entschieden: Sie will die Umsatzsteuer für private Versicherungsunternehmen deutlich anheben (siehe Bericht aus Frankreich, S. 39). In Finnland hingegen – einem Land mit einem vergleichsweise kleinen privaten Versicherungssektor – optiert die gerade neu gewählte Regierung dafür, die Eigenleistungen der Patienten zu erhöhen (siehe Bericht aus Finnland, S. 42). Auch in Kanada – einem Land, dessen steuerfinanziertes Gesundheitswesen bei der Bevölkerung einen guten Ruf genießt – geht die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung mit der heftig debattierten Frage einher, welche Rolle der Privatsektor einnehmen soll (siehe Bericht über Kanada, S. 44). Im Süden der Vereinigten Staaten von Amerika wiederum, in Alabama, haben Angestellte des Staates, die ein hohes Risiko für bestimmte Erkrankungen haben, demnächst höhere Versicherungsprämien zu befürchten (siehe Bericht zu den USA, S. 48). Und in Australien wird diskutiert, Arzneimittelherstellern für die Kosten-Nutzen-Bewertung ihrer neuen Produkte eine Gebühr abzuverlangen (siehe Bericht über Australien, S. 50).

Das französische Gesundheitssystem genießt international den Ruf, eins der besten der Welt zu sein. Dennoch steht auch Frankreich vor der großen Herausforderung steigender Gesundheits-

**Nachhaltige  
Finanzierung eines  
gerechten Systems**

**Vielfältige Reform-  
möglichkeiten**

**Frankreich erhöht  
Steuern für  
Privatversicherer**

ausgaben. Da die nationale allgemeine Krankenversicherung über die letzten Jahre einen geringeren Anteil der Kosten erstattet hat als zuvor, sind die Eigenleistungen der Versicherten dementsprechend gestiegen. Freiwillige Zusatzversicherungen sind längst zu einem zweiten Standbein neben der Pflichtversicherung geworden, schon um die Zuzahlungen abzudecken. Dieses Wachstum hat nicht nur den Umsatz und Profit privater Versicherer erhöht. Es hat auch das Augenmerk des Staates auf deren Geld gelenkt, schließlich benötigt der Staat zusätzliche Geldquellen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Finnland erhöht  
Zuzahlungen der  
Patienten**

Anders als in Frankreich macht in Finnland die private Versicherung nur einen geringen Teil der Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus. Hier sind die Gemeinden über Steuern für den Löwenanteil der Gesundheitsausgaben verantwortlich. Zuzahlungen für den Arzt- oder Zahnarztbesuch sind üblich. Die 2007 gewählte Regierung hat die Gebühren 2008 noch einmal erheblich erhöht. Die Regierung legte mit der Reform auch fest, dass die Gebühren in Zukunft automatisch steigen – und hat damit eine heftige politische Debatte entzündet.

**Privatisierung:  
Ein (Aus-)Weg  
in Kanada?**

In Kanada, wo die Provinzen einen immer größeren Anteil ihrer Budgets für die ihnen unterstellte Gesundheitsversorgung ausgeben müssen, halten manche einen stärkeren Privatsektor für den Ausweg aus der Kostenentwicklung. Verbote für Ärzte und Krankenhäuser, Leistungen, die auch das staatlich finanzierte Gesundheitswesen abdeckt, privat abzurechnen, verlieren an Bedeutung. Der Trend zum Privatisieren, der von einigen Politikern und unternehmerischen Leistungserbringern massiv beworben wird, löst nicht nur Freude aus – viele befürchten einen Trend hin zur Zwei-Klassen-Medizin.

**Dicken-Steuer  
in Alabama**

Der Bundesstaat Alabama im Süden der USA setzt klar auf die Verantwortung des Einzelnen für die eigene Gesundheit. Seit Anfang 2009 zahlen Angestellte des Staates, die zu Risikogruppen zählen – beispielsweise Versicherte mit einem erhöhten Body-Mass-Index –, vergünstigte Krankenversicherungsprämien, wenn sie gegen diese Risiken vorgehen. Tun sie es nicht, müssen sie erhöhte Prämien zahlen. Während in Alabama einige das Vorhaben für eine unfaire »Dicken-Steuer« halten, warten andere Staaten, die auch nach Wegen zur Senkung der Gesundheitsausgaben suchen, gespannt auf den Ausgang des Experiments.

In Australien macht ein eher unüblicher Vorschlag die Runde: Pharmaproduzenten sollen für die staatlich vorgegebene Kosten-Nutzen-Bewertung eines neuen Produktes eine Gebühr zahlen. Wenngleich dies anderswo, beispielsweise in den USA, bereits Standard ist, hat dieser Schritt in Australien eine Debatte ausgelöst. Vor allem in der Opposition und der Industrie lehnen viele diese neue Maßnahme ab.

**Gebühren  
für australische  
Pharma-  
produzenten**

*Literatur und Links:*

Jemiai, Nadia, Sarah Thomson und Elias Mossialos. »An overview of cost sharing for health services in the European Union«. *Euro Observer* (6) 3 2004. [www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver6\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver6_3.pdf).

Mossialos, Elias, Anna Dixon, Josep Figueras und Joe Kutzin. Policy-Brief »Funding health care: options for Europe«. Hrsg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2002. [www.euro.who.int/document/obs/Fhcpolbrief4.pdf](http://www.euro.who.int/document/obs/Fhcpolbrief4.pdf).

**Frankreich: Steuererhöhungen für private Krankenversicherer**



Im Jahr 2000 erklärte die Weltgesundheitsorganisation das französische Gesundheitswesen wegen des hervorragenden Gesundheitszustands der Franzosen, der Freiräume für Patienten und Ärzte, des guten Zugangs zum Gesundheitswesen sowie wegen des guten Krankenversicherungsschutzes zum besten Gesundheitssystem der Welt (Sandier et al. 2004).

Dennoch steht auch Frankreich vor dem Problem wachsender Ausgaben im Gesundheitswesen, was ironischerweise durch die



großen Freiheiten für Ärzte und Patienten – je nach Betrachtungsweise eine der Stärken des französischen Gesundheitswesens – noch verschärft wird. Kostendämpfung ist demzufolge ein Hauptziel der im Folgenden beschriebenen jüngsten Reformanstrengungen – und zwar durch geringere Kostenübernahme der nationalen Krankenkasse und einer damit einhergehenden Erhöhung der Eigenbeteiligung. Zwar spielen die Leistungserbringer in der Umsetzung von gesundheitspolitischen Reformen in Frankreich eine maßgebliche Rolle – doch bei der Kostendämpfung auf eine stärkere Verantwortlichkeit der Ärzte zu setzen, hat sich bislang nicht bewährt (Sandier 2004).

**Steigende Kosten,  
wachsendes Defizit**

Während das Defizit der nationalen allgemeinen Krankenversicherung 2005 und 2006 zurückgegangen ist, sind die Gesundheitsausgaben 2007 rasant gestiegen. Inzwischen geht man von einem Haushaltsdefizit der Krankenversicherung von 4 Milliarden Euro im Jahr 2008 und von 7,6 Milliarden Euro für 2009 aus. Gleichzeitig haben private Krankenversicherer ihre Prämien während der letzten vier Jahre um 30 Prozent erhöht und damit ihre Gewinne um 25 Prozent gesteigert. Da die Regierung die öffentlichen Bilanzen bis 2012 ausgleichen möchte, wurde beschlossen, private Versicherer stärker zu belasten – durch eine Erhöhung der Umsatzsteuer. Damit will sie 2009 mehr als eine Milliarde Euro einnehmen.

Geschätzte 85 Prozent der französischen Bevölkerung haben Zusatzversicherungen abgeschlossen, die meist Zuzahlungen für verschiedene ambulante oder stationäre Leistungen abdecken. Solche privaten Zusatzversicherungen sind in Frankreich eine Selbstverständlichkeit, ohne die man sich kaum mehr eine Facharzt- oder Krankenhausbehandlung leisten kann. Die ärmsten sieben Prozent der Bevölkerung erhalten aus ebendiesem Grund eine kostenfreie, aus Steuern finanzierte Zusatzversicherung.

**Erhöhte  
Umsatzsteuer für  
Versicherer**

Die Anbieter von privaten Versicherungen zahlen bereits eine Steuer, um das öffentliche Gesundheitsbudget zu entlasten: Sie finanzieren die kostenfreie Zusatzversicherung mit, die die Regierung im Jahr 2000 für die ärmsten Teile der Bevölkerung eingeführt hat. Nun steigt der Beitrag zu dieser Zusatzversicherung für die Versicherungsanbieter von 2,5 auf 5,9 Prozent ihres Umsatzes. Im Gegenzug erhalten die Versicherer ein Mitspracherecht bei den Gebührenverhandlungen mit der Ärzteschaft.

Im Jahr 2008 hatte die Regierung bereits neue Zuzahlungen in Form von Selbstbehalten eingeführt, um das Defizit zu verringern. Eine weitere Kostenbeteiligung der Patienten war politisch undenkbar. Ursprünglich stand zur Debatte, die Erstattungsquote für Behandlungskosten zu senken und damit die Eigenbeteiligungen anzuheben. Da jedoch nur 85 Prozent zur Abdeckung dieser Zahlungen eine Zusatzversicherung haben (und sieben Prozent sie vom Staat erhalten), gibt es nach wie vor rund acht Prozent der Bevölkerung – zumeist wenig verdienende Arbeitnehmer –, die diese nicht unbeträchtlichen Zahlungen vollständig selbst leisten müssen. Proteste von allen Seiten haben daher letztlich zur Erhöhung der Umsatzsteuer für die Versicherungsanbieter geführt.

In den Reihen der Versicherer gab es am Ende Befürworter und Gegner. Zwar lehnten alle Versicherer die neuen Zahlungen prinzipiell ab. Doch die gemeinnützigen Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (»mutuelles«), die einen Anteil von 60 Prozent des Umsatzes im Versicherungsmarkt innehaben, stimmten der Neuerung schließlich im Austausch gegen eine gestärkte Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern zu. Gleichzeitig kündigte die Branche an, ihre Prämien 2009 nicht anzuheben, wenn die Steuer 2010 nicht abermals erhoben werde. Dem gegenüber standen die gewinnorientierten Unternehmen sowie die nicht gewinnorientierten, oftmals betriebsangehörigen Fürsorgekassen, die Kranken- und Rentenversicherungen für Angestellte anbieten. Sie lehnten die geplante Erhöhung der Versicherungssteuer rigoros ab und kündigten an, im Gegenzug ihre Prämien erhöhen zu müssen, was dazu führen könnte, dass einige Personen ihre Versicherung nicht mehr bezahlen können.

Dass die Zusatzversicherer nun über ärztliche Honorare mitverhandeln, stößt bei Leistungsanbietern auf unterschiedliche Reaktionen. Einige fürchten die Aussicht, mit zwei Versicherungssektoren verhandeln zu müssen, andere glauben, die Zusatzversicherungsbranche sei immerhin weniger budgetären Zwängen unterworfen. Patientenvertreter haben gemischte Gefühle, da sie einerseits mit steigenden Versicherungsprämien rechnen, andererseits froh sind, dass die Zuzahlungen nicht steigen. Dennoch halten sie die Maßnahme nicht für geeignet, um strukturelle Probleme zu lösen. Stattdessen fordern Patientenvertreter, die Kosten medizinischer Behandlungen besser zu kontrollieren.

**Höhere Belastung  
der Patienten nicht  
umsetzbar**

**Plan entzweit  
Versicherungs-  
unternehmen**

**Auch Ärzte und  
Patienten  
gespalten**

**Regressiv oder  
progressiv**

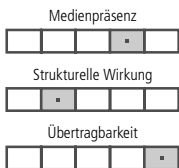
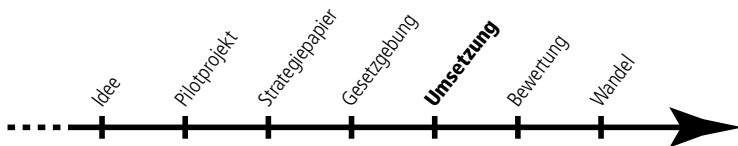
Die durch die Steueranhebung gewonnenen Mehreinnahmen fließen direkt in das öffentliche Gesundheitsbudget und finanzieren so die kostenlose Zusatzversicherung für die Ärmsten der Bevölkerung. In dieser Hinsicht gilt die Reform als umverteilungsorientiert (»progressiv«). Anders betrachtet könnte die Reform dazu führen, dass private Versicherer ihre Prämien erhöhen. Das würde in erster Linie Geringverdiener treffen. Eventuell müssten sogar einige von ihnen auf ihre private Zusatzversicherung verzichten. Es ist davon auszugehen, dass in Kürze erste Auswertungen der Reformfolgen vorliegen werden.

*Literatur und Links:*

Cases, Chantal, und Zeynep Or. »New turnover tax for private insurers«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fr/a12/3](http://www.hpm.org/survey/fr/a12/3).

Sandier, Simone, Valérie Paris und Dominique Polton. *Healthcare systems in transition: France*. Hrsg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2004.

**Finnland: Stetig steigende Zuzahlungen für Patienten**



Während sich Frankreich gegen weitere Zuzahlungen entschieden hat, geht Finnland genau diesen Weg. Dort wird das Gesundheitswesen vor allem über Steuern finanziert, welche die kommunalen Verwaltungen erheben. Sie tragen die Verantwortung für öffentliche Gesundheitsdienstleistungen. Die von Patienten zu zahlenden Gebühren für die Inanspruchnahme von Leistungen sind moderat; bis 2008 deckten sie acht Prozent der Ausgaben

für die Primärversorgung, vier Prozent der Ausgaben für fachärztliche Leistungen und 20 Prozent der Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung. 2008 erhöhte die Regierung die Gebühren für die ärztliche Behandlung um durchschnittlich 17 Prozent, die Gebühren für zahnärztliche Leistungen um durchschnittlich 30 Prozent.

Die Gebührenerhöhung an sich ist keine neue Maßnahme: Schon 2002 hatte die Regierung die Gebühren für ärztliche Leistungen angehoben. Neu ist der Entschluss, die Nutzergebühren regelmäßig alle zwei Jahre anzuheben, um die Inflation auszugleichen. Für die Gemeinden ist dies ein Nullsummenspiel – in dem Maße, in dem die Nutzergebühren steigen, senkt die Regierung die ihnen zukommenden Transferleistungen. Die meisten Gemeinden haben die Nutzergebühren innerhalb eines Monats nach Inkrafttreten der Reform an die neuen Höchstsätze angepasst.

Den politischen Hintergrund für den Gebührenanstieg bildete der Regierungswechsel Anfang 2007. Damit kam eine Regierung ins Amt, die deutlich konservativer war als ihre Vorgänger. Der linke Flügel der Opposition stimmte gegen die Gebührenerhöhung, da diese den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen besonders für Geringverdiener erschwere. Auch Patientengruppen lehnten die Erhöhung ab. Unterdessen hat die Regierung ihre Maßnahme als Inflationsausgleich verteidigt, der die Gebühren real wieder an das Niveau von 2002 angleiche.

Kritiker bemängeln, die Reform verschärfe soziale Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, da die Gebührenerhöhung sich insbesondere auf Personen mit niedrigem Einkommen auswirke. Wohlhabendere Finnen dagegen sind entweder über ihre Arbeitgeber abgesichert, die die zuzahlungsfreie Gesundheitsversorgung für ihre Angestellten finanzieren, oder lassen sich privat behandeln. Ob die Reform ihr Ziel, den Zugang und die Versorgungsqualität zu verbessern, wirklich erreicht, ist noch unklar. Besonders bedenklich ist der 30-prozentige Gebührenanstieg für zahnärztliche Behandlung, der sich voraussichtlich negativ auf Geringverdiener und auf deren Zahngesundheit auswirken wird.

**Gebühren werden kontinuierlich steigen**

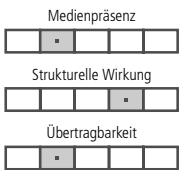
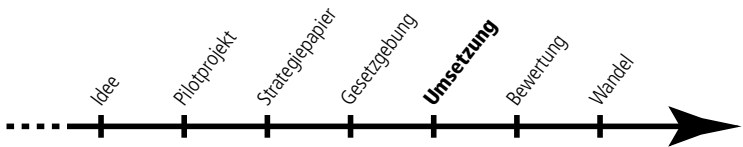
**Linker Flügel und Patientengruppen gegen höhere Gebühren**

**Ist mehr Selbstbeteiligung gerecht?**

*Literatur und Links:*

Vuorenkoski, Lauri. »Raising user fees in public sector health services«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fi/a12/4](http://www.hpm.org/survey/fi/a12/4).

## Kanada: Allheilmittel Privatisierung?



Die theoretische Unterteilung in staatlich gelenkte und rein marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme ist in den letzten Jahrzehnten immer unschärfer geworden. Heute verbinden die meisten Länder Elemente beider Systeme miteinander, sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Erbringung von Leistungen (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 119–127). Kamen in den späten 80er Jahren erhebliche Zweifel am Erfolg staatlicher Gesundheitssysteme auf, so hat die jüngste Krise auf dem Finanzmarkt erneut für Zündstoff gesorgt – trotz Boni, Abfindungen und Prämien auf Kosten der unbescholtenen Allgemeinheit sind sogar diejenigen ernüchtert, die an den Erfolg rein privatwirtschaftlich geführter Gesundheitssysteme zu glauben vorgaben.

### Privatisierung schreitet voran

Obwohl die kanadische Nation bis heute mehrheitlich vom Nutzen und von der Fairness eines öffentlich finanzierten Gesundheitssystems überzeugt ist, nehmen private Finanzierungselemente mehr und mehr Raum ein. Noch steckt die Privatisierung in den Kinderschuhen. Sollte sich die derzeitige Entwicklung jedoch fortsetzen, wird das kanadische System immer mehr Züge eines marktwirtschaftlichen Gesundheitswesens annehmen. Einige halten es für unausweichlich, dass private Kliniken expandieren und spezielle Leistungen für Gutverdiener anbieten werden, um die Finanzierung nachhaltig zu sichern. Andere sind

der Ansicht, Privatisierung führe unweigerlich zu Mehrausgaben und wachsender sozialer Ungleichheit.

Finanziert wird das öffentliche Gesundheitswesen in Kanada vom Bund und von den Provinzen, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Dem kanadischen Gesundheitsgesetz von 1984 zufolge soll die öffentliche Finanzierung notwendiger Gesundheitsleistungen dann den Provinzen zugutekommen, wenn diese sich an fünf Prinzipien halten: Die Leistungen sollen universell sein, sie sollen für jeden zugänglich sein, übertragbar, umfassend und öffentlich verwaltet. Unter dem freien Zugang zu Leistungen ist zu verstehen, dass alle Kanadier berechtigt sind, notwendige ärztliche Leistungen ohne private Zuzahlungen in Anspruch zu nehmen. »Notwendige ärztliche Leistungen« sind ambulante und stationäre ärztliche Dienste; Kosten für Arzneimittel und andere Gesundheitsausgaben sind davon ausgenommen. Die meisten Provinzen haben gesetzlich festgelegt, dass staatlich finanzierte Leistungen nicht privat abgerechnet werden dürfen. Doch Verfechter eines freien Marktes stellen diesen Konsens zunehmend in Frage.

Wie in Frankreich sind in Kanada die Ausgaben für Gesundheit in den letzten Jahren rapide gestiegen. Die Regierung gibt den Provinzen jeweils zwischen 20 und 25 Prozent ihres Gesundheitsbudgets. Doch die Gesundheitsausgaben der Provinzen steigen unaufhörlich, in einigen Provinzen belaufen sie sich auf bis zu 50 Prozent des Gesamtbudgets. Die Frage der Nachhaltigkeit stellt sich immer öfter. Daher gewinnt die Idee, die öffentlichen Haushalte durch marktwirtschaftliche Segmente zu entlasten, zunehmend Anhänger.

Die öffentliche Verwaltung der Gesundheitsversorgung gehört zu den fünf Prinzipien des kanadischen Gesundheitsgesetzes. Außerdem verbieten die Gesetze einiger Provinzen privaten Versicherungen, für medizinisch notwendige Leistungen aufzukommen, die von Leistungserbringern im staatlichen System erbracht werden (Marchildon 2005). Leistungen privatärztlich abzurechnen ist nur erlaubt, wenn der behandelnde Arzt das staatliche System verlässt – was selten vorkommt. Ungeachtet dieser Vorgaben existiert ein kleiner privater Versicherungssektor in Kanada. Private Versicherungen erstatten beispielsweise Medikamente, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht als »medizinisch notwendig« gelten.

**Die fünf Prinzipien  
des kanadischen  
Systems**

**Auch Kanada nicht  
immun gegen  
steigende  
Ausgaben**

**Privatisierung  
historisch  
unbeliebt**

**Erste  
Veränderungen**

Trotz der allgemeinen Ablehnung von Privatisierung im Gesundheitswesen zeichnen sich erste Veränderungen ab. Privatisierungsgegnern zufolge gibt es in Kanada bereits 130 Privatkliniken. Ausländische Klinikketten prägen immer mehr die kanadische Krankenhauslandschaft (Mehra 2008). Der Bericht geht von mindestens 90 Verstößen gegen das Gesundheitsgesetz aus, meist durch Kliniken, die Patienten staatlich bereits finanzierte Leistungen auch privat in Rechnung stellen. Solche Kliniken reichen die Rechnungen oft an die öffentliche Hand weiter und lassen die Patienten trotzdem privat zuzahlen. 2006 hat der Oberste Gerichtshof der französischsprachigen Provinz Québec ein Gesetz annulliert, das Personen den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung für öffentliche Leistungen untersagte. Diese Entscheidung hat, wie zu erwarten war, den Befürwortern der Privatisierung in die Hände gespielt.

**80 Prozent der  
Kanadier sind mit  
ihrem System  
zufrieden**

Einige einflussreiche Politiker auf Provinzebene sind der Ansicht, die Einführung privater Zuzahlungen für medizinisch notwendige Leistungen werde das Gesundheitssystem nachhaltiger finanzieren. Andere argumentieren, Privatisierung führe zu einem Zweiklassensystem, das nicht mit den Prinzipien des angesehenen öffentlichen Gesundheitswesens harmoniere. Trotz Wartezeiten und schwierigem Zugang zu Hausärzten sind noch immer 80 Prozent der kanadischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitswesen zufrieden.

**Ärzte gespalten**

Innerhalb der Ärzteschaft gibt es gemischte Auffassungen. Unter den Befürwortern von mehr Privatisierung finden sich beispielsweise ein ehemaliger Präsident der einflussreichen kanadischen Ärztekammer, der eine große Privatklinik besitzt, und auch der derzeitige Präsident der Ärztekammer, Mitbesitzer einer privaten Klinik für Radiologie. Eine andere Ärztevereinigung, die Canadian Doctors for Medicare (die kanadische öffentliche Krankenversicherung), kritisiert hingegen Bestrebungen, Leistungen auf Privatkliniken auszulagern und Patienten an den Behandlungskosten zu beteiligen. Wachsende Privatisierung, so argumentiert dieser Verband, führe zu einem unfairen und teuren Zweiklassensystem.

**Gibt es bereits  
ein Zweiklassen-  
system?**

In einigen Gegenden Kanadas scheint ein Zweiklassensystem bereits zu existieren. So bietet das Unternehmen »Copeman Healthcare«, das mehrere Privatkliniken betreibt, Patienten ein

sogenanntes Elite-Programm an, das alle Gesundheitsleistungen abdeckt. Unterdessen formiert sich Widerstand. Die »Gesundheitskoalition Ontario«, ein Netzwerk aus über 400 Bürgerbewegungen in ganz Ontario, gab ein Rechtsgutachten in Auftrag, dem zufolge die Eröffnung weiterer Copeman-Privatkliniken gegen Provinzrecht und gegen das kanadische Gesundheitsgesetz verstößt. Die Frage nach den Vor- und Nachteilen der Privatisierung im Gesundheitswesen wird die kanadische Öffentlichkeit und juristische Fachkreise weiter beschäftigen; ebenso die Frage, ob Privatisierung wirklich der richtige Weg ist, um das Gesundheitswesen nachhaltig zu finanzieren.

#### *Literatur und Links*

MacAdam, Margaret. »Sustainability of Canada's Health Care System«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/ca/a12/1](http://www.hpm.org/survey/ca/a12/1).

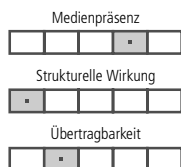
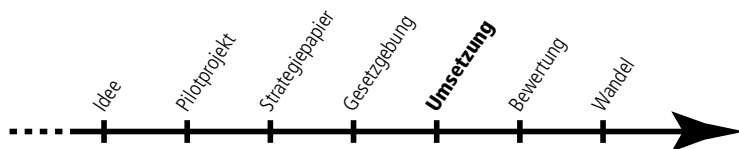
Copeman Healthcare, Webauftritt zum »Elite Program«. [www.copemanhealthcare.com/services\\_elite](http://www.copemanhealthcare.com/services_elite).

Marchildon, Gregory. *Health Systems in Transition. HiT summary Canada*. Hrsg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2005. [www.euro.who.int/Document/E87954sum.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87954sum.pdf).

Mehra, Natalie. *Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences of For-Profit Health Care Across Canada*. Ontario Health Coalition, Bericht 2008. [www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf](http://www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf).

Sack, Goldblatt, Mitchell LLP. »Memorandum für die Ontario Health Coalition. Juristische Einschätzung der Copeman-Kliniken«. [www.web.net/ohc/copemanlegal.pdf](http://www.web.net/ohc/copemanlegal.pdf).

## Alabama: Höhere Versicherungsprämien für Risikopatienten



Während die Franzosen Versicherungsunternehmen besteuern, die Finnen Gebühren beim Arztbesuch erheben und die Kanadier mit dem Gedanken von mehr Privatisierung spielen, geht der US-Bundesstaat Alabama noch einen anderen Weg: Dort stehen Malusbeiträge für Risikopatienten auf dem Programm. Wie die bereits beschriebenen Ansätze ist dieser umstritten, geht es doch um die Frage nach Gerechtigkeit und Gleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen (siehe auch das Kapitel »Zugang zur Gesundheitsversorgung und gerechte Gesundheitschancen«, S. 81).

### Einführung risikogerechter Prämien

Das sogenannte »Wellness Discount Program« sieht vor, Landesbeamten im Jahr 2009 kostenlosen Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen zu ermöglichen. Wer erhöhte Cholesterin- oder Blutzuckerspiegelwerte, einen hohen Body-Mass-Index oder Bluthochdruck aufweist, erhält einen Gutschein für einen kostenfreien Arztbesuch. Wer diese Gratis-Leistung nicht in Anspruch nimmt, zahlt höhere monatliche Versicherungsprämien. Auch Raucher müssen mehr zahlen. Die Hochrisikopatienten bleiben so lange »unbestraft«, wie sie nachweisen können, dass sie etwas gegen ihre Risikofaktoren tun.

### Ähnliche Pläne in anderen Bundesstaaten

In einigen anderen US-Bundesstaaten gibt es bereits kostenfreie Gesundheits-Checks und Wellness- oder Risiko-Management-Programme für Staatsdiener. Im mittleren Westen im Staat Missouri – führend in der Alkoholproduktion – und im politisch konservativen Arkansas im Süden erhalten Arbeiter, die an Gesundheits-Checks oder Wellness-Programmen teilnehmen, ermäßigte Prämien. In anderen Staaten erhalten Nichtraucher vergünstigte Prämien. Doch Alabama ist der erste US-Bundesstaat, der Ermäßigungen an spezielle Risikofaktoren wie erhöhten Blutdruck knüpft.

Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und Schlaganfälle treten in Alabama besonders häufig auf. Deshalb unterstützen das staatliche Krankenversicherungsprogramm und die Arbeitnehmervereinigung den Plan, der darauf abzielt, die Zahl chronisch kranker Patienten zu senken und so Behandlungskosten zu sparen. Der staatlichen Krankenversicherung zufolge liegen die Kosten für Patienten mit hohem Body-Mass-Index um etwa 1.300 Euro pro Jahr über denen von Patienten mit niedrigerem Body-Mass-Index. Studien zeigen, dass es sich lohnt, in den Gesundheitszustand von Mitarbeitern zu investieren – auch um langfristig Geld zu sparen.

Patientenvertreter halten den Plan für unfair und diskriminierend gegenüber denjenigen, die aus Veranlagung übergewichtig oder fettleibig sind. Die staatliche Versicherung hat das Vorhaben gegenüber Vorwürfen einer »Steuer für Dicke« verteidigt. Die Kritik erinnert an Bedenken, die im Zusammenhang mit personenbezogenen finanziellen Anreizen in Großbritannien erhoben wurden (siehe S. 24). In der Welt der Gesundheitspolitik, die derzeit finanzielle Nachhaltigkeit ins Zentrum aller Bemühungen stellt, lohnt es zu fragen, ob ein sogenanntes Wellness-Programm nicht eher eine getarnte Mehrbelastung einzelner Gruppen ist und ob vorgeblich großzügige finanzielle Anreize nicht eher zu Druckmitteln werden, die indirekt diejenigen bestrafen, die die Voraussetzungen für die Bonuszahlungen nicht erfüllen.

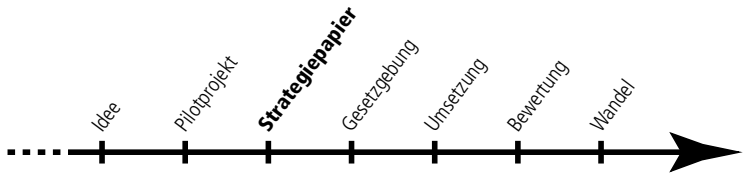
**Lohnenswerte  
Maßnahme ...**

**... oder unfaire  
Steuer für Dicke?**

#### *Literatur und Links*

Conis, Elena. »Alabama's Wellness Premium Discount Program«. *HealthPolicyMonitor*, November 2008. [www.hpm.org/survey/us/c12/3](http://www.hpm.org/survey/us/c12/3).

## Australien: Pharmaindustrie soll Kosten-Nutzen-Analysen zahlen



Medienpräsenz							
Strukturelle Wirkung							
Übertragbarkeit							

Das australische System der Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln ist weltweit recht bekannt (siehe auch Kapitel »Kosten und Nutzen in der Gesundheitsversorgung«, S. 13). Wir berichteten bereits über eine australische Reform, die verpflichtende Preisnachlässe einführt, um Arzneimittelkosten zu senken (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 110). Dieses Mal geht es um die Frage, ob sich australische Pharmaproduzenten an den Ausgaben für die Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln beteiligen sollten.

### Australiens Positivliste

Die australische Gesetzgebung sieht vor, dass Arzneimittel vor ihrer Zulassung zum Markt zunächst von der Arzneimittelbehörde (Therapeutic Goods Administration) bewertet werden. Anschließend müssen die Arzneimittelhersteller beantragen, dass ihre Medikamente auf der Positivliste (Pharmaceutical Benefits Scheme) gelistet werden. Nur dann werden sie von der Medicare, der australischen Krankenkasse, erstattet. Diese Liste ist damit eine der tragenden Säulen des steuerfinanzierten australischen Krankenversicherungssystems. Ist ein Medikament einmal auf der Positivliste, kann jeder australische Patient es zu einem erschwinglichen Preis erwerben.

### Hersteller sollen Bewertung selbst zahlen

Die Institution, die darüber entscheidet, ob ein Arzneimittel ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist und auf die Positivliste kommt, ist das Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) – ein unabhängiges wissenschaftliches Beratungskomitee der Regierung. Die Arzneimittelbehörde (Therapeutic Goods Administration) wird bereits zu 100 Prozent über Gebühren finanziert, welche die Arzneimittelhersteller für die Bewertung ihrer neuen Produkte zahlen müssen. Die beabsichtigte Reform sieht ähnliche Kostenerstattungsmaßnahmen für die Arbeit des PBAC vor.

Bereits die Vorgängerregierung hatte eine solche Maßnahme im Jahr 2005 angekündigt und für 2007/2008 geplant. Der Vorschlag stieß damals auf öffentliche Bedenken, weil man fürchtete, eine industrielle Finanzierung könne die Unabhängigkeit des Beratungsprozesses unterminieren. Doch auch die neue Regierung, die Ende 2007 gewählt wurde, griff den Plan auf – schließlich, so das Argument, gehe es lediglich um eine Erweiterung bereits vorhandener Maßnahmen zur Kostenerstattung.

Interessanterweise hatte auch der derzeitige Gesundheitsminister, damals noch nicht im Amt, 2005 Bedenken gegenüber dem Vorschlag gehegt. Schließlich, argumentierte auch er damals, könne die neue Finanzierungsform der Unabhängigkeit des Beratungsausschusses schaden. Seit seiner Wiederaufnahme hat der Vorschlag viel Kritik aus verschiedenen Lagern auf sich gezogen. Die Industrie zeigte sich gleichermaßen überrascht wie enttäuscht, auch Apotheker und Ärzte äußerten Vorbehalte. Medienberichte haben bestehende Ängste vor einem Verlust an unabhängigkeit des PBAC erneut aufgegriffen. Der Start des Programms, angestrebt für den 1. Juli 2008, wurde verschoben. Derzeit beschäftigt sich ein Parlamentsausschuss mit der Ausfertigung des Gesetzesentwurfs.

Der Industrie die Kosten für die Bewertung ihrer Arzneimittel zu übertragen, könnte dazu beitragen, die steigenden öffentlichen Ausgaben zu senken. Doch der Preis dafür könnte hoch sein. In den USA wurde beispielsweise jahrelang darüber debattiert, ob die Food and Drug Administration wirklich unabhängig agieren kann, wenn sie zur Hälfte von den Industriezweigen finanziert wird, die sie eigentlich regulieren soll (Moynihan 2002). In Australien ist die Öffentlichkeit von jeher um die Unabhängigkeit des PBAC besorgt, schließlich entscheidet dieses über die Zukunft eines neuen Medikaments. Grund für die Besorgnis besteht zu Recht: Ein ehemaliger Gesundheitsminister hatte einmal alle Mitglieder des PBAC entlassen und anschließend einen Industrievertreter in das neu konstituierte Gremium entsandt.

**Wie unabhängig ist  
eine Behörde ...**

**... die sich  
über Gebühren  
der Industrie  
finanziert?**

*Literatur und Links:*

Gallego, Gisselle. »Cost Recovery Arrangements for PBS«. *HealthPolicyMonitor*, September 2008. [www.hpm.org/survey/au/a12/5](http://www.hpm.org/survey/au/a12/5).

Moynihan, Ray. »Alosetron: a case study in regulatory capture, or a victory for patients' rights?«. *British Medical Journal* (325) 2002. 592–595.

# Steuerung in Krankenversicherungssystemen

Bei der Entstehung der sozialen Gesundheitssysteme standen zwei epochale Persönlichkeiten Pate: Systeme mit beitragsfinanziertem »sozialen« Krankenversicherungssystem, wie sie in vielen west- und mitteleuropäischen Ländern (aber auch z. B. in Japan oder Korea) verbreitet sind, werden immer noch häufig als bismarckische Systeme bezeichnet. Daneben gibt es steuerfinanzierte Systeme, sogenannte Beveridge-Systeme. Unsere heutige gesetzliche Krankenversicherung geht auf Reichskanzler Otto von Bismarck zurück. Er führte im Zuge der Sozialgesetze 1883 erstmals eine Krankenversicherung als Pflichtversicherung für Arbeiter ein. Dem Gesetz zufolge hatten Arbeiter Anspruch auf Versicherungsschutz durch existierende und neu zu gründende Krankenkassen und mussten einen Teil des Beitragssatzes selbst tragen. Den Rest zahlte der Arbeitgeber. 60 Jahre später brachte der Ökonom William Beveridge den nach ihm benannten Beveridge-Bericht heraus. Dieser wurde zur Grundlage des Aufbaus des Wohlfahrtssystems im Großbritannien der Nachkriegszeit, dessen Kern der steuerfinanzierte nationale Gesundheitsdienst NHS bildete.

In Europa herrscht breiter Konsens darüber, dass Gesundheitssysteme egal welcher Prägung fünf Ziele verfolgen müssen, um fair, wirtschaftlich und effektiv zu sein (Saltman et al. 2004). Diese Ziele sind: universeller Zugang für die gesamte Bevölkerung, effektive Versorgung für bessere Gesundheit, effiziente Nutzung von Ressourcen, hohe Versorgungsqualität und Empfänglichkeit für die Erwartungen und Wünsche von Patienten (»Responsiveness«, vgl. entsprechendes Kapitel auf S. 67). Um diese Ziele zu erreichen, verwenden Länder unterschiedliche Steuerungsmechanismen. In diesem Kapitel schildern wir die Regulie-

**Die fünf Kernziele  
europäischer  
Gesundheits-  
systeme**

rungsinstrumente, die in Ländern mit sozialer Krankenversicherung zum Einsatz kommen.

**Viele Akteure an  
Steuerung beteiligt**

Eines der zentralen Kennzeichen sozialer Krankenversicherungssysteme ist, dass diese auf einem Netzwerk von Akteuren und Interessenvertretern innerhalb des jeweiligen Landes aufbauen. Der Gesetzgeber stellt die (fairen) Regeln auf, nach denen die Akteure (fair) »spielen« sollen (Saltman et al. 2004). Zur Umsetzung gesundheitspolitischer Vorgaben haben die Akteure der Selbstverwaltung z. T. weitreichende Spielräume. Gesundheitspolitische Steuerung ist also ein Mix aus Rahmenvorgaben des Gesetzgebers und konkreteren Umsetzungsvorgaben der Selbstverwaltung. Dieser Steuerungsprozess ist idealerweise vom Vertrauen der Beteiligten zueinander geprägt. Er dient der Förderung des Sozialkapitals eines Landes und ist Ausdruck des Solidarprinzips als Grundpfeiler sozialer Krankenversicherungssysteme. Die Liste der an gesundheitspolitischen Entscheidungen Beteiligten ist lang: Leistungserbringer und deren Vereinigungen, Kostenträger und ihre Vereinigungen, Bürger, Arbeitgeber und ihre Vereinigungen, Beschäftigte bzw. ihre Gewerkschaften, jeweils auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene (Saltman et al. 2004).

**Bismarcksche  
Systeme:  
Krankenkassen im  
Zentrum des  
Geschehens**

Nach Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa, stellen soziale Krankenversicherungssysteme für viele den Sockel einer fairen Gesellschaft dar. Sie weisen aber auch Widersprüchlichkeiten auf (Saltman et al. 2004). Ein Paradox ist, dass Krankenversicherungssysteme aus Kassen bestehen, die zwar wie private Unternehmen geführt werden, gleichzeitig jedoch strikter staatlicher Aufsicht unterliegen. Durch die zunehmende Verschmelzung der privaten und der öffentlichen Räume wird dieses Paradox zwar entschärft, aber nicht aufgelöst, wie in diesem Kapitel beschrieben ist. Wird beispielsweise die Einführung von (noch) mehr Wettbewerb in der Schweiz zu einer Schwächung des Solidargedankens führen, wenn die Kranken letztlich höhere Beiträge zahlen müssen als die Gesunden? Und wird die geplante Dezentralisierung des Krankenhausesektors in Frankreich zu mehr Privatisierung führen?

**Schweiz mitten im  
Entscheidungs-  
prozess über  
radikale Reformen**

Zwei Schlüsselfaktoren haben dazu geführt, dass die Schweiz nunmehr radikale Reformen in der Steuerung ihres Gesundheitssystems in Betracht zieht: Zum einen erlaubt ein bilaterales Abkommen zwischen der EU und der Schweiz Ärzten aus ganz Europa, in der Schweiz zu praktizieren (Abkommen über die ge-

gegenseitige Anerkennung der medizinischen Diplome) – an einem Ort also, der aufgrund seiner guten Vergütung und hohen Lebensqualität für viele Ärzte attraktiv ist. Zum anderen müssen die dortigen Krankenversicherungen die Kosten aller Leistungen erstatten, die zugelassene Ärzte entsprechend der Rahmenvereinbarung der Pflichtkrankenversicherung erbringen. Zusammen können diese beiden Bestimmungen eine wahre Kostenlawine auslösen, weshalb die Regierung bereits 2002 ein Moratorium über die Eröffnung neuer Arztpraxen erließ. Das seither zweimal verlängerte Moratorium soll Ende 2009 auslaufen. Das bedeutet, es stehen sehr schwierige Entscheidungen darüber an, wie das Angebot an Ärzten zukünftig kontrolliert werden soll (siehe Bericht über die Schweiz, S. 57).

Wie die Schweiz steckt auch Frankreich inmitten eines kontroversen und zugleich weitreichenden Reformprozesses. Hierbei geht es insbesondere um die Organisation des stationären Sektors. Geplant ist, die regionale Gesundheitsversorgung und das dortige Angebot besser aufeinander abzustimmen; hierfür und für die Einhaltung von Qualitätsstandards sollen regionale Gesundheitsagenturen verantwortlich sein – ähnlich wie im österreichischen Reformplan von vor fünf Jahren (vgl. *Gesundheitspolitik in Industrieländern 3*, S. 50). Die von Präsident Nicolas Sarkozy persönlich angekündigte Reform wird von der Öffentlichkeit aufmerksam verfolgt und genießt einen hohen Grad an Sichtbarkeit (siehe Bericht über Frankreich, S. 60).

Weniger einschneidend als die Reformen in Frankreich und der Schweiz ist der Reformprozess im baltischen Estland. Ziel ist es, der Prävention gegenüber Behandlung und Rehabilitation einen höheren Stellenwert einzuräumen (siehe Bericht über Estland, S. 63). 2008 beschloss die estnische Krankenkasse einen Vierjahresplan, der unter anderem auf Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung setzt. Anders als in vielen anderen Ländern finanziert in Estland die Krankenversicherung manche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wenngleich dafür bislang nur ein geringer Teil des Gesamtbudgets veranschlagt wird. Der Bericht aus Estland illustriert einmal mehr, wie die Unterscheidung der Rollen von ›Payer‹ und ›Player‹ zunehmend verschwimmt (siehe auch Kapitel über Krankenkassen in *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 71).

**Frankreich will  
Regionen mehr  
Verantwortung  
geben**

**Die estnische  
Krankenkasse:  
Vom Payer  
zum Player**

**Deutsche Kassen  
haben sich zum  
Player entwickelt**

Das Schlagwort »Vom Payer zum Player«, vom »Verwalter zum Gestalter«, ist auch in Deutschland in aller Munde, wenn es um die Krankenkassen geht. Auch in Deutschland sind die Zeiten vorbei, in denen die Krankenkassen lediglich Beiträge verwalteten. Inzwischen, vor allem gepuscht durch die gesundheitspolitische Gesetzgebung der letzten fünf Jahre, wirken sie auch an der Gestaltung von Einzelverträgen zur Integrierten Versorgung mit und entwerfen Disease-Management-Programme (DMP).

**Krankenkassen  
fördern  
Gesundheit ...**

Gleichzeitig bemühen sich die Krankenkassen – ebenso wie im estnischen Länderbeispiel beschrieben – um Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Versicherten. Sie bieten Boni für die Teilnahme an Yoga- oder Rückenkursen an, sie motivieren Versicherte zu Raucherentwöhnungskursen und helfen beim Abnehmen oder in der Schwangerschaft. In Schulen und Kindertagesstätten betreiben sie eine engagierte Präventionsarbeit und kooperieren mit anderen Trägern. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung – wenngleich meist nur innerhalb größerer Betriebe – zählt seit vielen Jahren zu einem wichtigen Handlungsfeld für die gesetzlichen Krankenkassen. Aus dem Präventionsbericht 2008 der gesetzlichen Krankenkassen geht hervor, dass 2007 rund 6,6 Millionen Menschen in Deutschland an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teilnahmen, das entsprach dem bisherigen Rekord. Die Kassen gaben insgesamt 300 Millionen für diesen Bereich aus, mehr als jemals zuvor (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2008).

**... und beraten  
Patienten**

Nicht zuletzt ist die Verbraucher- und Patientenberatung per Gesetz vorgeschrieben, selbst die Selbsthilfe als Teil der Prävention wird dem deutschen Sozialgesetzbuch zufolge von den Krankenkassen gefördert. Die deutschen Kassen wollen schrittweise mehr sein als bloße Körperschaften, die Beiträge verwalten – sie wollen kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen sein.

### Literatur und Links:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). *Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007*. Essen 2008. [www.gkv.info/gkv/fileadmin/user\\_upload/GKV/Praeventionsbericht\\_2008.pdf](http://www.gkv.info/gkv/fileadmin/user_upload/GKV/Praeventionsbericht_2008.pdf)

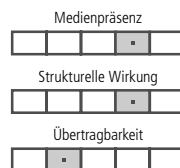
Saltman, Richard, Reinhard Busse und Josep Figueras (Hrsg.). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Buckingham 2004. [www.euro.who.int/document/E84968.pdf](http://www.euro.who.int/document/E84968.pdf).

## Schweiz: Ambulante Versorgung nach 2009 – quo vadis?



Wie in vielen anderen Ländern – egal, ob deren Gesundheitssystem bismarckscher oder Beveridger Art ist oder ein Zusammenspiel beider Systeme darstellt – ringt man auch in der Schweiz um die richtige Balance aus Wettbewerb und Regulierung, aus Markt und Staat, wenn es darum geht festzulegen, wie das System gesteuert und Gesundheitsversorgung erbracht wird. Derzeit wird besonders heftig gerungen, stehen doch weitreichende Entscheidungen bevor, die das Kräfteverhältnis zwischen Ärzten und Versicherern grundlegend verändern könnten. Diese Entscheidungen werden spürbare Auswirkungen haben auf die Wahlmöglichkeiten der Patienten, auf die Zufriedenheit der Leistungserbringer und auf die Qualität der Versorgung. Auch das Thema nachhaltige Finanzierung spielt dabei eine Rolle.

Noch ist zwar unklar, welche Schritte unternommen werden. Die Genese der jüngsten Schweizer Reform bietet aber schon jetzt



ein faszinierendes und lehrreiches Fallbeispiel des bisweilen explosiven Zusammenspiels unterschiedlicher Faktoren in Gesundheitssystemen.

**Einzelleistungs-  
vergütung +  
Kontrahierungs-  
zwang =  
Ausgaben-  
steigerung?**

In der Schweiz stellen Ärzte den Versicherten jede Leistung einzeln in Rechnung (fee for service). Krankenkassen wiederum sind gesetzlich verpflichtet, die Ausgaben für alle Leistungen zu erstatten, die im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung von zugelassenen Ärzten erbracht werden. Alle Ärzte haben das Recht, mit jeder Krankenkasse einen Vertrag zu schließen. Genau auf diesen Kontrahierungszwang zielt die Reform ab.

**Problem  
angebots-  
induzierter  
Nachfrage**

Die Kombination aus Einzelleistungsvergütung und Kontrahierungszwang hat dazu beigetragen, dass das Durchschnittseinkommen von Schweizer Ärzten über dem von Ärzten aus europäischen Nachbarländern liegt. Gleichzeitig ist dadurch eines der teuersten Systeme weltweit entstanden. Vergütungs- und Vertragsmechanismen schaffen darüber hinaus fruchtbaren Boden für das Problem angebotsinduzierter Nachfrage. Gleichzeitig gibt es eine große Spannweite bei der Arztdichte. Daten von 2001 zufolge variiert die Arztdichte in der Schweiz zwischen und in den Kantonen zum Teil um den Faktor drei. Überdies legen die Daten nahe, dass die Anzahl von Ärzten und die Ausgaben für Gesundheit korrelieren – je mehr Ärzte in einer Region, desto höher die Gesundheitsausgaben.

**Europäische  
Ärztenschwemme in  
der Schweiz?**

Hohe ärztliche Einkommen und angebotsinduzierte Nachfrage in der Schweiz: Vor diesem Hintergrund haben Vereinbarungen mit der Europäischen Union, die es Ärzten ermöglichen, sich frei innerhalb Europas zu bewegen, eine besondere Brisanz. Anfang 2000 befürchtete man daher, dass ein massiver Zustrom von Ärzten in die Schweiz die Folge sein könnte, zumal das Land ohne sprachliche Barrieren für viele Europäer ist. Dieser Zustrom, so die Befürchtung, würde bereits bestehende Verteilungsprobleme und das Problem angebotsinduzierter Nachfrage noch verstärken. In dieser komplexen Kombination aus historisch gewachsenen nationalen und europäischen Vereinbarungen sahen viele eine ernste Bedrohung der finanziellen Stabilität des Schweizer Gesundheitswesens.

Um diese Gefahr in Schach zu halten, erließ die Schweiz 2002 ein Moratorium über die Eröffnung neuer Arztpraxen; es sollte zunächst drei Jahre gültig sein. Diese Regelung war für be-

reits bestehende Arztpraxen von Vorteil, schuf neue Barrieren für Niederlassungswillige und verringerte den Wettbewerb. Es bestand zunächst auch die Hoffnung, innerhalb dieser drei Jahre könnten weitere, nachhaltige Reformen durchgeführt werden. Das Moratorium wurde jedoch zweimal verlängert, einmal 2005 für weitere drei Jahre und noch einmal im Jahr 2008. Die zweite Verlängerung läuft Ende 2009 aus. Bis dahin muss eine dauerhafte Lösung gefunden sein.

**Moratorium über Eröffnung neuer Arztpraxen läuft aus**

Ein – wenngleich unpopulärer – Vorschlag von Seiten der Krankenversicherer ist die Abschaffung des Kontrahierungszwangs. Denkbar wäre auch ein neues Modell zur Kalkulation ambulanter Nachfrage. Danach würden die Kantone nach Beratung mit den ärztlichen Vereinigungen darüber entscheiden, in welchen Gegenden tatsächlich Bedarf an neuen Niederlassungen besteht. Die Kantone würden denjenigen Ärzten, die sich in unterversorgten Gegenden niederlassen wollen, finanzielle Anreize zukommen lassen.

**Mehr Verantwortung für die Kantone?**

Ebenfalls in der Diskussion ist ein duales Versicherungssystem, welches Versicherten ermöglicht, zwischen dem bestehenden System als einer Art »Basismodell« und dem sogenannten »Kooperationsmodell« zu wählen. Das Kooperationsmodell würde einem Managed-Care-System ähneln, mit Kopfpauschalen und selektiven Verträgen zwischen Versicherern und Ärzten anstelle von Einzelleistungsvergütungen im Rahmen von Pflichtverträgen zwischen allen Ärzten und allen Krankenversicherern. Derzeit sind 17 Prozent der Bevölkerung in einem alternativen Versorgungsmodell im Managed-Care-Stil eingeschrieben, das die freie Wahl an Leistungsanbietern im Austausch gegen ermäßigte Versicherungsprämien einschränkt.

**Neues duales Versicherungssystem?**

Wesentlicher Vorteil eines neuen Systems wäre, dass die Ausgaben für ärztliche Honorare stärker kontrolliert werden könnten und Krankenversicherungen und Staat mehr Einfluss darauf haben würden, wo Ärzte sich niederlassen. Gleichzeitig besteht die Erwartung, dass ein System, in dem die Versicherer mit ausgewählten Leistungserbringern Selektivverträge schließen können, zu mehr Versorgungsqualität und zu besseren Preisen führt, zumal unnötige Leistungen gar nicht erst angeboten oder eingekauft würden. Allerdings geht mit einem weniger regulierten Managed-Care-ähnlichen System die Sorge einher, es könnte mit

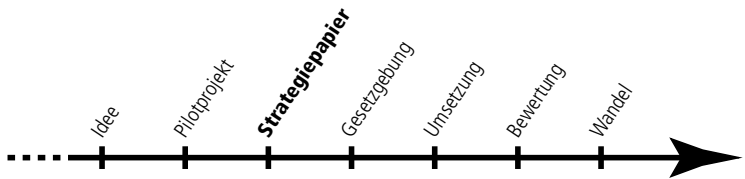
**Chancen und Risiken von mehr Wettbewerb**

der Zeit zu Risikoselektion, gepaart mit sehr unterschiedlichen Versicherungsprämien, kommen. Mit anderen Worten: Versicherte mit gutem Risikoprofil wären im Kooperationsmodell versammelt, die mit den schlechten Risiken im Basismodell. Das jedoch würde eine massive Bedrohung des Solidargedankens, zentraler Wert eines jeden sozialen Krankenversicherungssystems, bedeuten. Es ist daher kein Wunder, dass die Schweizer mit der anstehenden Reform vor harten Entscheidungen stehen.

*Literatur und Links:*

Crivelli, Luca. »Who should control outpatient supply after 2009?«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/ch/a12/2](http://www.hpm.org/survey/ch/a12/2).

**Frankreich:  
Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene**



Medienpräsenz							
Strukturelle Wirkung							
Übertragbarkeit							

Während der Fokus in der Schweiz darauf liegt, einen Weg zur besseren Steuerung der ambulanten Versorgung zu finden, konzentriert sich Frankreich auf Reformen, um die Finanzierung, die Organisation und das Angebot im Krankenhausbereich zu verbessern. Trotz dieses Schwerpunkts hat die Reform auch Auswirkungen auf die Versorgung jenseits des Krankenhausbereichs. Dezentralisierung lautet das Schlüsselwort dieses Reformprozesses an dessen Spitze sich der französische Präsident selbst gestellt hat. Nicolas Sarkozy sieht in der Dezentralisierung einen Weg, die regionale Steuerungsebene zu stärken und das gesamte Krankenhaussystem zu modernisieren. Die Reform, die zunächst noch im Parlament debattiert wird, soll 2010 in Kraft treten.

In verschiedenen offiziellen Berichten ist dargelegt, worin die Hauptprobleme des französischen Gesundheitssystems bestehen. Die Berichte beziehen sich sowohl auf die Versorgungsqualität als auch auf die Kostenkontrolle. Zu diesen Problemen zählen:

- die Fragmentierung von Leistungserbringern und Kostenträgern
- das fehlende Ineinandergreifen von zentraler und regionaler Ebene
- die getrennte Steuerung von Leistungsgeschehen und Gesundheitsausgaben sowie
- Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren – ambulant, stationär, Pflege.

**Fragmentierung  
und Schnitt-  
stellenprobleme**

Das Reformpaket besteht aus vier wesentlichen Bereichen: Zum einen geht es um mehr regionale Steuerung, und zwar durch die Einführung von regionalen Gesundheitsagenturen, die verschiedene öffentliche Einrichtungen, inklusive Krankenkassen, unter einem Dach versammeln. Diese neuen Agenturen, die Vertreter aller für die Bereitstellung und Finanzierung der Versorgung zuständigen Akteure unter einem Dach zusammenbringen sollen, stehen vor einem Berg von Aufgaben. Sie müssen regionale Ziele formulieren, um fairen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sie müssen die Koordinierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ebenso wie die Versorgungsqualität verbessern und die Prävention stärken. Die Agenturen sollen verantwortungsbewusste »Einkäufer« sein, nicht bloß »Zahlmeister«.

