

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 3

Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 3

Im Blickpunkt: Transparenz und
Rechenschaft, (De-)Zentralisierung,
Informationstechnologien

| **Verlag BertelsmannStiftung**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

© 2004 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Michael Kühlen*

Herstellung: *Christiane Raffel*

Umschlagabbildung: *Aperto, Berlin*

Satz: *digitron GmbH, Bielefeld*

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

ISBN 3-89204-795-2

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Nutzerorientierung und Partizipation	16
England: Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service	17
Dänemark: Der Patient zuerst	19
Finnland: Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen	20
Niederlande: Personengebundene Budgets in der ambulanten Pflege und sozialen Hilfe	22
Kanada: Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein	25
Versorgung chronisch Kranker	27
England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild	28
Australien: Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker	30
Australien: Change Management für Hausärzte	32
Kanada: Hausarztnetze in Ontario	33
Prävention und öffentliche Gesundheitsförderung	36
Frankreich: Public-Health-Gesetz mit vielen Gesundheitszielen	38
England: Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien	39
Japan: Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«	41

Südkorea: Erhöhung der Tabaksteuer	42
USA: Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien	44
(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung	46
Dänemark: Neuordnung der Verwaltungsebenen	47
Finnland: Das Kainuu-Experiment	48
Österreich: Regionale Gesundheitsagenturen	50
Schweiz: Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat	52
Spanien: Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung	55
Neuseeland: Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung	58
Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik	61
Dänemark: Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern	62
Spanien: Landesweites elektronisches Rezept	63
Frankreich: Novelle des Bioethik-Gesetzes	65
Singapur: Revision des Organspendegesetzes	68
Weitere Nachrichten	70
USA: Oregon Health Plan – der Anfang vom Ende	70
USA: Volksabstimmung zur Arbeitgeberpflicht- versicherung in Kalifornien	73
USA: Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada	74
Schweiz: Regierung weiter auf Reformkurs	77
Frankreich: Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung	80

Vorwort

Vergleichende Forschung zu Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik ist kein neues Unterfangen. Eine ganze Reihe internationaler Organisationen wie OECD, WHO, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Weltbank ebenso wie akademische Institutionen widmen sich diesem Thema. Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich typischerweise mit dem Vergleich und der Analyse quantitativer Daten sowie mit den Strukturen und dem Leistungsverhalten der unterschiedlichen Systeme. Oftmals geschieht dies innerhalb einer Region oder zwischen Ländern mit ähnlichen sozioökonomischen und organisatorischen Strukturen.

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

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

forschung ist die Acht-Länder-Studie »Reformen im Gesundheitswesen« aus dem Jahr 1999/2000 (Hrsg. Esche, Böcken und Butzlaff 2000).

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

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten in dem Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus weltweit 16 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten. Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik zu verringern, indem es darüber informiert, was sich gesundheitspolitisch bewährt hat und was nicht.

Kriterium für die Auswahl der Länder für die systematische Betrachtung im Rahmen des Netzwerks waren einschlägige gesundheitspolitische Reformerfahrungen 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 in international vergleichender Gesundheitssystemforschung:

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
Finnland	STAKES, National Research and Development Center for Welfare and Health, 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 (LSE)
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Republik Korea (Südkorea)	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
Schweiz	Bis 2003: Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ), Universität Basel Seit 2004: Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Community, Occupational & Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut; CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona
USA	The Commonwealth Fund, New York Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

Für die Berichterstattung wurden Themenbereiche mit einer gemeinsamen Dringlichkeit für Reformen 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

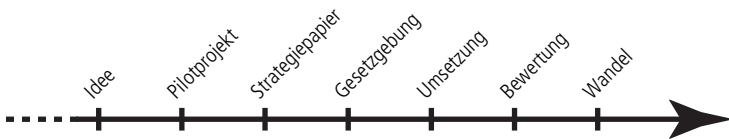
Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner über bis zu fünf aktuelle gesundheitspolitische Reformthemen. Kriterien für die Wahl der Berichtsthemen sind:

- 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. Am Ende jedes Fragebogens geben die Berichterstatter zu den zu erwartenden Ergebnissen

und Auswirkungen der Reform ihre Expertenmeinung ab. Abschließend bewerten sie die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit respektive 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 einzelne Phasen auch 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 Verwerfung 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 (sog. 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, Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und Interessengruppen und sonstiger treibender Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.