**Vielschichtige  
Reform – Alles-aus-  
einer-Hand-Prinzip**

Neben den regionalen Gesundheitsagenturen geht es bei den Reformmaßnahmen darum, die Organisation und die Managementstrukturen von Krankenhäusern zu modernisieren. Krankenhäuser werden in sich ergänzende Einheiten gruppiert, was dem sinnvollen Transfer von Patienten zwischen den Häusern zugutekommen soll. So sollen beispielsweise ausschließlich Spezialkrankenhäuser mit hoher Bettenzahl komplexe Eingriffe vornehmen und diejenigen Patienten, bei denen weniger komplexe Eingriffe anstehen, in kleinere Krankenhäuser überweisen. Im Zuge dieser Veränderungen werden Krankenhausdirektoren mehr Einfluss gewinnen, auch bei der Vergütung von Personal. Sie müssen mit den regionalen Gesundheitsagenturen jährlich neue Ver-

**Mehr Autonomie  
für Institutionen im  
Gesundheitswesen**

träge abschließen, in denen spezifische Leistungsmengen und Qualitätsziele festgeschrieben sind.

Gleichzeitig sollen regionale Ungleichgewichte beim Zugang zur Gesundheitsversorgung vermindert werden. Ärzte, die sich in bereits überversorgten Gegenden niederlassen wollen, sollen dies künftig nicht mehr tun können. Nicht zuletzt geht es bei der Reform darum, präventive Maßnahmen zu fördern.

**Reformgegner  
hegen vielerlei  
Ängste**

Natürlich gibt es nicht nur Befürworter solcher Reformmaßnahmen. Ganz im Gegenteil lösten die Vorschläge vielerorts Skepsis und bisweilen harsche Kritik aus. Ängste, die besagten Reformschritte führten letztlich zum Aus für kleine Krankenhäuser, mündeten in Demonstrationen. Diverse Krankenhausgewerkschaften sind gegen die Reform, weil sie Veränderungen im Management ihrer Häuser sowie Gehaltseinbußen befürchten.

Einige sehen öffentliche Krankenhäuser im Nachteil, da es privaten Krankenhäusern leichter fallen könnte, öffentliche Gelder zu akquirieren. Insbesondere Ärztevereinigungen stellten sich gegen die Reform, befürchten sie doch – ähnlich wie bei den Veränderungen für Krankenschwestern (siehe Bericht auf S. 94) –, künftig nicht mehr frei darüber entscheiden zu können, wie und wo sie praktizieren. Auch die Krankenkassen hegen Zweifel an der Reform, schließlich könnten die neuen regionalen Gesundheitsagenturen zu mehr staatlicher Kontrolle führen. Dafür spricht, dass das französische Kabinett die Direktoren der neuen Agenturen ernennen soll.

**Zu ambitioniert?**

Der Gesetzesentwurf wurde bereits mehrfach überarbeitet; Paris zeigte sich zu allerlei Zugeständnissen bereit. Unter anderem sicherte die Regierung zu, kein Krankenhaus im Zuge der Reform schließen zu wollen. Es könnte sein, dass das Reformpaket oder zumindest einige Teile davon in künftigen parlamentarischen Debatten weiter aufgeschnürt und infolgedessen verwässert werden. Offen bleibt, wie gut diese Reformpläne in die Praxis umgesetzt werden können und ob sie wirklich geeignet sind, die ehrgeizigen Ziele zu erreichen: gleichzeitig Zugang, Fairness, Qualität und Koordinierung der Versorgung zu verbessern.

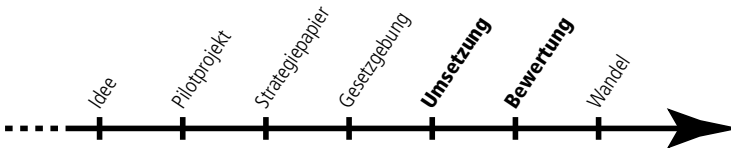
*Literatur und Links:*

Or, Zeynep. »New regional health governance«. *Health-PolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fr/a12/2](http://www.hpm.org/survey/fr/a12/2).

Rapport Vallancien. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités*. 2006. [www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000350/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000350/index.shtml).

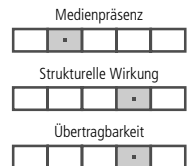
Rapport Larcher. *Etat des lieux réalisé par la commission de la concertation relative aux missions de l'hôpital, 14 December 2007*. [www.mutuelles-de-france.fr/autonomiz/uploads/\\_FMF/template2\\_69/mission\\_hopital\\_larcher.pdf](http://www.mutuelles-de-france.fr/autonomiz/uploads/_FMF/template2_69/mission_hopital_larcher.pdf).

## Estland: Krankenkasse wird vom Payer zum Player



Die Reform in Estland mag zwar weniger weitreichend sein als die in der Schweiz oder in Frankreich. Der Schritt Estlands hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung signalisiert jedoch die Möglichkeit neuer Prioritäten in Gesundheitssystemen. Und dabei spielen Krankenversicherungen eine nicht unwesentliche Rolle.

Wie auch bei der Reform in Frankreich verschwimmen in Estland und vielen anderen Ländern die einst so klaren Rollen von Payer und Player im Gesundheitswesen. Bei der nationalen Krankenkasse Estlands jedenfalls stehen Prävention und Gesundheitsförderung inzwischen ganz oben auf der Agenda.



**Messlatten zur  
Erfolgsbewertung**

Die nationale Krankenversicherung in Estland wurde ursprünglich explizit als »Krankenkasse« eingeführt, um für die Kosten von Krankheit aufzukommen. Die Kasse finanziert jedoch darüber hinaus seit 1995 Projekte zur Gesundheitsförderung und seit 2000 Präventionsprojekte, wenngleich diese beiden Felder zunächst nicht offiziell zum Aufgabenbereich der Krankenversicherung gehörten. Seit 2005 sind Präventionsprojekte der Krankenkasse Teil der Nationalen Gesundheitsstrategie der Regierung. Dazu gehört, Indikatoren für ein Monitoring-System festzulegen, mit dessen Hilfe die konkreten Ergebnisse eines Projekts bewertet werden können (Koppel et al. 2008).

Angesichts des Erfolgs der Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte übernahm der Vorstand der Krankenkasse 2008 Prävention und Gesundheitsförderung auch offiziell als Schwerpunkte in seinen Vier-Jahres-Plan. Die Finanzierung von Public-Health-Maßnahmen soll aufgestockt werden. Zu den geplanten Interventionen gehört die Einführung von Patientenleitlinien sowie Unfallprävention auf lokaler Ebene. Der Plan ist eng mit Leistungsbewertungen gekoppelt. Jedes Jahr wird die Zielerreichung anhand von Indikatoren (balanced scorecards) bewertet. Dadurch will die Krankenkasse der Prävention und Gesundheitsförderung einen noch höheren Stellenwert einräumen.

**Unterstützung von  
der Regierung**

Die estnische Regierung steht hinter Prävention und Gesundheitsförderung. Sie hat diese beiden Bereiche sogar explizit in ihrer Koalitionsvereinbarung hervorgehoben. In dieser Vereinbarung wird aufgeführt, auf welche Weise mehr Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden kann. Es sind folgende Schritte vorgesehen:

- mehr Programme zur Gesundheitsförderung einführen
- gesunde Ernährung an Schulen und in anderen Einrichtungen für Kinder fördern
- Gesundheitsvorgaben am Arbeitsplatz und in Lehreinrichtungen strikter kontrollieren
- die Einhaltung von Vorgaben zur Sicherheit am Arbeitsplatz besser beaufsichtigen.

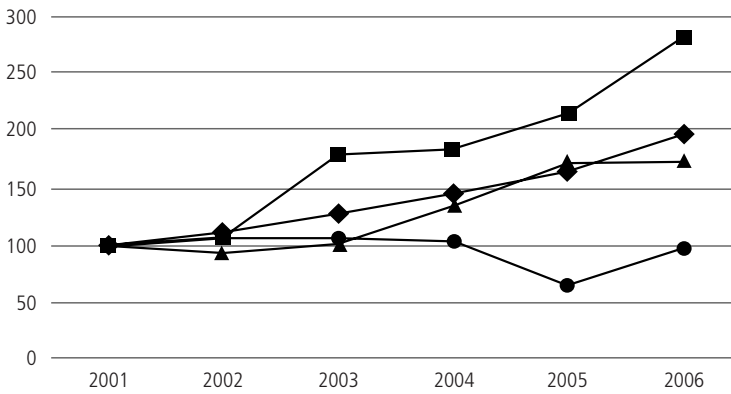
2007 kamen lediglich 0,9 Prozent des Gesamtbudgets der nationalen Krankenkasse der Prävention von Krankheiten zugute, 0,12 Prozent flossen in die Gesundheitsförderung. So wird gerade ein-

mal ein Prozent des Gesamtbudgets für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben, während der Rest nach wie vor in kurativ-medizinische Leistungen fließt. Nichtsdestotrotz zeigt die unten stehende Grafik, dass der Prozentsatz, den die Krankenkasse für Prävention und Gesundheitsförderung ausgibt, gemessen an den Gesamtausgaben steigt (siehe Abbildung 1). Nach wie vor werden die meisten Projekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung über den Staatshaushalt finanziert. Der Anteil gemessen an den Gesamtausgaben für Gesundheit liegt bei 2,5 Prozent (siehe Tabelle 1 mit Vergleichsdaten aus anderen EU-Ländern, die aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Erhebungsmethoden jedoch mit Vorsicht betrachtet werden müssen).

**Budget für  
Prävention und  
Gesundheits-  
förderung  
dennoch gering**

Indem die Krankenkasse ihre Aktivitäten um die neuen Bereiche ergänzt hat, ist sie dabei, sich von einem ehemals reinen Payer zu einem einflussreichen Player zu entwickeln – einem, der in Zukunft weitaus mehr für diese Bereiche ausgeben könnte.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Estland 2001–2006



- Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Estland
- ◆ Gesamtgesundheitsausgaben in Estland
- ▲ Ausgaben der nationalen Krankenkasse für Prävention
- Ausgaben der nationalen Krankenkasse für Gesundheitsförderung

Alle Angaben in Prozent

2001 = 100 Prozent

Quelle: Paat und Aaviksoo 2008.

*Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in ausgewählten EU-Staaten, Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben, 2006*

	<b>Ausgaben gesamt</b>	<b>Öffentliche Ausgaben</b>	<b>Private Ausgaben</b>
Belgien	3,4	3,4	0,0
Dänemark	2,3	2,2	0,1
Deutschland	3,3	2,8	0,5
Finnland	5,1	3,1	2,0
Frankreich	2,2	1,5	0,6
Italien	0,6	0,6	0,0
Luxemburg	1,1	1,1	0,0
Niederlande	4,9	2,4	2,5
Österreich	1,8	1,6	0,2
Polen	2,3	1,7	0,6
Portugal	1,8	1,1	0,7
Schweden	3,5	2,6	0,9
Slowakei	2,3	1,3	1,0
Spanien	1,2	1,1	0,1
Tschechische Republik	2,1	1,8	0,3
Ungarn	6,8	2,7	4,2

Daten von 2006, für Luxemburg und die Slowakei Daten von 2005.  
Keine Angaben = keine Daten verfügbar.

Quelle: OECD, Gesundheitsdaten 2008.

*Literatur und Links:*

Paat, Gerli, und Ain Aaviksoo. »Prevention as Insurance Fund's strategic target«. *HealthPolicyMonitor*, October 2008. [www.hpm.org/survey/ee/a12/4](http://www.hpm.org/survey/ee/a12/4).

Koppel, Agris, Kristiina Kahur, Triin Habicht, Pille Saar, Jarno Habicht und Ewout van Ginneken. »Estonia: Health system review«. *Health Systems in Transition* (10) 1 2008. 1–230.

## ***Responsiveness* – Sind Gesundheitssysteme für Patienten da?**

Sie kennen den Begriff »Responsiveness« nicht? Eben. Er ist so schillernd und so englisch, dass jede Eindeutschung eine Einengung mit sich bringt. Vielleicht liegt das aber auch daran, dass in Deutschland bis vor nicht allzu langer Zeit das Gesundheitssystem vor allem eine innere Angelegenheit der Selbstverwaltung war, nur gelegentlich gestört von Patientenbelangen und, gegen Ende eines Quartals, gelegentlich untermalt von Ärztestreiks.

Empfänglichkeit? Lernbereitschaft? Veränderbarkeit? Flexibilität? Am ehesten könnte man »Responsiveness« vielleicht mit »Kundenorientierung« – oder genauer »Bürger- und Patientenorientierung« – übersetzen: Dabei erweist sich ein Anspruch, dessen Einlösung in den meisten Wirtschaftsbereichen längst eine Selbstverständlichkeit ist, in Gesundheitssystemen als große Hürde.

Es war im Jahr 2000, als die WHO in ihrem »Weltgesundheitsbericht« mit »Responsiveness« ein bislang vernachlässigtes Ziel von Gesundheitspolitik zum Maßstab erhob. Neben Qualität, Zugang und finanzieller Fairness forderte die Weltgesundheitsorganisation die für die Gesundheitsversorgung der Länder Verantwortlichen auf, für die Erwartungen der Bevölkerung »empfindlicher« zu sein. Mehr noch: Sie sollten die Güte der Gesundheitsversorgung an diesem Ziel messen. Mittlerweile gibt es Instrumente, um genau dies zu tun (WHO 2005).

Die Weltgesundheitsorganisation fasst unter »Responsiveness« alles zusammen, was mit dem nicht-klinischen Umgang mit Patienten und dem Umfeld ihrer Behandlung zu tun hat. »Responsiveness« beschreibt, wie ein Gesundheitssystem auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, deren Erwartungen und deren (Änderungs-)Wünsche reagiert. Demnach hat »Responsiveness« acht verschiedene Dimensionen, die von der Würde über die Schwei-

**Responsiveness =  
Kundenorientierung**

**Wie Menschen  
versorgt werden  
sollten**

gepflicht bis hin zur klaren und unmissverständlichen Kommunikation reichen. Bei »Würde« geht es um die Frage, ob Patienten von ihren Ärzten mit Respekt behandelt werden. Schweigepflicht oder »Vertraulichkeit« meint den besonderen Schutz individueller Patientendaten. »Klare Kommunikation« findet statt, wenn die Versorger den Patienten wirklich zuhören und sie so informieren, dass der oder die Betroffene sie versteht. Der WHO zufolge hängen »Responsiveness« eines Systems und dessen Gesundheitsparameter eng miteinander zusammen.

**Der Umgang mit  
Sterbenden,  
Behinderten und  
psychisch Kranken**

In diesem Kapitel werfen wir einen gezielten Blick darauf, wie Gesundheitssysteme und Patienten interagieren. Wir fragen, wie Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse und Ansprüche bestimmter Bevölkerungsgruppen reagieren, und wir betrachten, wie in verschiedenen Systemen mit Sterbenden, Behinderten und psychisch Kranken umgegangen wird. In Japan gibt es Initiativen, Sterbenden die Wahl zu lassen, wo sie sterben. In Singapur hat die Regierung eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Palliativversorgung eingeleitet. In Südkorea versucht man, unnötige Behandlungen wegzulassen und die Qualität der Versorgung schwerkranker Krebspatienten zu verbessern. Ebenso sucht Korea nach Wegen zur Finanzierung der Langzeitpflege von Behinderten. Der Umgang mit Schwerstkranken und schwierigen, von herkömmlichen Gesundheitssystemen oft vernachlässigten Fällen gewinnt in vielen Ländern sukzessive an Aufmerksamkeit. Über die Versorgung psychisch Kranker – auch diese sind eine bislang eher tabuisierte und stigmatisierte Bevölkerungsgruppe – berichteten wir in einem früheren Band (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 9, S. 39–56). Auch Slowenien, oft Vorreiter für Fortschritte in mitteleuropäischen Gesundheitssystemen, hat sich jetzt dieses Missstandes angenommen. Die neue Regierung arbeitet daran, die Rechte psychisch Kranker zu stärken und zu schützen.

**Langzeitpflege –  
ein schwieriges  
Thema**

Da wir alle immer länger leben, wächst auch der Anteil derer, die hilfe- und pflegebedürftig werden (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 10, S. 11–33). Unter Langzeitpflege versteht man sowohl medizinische wie nicht-medizinische Hilfe für diejenigen Personen, die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen, sei es beim Anziehen, Waschen oder beim Einkaufen. Das sind chronisch Kranke, behinderte oder alte Menschen. Lang-

zeitpflege wird entweder zu Hause bei den Bedürftigen oder in Heimen und Senioreneinrichtungen erbracht. Wie eine solche Pflege durchzuführen und zu bezahlen ist und dabei gleichzeitig die pflegerische Qualität stimmt, diese Fragen stellen viele Akteure vor große Herausforderungen – Familienangehörige ebenso wie professionelle Pflegedienste oder Pflegeheime. Im Jahr 2007 wurde in Österreich und Deutschland die häusliche Langzeitpflege reformiert (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 23–31).

In Südkorea – einem Gesundheitssystem mit sehr hohen Eigenbeteiligungen – wurde im Jahr 2008 erprobt, welche Versicherungsform für die Langzeitpflege bei Menschen mit Behinderungen die geeignetste ist. Südkorea hat bereits seit 2008 eine Pflegeversicherung für ältere Menschen. Nun wird untersucht, wie Versicherungssysteme für Behinderte, deren Versorgung bisher nicht abgedeckt ist, aussehen könnten (siehe Bericht über Südkorea, S. 76).

In vorangegangenen Ausgaben haben wir bereits beschrieben, wie Japan versucht, die Altenpflege zu verbessern (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 25–29). Derzeit will die japanische Regierung ihrer Bevölkerung mehr Spielräume bei der palliativen Versorgung einräumen, wenngleich diese Absicht dem Vorhaben, eine neue Krankenversicherung für Ältere einzuführen, (in gewisser Weise) entgegensteht (Tomizuka und Matsuda 2008). In Singapur will die Regierung die Betreuung von Sterbenden verbessern. Sie hat mehrere Initiativen angekündigt, die Palliativversorgung zu stärken, damit Menschen in Würde sterben können. Ein drittes asiatisches Land, Südkorea, möchte sich insbesondere um die bessere Versorgung todkranker Krebspatienten kümmern (siehe Bericht über die asiatischen Reformen, S. 72).

Deutschland ist hinsichtlich der Angebotsdichte bei der Versorgung Schwerkranker und Sterbender vergleichsweise gut aufgestellt. Der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Bundesärztekammer zufolge gibt es hierzulande derzeit 162 stationäre Hospize und 166 Palliativstationen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband 2009). Darüber hinaus gibt es ein dichtes Netz von ambulanten Hospizdiensten, die die häusliche Versorgung sterbenskranker Menschen koordinieren helfen. Von diesen Diensten sind deutschlandweit etwa 1.500 tätig (Vetter 2008; Deutscher Hospiz- und Palliativverband 2009).

**Südkorea:  
Pilotprojekt für  
Behinderte**

**Umgang mit  
Sterbenden:  
Asiatische  
Antworten**

**Palliativversorgung  
in Deutschland**

Dennoch besteht auch in Deutschland Verbesserungsbedarf. Der Grund: Vielen Ärzten und Betroffenen sind die vorhandenen Dienste und Angebote gar nicht bekannt. Auch deshalb mangelt es an der notwendigen Vernetzung. Jüngst haben die oben genannten Verbände deshalb eine »Nationale Charta zur besseren Betreuung Sterbender« verabschiedet, durch die die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema gefördert werden soll und in der gemeinsame Ziele der Verbände definiert sind (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer 2008). Fraglich ist allerdings, ob schriftliche Willensbekundungen ausreichen, um eine Verbesserung für diejenigen zu erreichen, die von einer Hospizversorgung profitieren: die unheilbar Kranken.

**Patienten-  
verfügungen  
rechtlich  
bindend**

Auch auf einem anderen Gebiet, beim Thema Patientenverfügungen, ist Deutschland anderen Ländern einen Schritt voraus: Während sich Singapur und Japan, wie in diesem Kapitel zu lesen ist, eher am Anfang der Diskussion über Patientenverfügungen befinden, wurde in Deutschland im Juli 2009 nach langen Debatten ein Gesetz verabschiedet, wonach der Patientenwille künftig oberste Priorität hat. Schätzungen zufolge haben in Deutschland zwischen sieben und zehn Millionen Menschen ihren Willen über die gewünschte ärztliche Versorgung am Lebensende schriftlich verfasst (Bundeszentralstelle Patientenverfügung 2009).

**Slowenien sorgt  
sich um psychisch  
Kranke**

Es ist zwar bereits Jahrzehnte her, dass Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, in geschlossene Anstalten eingeliefert werden. Dennoch gibt es weltweit noch immer kein Patientenzepht dafür, wie man psychisch Kranke am besten versorgt. Viele Länder suchen nach der richtigen Balance zwischen gemeindebasierter, allgemein- und fachärztlicher bzw. institutioneller Versorgung. Kein Land investiert aber bislang wirklich Geld, um psychischen Erkrankungen vorzubeugen (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 9, S. 37–52).

Slowenien will das ändern. Das Parlament des Landes hat vor dem Hintergrund der Entwicklung eines »Europäischen Paktes für Seelische Gesundheit« und eines ähnlichen Aktionsplans der WHO jüngst ein Gesetz verabschiedet, das die Förderung seelischer Gesundheit zum Ziel hat (Europäische Kommission 2005 & 2008, WHO 2008). Das Gesetz liefert den legislativen Rahmen für eine Nationale Strategie für Seelische Gesundheit. Es defi-

niert darüber hinaus, für welche Bereiche die Regierung und Anbieter im Gesundheitswesen verantwortlich sein sollen. Es geht schwerpunktmäßig darum, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schützen und Möglichkeiten zu finden, wie die lokale Gemeinschaft psychisch Kranken helfen kann (siehe Bericht aus Slowenien, S. 77).

*Literatur und Links:*

- Bundeszentralstelle Patientenverfügung. »Wieviele Menschen haben in Deutschland eine Patientenverfügung?« [www.patientenverfuegung.de/meine-patientenverfuegung](http://www.patientenverfuegung.de/meine-patientenverfuegung) (Download 08.04.2009).
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. [www.hospiz.net/bag/index.html](http://www.hospiz.net/bag/index.html) (Download 08.04. 2009).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Bundesärztekammer. »Eine Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland«. Pressemitteilung 03.09.2008. [www.hospiz.net/charta/index.html](http://www.hospiz.net/charta/index.html).
- Europäische Kommission. *Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the European Union. Green Paper on Mental health.* 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm).
- Europäische Kommission. *Working Towards the European Pact for Mental Health.* 2008. [www.ec-mental-health-process.net](http://www.ec-mental-health-process.net).
- Tomizuka, Taro, und Ryoza Matsuda. »New Health Insurance for the Elderly«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/jp/a12/4](http://www.hpm.org/survey/jp/a12/4).
- Vetter, Christine. »Ambulanter Hospizdienst: ›Lasst mich doch zu Hause sterben««. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 40 2008. A 2086–2087.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Health Systems: Improving Performance, The World Health Report.* Genf 2000. [www.who.int/whr/2000/en/](http://www.who.int/whr/2000/en/).

Weltgesundheitsorganisation (WHO). *The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study*. Genf 2005.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Mental Health Gap Action Program*. Genf 2008. [www.who.int/mental\\_health/mhgap/press\\_release\\_mh\\_mhgap\\_10\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/press_release_mh_mhgap_10_2008.pdf).

## Südkorea, Singapur, Japan: Ein Sterben in Würde ermöglichen

Als hätten sie sich abgesprochen, sind derzeit drei asiatische Länder gleichzeitig auf der Suche nach Antworten auf die Frage, wie den Bedürfnissen von Menschen, die sich in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden, entsprochen werden kann. Alle drei Länder arbeiten an Reformen. Zwar finden sich Parallelen, wie sie die Versorgung Sterbender verbessern und ausweiten wollen. Sie setzen jedoch deutlich unterschiedliche Schwerpunkte. Zum Teil liegt dies an der Entstehungsgeschichte ihrer Reformen, zum Teil ganz einfach daran, dass die Gesundheitssysteme der drei Länder so unterschiedlich sind.

**Südkorea: Hospize  
für unheilbar  
Krebskranke**

Krebs ist eine der Haupttodesursachen in Südkorea. Schätzungsweise fast ein Drittel der Ausgaben für Krebspatienten fällt in deren letztem Lebensmonat an. Bisher nimmt nur ein sehr kleiner Anteil von Krebskranken Hospiz-Dienste in Anspruch. Es gibt in der Tat Bedenken, wichtige finanzielle Ressourcen würden an der falschen Stelle eingesetzt, nämlich für Patienten, die sich ohnehin in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden beziehungsweise ohnehin aufgrund ihrer Krebserkrankung nicht mehr lange zu leben haben. Um sowohl die Qualität der Versorgung von Sterbenden zu verbessern als auch Geld an der richtigen Stelle auszugeben, ist nun geplant, den Hospiz-Bereich zu stärken. Das koreanische Ministerium für Gesundheit und Soziales startet 2009 ein Pilotprojekt zur Hospizversorgung.

**Chemotherapie am  
Lebensende ...**

Forschungen aus Großbritannien haben ergeben, dass es auch anderswo solche Probleme gibt. In einem 2008 veröffentlichten Bericht einer landesweiten vertraulichen Untersuchung über Behandlungsergebnisse und Mortalität (National Confidential En-

quiry into Patient Outcome and Death) wurden die Akten von mehr als 500 Krebspatienten ausgewertet, die innerhalb eines Monats nach einer Chemotherapiebehandlung verstarben (Mort et al. 2008). Der Erhebung zufolge hatte die Chemotherapie den Tod der Patienten bei mehr als 25 Prozent der Behandelten »verursacht oder beschleunigt«. Darüber hinaus wurde die Entscheidung, den Patienten die neueste chemotherapeutische Behandlung zu verabreichen, rückblickend in mehr als 20 Prozent der Fälle als nicht mehr angemessen bewertet.

Bei Entscheidungen für die Behandlung unheilbar Kranker handelt es sich um eine extrem komplexe Materie. Die Ergebnisse der genannten Untersuchung werfen heikle Fragen auf – sowohl nach potenziellem Schaden als auch nach unangemessener Verwendung knapper Ressourcen.

Eine Frage, die sich in Südkorea immer wieder stellt, ist, ob sich das geplante Hospizprogramm zu sehr auf große Einrichtungen konzentriert. Die vorgeschlagenen neuen Tagessätze basieren auf der Art des Anbieters. Kleine Krankenhäuser sorgen sich, dass die neue Vergütungsregelung größeren Einrichtungen zugutekomme und diese deshalb zu dominant würden. Sozialarbeiter wiederum befürchten, die Zahlungen deckten ihre Leistungen nicht (ausreichend) ab. Insgesamt besteht die Sorge, die gestiegenen Sätze für Hospizdienste könnten den Zugang eher behindern. Schließlich zahlen Patienten in Südkorea ohnehin schon viel aus der eigenen Tasche zu.

Wie in Südkorea hat auch das Gesundheitsministerium in Singapur Maßnahmen verfügt, die die Lebensqualität von Sterbenden verbessern sollen. Neben Plänen, mehr Hospizdienste anzubieten, gibt es eine Reihe von Initiativen, die die Verbesserung der Palliativversorgung zum Ziel haben. In Singapur, einem Land, in dem der Beitrag der Regierung an den Gesamtausgaben für Gesundheit 2005 bei weniger als 25 Prozent lag, war die Palliativversorgung eher ein vernachlässigtes Gebiet – eines, das man bislang gern gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Wohlfahrtsorganisationen überlassen hat.

Dem singapurischen Hospiz-Beirat zufolge sterben derzeit rund 70 Prozent der Patienten im Endstadium, ohne palliative Versorgung erhalten zu haben. Darüber hinaus werden viele Patienten, deren Zustand sich verschlechtert, von Pflegeheimen in

**... Nutzen,  
Schaden oder  
Verschwendung?**

**Wird Südkorea die  
Hospizversorgung  
institutionalisieren?**

**Singapur weitet  
Palliativversorgung  
aus**

Krankenhäuser geschickt, um dort zu sterben. Wie in Südkorea besteht auch in Singapur die Hoffnung, mehr Hospizdienste könnten die Versorgungsqualität verbessern – und letztlich – Ausgaben verringern.

**Eine Reihe von  
Vorschlägen**

Mit einer ganzen Serie von Maßnahmen will Singapur die Palliativversorgung fördern. Das Gesundheitsministerium plant, die Anzahl der Hospize schrittweise in den nächsten fünf bis sieben Jahren anzuheben. Außerdem läuft demnächst ein Pilotprojekt an, welches in sechs beteiligten Pflegeheimen erprobt, eine würdevolle Versorgung am Lebensende in die Routineversorgung zu integrieren. Darüber hinaus soll die Palliativversorgung zu einem eigenständigen Fachgebiet werden, das mehr Ärzte und Krankenschwestern beherrschen. Außerdem sollen Patienten mehr Informationen über Palliativversorgung erhalten. Dazu gehört auch, künftig leichter Patientenverfügungen mit konkreten Angaben über die im Ernstfall gewünschte Versorgung verfassen zu können – eine Maßnahme, die die bislang mäßige Diskussion über die Versorgung am Lebensende ein wenig anheizen könnte.

**Japaner wollen  
zu Hause sterben**

Obwohl die meisten Japaner gerne zu Hause sterben wollen, kommt es statistisch gesehen nur in einem von zehn Fällen dazu. Mehr als 80 Prozent sterben im Krankenhaus. Um beide Ziele zu erreichen – zum einen auf die Wünsche der Bevölkerung einzugehen, zum anderen unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden –, hat die Regierung Reformen eingeleitet, die ein Sterben zu Hause oder in einem Pflegeheim ermöglichen sollen. Die Reformmaßnahmen gelten als Schritt hin zu einem verbesserten – insbesondere zu einem seiner Bevölkerung gegenüber verantwortungsvollem – Gesundheitssystem. Dennoch wird an einigen Aspekten der Reform harsche Kritik geübt. Es bleibt die Frage, ob Sterbende und deren Familien wirklich von der Reform profitieren.

**Reformschritte  
in Japan**

Wie in Singapur will auch die Regierung in Japan ihre Absicht, Patienten einen würdevollen Tod zu Hause zu ermöglichen, in verschiedenen Schritten ermöglichen. Dazu will sie

- diejenigen Einrichtungen auflisten, die einen 24-Stunden-Dienst anbieten,
- mehr Leistungen erstatten, die solche Dienste im häuslichen (ambulanten) Pflegebereich erbracht haben,
- den Versicherungsschutz auf Pflegeheime ausweiten,

- es Anbietern vergüten, wenn sie Vereinbarungen über die Versorgung mit unheilbar kranken Menschen abschließen,
- Leitlinien entwickeln, die Versorgungsentscheidungen am Lebensende erleichtern,
- den Umfang der Pflegeversicherung so ausweiten, dass Krebskranke Pflegeleistungen zu Hause erhalten können.

Fraglich scheint, Versorgungseinrichtungen und Praxen dafür zu bezahlen, Patienten über die Versorgung am Lebensende zu informieren und Vereinbarungen mit Sterbenden und deren Familien (über die gewünschte Versorgung am Lebensende) abzuschließen. Die Hauptsorge war, dass eine solche Vereinbarung zu einer Vernachlässigung der Krankenbehandlung führen könnte.

**Falsche Anreize?**

Dieser Aspekt war so umstritten, dass die Regierung den finanziellen Anreiz für die Palliativversorgung aus dem Gesamtpaket wieder herausnahm. Eine mit den Maßnahmen zusammenhängende Befürchtung war schließlich auch die, Sterbende könnten sich dadurch aus dem Krankenhaus herausgedrängt fühlen, auch dann, wenn es keine angemessenen Hospize im Wohnumfeld gibt. Umstritten blieb auch, dass die Reform zwar mehr finanzielle Anreize für Anbieter vorsah, dass aber für diejenigen, die Sterbende oder Todkranke zu Hause pflegen, keine Unterstützung vorgesehen war, weder finanzieller noch sonstiger Art.

Weiter angeheizt wurde die Kontroverse durch einen Medienbericht, demzufolge viele der neuen häuslichen Pflegedienste gar keine adäquaten häuslichen Pflegeleistungen anbieten würden.

*Literatur und Links:*

Kwon, Soonman. »Pilot program on hospice care«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/jp/a12/3](http://www.hpm.org/survey/jp/a12/3).

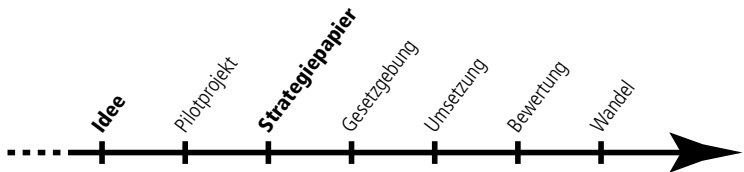
Meng Kin, Lim. »Expanded state role in the care of the dying«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/sg/a12/3](http://www.hpm.org/survey/sg/a12/3).

Tomizuka, Taro, und Ryoza Matsuda. »Promoting end-of-life care outside hospitals.« *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/jp/a12/3](http://www.hpm.org/survey/jp/a12/3).

Gesundheitsministerium Singapur. Webauftritt. [www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=104](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=104).

Mort, Diana, Mark Landsdown, Neil Smith, Karen Protospapa und Marisa Mason. *Systemic Anti-Cancer Therapy: For better, for worse?* National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. November 2008. [www.ncepod.org.uk/2008sact.htm](http://www.ncepod.org.uk/2008sact.htm).

## Südkorea: Neue Versicherung für die Langzeitpflege behinderter Menschen?



In Südkorea zielten Reformen der letzten Jahre insbesondere darauf, welche Leistungen über die universelle Krankenversicherung abgedeckt werden sollten. 2008 führte die Regierung eine Versicherung für die Langzeitpflege Älterer ein. Diese Versicherung deckte jedoch nicht die Versorgung von Menschen mit Behinderungen ab. Um den Solidaritätsgedanken zu stärken, gibt es nun Pläne, eine solche Versicherung auch für Behinderte einzuführen. Ein Pilotprojekt startet 2009.

### Der Hintergrund des derzeitigen Plans

2007, als das Gesetz zur Langzeitpflege von Senioren verabschiedet worden war, wurde auch der Finanzierungsbedarf bei der Versorgung behinderter Menschen immer augenscheinlicher. Anfang 2008 bildete man eine Arbeitsgruppe, und schon im August desselben Jahres bewilligten die Regierung und der Ausschuss zur Koordinierung der Belange Behinderter einen Fünf-Jahres-Plan. Der Plan umfasst u. a. ein einjähriges Pilotprojekt, bei dem es um die Langzeitpflege von Behinderten geht.

Das Pilotprojekt soll testen, wie die Langzeitpflege Behinderter bezahlt werden soll, wie umfassend der Versicherungsschutz ausfallen soll und ob die bestehende Versicherung für Senioren

mit der geplanten Versicherung für Behinderte fusionieren soll. Menschen mit Behinderungen zählen verständlicherweise zu den Befürwortern dieser Reform; es gibt jedoch Differenzen bezüglich der Frage, ob es bei der neuen Versicherung um eine separate Versicherung gehen soll oder ob sie Teil der bestehenden Versicherung für Senioren wird. Menschen mit starken Behinderungen befürworten zwei getrennte Finanzierungssysteme, während solche mit leichten Behinderungen es gerne sähen, wenn die Regierung die bestehende Versicherung um Leistungen für Behinderte erweiterte.

**Alleinstehendes System oder Mischung aus Alt und Neu?**

*Literatur und Links:*

Kwon, Soonman. »Plan to finance long-term care for the disabled«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/rok/a12/1](http://www.hpm.org/survey/rok/a12/1).

**Slowenien: Mehr Rechte für psychisch Kranke**



Slowenien hat sich für einen Weg im Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit entschieden, der sehr auf die Bedürfnisse psychisch Kranker eingeht – sowohl was die Gesetzgebung als auch was das öffentliche Engagement betrifft. Durch die Reform könnten diejenigen Mitglieder der Gesellschaft eine Stärkung erfahren, die zu den Verletzbarsten zählen – Menschen, die psychiatrischer Hilfe bedürfen. Dadurch wird sie prinzipiell positiv bewertet. Gleichzeitig wird die Reform aber sowohl innerhalb der Psychiatrie als auch unter Psychiatrie- und Public-Health-Experten in Teilen kontrovers diskutiert. Der Ansatz ist zwar in Slowenien neu, er baut jedoch auf Empfehlungen der WHO und der



Europäischen Union sowie auf Pilotprojekten anderer europäischer Länder auf.

**Gesetz zur  
Förderung  
psychischer  
Gesundheit – ein  
langer Weg**

Das Gesetz zur Förderung psychischer Gesundheit wurde im Juli 2008 verabschiedet – die Entstehung des Gesetzes reicht aber einige Jahre zurück. Das Gesundheitsministerium begann im Jahr 2001 die Debatte über psychische Gesundheit. Gemeinsam mit Mitgliedern des Parlaments wurden Handlungsvorschläge entwickelt, die aber einige Jahre später wieder ad acta gelegt wurden. Der entscheidende Impuls kam schließlich aus der Justiz: 2003 erklärte das slowenische Verfassungsgericht die damals praktizierte Zwangseinweisung psychisch Kranker für unzulässig. Es forderte das Parlament auf, innerhalb von einem Jahr die Gesetzgebung zu ändern. Fünf Jahre später war es dann endlich so weit.

**Mehr Rechte,  
mehr Integration,  
bessere Betreuung**

Ziel des neuen Gesetzes ist der Schutz der Menschenrechte psychisch Kranker, die Stärkung der Rechte psychisch Kranker und die stärkere Berücksichtigung Populations-orientierter Ansätze. Neben der Verhinderung von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen will die Regierung einen institutionellen und gesetzlichen Rahmen schaffen, der es ermöglicht, psychisch Kranke besser zu integrieren. Das Gesetz sieht zum Beispiel den Aufbau von gemeindebasierten Angeboten und Einrichtungen für psychisch Kranke vor. Eine nationale Strategie zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker ist in Arbeit, die Public-Health-Ansätze umfassen soll. Ganz praktisch sollen neue Berufsprofile geschaffen werden, beispielsweise – in Anlehnung an die Betreuer teams in Australien – die Position einer Art »Fallmanager« sowie eines »Koordinators für Gemeindeversorgung«. Der »Fallmanager«, der die therapeutische Versorgung koordiniert, soll über die Versicherung finanziert werden, der Koordinator für die Gemeindeversorgung über das Ministerium für Soziales.

**Kontroversen und  
unterschiedliche  
Blickwinkel**

Das Gesundheitsministerium hat eine führende Rolle bei der Entwicklung der Reform gespielt. Doch auch Patientenvertretungen und Nichtregierungsorganisationen haben die Reform befürwortet und unterstützt. Der Einfluss von Nichtregierungsorganisationen auf das slowenische Gesundheitswesen wächst, scheint es. Einige psychiatrische Fachgesellschaften haben jedoch Regelungen kritisiert, die mit Zwangseinweisungen zu tun haben,

insbesondere die, die sich auf die Verantwortlichkeiten von Anstaltsleitern beziehen. Psychiater meinen in einigen Regelungen ein gewisses Misstrauen gegenüber ihrer Profession zu erkennen. Gleichwohl unterstützen sie Regelungen der Reform wie den gemeindebasierten Ansatz.

Die Regierung hat nun ein Jahr Zeit, eine nationale Strategie zur Verbesserung der psychischen Gesundheit auszuarbeiten. Gleichzeitig sind innerhalb dieses Zeitraums neue Ombudsmänner und Koordinatoren für die fallbezogene und die gemeindebasierte Versorgung zu ernennen. Unterdessen müssen mit dem Gebiet beschäftigte Ressorts innerhalb von sechs Monaten Detailverordnungen erlassen, um die Abstimmung aller von dem Gesetz betroffenen Anbieter im Gesundheitswesen zu bewerkstelligen. Bedingt durch die oben erwähnten Kritikpunkte an der Reform, fällt es schwer vorherzusagen, ob sie wirklich die Verbesserung der Rechte psychisch Kranker und deren Versorgung durchsetzen kann.

**Ein Jahr Zeit für  
nationale Strategie**

*Literatur und Links:*

Pribakovic Brinovec, Rade. »Mental Health Care in Slovenia«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/si/a12/2](http://www.hpm.org/survey/si/a12/2).

Europäische Kommission. *Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the European Union. Green Paper on Mental Health*. 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm).

Europäische Kommission. *Working Towards the European Pact for Mental Health*. 2008. [www.ec-mental-health-process.net](http://www.ec-mental-health-process.net).

Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Mental Health Gap Action Program*. Genf 2008. [www.who.int/mental\\_health/mhgap/press\\_release\\_mh\\_mhgap\\_10\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/press_release_mh_mhgap_10_2008.pdf).



# Zugang zur Gesundheitsversorgung und gerechte Gesundheitschancen

Fairness im Gesundheitswesen ist schwer zu erreichen; Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsversorgung gibt es überall in unterschiedlichem Ausmaß. Gerechtigkeit oder sogar Gleichheit stehen vermutlich gerade deswegen permanent auf den gesundheitspolitischen Agenden vieler Länder weit oben. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Analysen hierzu veröffentlicht worden, unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Kommission. Diese Berichte zeigen ebenso wie die Berichte aus unserem Netzwerk in diesem Kapitel, dass Regierungen weltweit versuchen, diesen Herausforderungen gerecht zu werden.

Barrieren unterschiedlicher Art schränken den Zugang zum Gesundheitswesen ein (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 73 ff.), auch wenn in den meisten Industriestaaten der freie Zugang zur Gesundheitsversorgung als ein Grundrecht gilt. Wie auch frühere Ausgaben dieser Buchreihe nennt ein Bericht der Europäischen Kommission von 2008 (Huber et al. 2008) die folgenden Zugangshemmnisse:

- unzureichender Versicherungsschutz
- Lücken im Leistungskatalog
- Kostenbeteiligungen von Patienten
- geographische Hindernisse
- organisatorische Hindernisse, beispielsweise Wartezeiten
- ungenügendes Gesundheits-Wissen (>health illiteracy<)
- unzureichender Schutz von Migranten, älteren Menschen und von Personen mit psychischen Störungen.

**Diverse Zugangsbarrieren**

Der Bericht der Europäischen Kommission beschreibt das Abhängigkeitsverhältnis von Armut und schlechtem Zugang zur Ver-

**Armut schafft  
gesundheitliche  
Ungleichheit**

sorgung: Schlechter Zugang zur Gesundheitsversorgung kann Armut verschlimmern, ebenso kann Armut sich negativ auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung auswirken.

Dass Armut die Gesundheit beeinträchtigt, tritt auch in Deutschland offen zu Tage. Jeder fünfte armutsgefährdete Mensch geht nicht zum Arzt, ergab eine vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Studie (Statistisches Bundesamt 2006). Laut Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (RKI) macht sich Armut bereits im Kinder- und Jugendalter gesundheitlich bemerkbar. Kinder aus sozial benachteiligten Familien wiesen in alle erhobenen Bereichen von Gesundheit – seien sie körperlich oder psychisch – schlechtere Ergebnisse auf (RKI 2006).

Besonders brisant: Soziale Ungerechtigkeit nimmt in Deutschland der OECD zufolge von Jahr zu Jahr zu (OECD 2008). Die Armutsquote – der Anteil der Personen an der gesamten Bevölkerung einer Volkswirtschaft, die mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze auskommen müssen – steigt kontinuierlich, so der Berliner Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock. Lag sie 1997 noch bei 10,9 Prozent, erreichte sie 2005 bereits 13,2 Prozent und liegt inzwischen bei 18 Prozent, teilte Rosenbrock auf dem Kongress »Armut und Gesundheit« im Dezember 2008 in Berlin mit (Gesundheit Berlin). Mit der wachsenden Armut droht auch eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland. Reformen, um dieser Entwicklung systematisch zu begegnen, sind bislang ausgeblieben. Einigermaßen politikfern wird lediglich einmal jährlich auf dem besagten Berliner Kongress, veranstaltet von Gesundheit Berlin e.V., dargestellt, wie Gerechtigkeit und Gesundheit vereinbart werden könnten.

**Gesundheitliche  
Ungleichheit: Ein  
vielschichtiges  
Problem**

Ein Bericht der WHO aus dem Jahr 2005 begutachtete Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit in dreizehn Industriestaaten (Crombie et al. 2005). Demnach zählen ungleiche Gesundheitschancen in allen untersuchten Ländern zu den zentralen Problemen. Zudem legten die nationalen Daten nahe, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten in den 80er und 90er Jahren noch verschärft hätten. Ist von gesundheitlicher Ungleichheit oder »Health Inequalities« die Rede, so bezieht man sich meist auf Unterschiede im Gesundheitsstatus verschiedener sozioökonomischer Gruppen. Es gibt aber auch Unterschiede, die mit dem Wohnort, dem Beschäftigungsstatus, dem Geschlecht

oder der ethnischen Zugehörigkeit assoziiert sind. Es hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Gesundheitsstatus einer Population von einer breiten Spanne sozialer Determinanten von Gesundheit abhängig ist (siehe Abbildung 2). Auch makroökonomische Strategien gegen Armut und soziale Ausgrenzung sind also wirksame Mechanismen zur Verbesserung des Gesundheitsstatus von Bevölkerungen oder einzelnen Bevölkerungsgruppen.

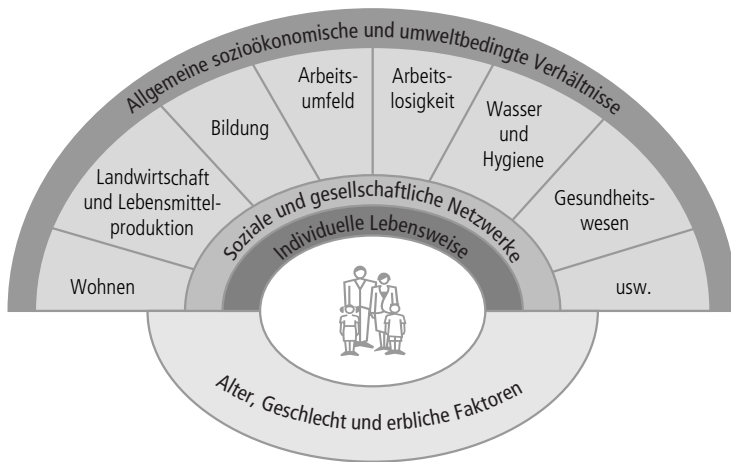
Eine wichtige, wenngleich häufig übersehene Begründung für einen Einsatz gegen gesundheitliche Ungleichheit kommt aus der Ökonomik. Ein Bericht der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2005 über den Einfluss der Gesundheit auf die Wirtschaft der Europäischen Union zeigt den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht allein als Nebenprodukt wirtschaftlicher Entwicklung, sondern umgekehrt als einen der entscheidenden Faktoren wirtschaftlichen Wachstums (Suhrcke et al. 2005).

Marc Suhrcke, Martin McKee und ihren Kollegen zufolge trägt der Gesundheitszustand der Bevölkerung maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg bei, beispielsweise zu erhöhter Produktivität, einem besseren Angebot an Arbeitskräften und zu wachsenden Überschüssen, die wiederum in neues materielles und geisti-

**Ungleiche Gesundheitschancen: Schlecht für die Wirtschaft**

**Bessere Gesundheit, mehr Wirtschaftswachstum**

Abbildung 2: Soziale Determinanten von Gesundheit



Quelle: Nach Dahlgren und Whitehead 1991.

ges Kapital investiert werden könnten. Im Detail zeigt die Studie, wie sich Gesundheit auf Gehälter, Einkommen, Erwerbsquote und auf frühzeitige Pensionierungen auswirkt. Makroökonomisch betrachtet führen eine gute Bevölkerungsgesundheit und eine längere Lebenserwartung zu einem Anstieg des Bruttoinlandsprodukts. Ein wachsendes Bewusstsein für die Notwendigkeit, in Humankapital zu investieren, ist folglich für die Autoren eine notwendige, wenngleich nicht ausreichende Bedingung dafür, die europäische Wirtschaft in der Globalisierung noch wettbewerbsfähiger zu machen (Suhrcke et al. 2005).

**Herausforderung  
für Europa**

Wie Strategien zur Bekämpfung von Armut, sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Ungleichheit zusammenhängen, zeigt ein EU-Bericht aus dem Jahr 2006, herausgegeben anlässlich des britischen EU-Ratsvorsitzes. Der Bericht »Health Inequalities: a Challenge for Europe« (Judge et al. 2006) schildert die Bedeutung sozialer Gesundheitsdeterminanten und stellt dar, wie verschiedene Länder sich der Hausforderung stellen, soziale Gerechtigkeit zu stärken und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

**Finnland als  
Vorreiter**

Während einige Länder auf neue Gesetze setzen, begnügen sich andere mit politischen Absichtserklärungen. Nur wenige Vorreiter formulieren konkrete quantitative Ziele, bis zu welchem Grad sie die Ungleichheit reduzieren wollen. Übereinstimmend mit der Schwerpunktsetzung auf soziale Determinanten bewertet der genannte EU-Bericht die Koordination zwischen verschiedenen Regierungsressorts als DAS Erfolgsrezept. Je stärker verschiedene Ministerien in die Maßnahmen eingebunden sind und je zielgerichteter sie arbeiten, desto größer ist die Chance auf eine positive Veränderung der Gesundheitsergebnisse (Judge et al. 2006). Finnland hat mit seiner EU-Ratspräsidentschaftsinitiative »Health in all Policies« 2006 einen wichtigen Anstoß dafür gegeben, dass sich die Idee eines koordinierten politischen Handelns über die Ressortgrenzen hinweg in Europa durchsetzt.

**Sechs Länder im  
Einsatz für Zugang  
und Gerechtigkeit**

Finnland geht also mit gutem Beispiel voran. Hier scheinen sich zum einen gesetzliche Regelungen, die maximale Wartezeiten für Patienten vorschreiben, in vielen Teilen des Landes positiv auszuwirken (siehe erster Bericht aus Finnland, S. 87). Gleichzeitig hat das skandinavische Land einen ambitionierten nationalen Aktionsplan gegen gesundheitliche Ungleichheit aufgelegt (siehe zweiter Bericht aus Finnland, S. 90).

Frankreich versucht, durch eine konsequente Bedarfsplanung für Pflegekräfte regionalen Versorgungsmängeln entgegenzuwirken (siehe Bericht aus Frankreich, S. 94). In Israel werden Zuzahlungen teilweise durch private Spenden finanziert und so Zugangsbarrieren für Patienten mit chronischen Erkrankungen reduziert (siehe Bericht aus Israel, S. 96). Neuseeland hat eine neue Methodik eingeführt, um zu bewerten, welchen Einfluss politische Entscheidungen aller Ressorts auf gesundheitliche Ungleichheiten haben (siehe Bericht aus Neuseeland, S. 102). Massachusetts ist der erste US-Bundesstaat, der in einer vorbildlichen großkoalitionären Anstrengung das Problem der Nichtversicherten gelöst hat und dem Krankenversicherungsschutz für alle schon sehr nahe gekommen ist (siehe Bericht aus den USA, S. 98).

Die Debatten über Zugang und Gleichheit im Gesundheitswesen gewinnen an Schärfe. Das wachsende Bewusstsein und das Wissen darüber, wie wichtig soziale Bestimmungsfaktoren für Gesundheit sind, werfen Fragen auf: Ist die derzeitige Ressourcenverteilung mit ihrem Schwerpunkt auf der Akutversorgung richtig? Oder sollten wir stattdessen viel stärker auf populationsbezogene Versorgung, Public-Health-Ansätze oder auf Strategien zur Verringerung sozialer Ausgrenzung setzen?

**Spannungen  
innerhalb der  
Gesundheitspolitik**

#### *Literatur und Links:*

Crombie, Iain K., Linda Irvine, Lawrence Elliott und Hilary Wallace. *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*. Hg. WHO Kopenhagen 2005. [www.euro.who.int/Document/E87934.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87934.pdf).

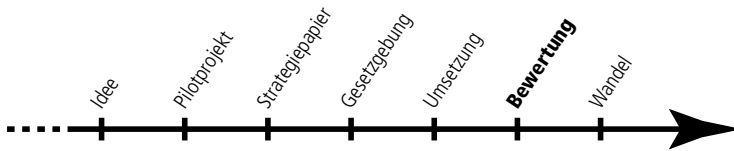
Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Abschlussbericht der Kommission. Hg. WHO Genf 2008. [www.who.int/media/centre/news/releases/2008/pr29/en/index.html](http://www.who.int/media/centre/news/releases/2008/pr29/en/index.html).

Gesundheit Berlin e.V. [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de).

Huber, Manfred, Anderson Stanciole, Jeni Bremner und Kristian Wahlbeck. *Quality in and equality of access to healthcare services*. Hg. Europäische Kommission. Brüssel 2008. [www.euro.centre.org/data/1237457784\\_41597.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf).

- Judge, Ken, Stephen Platt, Caroline Costongs und Kasia Jurczak. *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. Bericht der Europäischen Ratspräsidentschaft Großbritannien 2006. [ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf)
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Country Note: Germany*. Paris 2008. [www.oecd.org/dataoecd/45/25/41525346.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/45/25/41525346.pdf)
- Robert Koch-Institut (RKI). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin 2006.
- Statistisches Bundesamt. *Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005*. Wiesbaden 2006.
- Suhrcke, Marc, Martin McKee, Regina Sauto Arce, Svetla Tsoлова und Jørgen Mortensen. *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxemburg 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf).

## Finnland: Weniger Wartezeiten, besserer Zugang



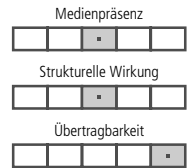
Besonders in staatlichen Gesundheitssystemen zählen Wartezeiten zu den sichtbarsten Zugangsbarrieren. Nicht nur die Politik, auch die Medien sind für dieses Thema überaus sensibel. In Ländern, in denen Wartezeiten als Problem empfunden werden, lösen Geschichten von Menschen, die dringend versorgt werden müssen und dennoch lange auf einen Arzttermin oder einen Krankenhausaufenthalt warten, in der Bevölkerung garantiert emotionale Reaktionen aus. Geschichten über tragische Einzelschicksale zeigen drastisch die Schwächen eines Gesundheitswesens auf.

Während auch Länder wie Dänemark oder Großbritannien gegen Wartezeiten kämpfen – im Falle Großbritanniens auch mit einigem Erfolg (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 115) –, hat Finnland nun einen Weg gefunden, um Wartezeiten abzubauen. Per Gesetz wurden maximale Wartezeiten festgelegt und Krankenhäuser, die diesen Vorgaben nicht nachkommen, müssen Bußgelder zahlen.

Nach jahrelangen Debatten über Zugangsprobleme zur Versorgung kündigte Helsinki 2002 an, Patienten den Anspruch auf schnelle Versorgung gesetzlich garantieren zu wollen (Vuorenkoski und Keskimäki 2004). Im März 2005 trat ein Gesetz in Kraft, das maximale Wartezeiten innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens definierte. In den Folgejahren hat die Regierung damit begonnen, der Gesetzesmaßnahme auf unterschiedliche Art und Weise Nachdruck zu verleihen. Sie verhängte beispielsweise Sanktionen für diejenigen lokalen Krankenhausdistrikte, die der Vorgabe nicht nachkamen.

Die Details der 2005 in Kraft getretenen Gesetzgebung:

- Die unmittelbare Kontaktaufnahme mit einem Gesundheitszentrum per Telefon oder per Besuch ist garantiert.
- Nicht-Notfallpatienten haben Anspruch auf einen ambulanten Arzttermin innerhalb von drei Tagen.



**Langzeitkampagne  
für besseren  
Zugang**

**Details der  
Gesetzgebung**

- Bei einer Überweisung ins Krankenhaus haben Nicht-Notfallpatienten Anspruch auf einen ersten Termin zur ärztlichen Untersuchung innerhalb von drei Wochen.
- Krankenhausbehandlungen, die keine Notfälle sind, müssen innerhalb von sechs Monaten erfolgen.

2006 verstärkte Finnland die Kontrolle über die Gesundheitsversorgung, indem es die Befugnisse der nationalen Behörde für medizinrechtliche Angelegenheiten erweiterte. Die staatliche Behörde hat nun mehr Befugnisse, um die direkte Aufsicht über alle Leistungserbringer, einschließlich der Gesundheitszentren und Krankenhäuser, auszuüben.

**Erheblich verkürzte  
Wartezeiten**

Erhebungen vom April 2008 zeigen, dass die Reform greift, wenngleich noch nicht alle Gemeinden und Krankenhäuser den neuen Vorgaben nachkommen:

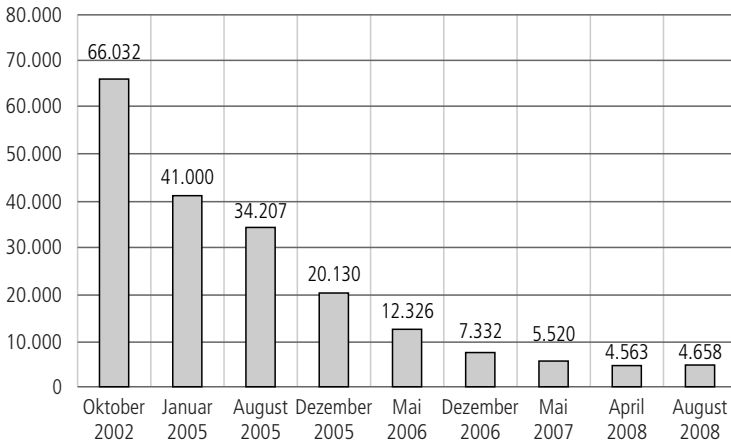
- 62 Prozent der finnischen Bevölkerung leben in Gemeinden, in denen sie direkten Zugang zur Primärversorgung haben. 2005 waren es 37 Prozent.
- 95 Prozent leben in Gemeinden, in denen sie innerhalb von drei Tagen einen ambulanten Arzttermin in der Primärversorgung erhalten. 2005 waren es 49 Prozent.
- 4.600 Patienten warteten mehr als sechs Monate auf einen Operationstermin im Rahmen einer spezialisierten Behandlung. 2005 waren es noch 41.000 (siehe Abbildung 3).

**Strenge Gesetze,  
straffe  
Durchsetzung**

Finnlands nationale Behörde für medizinrechtliche Angelegenheiten prüft seit der Ausweitung ihrer Befugnisse 2006 häufiger, ob Leistungserbringer der neuen Gesetzgebung auch wirklich nachkommen. 2007 ging die Behörde auf Gemeinden und Gesundheitszentren zu, die die Vorgaben nicht erfüllten, und forderte sie zu Verbesserungen auf. Im Januar 2008 trat die Behörde auch an Krankenhausbezirke heran, die sich nicht an die Vorgaben hielten, mit der Bitte, diesen bis Mitte des Jahres nachzukommen. Wenige Monate später, im März 2008, kündigte die Behörde drei Krankenhausbezirken Bußgelder an. Seither hat einer der drei Bezirke das Problem gelöst und sich damit vom drohenden Bußgeld befreit.

Ursprünglich waren Krankenhäuser und Gemeinden gegen das Gesetz. Sie fürchteten, dass die für die Umsetzung notwendi-

Abbildung 3: Zahl der finnischen Patienten, die mehr als sechs Monate auf einen Operationstermin warteten



Quelle: Vuorenkoski 2008.

gen finanziellen Mittel fehlten. Wider Erwarten waren die staatlichen Leistungserbringer jedoch nicht gezwungen, vermehrt private Leistungen einzukaufen, um die Wartezeiten entsprechend den neuen Anforderungen zu reduzieren. Angesichts der Straf-gelder, die über einige Krankenhausbezirke verhängt wurden, übten diese jedoch verstärkt Kritik. Das neue Gesetz, finden sie, sei zu streng.

Obwohl die Wartezeiten in Finnland seit dem neuen Gesetz deutlich zurückgegangen sind, gibt es noch immer eine beträchtliche Reihe von Gemeinden, die der neuen Vorgabe nicht nachkommen. Gründe sind meist Geldmangel und Schwierigkeiten beim Rekrutieren von Personal. Hinzu kommt, dass der Druck von Seiten der Patienten recht gering ist – viele versäumen es, ihre neuen Rechte auf eine zeitnahe Behandlung auch einzufordern. Dies könnte an mangelndem Bewusstsein in der Bevölkerung liegen, obwohl die Reform vor allem in der Anfangszeit große öffentliche Aufmerksamkeit erregt hat. Doch seit-her hielten sich die Anstrengungen der Gemeinden, die Bevölke- rung kontinuierlich über ihre Rechte zu informieren, eher in Gren-zen.

**Zustimmung,  
unerwartete  
Ergebnisse und  
ein wenig Kritik**

**Geringere Hürden  
denn je**

Trotz Anlaufschwierigkeiten verläuft der Reformprozess dennoch wesentlich reibungsloser als in Dänemark. Dort hatten ähnliche Vorgaben zu erheblichen Widerständen und Streiks der Leistungserbringer geführt, woraufhin die dänische Regierung die Reform vorerst auf Eis legte (siehe University of Southern Denmark 2008).

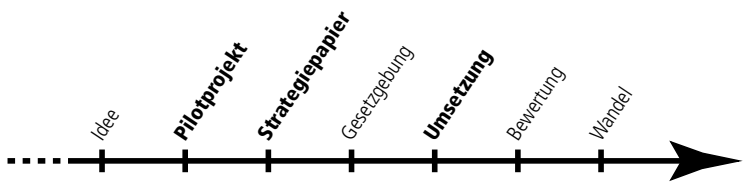
*Literatur und Links:*

Vuorenkoski, Lauri. »Ensuring access to public health care – follow-up«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fi/a12/5](http://www.hpm.org/survey/fi/a12/5).

University of Southern Denmark. »Waiting time guarantee – an update«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/dk/a12/5](http://www.hpm.org/survey/dk/a12/5).

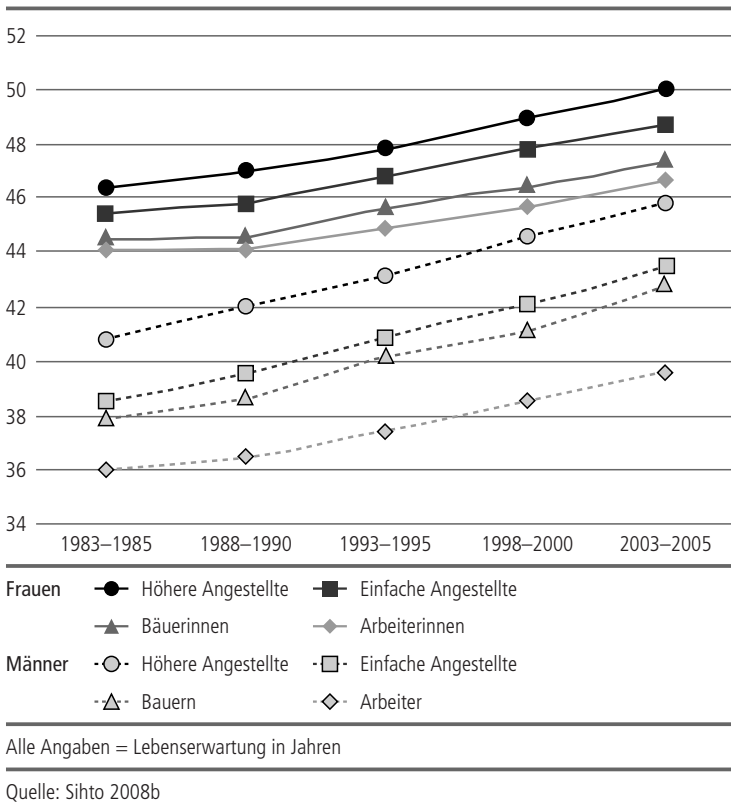
Vuorenkoski, Lauri, und Ilmo Keskimäki. »Ensuring access to health care«. *HealthPolicyMonitor*, April 2004. [www.hpm.org/survey/fi/a3/3](http://www.hpm.org/survey/fi/a3/3).

**Finnland:  
Mit neuem Aktionsplan zu gerechteren Gesundheitschancen**



Ein 35-jähriger Arbeiter in Finnland stirbt in der Regel sechs Jahre früher als ein höherer Angestellter. Bei Frauen liegen ungefähr vier Jahre dazwischen. Wie Grafik 4 zeigt, besteht ein klarer Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Lebenserwartung, sowohl für Frauen als auch für Männer. Zusammengefasst gilt in Finnland, was auch in vielen anderen Ländern zu beobachten ist: Besser ausgebildete Menschen mit einem höheren Einkommen, die zugleich ein gutes berufliches Ansehen

Abbildung 4: Lebenserwartung von 35-jährigen Frauen und Männern in Finnland, verschiedene sozioökonomische Gruppen 1983–2005



genießen, sind in vielerlei Hinsicht gesünder und leben länger (Sihto und Palosuo 2008).

Im Sommer 2008 verabschiedete die finnische Regierung einen »Nationalen Aktionsplan gegen gesundheitliche Ungleichheit«. Er besteht aus 15 verschiedenen Vorschlägen, die sich auf soziale Sicherung, Bildung, Gesundheit und auf Teile des sozialen Dienstleistungssektors beziehen. Zu den Maßnahmen gehören Initiativen für Gesundheitsförderung und Bildung, speziell in benachteiligten Wohngebieten, Initiativen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung in ganz Finnland, höhere Steuern auf Alko-

**Finnischer  
Aktionsplan gegen  
gesundheitliche  
Ungleichheit**

hol und Tabak sowie Maßnahmen für einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung für Einwanderer und Langzeitarbeitslose.

**Jahrzehntelange  
Bemühungen**

Die finnische Regierung ist von jeher darum bemüht, gesundheitliche Ungleichheiten zu vermeiden beziehungsweise zu reduzieren. Alle gesundheitspolitischen Programme, die sie in den vergangenen zwei Jahrzehnten aufgelegt hat, bezogen dieses Ziel mit ein. So sollte mithilfe eines Programms aus dem Jahr 2001 mehr Fairness innerhalb der Gesellschaft erreicht werden. Die Mortalitätslücken zwischen Arbeitern und Angestellten sollten bis 2015 um ein Fünftel geschlossen werden, so der Plan. Die beunruhigenden Entwicklungen, die sich in der oben aufgeführten Abbildung 4 zeigen, sprechen eine eher ernüchternde Sprache. Doch indem auf das bestehende Wissen über Ungleichheiten aufgebaut wird, will Finnland in einer neuen konzertierten Anstrengung die Wende zu faireren Gesundheitschancen schaffen.

**Zusammenarbeit  
von Forschern und  
Entscheidern**

Im Zentrum der neu gestarteten Bemühungen steht TEROKA – ein Zusammenschluss aus Forschern und gesundheitspolitischen Entscheidern, der die Verringerung sozioökonomischer Ungleichheiten im Gesundheitsstatus zum Ziel hat. Die Gruppe soll wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umsetzen. Über mehr als zehn Jahre hat TEROKA Wissen bezüglich Ungleichheiten ausgewertet und sachkundige Politikberatung geleistet. Sie ist einer der zentralen Partner der finnischen Regierung bei der Erarbeitung des Nationalen Aktionsplans zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, den das Ministerium für Soziales und Gesundheit 2008 veröffentlichte.

**Ein klares Jein  
zum Plan**

Eine breit angelegte Gruppe von Akteuren konzipierte den Aktionsplan, darunter Wissenschaftler, Beamte aus unterschiedlichen Ministerien sowie Vertreter der verschiedenen politischen Ebenen. Zwar bestand Einigkeit darüber, gesundheitliche Ungleichheit beenden zu wollen – ein Ziel, das auch von Patientenvertretern und aus der Zivilgesellschaft nachdrückliche Unterstützung erfährt. Doch noch immer herrscht Unklarheit darüber, welche Strategien den größten Erfolg versprechen. Zudem zweifeln manche, ob Werte wie Solidarität und Gleichheit in Zeiten eines klaren Bekenntnisses der Politik für Individualismus und Wettbewerb wirklich Chancen haben. Darüber hinaus bleibt zu befürchten, dass aktuelle politische Entwicklungen, beispielsweise

der Entschluss, Zuzahlungen weiter anzuheben, Bemühungen um mehr Gleichheit und Solidarität konterkarieren (siehe Bericht auf S. 90).

Die Details des Nationalen Aktionsplans sollen nach und nach bekannt gegeben werden. Derzeit entwickeln die verschiedenen TEROKA-Partner Indikatoren, um den Erfolg der Maßnahmen messen zu können. Sie sind auch teilweise mitverantwortlich für die Umsetzung der Maßnahmen, insbesondere auf kommunaler Ebene. Vor dem Auslaufen der Amtsperiode der jetzigen Regierung ist für 2010 eine Zwischenevaluation des Aktionsplans vorgesehen. Trotz großer Hoffnungen ist jedoch noch nicht abzusehen, wie energisch der Plan tatsächlich umgesetzt wird.

**Wird der Plan realisiert und evaluiert?**

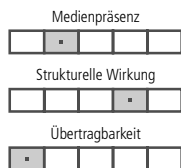
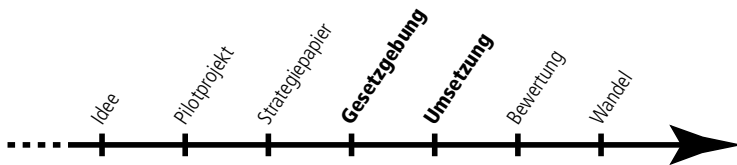
*Literatur und Links:*

Sihto, Marita, und Hannele Palosuo. »Reducing socioeconomic inequalities in health II«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fi/a12/1](http://www.hpm.org/survey/fi/a12/1).

Ministerium für Soziales und Gesundheit. *National Action Plan to reduce health inequalities 2008–2011*. Helsinki 2008. [www.teroka.fi](http://www.teroka.fi).

Sihto, Marita. »Präsentation: »Reducing health Inequalities in Finland – experiences from TEROKA project««. Berlin, 10. Juli 2008. [www.hpm.org/Downloads/Events/HPN\\_Events/Sihto\\_TEROKA\\_080710.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Events/HPN_Events/Sihto_TEROKA_080710.pdf).

## Frankreich: Niederlassung von Pflegekräften steuern, um Zugang zu verbessern



Während Finnland sich sinkender Wartezeiten erfreut und am Abbau von Ungleichheiten arbeitet, versucht Frankreich, insbesondere geographische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung abzubauen – indem man die Niederlassung von Pflegekräften reguliert. Ein Teil des Reformpakets, mit dem die Regierung gleichzeitig die Rolle von Pflegekräften aufwerten will, besteht darin, Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu setzen und zugleich die Zahl derer, die in überversorgten Regionen tätig sind, zu beschränken. Die Reform ist nicht unumstritten, auch weil der Schritt der Regierung vermuten lässt, dass sie für die Niederlassung der Ärzte ähnliche Regulierungspläne hegt – die Ärzte zeigen sich stark beunruhigt.

### Der Plan »en détail«

Die Niederlassungsreform für Pflegekräfte basiert auf einer Vereinbarung von 2008 zwischen Vertretern des nationalen Verbandes der Krankenkassen und den Berufsverbänden der privat praktizierenden Pflegekräfte. Die Vereinbarung soll zwei Jahre gelten und Pilotcharakter haben. Die drei wesentlichen Regelungen sind:

- Der Stundenlohn für Pflegekräfte wird über einen Zeitraum von zwei Jahren um zehn Prozent erhöht.
- Pflegekräfte, die bereit sind, in als unterversorgt definierten Gebieten zu arbeiten, werden unterstützt – unter anderem durch finanzielle Zuschläge von bis zu 20 Prozent des Bruttoeinkommens.
- In Gegenden mit einer hohen Versorgungsdichte wird die Niederlassung von Pflegekräften streng reguliert. Ohne dass eine bestehende Position frei wird, ist keine neue Niederlassung möglich.

Auch Ärzte sind nicht gleich über das Land verteilt. Teil der 2007 abgeschlossenen Vereinbarung war es deshalb, Pflegekräften mehr

Kompetenzen einzuräumen und ihnen einige ärztliche Tätigkeiten zu übertragen, zum Beispiel Impfungen oder Wundversorgung. Gleichzeitig stand hinter der Vereinbarung das Ziel, Pflegekräften mehr Verantwortung für das Management und die Organisation der Pflege älterer und hilfebedürftiger Patienten einzuräumen. Dabei richtete sich der Blick insbesondere auf diejenigen Patienten, die an ihr Zuhause beziehungsweise ihr Bett gefesselt sind und keine Arztpraxis mehr aufsuchen können.

**Pflegekräfte  
übernehmen  
ärztliche Aufgaben**

Teil der Vereinbarung zwischen den Berufsverbänden der Pflege und den Krankenkassen ist es zu definieren, was eine überbeziehungsweise unterversorgte Gegend ausmacht. Bevor die Regelung in Kraft tritt, müssen die auf regionaler Ebene Verantwortlichen solche Gegenden festlegen. Dies muss entsprechend nationalen Vorgaben erfolgen, die es aber bislang nicht gibt. Auf lange Sicht sollen regionale Gesundheitsagenturen für die regionale Versorgung mit Pflegekräften verantwortlich sein (siehe auch »Frankreich: Steuerung der Krankenhausversorgung auf regionaler Ebene«, S. 60). Über die Gesetzesentwürfe, die sich mit diesen neuen Formen regionaler Steuerung beschäftigen, soll 2009 abgestimmt werden – 2010 sollen sie in Kraft treten.

**Was bedeutet  
Über-, was  
Unterversorgung?**

Zum jetzigen Zeitpunkt kann über die Ergebnisse der neuen Vereinbarung nur spekuliert werden. Möglich, dass einige Pflegekräfte aus dem Beruf aussteigen, wenn sie in Gegenden, die künftig als überversorgt gelten, nicht praktizieren dürfen. Wenngleich die finanziellen Anreize, die Pflegekräften für eine Tätigkeit in unterversorgten Gegenden geboten werden sollen, beträchtlich sind, ist Geld nicht der einzige Faktor, der die berufliche Standortwahl bestimmt. Da die Krankenversicherer, das Gesundheitsministerium und die Berufsverbände der Pflege den Plan gemeinsam unterstützen, stehen die Chancen für einen Erfolg jedoch nicht schlecht.

**Effekte  
standortbezogener  
Anreize unklar**

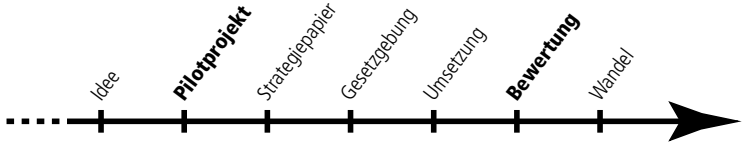
Ärzte lehnen die neuen Pläne vehement ab. Sie befürchten, die Nächsten zu sein, denen man Vorgaben macht. Beobachter der Entwicklung interpretieren den Plan in der Tat als ein klares Signal aus Paris an die anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Bislang hat die Regierung versucht, Ärzte allein durch positive Anreize zu einer Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bewegen, um so geographische Zugangsbarrieren abzubauen. Doch die Ärzteverbände befürchten nun weitere Schritte – vergleichbar denen bei den Pflegekräften.

**Ärzte entschieden  
gegen derlei Pläne**

*Literatur und Links:*

Mousquès, Julien, und Michel Naiditch. »Regulating nurses – follow up«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/fr/a12/1](http://www.hpm.org/survey/fr/a12/1).

## Israel: Private Spender finanzieren Zuzahlungen für Chroniker



Zuzahlungen hindern Patienten daran, Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Zwar ist die Evidenz hierzu seit dem berühmten RAND Health Insurance Experiment aus den 70er Jahren unwiderlegt. Dennoch sind Zuzahlungen ein gängiges Instrument, um den steigenden Kosten im Gesundheitswesen – durch Verschiebung der Belastung auf die Kranken – in den Griff zu bekommen (siehe auch das Kapitel »Finanzierung: Wer zahlt was und warum?«, S. 35 ff.).

In Israel wird auf unkonventionelle und vermutlich wenig nachhaltige Art und Weise versucht, dieser Zugangsbarriere zumindest zeitweise Herr zu werden – unter anderem durch Gelder privater Spender.

**Zuzahlungen  
treffen Alte,  
Kranke und Arme**

Eingeführt, um unnötige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu unterbinden, zeigen Studien in Israel, dass Zuzahlungen vor allem Alte, Kranke und Arme belasten (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 4*, S. 30). Einer Bevölkerungsbefragung von 2005 zufolge, in der es um die Auswirkungen von Zuzahlungen in Israel geht, verzichten dort 17 Prozent der Bevölkerung, 21 Prozent der chronisch Kranken und 29 Prozent der Armen aufgrund der Kosten auf eine Behandlung (Gross, Brammli-Greenberg und Rosen 2007).

**Private Spenden  
als Ausweg?**

Zunehmende Evidenz, dass Zuzahlungen in Israel insbesondere chronisch kranke Patienten mit ohnehin geringem Lebens-

standard in besonderem Maße belasten, hat die größte Krankenkasse Clalit auf den Plan gerufen. Clalit hat ein Pilotprogramm aufgelegt, in dem Gelder privater Wohltäter dazu genutzt werden, Zuzahlungen zu Medikamenten und bei Inanspruchnahme von Versorgung abzudecken und damit den Zugang zum Gesundheitswesen zu erleichtern. Das Programm zielte insbesondere auf Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck und Hyperlipidämie, die in der Vergangenheit auf verschriebene Arzneimittel aufgrund der Zuzahlungen verzichtet hatten. Durch das Programm, so die Hoffnung, könnte sich die Arzneimittel-Compliance der Patienten und damit gleichzeitig auf lange Sicht ihr gesundheitliches Befinden verbessern. Das Programm lief in zwei Städten. Die Auswertung sowohl nach sechs als auch nach zwölfmonatiger Laufzeit ergab eine hohe Arzneimittel-Compliance der Patienten sowie Verbesserungen im Gesundheitsstatus.

Evaluation zeigt  
Erfolge

Es gab allerdings auch Kritik am Programm. Kritiker befürchteten, dass nicht alle Patienten mit den genannten chronischen Erkrankungen in das Programm eingeschlossen wurden, was die gesetzliche Vorgabe der Gleichbehandlung aller Krankenkassenmitglieder kompromittiere. Aus diesem Grund beauftragte Clalit ein externes Unternehmen damit, diejenigen Patienten, die zur Teilnahme berechtigt sind, ausfindig zu machen. Auch Patientenvertreter und Wissenschaftler meldeten sich zu Wort. Sie befürchteten, Charity-Programme wie dieses verringerten den Druck auf die Regierung, sich dem Thema auf nationaler Ebene nähern zu müssen. Schließlich seien gerechte Zuzahlungsregelungen, die Patienten nicht überforderten, der einzige wirklich nachhaltige Weg, von dem alle Bedürftigen profitierten.

Trotzdem Kritik

*Literatur und Links:*

Elhayany, Asher, und Revital Gross. »Eliminating co-payments for chronic patients«. *HealthPolicyMonitor*, November 2008.

Gross, Revital, Shuli Brammli-Greenberg und Ronit Matzliach. *Ten Years of National Health Insurance: Public Opinion of the Level of Service and Performance of the Health*



Seitdem das Gesetz 2006 unterzeichnet wurde, hat der Bundesstaat enorme Energie in die Umsetzung gesteckt. Innerhalb weniger Monate begann Massachusetts im Rahmen seines »Commonwealth Care Programs« für den vollständigen Versicherungsschutz von Armen und Bedürftigen aufzukommen. Wenig später legte man ein zweites Programm für diejenigen auf, deren Einkommen entweder knapp über der Armutsgrenze liegt oder die sich als »young, healthy, unvinceable« gar nicht versichern wollten. Im Rahmen dieses Commonwealth Choice genannten Programms kann der besagte Personenkreis Privatversicherungen zu relativ günstigen Preisen abschließen. Gleichzeitig hat das vom Bund finanzierte, aber auf bundesstaatlicher Ebene verantwortete Medicaid-Programm MassHealth seine Zugangskriterien gelockert und wurde mit zusätzlichen Finanzmitteln versehen, um berechnete Personen, die bisher nicht eingeschrieben waren, zu versichern.

**Zügige Umsetzung**

Um den Kreis der Versicherten weiter zu erhöhen, führte das Gesetz Geldbußen für Steuerzahler ohne Krankenversicherung ein. Von 2007 an musste jeder Steuerzahler ohne Krankenversicherungsschutz eine Bußgeldzahlung von 219 US-Dollar (rund 160 Euro) leisten. Dieses Mittel scheint zu greifen. Bereits Ende 2007 waren nur noch fünf Prozent der drei Millionen Steuerzahler in Massachusetts ohne Krankenversicherungsschutz. Zwei Prozent gaben an, sich aus finanziellen Gründen nicht versichern zu können beziehungsweise aus religiösen Gründen vom Versicherungsschutz ausgenommen zu sein. Die anderen drei Prozent bevorzugten die Geldstrafe. Um auch die restlichen drei Prozent von einer Krankenversicherung für alle zu überzeugen, plant der Staat, die Geldbuße auf 1000 US-Dollar (ca. 700 Euro) zu erhöhen. Heute, Anfang 2009, sind nur noch 2,6 Prozent der Bevölkerung in Massachusetts unversichert.

**Versicherungspflicht mit Geldstrafen**

Schätzungen zufolge scheint das neue Gesetz zu wirken. Vor Inkrafttreten der Reform waren 650.000 Personen in Massachusetts ohne Krankenversicherung (ca. zehn Prozent). Innerhalb von nur zwei Jahren erhielten beinahe 70 Prozent derjenigen, die zuvor nicht versichert waren, einen Krankenversicherungsschutz. Das sind beinahe 440.000 Menschen. Die Neuversicherten sind entweder in den Genuss des vom Staat zu 100 Prozent bezuschussten Versicherungsschutzes gekommen, oder haben ein kostengünstiges Angebot bei einem privaten Krankenversicherer abgeschlossen.

**Nur noch wenige ohne Versicherung**

sen. Die stärksten Veränderungen zeichnen sich in den Reihen der Jüngeren, der Minderheiten und der Niedrigverdiener ab.

**Starke Nachfrage  
führt zu  
Finanzierungs-  
problemem**

Der starke Anstieg der Versichertenzahlen brachte aber auch Probleme mit sich. Es mangelt an Geldern für die vom Bundesstaat bezuschussten Versicherungen. Außerdem ist es durch den Anstieg der Versorgungsberechtigten zu Engpässen bei der Versorgung gekommen, vor allem bei der Primärversorgung. Es gibt zudem erste Belege dafür, dass Patienten, deren Versicherungsschutz vom Bundesstaat finanziert wird, die Notfallversorgung weitaus häufiger in Anspruch nehmen als andere Versicherte. Einer der Gründe hierfür könnten die langen Wartezeiten in der Primärversorgung sein, die Berichten zufolge bis zu drei Monaten betragen kann. Wo mit dem fehlenden Versicherungsschutz eine Zugangsbarriere verschwindet, entsteht mit Wartezeiten eine neue. In einem Land, in dem eine gesunde Person mit der »richtigen« Versicherung innerhalb von nur wenigen Minuten einen elitären Kreis von Ärzten um sich versammeln kann, ist das eine krasse Fehlentwicklung. Massachusetts versucht auf diese Entwicklung zu reagieren, indem der Bundesstaat werdende Ärzte ermutigt, in kommunalen Gesundheitszentren oder unterversorgten Gebieten zu praktizieren.

**Auch andere  
Staaten wollen  
universelle  
Kranken-  
versicherung**

Massachusetts ist nicht der einzige Bundesstaat, der an einer universellen Krankenversicherung für alle laboriert. Hawaii erließ bereits 1974 ein Gesetz, wonach Arbeitgeber denjenigen ihrer Angestellten, die 20 Stunden und mehr pro Woche arbeiten, einen Krankenversicherungsschutz garantieren müssen. Trotzdem sind zehn Prozent der dortigen Bevölkerung immer noch unversichert (Schulz und Medlin 2006). In Massachusetts gab es 1988 erste Anläufe, gefolgt von Minnesota und Vermont 1992. Alle drei scheiterten jedoch zunächst Mitte der 90er Jahre, gemeinsam mit dem ambitionierten Versuch der Clintons, einen universellen Versicherungsschutz auf nationaler Ebene einzuführen. Zuletzt scheiterte 2008 ein Gesetzesvorhaben in Kalifornien, das sich eng an die Blaupause von Massachusetts anlehnte, aber gegen die Vielzahl der kleinen und mittelständischen Arbeitgeber nicht durchsetzbar war (zur Vorgeschichte siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 31).

Die Reform in Massachusetts wird überwiegend befürwortet. Erhebungen zufolge stehen 70 Prozent der Bevölkerung der Re-

form positiv gegenüber. Gleichzeitig unterstützen der Privatsektor und kommunale Arbeitgeber die Reform. Lokale Arbeitgeber, die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes dazu verpflichtet wurden, Arbeitnehmern Versicherungsoptionen anzubieten, sehen diese Vorgabe immer weniger als finanzielle Belastung. Auch die Zahl der Arbeitgeber, die ihren Arbeitnehmern einen Versicherungsschutz anbieten, ist nicht zurückgegangen – das befürchtete Phänomen des »Crowding out« trat also nicht ein. Die Reform gilt als Vorzeigemodell für die gesundheitspolitischen Reformpläne von US-Präsident Barack Obama. Allein Massachusetts zeigt auch, dass eine Gesundheitsreform, die lediglich eine Herausforderung angeht – die Zahl der Unversicherten zu reduzieren – zu kurz greift. Gleichzeitig muss die »Preisfrage« und, damit verknüpft, die Frage nach effizienten neuen Versorgungssystemen beantwortet werden. Dies wird der Hätetest für Massachusetts in den nächsten Monaten sein.

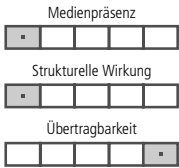
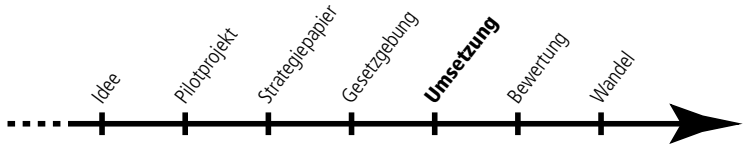
*Literatur und Links:*

Conis, Elena. »Update on Massachusetts Health Care Reform«. *HealthPolicyMonitor*, November 2008. [www.hpm.org/survey/us/c12/4](http://www.hpm.org/survey/us/c12/4).

»In-Depth Coverage: The Uninsured in America.« PBS online. 30. März 2007. [www.pbs.org/newshour/indepth\\_coverage/health/uninsured/timeline/index.html](http://www.pbs.org/newshour/indepth_coverage/health/uninsured/timeline/index.html).

Schulz, Anke Therese, und Carolin Medlin. »Massachusetts Health Insurance Coverage Mandate«. *HealthPolicyMonitor*, April 2006. [www.hpm.org/survey/us/d7/3](http://www.hpm.org/survey/us/d7/3).

## Neuseeland: Droht gesundheitliche Ungleichheit? Das Health Equity Assessment Tool



Wie Finnland nimmt auch Neuseeland am anderen Ende der Welt gesundheitliche Ungleichheit sehr ernst. Hier hat man ein Instrument entwickelt, mit dessen Hilfe die Auswirkungen bestimmter politischer Maßnahmen und Programme auf gesundheitliche Ungleichheiten bewertet werden können.

Das neuseeländische Verfahren baut auf einer ähnlichen Methodik aus Wales auf. Es handelt sich dabei um eine Liste mit zehn Fragen; dazu gehören die folgenden:

**Mit zehn Fragen  
zu gerechteren  
Gesundheits-  
chancen**

- Welche Ungleichheiten bestehen bezogen auf das betreffende Gesundheitsthema?
- Wer ist am meisten benachteiligt und warum?
- Auf welche Art und Weise trägt die Maßnahme dazu bei, die Gesundheit der Maori zu verbessern beziehungsweise die innerhalb der Maori-Bevölkerung bestehenden Gesundheitsungleichheiten zu reduzieren?
- Was könnten unbeabsichtigte Folgen sein?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Maßnahme tatsächlich Gesundheitsungleichheiten reduziert?
- Wie lässt sich der Erfolg der Maßnahme messen?

**Mehrere Tools  
sorgen für  
Verwirrung**

Das neuseeländische Gesundheitsministerium finanzierte Kurse für Leistungserbringer, wie die neue Methodik anzuwenden ist. Die Veröffentlichung eines neuen Benutzerhandbuchs im Jahr 2008 hat das Interesse an der Methodik sowie die Nachfrage nach den Kursen verstärkt. Doch die neue Methode leidet unter einer zu großen »Bewertungsbegeisterung« der Neuseeländer. Es stellte sich heraus, dass sie sich mit anderen Methoden wie Health Impact Assessment oder solchen, die insbesondere den Einfluss von bestimmten Strategien im Gesundheitswesen auf die Maori messen, überschneidet.

Dennoch scheint das Health Equity Assessment Tool im Kommen: Während die Methodik anfangs nur zur Auswertung von Public-Health-Programmen genutzt wurde, wird sie nun auch in anderen Bereichen eingesetzt.

*Literatur und Links:*

Cram, Fiona, und Toni Ashton. »The Health Equity Assessment Tool«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008.  
[www.hpm.org/survey/nz/a12/4](http://www.hpm.org/survey/nz/a12/4).



# Patientensicherheit und Qualität

Jede gegenwärtige Diskussion darüber, wie ein Gesundheitssystem besser und sicherer gestaltet werden kann, findet vor dem Hintergrund der Kenntnisse über geographische Unterschiede in der Gesundheitsversorgung statt – Daten, die die Dartmouth-Universität seit über 20 Jahren systematisch erhebt und auswertet. Im Dartmouth-Gesundheitsatlas dokumentieren Wissenschaftler die landesweiten Unterschiede in der Verteilung und Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen. Dieser Atlas hat inzwischen zu einem ähnlichen Projekt in Spanien angespornt, mit dem wir uns in diesem Kapitel beschäftigen – einem Kapitel, in dem es mehr um gute Beispiele denn um die jüngsten Reformen geht (siehe Bericht über Spanien, S. 112).

Über 100 wissenschaftliche Artikel sind aus dem »Dartmouth-Atlas« hervorgegangen. Im Hinblick auf die Diskussion über die Verbesserung der Sicherheit und Qualität der Versorgung ist die zweiteilige Serie von Elliott Fisher und Kollegen besonders relevant (Fisher et al. 2003a, 2003b). Von beinahe einer Million Patienten haben die Autoren Daten ausgewertet, die verblüffende landesweite Versorgungsunterschiede belegen. Die Autoren fanden heraus, dass ein Patient aus einer reicheren Region 60 Prozent mehr Versorgung erhält als ein Patient mit denselben gesundheitlichen Problemen aus einer ärmeren Region. Anhand der Krankheitsgeschichte der Patienten konnten die Autoren die Verbindung zwischen Versorgungsunterschieden und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung genau analysieren. Sie gelangten zu dem außergewöhnlichen Befund, dass die Gesundheitsergebnisse und die Zufriedenheit der Patienten, die 60 Prozent mehr Versorgung erhalten hatten, keineswegs besser waren. Bei diesen Patienten bestand sogar ein etwas höheres Ri-

**Mehr Versorgung  
heißt nicht  
gleich bessere  
Versorgung**

siko, vorzeitig zu versterben, als bei ähnlichen Patienten aus anderen Regionen. Das Fazit: Mehr Versorgung bedeutet nicht automatisch bessere Versorgung. Diese Ergebnisse sind zwar meinungsbildend, aber auch umstritten und werden in einer jüngeren Ausgabe der Zeitschrift »Health Affairs« heftig diskutiert (Health Affairs 2009).

**Macht  
Gesundheits-  
versorgung  
krank?**

Neben Daten über Versorgungsunterschiede gibt es zunehmend Daten über ärztliche Behandlungsfehler und widrige Ereignisse. Zwar erheben viele Länder solche Daten, doch nirgendwo sind die Zahlen so alarmierend wie im gigantischen Medizinmarkt USA. In seinem wegweisenden Bericht »To Err is Human« (Irren ist menschlich) aus dem Jahr 2000 schätzte das Institute of Medicine, dass jährlich 100.000 Amerikaner infolge von Behandlungsfehlern sterben – das sind mehr Personen als die Summe der Menschen, die bei Autounfällen und infolge von Brustkrebs ums Leben kommen (IOM 2000). Ein darauf folgender Bericht aus dem Jahr 2001 – er trägt den Titel »Crossing the Quality Chasm« (Die Qualitätslücke schließen) – hat drei Schlüsselprobleme kategorisiert: Über-, Unter- und Fehlversorgung (IOM 2001).

**Patientensicherheit  
wird weltweit  
zum Thema**

Diese Probleme kommen nicht nur in den USA vor – sie sind auch in unseren Gesundheitssystemen allgegenwärtig. Kurz nach Erscheinen des besagten Berichts hat auch der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) – ein vom Bundesministerium für Gesundheit ernannter Expertenausschuss – in seinem 2001 erschienenen Gutachten einen Schwerpunkt auf die Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen gelegt (SVR 2001). Viele dieser Fehler und unerwünschten Ereignisse entstehen im Zusammenhang mit Arzneimitteln – in den USA 2004 nachweislich bei mehr als einer Million Krankenhausaufenthalten (HCUP 2004).

**Bemühungen um  
Qualität seit mehr  
als 100 Jahren**

Bemühungen, die Versorgung besser und sicherer zu gestalten, reichen mindestens bis zur Zeit des ungarischen Gynäkologen Ignaz Semmelweis (1818–1865) zurück, der zu bedenken gab, Ärzte sollten sich zur Sicherheit ihrer Patienten die Hände waschen (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 10, S. 87). Qualitätssicherung ist in den vergangenen Jahren Teil nationaler Strukturen geworden, so in Deutschland seit 1993. Aber noch immer besteht Verbesserungsbedarf. Patientensicherheit rückt nur langsam in den Fokus der Qualitätssicherung: Nur we-

nige Länder wie Dänemark und Großbritannien haben formelle Strukturen aufgebaut (Legido-Quigley et al. 2008)

Auch in Deutschland hat es eine Weile gedauert. Besonderes öffentliches Gehör fand das Thema Patientensicherheit im Jahr 2002 – bei der Vergabe des Berliner Gesundheitspreises, der unter dem Leitgedanken »Fehlervermeidung und Sicherheitskultur« stand. Zwei Projekte zu Fehlermeldesystemen prämierte die Berliner Kammer gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und der AOK Berlin: das Schweizer *Critical Incident Reporting System* ([www.CIRSmedical.ch](http://www.CIRSmedical.ch)) und das Frankfurter Meldesystem für hausärztliche Behandlungsfehler ([www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)). Drei Jahre später entstand das *Aktionsbündnis Patientensicherheit*, ein 200 Mitglieder starkes Netzwerk, das sich mit »Eingriffsverwechslungen, Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern, Medikationsfehlern sowie Behandlungsfehlerregistern« auseinandersetzt. Das vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell geförderte Bündnis ist eines der wenigen Projekte im Gesundheitswesen, bei denen Politik und Ärzteschaft dasselbe Ziel verfolgen: Behandlungsfehler vermeiden und ein Bewusstsein für den Umgang mit Fehlern schaffen. Der mediale Erfolg der bisherigen Aktionen des Bündnisses hat Anfang 2009 zur Gründung des deutschlandweit ersten Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn geführt. Ziel ist mehr Forschung. Denn anders als in den USA hat Deutschland keine eigene Studie über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern auf den Weg gebracht.

In diesem Kapitel beschreiben wir Beispiele aus vier Ländern unseres Netzwerks, darunter Dänemark mit seinem seit einem Jahrzehnt laufenden Indikatoren-Projekt (siehe Bericht über Dänemark, S. 109). Spanien hat nun, inspiriert vom Dartmouth-Modell, seinen eigenen Atlas der Versorgungsungleichheiten herausgegeben (siehe Bericht über Spanien, S. 112). Von Österreich erfahren wir über das Projekt »Arzneimittelsicherheitsgurt«, das die Sicherheitsrisiken im Zusammenhang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln reduzieren soll (siehe Bericht über Österreich, S. 114). Im Rahmen der nationalen Strategie zur Qualitätsverbesserung hat Neuseeland ein Programm aufgelegt, das die Verschreibungspraxis verbessern soll. Ein weiteres Programm soll Patienten helfen, sich im Versorgungsdschungel besser zurecht zu finden (siehe Bericht über Neuseeland, S. 116).

**Deutschland  
gründet Institut zur  
Patientensicherheit**

**Reformen aus  
Dänemark, Spanien,  
Österreich und  
Neuseeland**

*Literatur und Links:*

Dartmouth Atlas of Health Care; [www.dartmouthatlas.org/index.shtm](http://www.dartmouthatlas.org/index.shtm).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. »Role of information in assuring quality of services – case studies on England, Denmark, Norway and Sweden«. *Euro Observer* (9) 3, Herbst 2007. [www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver\\_Autumn2007.pdf](http://www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver_Autumn2007.pdf).

Fisher, Elliott S., David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas und Étoile L. Pinder. »The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care«. *Ann Intern Med.* (138) 4 2003a. 273–287. [www.annals.org/cgi/content/abstract/138/4/273](http://www.annals.org/cgi/content/abstract/138/4/273).

Fisher, Elliott S., David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas und Étoile L. Pinder. »The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care«. *Ann Intern Med.* (138) 4 2003b. 288–298. [www.annals.org/cgi/content/abstract/138/4/288](http://www.annals.org/cgi/content/abstract/138/4/288).

*Health Affairs* 28, no. 1 (2009): w103–w115 (Onlineveröffentlichung am 4. Dezember 2008; [10.1377/hlthaff.28.1.w103](http://10.1377/hlthaff.28.1.w103)). [www.healthaffairs.org](http://www.healthaffairs.org).

Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). 2007 Statistical brief. Adverse drug events in US hospitals 2004. [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb29.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb29.pdf).

Institute of Medicine (IOM). *To Err is Human: Building a Safer health System*. Washington DC 2000. [www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=1).

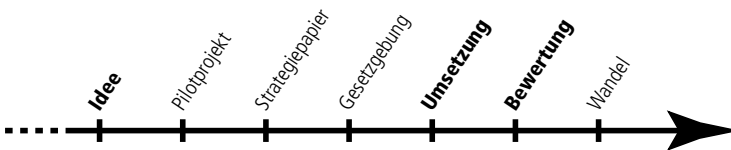
Institute of Medicine (IOM). *Crossing the quality Chasm – A New Health System for the 21st Century*. Washington DC 2001. [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808](http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808).

Legido-Quigley, Helena, Martin McKee, Ellen Nolte und Irene A. Glinos. *Assuring quality of health care in the European Union*. Hrsg. Europäisches Observatorium für

Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2008. [www.euro.who.int/observatory/Publications/20080616\\_3](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20080616_3).

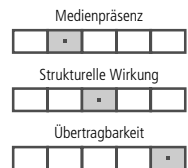
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 3 III: Über-, Unter-, und Fehlversorgung*. Bonn 2001. [www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf).

## Dänemark: Das nationale Indikatoren-Projekt



Das dänische Indikatorenprojekt ist Teil einer Bewegung zur Qualitätsverbesserung, die in die späten 90er Jahre zurückreicht. Ziel ist die Dokumentation und Verbesserung der Qualität stationärer Behandlungen bei acht häufigen Krankheiten: Schlaganfällen, Diabetes, Hüftfrakturen, Schizophrenie, akuten Darmoperationen, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Lungenkrebs. Innerhalb der letzten zehn Jahre war das Projekt sehr aktiv: Krankheitsspezifische klinische Indikatoren und Standards wurden entwickelt, Daten wurden gesammelt, analysiert und interpretiert, die Ergebnisse wurden an Ärzte, Gesundheitsmanager und die Öffentlichkeit weitergegeben und Qualitätsverbesserungen in der Versorgung implementiert.

Anstatt Sündenböcke – hier Kliniker – zu suchen und sie für strukturelle Fehler verantwortlich zu machen, geht es vielmehr darum, verlässliche Daten zu erheben und zu nutzen, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Das Projekt zielt darauf ab, die Qualität präventiver und diagnostischer Maßnahmen, der Therapie und der Rehabilitation zu erhöhen. Darüber hinaus sol-



**Keine Suche nach Sündenböcken**

len Qualitätsdaten den Patienten und der Öffentlichkeit zugänglich sein. Alle Krankenhäuser, die die acht definierten Krankheitsbilder behandeln, müssen am Projekt teilnehmen.

**Versorgungs-  
qualität nicht  
ausreichend  
bekannt**

Das Projekt entstand vor dem Hintergrund der Tatsache, dass nur wenige Länder in der Lage sind, Versorgungsqualität zu dokumentieren. Darüber hinaus haben nur wenige Länder ein verpflichtendes System, um die Versorgungsqualität zu bewerten. Qualitätsdaten sind oft nur begrenzt vorhanden und selbst von schlechter Qualität. In Dänemark wuchs daher das Bedürfnis, die Versorgungsqualität systematisch zu messen und zu prüfen, welche Auswirkungen sie auf den Gesundheitszustand der Menschen hat.

**Alle nutzen  
die neuen  
Qualitätsdaten**

Verschiedene Akteure nutzen die Ergebnisse des nationalen Indikatoren-Projekts aus unterschiedlichen Gründen. Anbieter möchten wissen, wie gut sie ihre Leistungen erbringen und wie sie ihre Behandlung verbessern können. Sie benötigen aussagekräftige, interpretierbare Daten, um ihre Behandlung beurteilen zu können. Kostenträger wiederum sind an Transparenz und Rechnungslegung interessiert. Ihnen ist Kosteneffizienz wichtig, also für welches Geld die beste Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Patienten helfen Informationen über Behandlungsqualität, um sich für die richtige Versorgung zu entscheiden – auch wenn darüber debattiert wird, inwieweit Patienten wirklich Qualitätsdaten nutzen und auf dieser Grundlage eine Wahl treffen wollen (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2007).

**Bessere Qualität in  
multi-disziplinären  
Teams**

Einer jüngst veröffentlichten Studie zufolge sind Aktivitäten zur Qualitätssicherung dort verbreiteter, wo Gesundheitsakteure in multi-disziplinären Teams zusammenkommen – vermutlich weil es einfacher ist, Qualitätsprüfungen als Kollegen denn als Konkurrenten im Alleingang zu organisieren (Legido-Quigley et al. 2008). Auf Metaebene betrachtet kann das nationale Indikatorenprojekt als gutes Beispiel für multi-disziplinäre Teamarbeit dienen, da es Abteilungen und Institutionen der Regierung, berufliche Fachgesellschaften und Agenturen für Gesundheitsmanagement einbindet. Für jede der acht Erkrankungen gibt es eine Indikatorengruppe, welche verschiedene Gesundheitsakteure einbezieht, darunter Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten und klinische Epidemiologen.

Die Indikatorengruppe soll das Krankheitsgebiet sowohl klinisch als auch wissenschaftlich abdecken.

Jede teilnehmende Klinikabteilung erhält monatlich ihre eigenen Ergebnisse, um die Versorgungsqualität rückverfolgen zu können. Einmal jährlich wird Bilanz gezogen. Hierbei besprechen Evaluationsgruppen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene die Daten, diskutieren die risikobereinigten Ergebnisse und bereiten für jede der festgelegten Krankheiten vor, wie Qualitätsverbesserungen durchzuführen sind. Es wird Material für die Öffentlichkeit vorbereitet, das die Ergebnisse der Klinikabteilungen und die Kommentare der Evaluationsgruppen zusammenfasst.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass dänische Patienten, die unter einer der acht Krankheiten leiden, zunehmend die vom Projekt empfohlene Versorgung erhalten. Seit 2003, als die ersten Ergebnisse des nationalen Indikatorenprojekts generiert wurden, hat der Umfang dieser empfohlenen Versorgung zugenommen. Die fünf Regionen in Dänemark haben sich deshalb dafür entschieden, das Indikatoren-Projekt dauerhaft ins dänische Gesundheitswesen zu integrieren. Darüber hinaus wird das Projekt auf drei weitere Gebiete ausgeweitet: Geburt, Depression und entzündliche Darmerkrankungen.

**Kontinuierlicher  
Feedback- und  
Evaluationsprozess**

**Projekt soll  
verlängert werden**

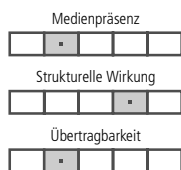
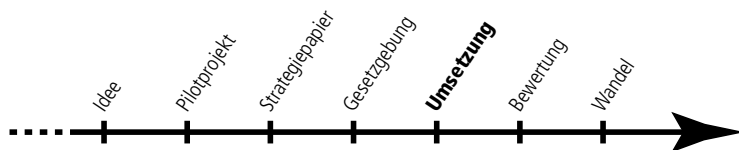
*Literatur und Links:*

Mainz, Jan. »The National Indicator Project«. *Health Policy-Monitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/dk/a12/3](http://www.hpm.org/survey/dk/a12/3).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. »Role of information in assuring quality of services – case studies on England, Denmark, Norway and Sweden«. *Euro Observer* (9) 3, Herbst 2007. [www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver\\_Autumn2007.pdf](http://www.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver_Autumn2007.pdf).

Legido-Quigley, Helena, Martin McKee, Ellen Nolte und Irene Glinos. *Assuring quality of health care in the European Union*. Hg. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen 2008. [www.euro.who.int/observatory/Publications/20080616\\_3](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20080616_3).

## Spanien: Atlas der Versorgungsungleichheiten



Seit 2003 arbeiten 50 Wissenschaftler in ganz Spanien an einem Atlas der Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung, der sich am Dartmouth-Gesundheitsatlas orientiert. Die Wissenschaftler verfolgen mit dem Projekt zwei Ziele: Zum einen wollen sie die Versorgungsunterschiede zwischen den 17 autonomen Regionen Spaniens dokumentieren. Zum anderen wollen sie die Qualität und Sicherheit der Versorgung verbessern, indem sie die im Atlas gesammelten Erkenntnisse für regionale Entscheidungsfindungsprozesse nutzbar machen. Langfristiges Ziel ist es, die Qualität der Versorgung in den Regionen einander anzugleichen. Finanziert wird das Projekt vom öffentlichen Institut für Gesundheit Carlos III und von Ibercaja, einer mit den regionalen Regierungen verbundenen gemeinnützigen Bank.

### Die Daten- grundlage

Die Wissenschaftler arbeiten vor allem mit Entlassdiagnosen von Krankenhäusern. Sie nutzen zum einen allgemeine Krankenhausdaten der 156 Gesundheitsregionen, die für 35 Millionen Einwohner zuständig sind. Die Zahlen sagen etwas über die Häufigkeit verschiedener Eingriffe und über den Zugang zu leitliniengerechter Versorgung aus, sowie über Faktoren, die mit den hierbei gemessenen Unterschieden in Verbindung stehen. Zum anderen arbeiten die Wissenschaftler mit Entlassungsdaten von 200 Krankenhäusern, die rund 3,5 Millionen Patienten jährlich aufnehmen. Diese speziellen Datensätze ermöglichen die genaue Analyse der Komplikationsraten bei einzelnen Anbietern und zeigen Faktoren auf, die mit guten und schlechten Ergebnissen in Verbindung stehen.

### Die Regionen haben das Sagen

Während der letzten 25 Jahre hat das spanische Gesundheitssystem einen radikalen Dezentralisierungsprozess durchlebt. Dabei ist den 17 autonomen Regionen viel Verantwortung übertragen worden, während das Gesundheitsministerium eine reduzierte regulierende Rolle übernommen hat. 16 der 17 Regionen sind an

dem Atlas-Projekt beteiligt (Madrid ist nicht dabei). Diese 16 Regionen stellen ihre Expertise zur Verfügung und übertragen die Studienergebnisse in die Versorgung. Alle beteiligten regionalen spanischen Behörden befürworten den Atlas, sehen sie doch darin einen Weg, die Sicherheit zu erhöhen und die Qualität des öffentlichen Gesundheitswesens zu verbessern. Aus diesem Grund sind sie bemüht, den beteiligten Wissenschaftlern Daten und Informationen zur Verfügung zu stellen.

Das Wissen, das die Wissenschaftler des Atlas-Netzwerkes generieren, wird dazu genutzt, eine Web-basierte Orientierungshilfe für Entscheidungsträger zu schaffen. Dahinter steht die Hoffnung, dass regionale Gesundheitsbehörden die wissenschaftlichen Ergebnisse in die Praxis umsetzen. Derzeit gibt es noch keinen Mechanismus, um die Auswirkungen des Atlas-Projekts zu evaluieren, wenngleich die Ergebnisse landesweit an mehr als 3.500 Fachleute gehen und zu mehr als 40 Wissenschaftsartikeln beigetragen haben. Geplant ist, die Analyse regionaler Versorgungsungleichheiten auf neue Bereiche auszuweiten, beispielsweise auf den Gebrauch von Arzneimitteln in der Primärversorgung, und sich an gesamteuropäischen Arbeiten über Gesundheitsunterschiede zu beteiligen.

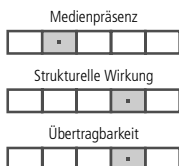
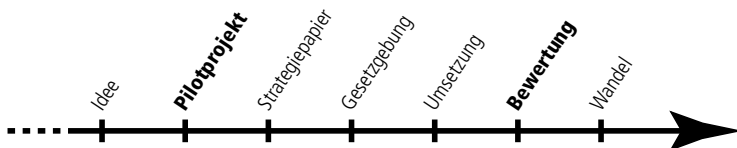
**Anwendung  
der Forschungs-  
ergebnisse**

*Literatur und Links:*

Fernandez-Vandellos, Patricia. »A Spanish Atlas on Variability in Medical Practice«. *HealthPolicyMonitor*, November 2008. [www.hpm.org/survey/es/a12/2](http://www.hpm.org/survey/es/a12/2).

Atlas of Variations in Medical Practice in the Spanish National Health System. [www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org).

## Österreich: Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt



Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln zählen zu den Hauptaspekten, wenn es um Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung geht. Experten gehen von einer hohen Dunkelziffer des Problems aus. Bei einem 2007 begonnenen österreichischen Pilotprojekt nutzt man einen EDV-gestützten »Sicherheitsgurt«, um Doppelmedikationen sowie Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln ausfindig zu machen. Erste Evaluationsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Patientensicherheit steigt und dass unnötige Kosten vermieden werden. Ärzte sind allerdings skeptisch.

### Das Pilotprojekt: Der Salzburger Sicherheitsgurt

2007 startete der »Arzneimittel-Sicherheitsgurt« als Pilotprojekt in 71 der 76 öffentlichen Apotheken in Salzburg. Auf Wunsch des Patienten wird zunächst eine Medikationsdatenbank bei der Pharmazeutischen Gehaltskasse, dem Wirtschafts- und Sozialinstitut der Apotheker, angelegt. Dort speichert der Apotheker alle verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente, die an den Patienten ausgegeben wurden. Mithilfe der 2006 eingeführten eCard kann der Apotheker die in der Datenbank gespeicherten Medikamente abrufen. Eine »Sicherheitsgurt«-Software, die speziell für das Projekt entwickelt wurde, identifiziert doppelte Verschreibungen sowie Wechselwirkungen und gibt entsprechende Warnmeldungen. Die Entwicklungskosten von mehr als einer Million Euro trug die Pharmazeutische Gehaltskasse der Apotheken und ihre Kammer. Nach Absprache zwischen den Apotheken und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger war 2005 bereits die vollelektronische Abrechnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel eingeführt worden. Vorschlägen der Regierung zufolge soll nun das landesweite Roll-out des »Arzneimittel-Sicherheitsgurts« die erste Anwendung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) bilden.

### Mehr Sicherheit für Patienten

Mehr als 9.000 Patienten nahmen am Projekt teil, insgesamt wurden 175.000 Arzneimittel ausgegeben. Die Sicherheitsgurt-

Software generierte über 26.000 arzneimittelbezogene Warnungen. Davon wurden mehr als die Hälfte wegen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen ausgelöst, beinahe ein Drittel hing mit der Therapietreue der Patienten zusammen und weniger als ein Fünftel mit Doppelmedikationen. Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt identifizierte besonders häufig Interaktionen zwischen Marcumar und Aspirin, zwischen Multivitaminpräparaten und Osteoporose-Arzneimitteln sowie zwischen bestimmten Antibiotika und Cholesterinsenkern.

Ganz oben auf der Liste möglicher positiver Auswirkungen stehen nicht nur die erhöhte Patientensicherheit, sondern auch potenzielle Einsparungen. Die Apothekerkammer schätzt, dass jährlich 150 Millionen Euro gespart werden könnten, wenn der Arzneimittel-Sicherheitsgurt flächendeckend auch in Krankenhausaerzien zum Einsatz käme. Rechnet man die Kosten, die durch Doppelmedikationen entstehen, hinzu, könnten noch einmal jährlich 78 Millionen Euro eingespart werden. Während das Gesundheitsministerium das Projekt begrüßt und sich für ein landesweites Roll-out einsetzt, steht noch immer die entscheidende Frage im Raum, ob auch Ärzte den Arzneimittel-Sicherheitsgurt befürworten.

Der Erfolg der Initiative hängt langfristig von der Mitarbeit der Ärzte ab, die für die Verschreibung der Medikamente zuständig sind. Doch während die Apothekerkammer eine Ausweitung des Projekts auf Landesebene befürwortet, zeigen sich die Ärzte aufgrund von Datenschutzbedenken ablehnend gegenüber der elektronischen Erfassung und Auswertung von Patientendaten. Zudem fühlen sie sich in das Projekt nicht eingebunden, das zu großen Teilen von den Pharmazeuten vorangetrieben wurde. Angesichts ärztlicher Bedenken hält der Gesundheitsminister es für notwendig, Ärzte besser in das Projekt zu integrieren. Die Bevölkerung scheint das Projekt zu begrüßen. Wichtig zu erwähnen bleibt, dass die Teilnahme am Arzneimittel-Sicherheitsgurt für Patienten freiwillig ist. Erst auf Wunsch der Patienten wird die Datenbank mit den an sie ausgegebenen Medikamenten angelegt, Patienten können jederzeit ihre Daten löschen lassen.

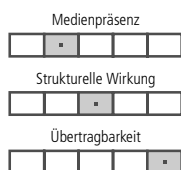
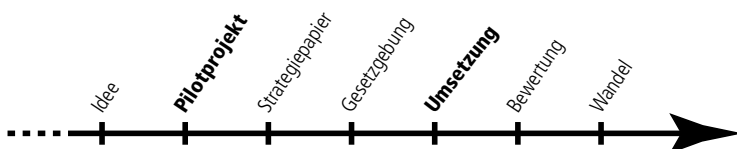
**Mögliche  
Einsparungen**

**Ärzte  
zurückhaltend**

### Literatur und Links:

Hofmarcher, Maria M. »Pharmaceutical Safety Belt: e-health kicks in«. *HealthPolicyMonitor*, October 2008. [www.hpm.org/survey/at/a12/2](http://www.hpm.org/survey/at/a12/2).

## Neuseeland: Nationales Programm für mehr Qualität in der Krankenhausversorgung



Wie in vielen anderen Ländern ist in Neuseeland das Bewusstsein für die Häufigkeit und die Kosten ungewünschter Ereignisse – insbesondere von Arzneimittelnebenwirkungen – gewachsen. Eine Studie aus den späten 90er Jahren kam zu dem Ergebnis, dass bei fast 13 Prozent der in öffentlichen Krankenhäusern behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse auftraten; in etwa 80 Prozent der Fälle entstanden diese im Krankenhaus selbst. Ein Drittel der unerwünschten Ereignisse bezog sich auf medizinische Komplikationen, die meisten betrafen Arzneimittel. Wie anderswo sind auch in Neuseeland Politiker und Manager sehr daran interessiert, Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität einzuführen, damit unliebsame Statistiken wie diese nicht mehr vorkommen.

### Mehr Sicherheit bei der Anwendung von Arzneimitteln

2008 hat die Regierung ein Projekt finanziert, das den Titel »Safe Medication Management« trägt. Der Fokus liegt auf der Verschreibung, Abgabe, Verabreichung und Überprüfung von Medikamenten innerhalb staatlicher Krankenhäuser sowie an der Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Primärversorgung. Das Ziel ist, Systeme zur Arzneimittelsicherheit im gesamten Gesundheitswesen zu verbessern und so die Zahl unerwünschter Ereignisse zu reduzieren. Das Projekt betrachtet verschiedene Aspekte: die Abstimmung von Medikamenten, deren

Verpackung in Einzeldosen mit Barcodes, die Nachprüfung am Krankenbett, standardisierte sowie koordinierte Krankenhausinformationssysteme, standardisierte Medikationskurven und die Einführung einer elektronischen Medikationsakte oder einer elektronischen Verschreibung.

Das Projekt zur Arzneimittelsicherheit ist Teil eines nationalen Programms zur Qualitätsverbesserung mit insgesamt fünf Säulen:

- Safe Medication Management
- Management of Healthcare Incidents
- Infection Prevention and Control
- National Mortality Review Systems
- Optimizing the Patient's Journey.

**Teil einer breiteren  
Qualitätsinitiative**

Das Programm richtet sich vor allem an öffentliche Krankenhäuser. Ein im Jahr 2000 per Gesetz geschaffener Ausschuss hat das Programm entwickelt. Die fünf Projekte wurden 2007 konzeptioniert, die Umsetzung wurde 2008 finanziell möglich.

»Optimizing the Patient's Journey« soll Versorgungsabläufe patientenorientierter, effizienter und sicherer machen. Dafür wird zunächst die »Reise« von Patienten durch die verschiedenen Stationen des Krankenhauses analysiert und optimiert – nicht nur mithilfe des Blicks »von oben« auf das gesamte System, sondern auch aus der Perspektive des Patienten. Für Chroniker sollen in gleicher Weise Behandlungsprozesse über die stationäre Versorgung hinaus in der Primärversorgung optimiert werden. Wie bei anderen Initiativen, um die es in diesem Buch in dem Kapitel über »Responsiveness« geht (siehe S. 67), erwartet die Regierung auch von diesem Projekt zweierlei: Es soll zum einen helfen, die Versorgung zu verbessern, und zum anderen, Kosten zu sparen – Wünsche, die häufig nicht einfach zu realisieren sind. Erreicht werden sollen

**»Optimizing the  
Patient's Journey«**

- reduzierte Wartezeiten bei Notfällen und Aufnahmen
- weniger abgesagte Operationen
- niedrigere Kosten pro Patient
- geringere Verweildauern.

Alle Teile des Gemeinschaftsprojekts haben eine vorgegebene Laufzeit. Im Anschluss daran werden Materialien, die aus dem

**Hohe Erwartungen**

Projekt hervorgehen, veröffentlicht und die Pilotprojekte möglicherweise weiterentwickelt. Auf Projektseiten im Internet und Ergebnisworkshops können die Regionen, die in Neuseeland für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, ihre Erfahrungen austauschen. Das Projekt steht zwar noch am Anfang. Erste Anzeichen sprechen aber dafür, dass es tatsächlich zu mehr Effizienz und Kosteneinsparungen führt, insbesondere durch weniger abgesagte Operationen, weniger Krankenhausaufnahmen und weniger Notdienst-Einsätze vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.

*Literatur und Links:*

Ashton, Toni. »Optimizing the patient's journey«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/nz/a12/5](http://www.hpm.org/survey/nz/a12/5).

CHSRP. Safe medication management. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/nz/a12/3](http://www.hpm.org/survey/nz/a12/3).

Quality Improvement Committee. National Quality Improvement Programmes (Internetseite). [www.qic.health.govt.nz](http://www.qic.health.govt.nz).

# Integrierte Versorgung – Neuigkeiten, Erfolge und Rückschläge

Wer als Patient schon einmal eine komplexere medizinische Behandlung brauchte, könnte dieses beängstigende Gefühl gut kennen – das Gefühl, im Versorgungslabyrinth verloren zu sein. Jeder, der einen guten Freund oder einen geliebten Menschen mit einer schweren oder chronischen Krankheit hat, weiß um die Komplexität des Gesundheitssystems mit seiner Vielzahl an Spezialisten – ein System, so scheint es, das bisweilen selbst unter Gedächtnisschwund leidet. Denn das System scheint nur zu häufig zu vergessen, dass es für Patienten Sorge trägt, die gerade wegen ihrer Erkrankung besonders verletzlich und schutzbedürftig sind.

Das genau ist das Paradoxe unserer gegenwärtigen komplexen Versorgung: Gerade die kontinuierliche medizinische Innovation mit ihrer zunehmenden beruflichen Spezialisierung und immer ausgefeilteren Behandlungsmöglichkeiten führt auch zu einer Fragmentierung der Versorgung, einem immer komplexeren Dschungel von möglichen Leistungen mit schlimmstenfalls noch unterschiedlichen Finanzierungsquellen. Die Vision von einem nahtlos ineinandergreifenden Räderwerk im Gesundheitssystem, in dem der Patient im Mittelpunkt steht, regt viele Länder zu so manchen Veränderungen an – sei es innerhalb des Gesamtsystems oder innerhalb lokaler Netzwerke oder Institutionen.

Der weltweite Trend hin zu mehr Koordination im Gesundheitswesen war deshalb wiederholt Thema unserer Buchreihe (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 6*, S. 39, *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 33, *Gesundheitspolitik in Industrieländern 11*, S. 11). Das Thema bleibt weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Ein Beispiel ist der Bericht der Welt-

**Das Paradoxon  
komplexer  
Behandlung**

gesundheitsorganisation von 2008 *Primary Health Care – Now More Than Ever*, der eine starke Primärversorgung als Lösung anbietet, um die Versorgung weniger zersplittert und mehr Patienten-orientiert zu gestalten (WHO 2008).

**OECD:  
Koordinierung  
weltweit Thema**

Ein 2007 erschienener Bericht der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) bestätigte, dass die Probleme einer fragmentierten Versorgung weltweit Besorgnis hervorrufen. Das Interesse an einer besseren Koordinierung und Integration wachse stetig, hieß es in diesem Bericht (Hofmarcher et al. 2007). Vor allem chronisch kranke Patienten, die immer wieder verschiedene Leistungserbringer für unterschiedliche Aspekte ihrer Erkrankung aufsuchen müssen, leiden am stärksten unter fragmentierten Versorgungsstrukturen und dem Mangel an Koordination der Behandlungsabläufe. Dahinter steckt die bekannte Tatsache, dass sich Versorgungsstrukturen in verschiedenen Sektoren und Leistungsbereichen historisch bedingt in separaten, räumlich voneinander getrennten Institutionen entwickelt haben, die organisatorisch voneinander unabhängig sind, sich zum Teil aus unterschiedlichen Quellen finanzieren und gegebenenfalls von unterschiedlichen (Regierungs-)Ebenen verwaltet werden. Kombiniert mit der unaufhaltsamen ärztlichen Spezialisierung, die mit immer neuen Unter-Spezialisierungen einhergeht, wird eine kohärente Versorgung für Patienten oft zur Illusion.

**Laute und  
leise Stimmen im  
Gesundheitswesen**

Auch an anderer Stelle in diesem Buch geht es um Reformen, mit deren Hilfe die Versorgung koordinierter und patientenzentrierter gestaltet werden soll: im Kapitel »Responsiveness – Sind Gesundheitssysteme für Patienten da?« (siehe S. 67). Der OECD-Bericht bezeichnet eine stärkere Koordinierung als Absicht, Systeme empfänglicher für die Bedürfnisse von Patienten zu machen (Hofmarcher et al. 2007). Diese Absicht ist löblich. Doch noch sieht die Realität oft anders aus. Ärzte haben in den meisten Ländern das Sagen und werden von einflussreichen Fachgesellschaften und Verbänden vertreten. Erklärtes Ziel der Verbände ist, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten, ihre Situation zu verbessern, ihren Einfluss zu stärken und für die Gesamtheit eine möglichst gute Vergütung zu erzielen. Die Stimmen der Patienten – die in jedem patientenzentrierten System gehört werden sollten – werden zwar lauter. Verglichen mit dem Einfluss

ärztlicher Interessengruppen sind sie jedoch noch immer kaum hörbar.

Basierend auf einer globalen Erhebung über die Herangehensweisen von Ländern bei der Koordinierung ihrer Systeme kam der OECD-Bericht zu dem Schluss, dass die meisten Strategien Disease-Management-Programme oder Maßnahmen zum Fallmanagement beinhalten (Hofmarcher et al. 2007). Der Bericht hob vier Herangehensweisen hervor, auf denen Reformen zu einer verbesserten Koordinierung führen können. Dazu zählen

- die Entwicklung besserer Informationssysteme, um den Zugang zur Patientenakte für alle Leistungserbringer im Versorgungsprozess zu ermöglichen
- die Verlagerung von Ressourcen von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Versorgung
- die Integration von verschiedenen Sektoren, beispielsweise von sozialen Diensten und Gesundheitsversorgung
- die Stärkung der Rolle nicht-ärztlicher Berufe und multidisziplinärer Teams bei der Koordinierung der Versorgung.

**Globale Erhebung  
zu Koordinierungs-  
aktivitäten**

Eine besonders interessante und möglicherweise kontroverse Empfehlung des OECD-Berichts ist die Stärkung der Rolle nicht-ärztlicher Berufe in der Versorgung, besonders bei chronisch kranken Patienten. Der Bericht konstatiert, es werde zwar angenommen, dass Ärzte die richtigen Ansprechpartner in der Primärversorgung seien. Multidisziplinäre Teams, bestehend aus ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachleuten, seien jedoch besser geeignet, eine kohärente Versorgung zu gewährleisten, insbesondere was die Versorgung von multimorbiden Patienten betreffe. Systeme mit überwiegend Ärzten in Einzelpraxen und Einzelleistungsvergütung seien dagegen weniger geeignet, den Ansprüchen chronisch Kranker gerecht zu werden (Hofmarcher et al. 2007).

**Multidisziplinäre  
Teams könnten zu  
kohärenter  
Versorgung führen**

In diesem Kapitel schauen wir auf drei verschiedene Reformprojekte in Kanada, Spanien und den Vereinigten Staaten, bei denen die Koordination oder Integration der Versorgung im Mittelpunkt stand. Noch werden zwar alle drei Ansätze ausschließlich auf lokaler beziehungsweise auf Provinzebene umgesetzt. Bei zweien ist aber nach vielversprechenden ersten Ergebnissen eine Ausweitung auf weitere Orte in den jeweiligen Ländern geplant.

**Koordination oder  
Integration:  
drei Versuche,  
drei Ergebnisse**

Bei zwei der Reformen – in Kanada und den USA – geht es insbesondere um die Versorgung älterer Menschen. Hier wirken sich die Schattenseiten eines fragmentierten Systems besonders gravierend aus; der Bedarf an Koordination ist dringlicher als anderswo. Übereinstimmend mit Vorschlägen aus dem OECD-Bericht zielen alle drei Reformen darauf ab, den Versorgungsfokus weg von einer Ressourcen-intensiven stationären Versorgung in den ambulanten Sektor und damit in das Wohnumfeld der Patienten zu verlagern.

**Kanada:  
Erfolgreiche  
Versorgungs-  
abstimmung ...**

Wir beginnen mit erfreulichen Nachrichten aus der kanadischen Provinz Québec. Bei einer Langzeitstudie über die Koordination der Versorgung Älterer zeichnen sich erste positive Ergebnisse ab (siehe Bericht über Kanada, S. 124). Die Reform verändert die Arbeitsweise von Organisationen, sodass die Versorgung hilfebedürftiger Senioren stärker im Mittelpunkt steht. Ihre Versorgung sollte koordinierter, effizienter und effektiver werden. An dem Projekt, das den Titel PRISMA trägt, waren von Anfang an Wissenschaftler, Manager und Gesundheitsexperten beteiligt. Es ist ein gutes Beispiel für eine erfolgreiche Verknüpfung von Evidenz, politischer Strategie und Praxis.

**... und Teamwork**

Bei einer ähnlichen Reform in Kanada geht es um verschiedene Initiativen, die den Teamworkgedanken in der Gesundheitsversorgung stärken sollen – auf Englisch »Interprofessional Care« (MacAdam 2008). Von den Regierungen der Bundesstaaten und der Provinzen stark unterstützt, startete diese vielschichtige Kampagne innerhalb des Ausbildungsbereichs. Sie zielte darauf ab, vom ersten Tag des Medizinstudiums an starke Partnerschaften zwischen künftigen Generationen angehender junger Fachleute zu fördern. Trotz breiter Unterstützung ist dies erst ein kleiner Schritt dahin, die Mauern abzubauen, die die einzelnen Berufsbereiche trennen, Teamwork untergraben und Gemeinschaftsprojekte verhindern.

**Integrationsplan  
in Katalonien  
stößt an Grenzen**

Weniger erbauliche Neuigkeiten gibt es aus der spanischen autonomen Region Katalonien (siehe Bericht über Spanien, S. 127). Ein ambitionierter und umfassender Plan, die Primärversorgung zu befördern, ist ins Stocken geraten. Das liegt zum Teil an der Opposition einflussreicher Akteure innerhalb des Gesundheitssystems, die nicht aktiv in die Erstellung des Plans eingebunden worden waren. Der Innovationsplan des katalanischen Gesund-

heitsministeriums hatte vor allem zum Ziel, die Versorgung im öffentlichen Gesundheitswesen patientenzentrierter zu gestalten. Jetzt ist die Zukunft der ambitionierten Reform unklar: Zu komplex scheint das Zusammenspiel professioneller und industrieller Interessen, zu viele Bedenken bestehen innerhalb des einflussreichen Krankenhaussektors.

»Hospital at Home« ist der Titel eines US-Modells, bei dem Patienten bei sich zu Hause die Versorgung erhalten, die ihnen sonst im Krankenhaus zuteil geworden wäre. So sollen Belastungen für den Patienten und Risiken der stationären Versorgung vermieden werden. Erste Evaluationsergebnisse sehen vielversprechend aus: Das Modell scheint zu geringeren Kosten und weniger Komplikationen zu führen (siehe Bericht aus den USA, S. 129). Gleichzeitig wird die Last von Versorgung und Pflege nicht den Familien des Patienten aufgeladen, die den Kranken zu Hause unterstützen (Leff et al. 2008). Das innovative Modell ist in einigen Städten getestet worden und wird nun landesweit gefördert.

**»Hospital at Home« – ein Erfolgsmodell aus den USA**

*Literatur und Links:*

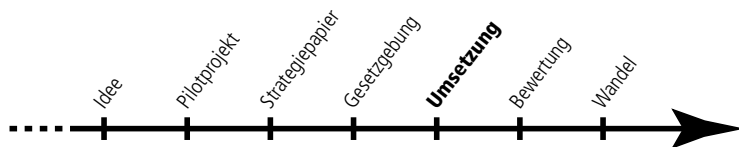
Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley und Elena Rusticelli. *OECD Health Working Paper No. 30 – Improved health system performance through better care coordination*. 12. Dezember 2007.

Leff, Bruce, Lynda Burton, Scott L. Mader et al. »Comparison of Stress Experienced by Family Members of Patients Treated in Hospital at Home with that of Those Receiving Traditional Acute Hospital Care«. *Journal of the American Geriatrics Society* (56) 1 2008. 117–123.

MacAdam, Margaret, und Stephanie Mackenzie. »Inter-professional Education: A progress report.« *HealthPolicy-Monitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/ca/a12/3](http://www.hpm.org/survey/ca/a12/3).

Weltgesundheitsorganisation (WHO). *The World Health Report 2008 Primary Health Care – Now More than Ever*. Genf 2008. [www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

## Kanada: PRISMA – integrierte Versorgung für Ältere



In der komplexen und verwirrenden Welt gesundheitspolitischer Reformen zu navigieren, kann sich bisweilen so anfühlen, als man auf den langen Gängen eines riesigen Krankenhauses verloren gegangen. Genau aus diesem Grund sind Projekte, die gut durchdacht und konsequent umgesetzt Erfolge aufweisen, so beeindruckend. Das »Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy«, kurz PRISMA, ist ein solches Projekt. Entstanden in der französischsprachigen Provinz Québec, entwickelt es neue Mechanismen für eine koordinierte, effektive und effiziente Versorgung für gebrechliche Senioren in der Gemeinde. Ziel des Projekts ist es, die Gesundheit älterer Menschen zu verbessern und ihre Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu steigern, ohne die Angehörigen oder die Leistungserbringer stärker zu belasten. Es gibt erste Anzeichen dafür, dass PRISMA genau diese Ziele erreichen kann.

### Das Problem der Fragmentierung

Innerhalb der Gruppe, bestehend aus Wissenschaftlern, Ärzten und Managern, die das Projekt entworfen haben, besteht Einigkeit über Probleme, die gebrechliche alte Menschen innerhalb von Gesundheitssystemen umgeben. Der klar formulierten, sachlichen Website des PRISMA-Projekts zufolge schließt die Problemlage folgende Aspekte ein: Das System ist auf verschiedenen Wegen zugänglich, kostenintensive Ressourcen wie die Versorgung im Krankenhaus oder die Notfallversorgung werden häufig ungerechtfertigt in Anspruch genommen, Versorgung findet zu spät oder verzögert statt, Informationen werden unzureichend weitergegeben und auf Wünsche und Bedürfnisse der Patienten wird nicht ausreichend eingegangen ([www.prismaquebec.ca](http://www.prismaquebec.ca)).

### Ein Jahrzehnt für eine neue Reform

Das PRISMA-Team setzt sich aus Universitätswissenschaftlern, Leistungserbringern sowie Verantwortlichen des Gesundheitswesens in Québec, Kanada, zusammen. Sie starteten vor mehr als zehn Jahren mit einer kleinen Pilotstudie bei über 75-Jährigen. Darin kamen sie zu dem Ergebnis, dass eine bessere Koordina-

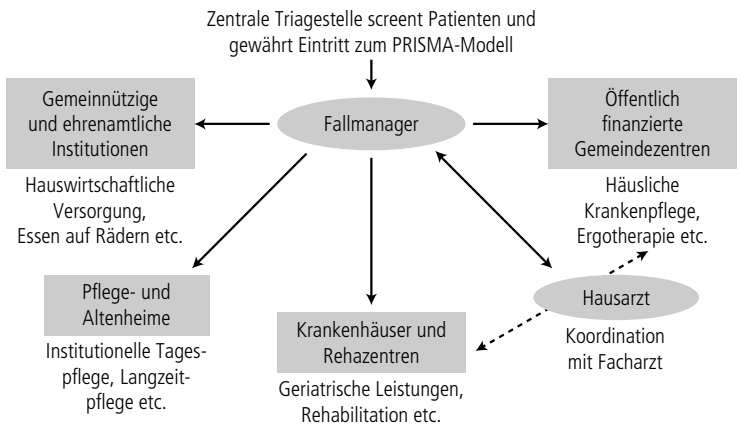
tion und Integration Patienten zu mehr Eigenständigkeit verhilft und ihren Wunsch nach einer frühzeitigen Einweisung in stationäre Einrichtungen verringert. Gleichzeitig werden pflegende Angehörige entlastet. Der Pilot wurde in drei verschiedenen Gebieten Québecs, darunter ländliche und städtische, implementiert.

Den PRISMA-Koordinatoren zufolge baut das Projekt auf sechs Grundlagen auf, die für die Integration von Versorgung essentiell sind (siehe Abbildung 5):

- Eine zentrale Triagestelle screenet Patienten und gewährt Zugang zum PRISMA-Modell.
- Danach analysiert ein Fallmanager die individuellen Bedürfnisse des Patienten, stellt ein multidisziplinäres Team aus Versorgenden zusammen und organisiert, koordiniert und überwacht den Versorgungsprozess.
- Für jeden Patienten wird ein individueller Versorgungsplan erstellt.
- Ein an WHO-Richtlinien angelehntes Klassifikationssystem misst standardisiert Autonomie, Versorgungs- und Pflegebedarf des Patienten.

**Die sechs Grundlagen von PRISMA**

Abbildung 5: Das PRISMA-Modell in Québec



Quelle: Eigene Übersetzung nach Hébert et al. 2003

- Eine elektronische Patientenakte sorgt für direkten Zugriff auf aktuelle Daten.
- Bestehende Strukturen bleiben erhalten. Die teilnehmenden Einrichtungen passen ihre Arbeitsabläufe und Ressourcen jedoch an die gemeinsam festgelegten Ziele und Prozesse an. Die Koordination findet auf Managementebene – durch die Schaffung neuer Panels und Ausschüsse – und auf Ebene der Leistungserbringer statt.

**Ergebnisse der vierjährigen Evaluation**

Aus den vier Jahren, seit denen das neue integrierte System besteht, liegen inzwischen Evaluationsergebnisse vor, darunter Daten von 728 Versuchspersonen und 773 Teilnehmern der Kontrollgruppe. Auswirkungen auf die Mortalität, die Einweisung von Patienten in stationäre Einrichtungen oder auf den Grad der Behinderung gab es nicht. Zwar hatte die Versuchsgruppe eine etwas niedrigere Hospitalisierungsrate, diese war statistisch jedoch nicht signifikant. Häufigkeit und Schwere von Funktionseinbußen sind in der Versuchsgruppe etwas niedriger und es gibt positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Selbstständigkeit der Patienten. Laut Evaluation wuchs die Belastung für betreuende Angehörige mit der Anzahl an Stunden, die sie dem Patienten beistanden. Zugleich hatte dies keinerlei Einfluss auf den Wunsch der Betreuenden, ihre Angehörigen in eine stationäre Einrichtung einzuweisen. Das Projekt zeigte außerdem, dass die Zahl der Notaufnahme-Besuche um 20 Prozent zurückging und die Ausgaben nicht anstiegen, auch nicht, wenn die Kosten für die Implementierung des Modells mit eingerechnet werden.

**Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis**

Eines der wesentlichen innovativen Elemente der Reform war, dass die Wissenschaftler und Verantwortlichen im Gesundheitswesen gemeinsam Entscheidungen trafen. Das macht diese Reform zu einem guten Beispiel für einen Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis. Dieser Brückenschlag führt langsam zu einer Veränderung der kanadischen Gesundheitsinfrastruktur.

**Der Einfluss von PRISMA wächst**

Wichtig ist, dass die Reform von verschiedenen Regierungsgruppierungen, Anbietern im Gesundheitswesen – darunter Krankenhäuser und Pflegeheime – und von der Forschung sowie örtlichen Universitäten unterstützt wird. Dass der Gesundheitsminister das Vorwort zweier Bücher über die Einführung des Projekts

geschrieben hat, zeigt, wie sehr die Politik hinter dem Projekt steht. Darüber hinaus haben erste Projekt-Ergebnisse zu neuen Gesetzen in Québec geführt, die auf mehr integrierte Versorgung zielen. Ein Pilotprojekt, das auf dem PRISMA-Modell aufbaut, wird derzeit in Frankreich durchgeführt.

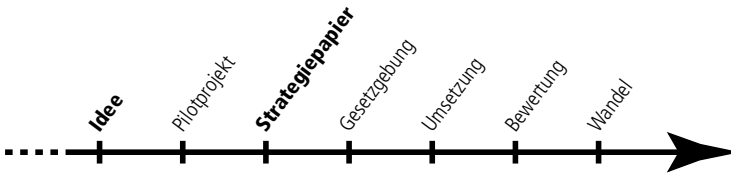
*Literatur und Links:*

MacAdam, Margaret, und Stephanie MacKenzie. »System Integration in Quebec: The Prisma Project«. *HealthPolicy-Monitor*, October 2008. [www.hpm.org/survey/ca/a12/2](http://www.hpm.org/survey/ca/a12/2).

Hébert, Réjean, Pierre J. Durand, Nicole Dubuc, André Tourigny und die PRISMA-Gruppe. »PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada.« *International Journal of Integrated Care* (3), 18. March 2003. e08.

Website des PRISMA-Projekts. [www.prismaquebec.ca](http://www.prismaquebec.ca).

**Spanien: Innovative Reform in Katalonien stößt an Grenzen**



Bei der bereits beschriebenen Reform in Kanada behalten die teilnehmenden Organisationen ihre Strukturen bei, haben jedoch ihre Systeme und Prozesse angepasst. Der in Katalonien vorgelegte, von diversen Primärversorgergruppen an der Basis entwickelte Innovationsplan dagegen sah eine radikale Veränderung des gesamten Systems vor. Im Zentrum stand die Reform der Vergütung, Organisation und Bereitstellung von Leistungen innerhalb der Primärversorgung. Wie die kanadische zielte auch die katalanische Reform letztlich auf eine stärker am Patienten orientierte, integrierte Versorgung. Anders als die kanadische ge-



noss die katalanische Reform allerdings keine breite Unterstützung. Ganz im Gegenteil: Die katalanischen Pläne lösten heftigen Widerstand einflussreicher, weil nicht einbezogener Akteure aus.

**Kein bescheidenes  
Vorhaben**

Der Innovationsplan war das Ergebnis von Konsensgesprächen, mit denen das katalanische Gesundheitsministerium gemeinsam mit Visionären und Leistungserbringern die Primärversorgung in Katalonien erneuern wollte. Der Plan, der aus diesem Prozess hervorging, war sehr ambitioniert. Er sah eine grundlegende Veränderung des Gesundheitssystems vor und griff dafür alle zentralen Ideen gegenwärtiger gesundheitspolitischer Diskussionen auf: Leistungen in der Primärversorgung sollten nicht länger von verschiedenen, voneinander unabhängig agierenden Institutionen erbracht werden, sondern innerhalb integrierter, am Patienten orientierter Strukturen, die Gesundheitsförderung, Primärversorgung und soziale Dienste in sich vereinen.

**Inspiziert von  
Großbritannien  
und den USA**

Die neue Strategie war zum Teil beeinflusst von den Erfahrungen, die Kaiser Permanente in Kalifornien und Primary Care Trusts in Großbritannien gesammelt haben. Den Anstoß gab jedoch in erster Linie ein bedeutender Streik unzufriedener Hausärzte, auf den die Gesundheitsministerin reagierte, indem sie den Auftrag erteilte, einen Innovationsplan aus Sicht der Primärversorgung zu erstellen. Neben dem Ziel, eine auf lokaler Ebene systematisch integrierte Versorgung zu schaffen, zielte die Strategie darauf, das katalanische Gesundheitsinformationssystem flächendeckend anzuwenden und nationale evidenzbasierte Leitlinien zu veröffentlichen. Der Plan sah vor, dass Kostenträger und Leistungserbringer ihre Ziele und ihre Arbeit an gemeinsamen lokalen Vorgaben orientieren. Diese Vorgaben sollten für jede Versorgungsregion von Steuerungsgremien festgelegt werden, die aus Vertretern der Kommunalverwaltung, Bürgern und Leistungserbringern bestehen sollten.

**Gegner machen  
mobil**

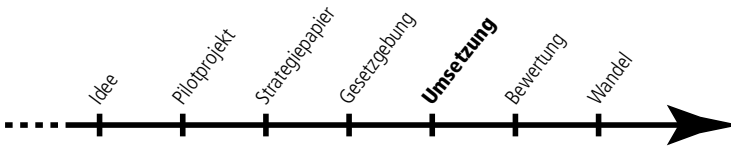
Trotz aller guten Absichten lösten die ambitionierten Pläne heftigen Widerstand aus. Die harscheste Kritik kam aus dem Krankenhausbereich. Vertreter dieses Bereichs waren an dem ansonsten partizipativ und sehr basisorientierten Planungsprozess nicht beteiligt. In der Folge fühlte sich der gesamte Sektor durch jedwede Bewegung von einer vertikalen – krankenhaushenken – hin zu einer horizontalen Integration bedroht. Es opponierten auch die Gewerkschaften, die die verbeamteten Fachleute

aus dem Gesundheitssektor vertreten. Ihre Sorge war, dass sich die Anzahl von Beamten im Gesundheitswesen durch die Reform verringern könnte. Ironischerweise hat die Kritik an der Reform so zwei Gruppen miteinander vereint, die sich normalerweise eher bekriegen: Krankenhäuser und Vertreter ärztlicher Gewerkschaften. Die Zukunft des Innovationsplans liegt derzeit im Ungewissen.

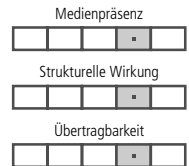
*Literatur und Links:*

Gené Badia, Joan. »Primary Care Innovation Plan of Catalonia«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/es/a12/3](http://www.hpm.org/survey/es/a12/3).

**USA: Hospital at Home – das Krankenhaus zu Hause**



Stellen Sie sich vor, gleichzeitig mit dem Krankenwagen trifft eine Pflegekraft mit Spezialausbildung am Haus einer älteren Person ein und versorgt diesen Patienten mehrere Stunden lang. Dann stellen Sie sich vor, wie diese Pflegekraft den Patienten regelmäßig aufsucht, während akuter Krankheitsphasen des Patienten mindestens einmal täglich. Und blenden Sie für einen weiteren Moment jedwede Zweifel aus, um sich einen Arzt vorstellen zu können, der auch tägliche Hausbesuche macht und jederzeit abrufbereit ist, sollte es bei dem Patienten zu Hause zu einer Notsituation kommen. Um das Bild zu komplettieren, stellen Sie sich nun Dienstleister vor, die alle notwendigen Güter rund um die medizinische Versorgung nach Hause liefern, darunter hyperbare Sauerstofftherapie und Elektrokardiogramme. Alles Unsinn? Träumereien? Keineswegs, denn in einigen Städten in den USA ist das »Hospital at Home« bereits zu Hause.



**Ursprung des  
Projekts**

Die Projektidee entstand aus den Erfahrungen von ans Haus gefesselten älteren Patienten und Geriatern, die diese Patienten über einen längeren Zeitraum betreuten und im Rahmen von Hausbesuchen versorgten. Ärzte konnten beobachten, dass sich unerwünschte Ereignisse bei Krankenhausaufenthalten dieser Patienten häuften und einige der Patienten einen Krankenhausaufenthalt aufgrund schlechter Erfahrungen ablehnten. Gemeinsam mit einer Gruppe aus Ärzten, Krankenschwestern, Ökonomen und Wissenschaftlern der Johns-Hopkins-Universität entwarf man daraufhin einen Piloten für »Hospital at Home«. Am Ende dieser Pilotstudie entschieden sich zwei Krankenhäuser dafür, die Innovation in ihren Krankenhausaufenthalt zu implementieren. Das Programm wird zurzeit bundesweit vorangetrieben.

**Weniger  
Komplikationen,  
mehr Zufriedenheit**

Eine erste Evaluation des Programms, das an drei Krankenhäusern in drei Städten zum Tragen kam, zeigte, dass es zu weniger Komplikationen, geringeren Kosten und zu mehr Zufriedenheit unter Patienten und deren Familienangehörigen führt. Sollten weitere Erhebungen zu ähnlichen Ergebnissen kommen, wollen andere Krankenhäuser und auch Versicherungen das Programm aufgreifen. Um eine Umsetzung an neuen Standorten zu erleichtern, haben Befürworter eine Art »Baukasten« für die Implementierung erarbeitet. Mögliche Hürden könnten jedoch fehlende Unterstützung von Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern, der Mangel finanzieller Ressourcen sowie fehlendes Interesse auf Seiten der Patienten sein.

**Eine Erleichterung  
für pflegende  
Angehörige**

Eine jüngst durchgeführte Studie zum »Hospital at Home«-Programm prüfte, inwiefern das Programm sich auf die Belastung der pflegenden Angehörigen älterer Patienten auswirkt (Leff et al. 2008). An der Studie nahmen mehr als zweihundert ältere Patienten teil, unter anderem solche mit Lungenentzündungen und schwerer chronischer Herzinsuffizienz. Die eine Gruppe erhielt eine »Hospital at Home«-Betreuung wie oben beschrieben; die andere Gruppe wurde im Krankenhaus behandelt. Die Angehörigen der Patienten, die im Rahmen des »Hospital at Home«-Programms von Pflegekräften und Ärzten zu Hause versorgt wurden, litten unter weitaus weniger Stress – ohne Zweifel ein positives Resultat.

*Literatur und Links:*

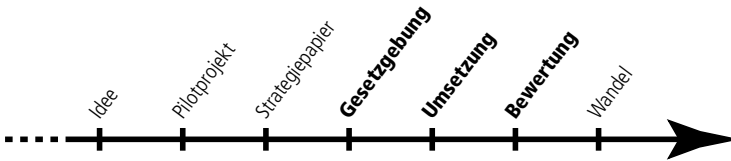
Holzer, Jessica, und Gerard Anderson. »Hospital at Home«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/us/a12/1](http://www.hpm.org/survey/us/a12/1).

Leff, Bruce, Lynda Burton, Scott L. Mader et al. »Comparison of Stress Experienced by Family Members of Patients Treated in Hospital at Home with that of Those Receiving Traditional Acute Hospital Care«. *Journal of the American Geriatrics Society* (56) 1 2008. 117–123.



# Update

## Niederlande: Nurse Practitioners als Teil des Gesundheitssystems



Was vor einem Jahrzehnt lediglich als ein kleines Experiment startete, ist dabei, sich zu einem dauerhaften Bestandteil des niederländischen Gesundheitssystems zu entwickeln: Nurse Practitioners, eine neue akademische Berufsgruppe in der Pflege, die nach Vorbildern in den USA und Großbritannien entwickelt wurde (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 2*, S. 78). Inzwischen werden Nurse Practitioners zwar auf breiter Front befürwortet. Dennoch gibt es noch immer Feindseligkeiten gegen sie, insbesondere innerhalb der Ärzteschaft. Denn einige sehen in ihnen eine Gefahr für das ärztliche Monopol, in bestimmten schwierigen Situationen das alleinige Sagen zu haben, beispielsweise bei der Verschreibung von Arzneimitteln. Trotz solcher Zweifel sprechen die Anzeichen dafür, dass Nurse Practitioners in den Niederlanden mehr Zeit für den Patienten haben, die Qualität der Versorgung dabei mindestens gleich, wenn nicht besser ist und die Versorgung kontinuierlicher stattfindet – bei sinkenden Kosten.

Die Delegation von Aufgaben vom Arzt an die Nurse Practitioners soll die Arbeitsbelastung des Arztes reduzieren, bei mindestens gleicher Versorgungsqualität. Bislang findet man in der Lite-



**Mehr Qualität  
und Patienten-  
zufriedenheit**

ratur wenig Belege für positive Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung von Ärzten. Aber eine qualitativ hochwertigere Behandlung und eine erhöhte Zufriedenheit der Patienten konnten nachgewiesen werden. Sie resultieren aus einem verbesserten Management chronischer Krankheiten, mehr Unterstützung für die Patienten sowie einer genaueren Beachtung ihrer psychosozialen Bedürfnisse (Gezondheidsraad 2008).

**Lösen NPs  
Ärzte ab?**

In den Niederlanden sind Nurse Practitioners spezialisierte Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss. Die verantwortliche Fachgesellschaft hat mehrere Unter-Spezialisierungen formuliert, darunter: spezialisierte Pflegefachkräfte für Prävention, für Intensivpflege oder für einzelne chronische Erkrankungen. Aufgrund ihrer erweiterten Rolle und nach einer geplanten gesetzlichen Änderung werden Nurse Practitioners in naher Zukunft berechtigt sein, auch Aufgaben zu übernehmen, die bisher Ärzten vorbehalten waren oder von nicht-ärztlichem Personal nur unter direkter Aufsicht eines Arztes durchgeführt werden durften. Zwar wurden solche Leistungen in der Praxis teilweise auch schon in der Vergangenheit delegiert – jedoch ohne gesetzliche Grundlage. Dazu zählen beispielsweise die Verschreibung von Medikamenten, die Verabreichung von Injektionen sowie chirurgische Eingriffe.

**NPs lernen  
an speziellen  
»Hoge Schools«**

Die Ausbildung von Gemeindeschwestern (Nurse Practitioners) begann 1997. Heute, zwölf Jahre später, bieten bereits neun Fachhochschulen einen zweijährigen Master für Advanced Nurse Practitioners an. 2000 etablierte sich ein eigener Berufsverband. Wieder einige Jahre später, 2004/05, begann die gemeinschaftliche Finanzierung der Ausbildung über das Ministerium für Gesundheit und das Ministerium für Bildung. Daraufhin wurde das Board of Specialisms in Nursing eingerichtet, das seit 2009 die offizielle Akkreditierung für spezialisierte Pflegekräfte und Nurse Practitioners vornimmt. Derzeit arbeiten mehr als 600 Nurse Practitioners in den Niederlanden.

**Deutschland: Das  
AGnES-Projekt**

Die beschriebenen Reformen in den Niederlanden lehnten sich zunächst an internationale Erfahrungen an (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 159 ff.). Auch in Deutschland hat das Projekt »AGnES« (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) der Universität Greifswald hohe Wellen geschlagen. Es testet die Un-

terstützung von Ärzten durch »AGnES-Fachkräfte«, oft auch Gemeindegeschwestern genannt, die eine ähnliche Qualifikation wie Nurse Practitioners anderer Länder erhalten. Um Arzthelferinnen oder Pflegekräfte zu »AGnES-Fachkräften« weiterzubilden, hat die Universität Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern einen Studiengang entwickelt. Die Gemeindegeschwestern sollen auf Anweisung des Arztes Hausbesuche machen, grundlegende diagnostische Tests durchführen, Verbände versorgen und Blutproben nehmen. Gleichzeitig sind sie Ansprechpartner für ältere Menschen, überwachen ihre medikamentöse Behandlung und entwickeln Präventivmaßnahmen. In zumeist ländlichen Regionen mit relativ wenigen Hausärzten pro Einwohner und großen Entfernungen zwischen den einzelnen Patienten sollen so die Hausärzte entlastet werden und die Patienten einen besseren Zugang zu medizinischer (Grund-)Versorgung erhalten (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald).

Im Juli 2008 wurde die erste Evaluation der Pilotprojekte veröffentlicht, die in vier ostdeutschen Bundesländern gelaufen waren. Eine Umfrage unter den teilnehmenden Ärzten und Patienten ergab, dass 98 Prozent der Patienten die AGnES-Fachkraft als kompetenten Partner in ihrer Versorgung erlebten. 94 Prozent befürworteten die Delegation routinemäßiger Hausbesuche vom Arzt an die Pflegekraft. Eine Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte gab an, dass die neuen Fachkräfte wertvolle Unterstützung leisteten (38 von 42 Ärzten) und einen positiven Effekt auf die Compliance der Patienten hätten (37 von 42 Ärzten). Bei 92 Prozent ihrer Patienten sahen die Ärzte keinen negativen Effekt auf die Versorgungsqualität, wenn sie Aufgaben an die Gemeindegeschwestern delegierten (Berg et al. 2009; Institut für Community Medicine 2008).

Der 111. Deutsche Ärztetag hatte 2008 klargestellt, dass die therapeutische Gesamtverantwortung beim Arzt verbleiben müsse. Die Delegierten sagten aber zugleich, dass die sich ändernden Bedingungen eine stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die Patientenbehandlung unverzichtbar machten (Rabata 2009; Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2008). 2008 schuf die Bundesregierung die rechtlichen Grundlagen für eine bundesweite Anwendung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Im Fünften Sozialgesetz-

**AGnES-Evaluation  
zeigt Erfolge**

**Schwester AGnES  
bald bundesweit?**

buch wurde im Rahmen der Gesetzgebung zur Pflegereform eine Regelung verankert, mit der seit Januar 2009 die Vergütung von arztentlastenden Diensten bei Hausbesuchen geregelt ist. Nach monatelangen Verhandlungen haben sich schließlich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 2009 auf die Aufnahme des AGnES-Konzepts in die Regelversorgung geeinigt. Der Weg für einen bundesweiten Einsatz der neuen Fachkräfte ist also frei.

**Niederlande:  
Ärzttekammer für  
das Modell –  
Hausärzte dagegen**

Wie die deutsche Politik unterstützt auch die niederländische Regierung Bestrebungen, ärztliche Aufgaben an Nurse Practitioners zu übertragen. Pflegeverbände stehen dem Vorhaben – wenig erstaunlich – sehr positiv gegenüber. Doch auch einer der stärksten Verbände innerhalb der niederländischen Ärzteschaft – die niederländische Ärztekammer – befürwortet die Neuerung. Der Berufsverband der Hausärzte hingegen lehnt die Neuerung ab.

**Nurse Practitioners  
oder Practice  
Nurses?**

Anstatt das Konzept der Nurse Practitioners zu unterstützen, sind die Hausärzte in den Niederlanden vielmehr daran interessiert, die Rolle von sogenannten »Practice Nurses« zu befördern. Das sind Pflegekräfte, die in einer Arztpraxis arbeiten und dem Arzt vorbehaltene Aufgaben unter dessen direkter Aufsicht durchführen dürfen. Practice Nurses sind Pflegekräfte, keine Arzthelferinnen, die auch Verwaltungstätigkeiten übernehmen. Sie wurden 1999 eingeführt, weil Hausärzte mehr und mehr Aufgaben an Arzthelferinnen delegierten, deren Ausbildung für eine Übernahme komplexerer medizinischer Tätigkeiten nicht ausreichte. Practice Nurses setzten sich im niederländischen Gesundheitswesen schnell durch, auch weil ihre Leistungen anfänglich aus einem extra eingerichteten Topf der Krankenversicherung bezahlt wurden. Der Beruf der Nurse Practitioners, die in der Versorgung ihrer Patienten eigenständiger entscheiden und handeln können als Practice Nurses, erfährt dagegen einen stärkeren Widerstand.

**NPs tragen mehr  
Verantwortung**

Trotz der Bedenken von Hausärzten – die Anzeichen sprechen dafür, dass Nurse Practitioners in der Lage sind, einige der ursprünglich Ärzten vorbehaltenen Aufgaben bei gleicher Qualität und zu niedrigeren Kosten auszuführen. Das spricht dafür, dass ihre Bedeutung weiter steigen wird – in den Niederlanden wie auch anderswo.

*Literatur und Links:*

Groenewegen, Peter P. »Update on Nurse Practitioners«. *HealthPolicyMonitor*, Oktober 2008. [www.hpm.org/survey/nl/a12/2](http://www.hpm.org/survey/nl/a12/2).

Berg, N van den, C Meinke, R Heymann, T Fiß, E Suckert, C Pöller et al. »AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz«. *Deutsches Ärzteblatt International* (106) 1–2 2009. 3–9.

Gezondheidsraad. *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*. Den Haag 2008; publicatienr. 2008/25 (englische Zusammenfassung).

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. »Projektbeschreibung AGnES«. [www.medizin.uni-greifswald.de/icm/abt\\_vcm/projekte/agnes.html](http://www.medizin.uni-greifswald.de/icm/abt_vcm/projekte/agnes.html).

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. »Ergebnisse der Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept.« Präsentation, Berlin 2008. [www.masgf.brandenburg.de/media/lbm1.a.1334.de/081017\\_2.pdf](http://www.masgf.brandenburg.de/media/lbm1.a.1334.de/081017_2.pdf).

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern. »AGnES soll künftig bundesweit eingesetzt werden«. Pressemitteilung. 17.10.2008. [www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal\\_prod/Regierungsportal/de/sm/index.jsp?&pid=11033](http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/index.jsp?&pid=11033).

Rabbata, Samir. »Ärzte brauchen Unterstützung«. *Deutsches Ärzteblatt International* (106) 1–2 2009. 2.



# Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten im Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik 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 zu verringern mit halbjährlichen Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewegt und bewährt hat und was nicht.

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

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

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
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
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Niederlande	Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ), Faculty of Health Sciences, University of Maastricht
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 Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Slowenien	Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana
Spanien	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; Department of Behavioral Science and Health Education, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta

## Vorbereitung und Vorgehen bei der Berichterstattung

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

- nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen (Hauptfinanzierungsquelle und Verteilung von Finanzmitteln, Vergütung der Leistungsanbieter)
- Fachkräfteentwicklung
- Qualität der Gesundheitsversorgung
- Leistungskatalog und Prioritätensetzung
- Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Nutzerorientierung des Systems und Stärkung der Patienten
- politischer Kontext, Dezentralisierung und öffentliche Verwaltung
- Organisation des Gesundheitssystems und integrierte Versorgung
- Pflege chronisch Kranker und älterer Menschen
- Rolle der Privatwirtschaft
- neue Technologien
- Arzneimittelpolitik
- Prävention
- Public Health.

## Auswahlkriterien

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

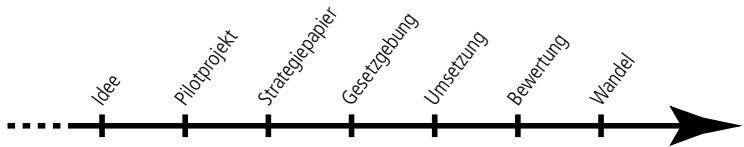
- Bedeutung und Reichweite
- Auswirkung auf den Status quo
- Innovationsgrad (im nationalen und internationalen Vergleich)
- Medienpräsenz/öffentliche Aufmerksamkeit.

Zu jedem Thema füllen die Partner einen Fragebogen aus, um die Reformidee oder -politik sowie den Entwicklungsprozess zu beschreiben und zu bewerten. Abschließend geben die Berichtersteller zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen

der Reform ihre Einschätzung ab und beurteilen die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit bzw. Übertragbarkeit auf andere Systeme.

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses.

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



- Unter »Idee« werden neue oder erneut aufgegriffene Ansätze gefasst, die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen diskutiert werden. Hierunter fallen auch »Ideen« in einem noch sehr frühen Stadium – fernab von Politik oder formaler Einführung. Auf diese Weise entsteht eine Art »gesundheitspolitischer Ideenspeicher«, der es erlaubt, die Dynamik von Reformideen von ihrer Entstehung bis zu ihrer Umsetzung, ihrem Verschwinden oder ihrer Ablehnung über die Zeit und über Regionen hinweg zu beobachten.
- »Pilotprojekt« steht für Neuerungen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden.
- »Strategiepapier« umfasst formale politische Statements (Eckpunkte, Weiß- oder Grünbücher) oder Stellungnahmen. Hierunter verstehen wir auch die Phase wachsender Akzeptanz von Ideen in einschlägigen Fachkreisen wie z. B. der Ärzteschaft.
- Der Begriff »Gesetzgebung« steht hier für alle Stufen der Gesetzgebung – vom Einbringen eines Gesetzentwurfes über die parlamentarische Debatte nebst Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und Interessengruppen wie auch sonstiger treibender Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.

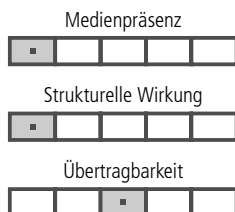
- »Umsetzung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Implementierung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best 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 Fachgebiets Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, den halbstandardisierten Fragebogen.

Sämtliche Publikationen und Reformberichte der letzten zwölf Befragungsrunden können auf der Website des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik, [www.healthpolicymonitor.org](http://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*

HealthConnect – 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

### *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

### *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

### *Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement*

Keine Wartezeiten und bessere Versorgung für Krebspatienten; X, 60

Weiterentwicklung der Leistungsmessung; XI, 70

Das nationale Indikatoren-Projekt; XII, 109

## **Estland**

### *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  
Gemeinverbände 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 Dienstleistungen; 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

*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

### *Fachkräfteentwicklung*

Ärztemangel – 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

### *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

### *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

*Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement*  
NHS Foundation Trusts; IV, 59

*Vergütung*

Neues Vergütungssystem für Zahnärzte; VII/VIII, 181

*Zugang zum Gesundheitssystem*

Zahnknirschende 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

*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

*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 Creutzfeldt-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

### *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 Montreal 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

### *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

### *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

### *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

*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

## **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 Kopfprämiensystem; 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

### *Organisationsreform*

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

### *Patientenorientierung und Partizipation*

Ein Sterben in Würde ermöglichen; XII, 72

### *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 Montreal 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

### *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

## **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

### *Fachkräfteentwicklung*

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

### *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

### *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

# 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

## **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

### *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*

Ärztemangel – 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

## **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

### *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

### *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

### *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*

HealthConnect – 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

## **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

### *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**

### *Dänemark*

Konkurrenz für öffentliche Krankenhäuser; X, 130

### *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

### *Polen*

200 Krankenhäuser sollen aufgegeben werden; IX, 64

### *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

## 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

### *Neuseeland*

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

### *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

### *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

### *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

*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

*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

*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

#### *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

#### *Israel*

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84  
Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention; VII/VIII, 222

#### *Japan*

Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«; III, 41  
Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeldt-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 Montreal 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 Montreal 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

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

*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