- »Umsetzung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Umsetzung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best practice« sein.
- »Bewertung« benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes evaluiert werden. Hier beschriebene Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussevaluierung erfolgen.
- »Wandel« oder Abschaffung schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

Politikbewertung

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

- »Medienpräsenz« – hier wird bewertet, welcher Stellenwert oder Grad an Aufmerksamkeit einem gesundheitspolitischen Reformthema zuteil wurde bzw. welche Rolle Presse, Rundfunk oder Internet in der öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung hierzu gespielt haben.
- »Strukturelle Wirkung« – dieses Kriterium beschreibt den strukturell-systemischen Aspekt und die Bedeutsamkeit der Reform. Die Endpunkte der Skala sind mit »marginal« (links) bzw. »fundamental« (rechts) bezeichnet.
- »Übertragbarkeit« – dieses Merkmal zeigt an, inwieweit eine Reform in einen anderen Kontext übertragbar ist. Die Bewertung unserer Experten erfolgt als Einschätzung zwischen den Extremen »stark systemabhängig« (links) und »systemneutral« (rechts).

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



Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht. Unser besonderer Dank gilt Annette Zentner (TU Berlin), die den deutschen Bericht erstellte, Susanne Katelhön (Bundesärztekammer) und Melanie Schnee (Bertelsmann Stiftung) für ihr sorgfältiges Kollectorat sowie Heike Clostermeyer (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Die Ergebnisse der dritten halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum Dezember 2003 bis April 2004 umfasst, werden in diesem Band dargestellt. Von den 67 Reformmeldungen wurden 29 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.¹ Für die hier dargestellten Reformen sind wir einem im Vergleich zu den ersten beiden Ausgaben modifizierten Ansatz gefolgt: Die Auswahlkriterien waren Reichweite, Beständigkeit und Bedeutsamkeit in der öffentlichen Debatte innerhalb, aber auch jenseits des eigentlichen Berichtszeitraums. Somit betrachten wir die Themen dieser

¹ In dieser deutschsprachigen Ausgabe wird über die in der englischen Version enthaltenen Reformen in Deutschland nicht berichtet.

dritten Befragungsrunde unabhängig von ihrem aktuellen Entwicklungsstand oder Grad der Umsetzung. Im Detail sind alle Reformentwicklungen dieser Runde auf unserer Webseite nachzulesen.

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

- Nutzerorientierung und Partizipation
- Versorgung chronisch Kranker
- Prävention und öffentliche Gesundheitsförderung
- (Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung
- neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Das letzte Kapitel »Weitere Nachrichten« verfolgt Entwicklungen der ersten beiden Ausgaben von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« in Übereinstimmung mit der Funktion eines Monitors weiter: die Schweizer Reformen nach dem Scheitern der zweiten Revision des Krankenversicherungsgesetzes, Entwicklungen zur Neustrukturierung der Krankenversicherung in Frankreich und die fortgesetzten Anstrengungen zur Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes für die unversicherte Bevölkerung in den USA. Das Schlusskapitel berichtet außerdem über Änderungen des Oregon Health Plan und den Reimport von Arzneimitteln in den USA.

Sämtliche Reformberichte der ersten drei Befragungsrunden können auf der Website des Netzwerks www.healthpolicymonitor.org recherchiert und eingesehen werden. Dort erhältlich ist auch das unveröffentlichte Arbeitspapier »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Ausgabe 1. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und reflektieren nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung.

Unser Dank gilt allen Experten aus den Partnerinstitutionen: Tetsuya Aman, Rob Anderson, Michael O. Appel, Toni Ashton, Mickael Bech, Mette Birk-Olsen, Iva Bolgiani, Wim Buiten, David Cantarero Prieto, David Casado, Karine Chevreul, Terkel Christiansen, Agnès Couffinhal, Luca Crivelli, J.K. (Han) van Dijk,

Gianfranco Domenighetti, Massimo Filippini, Michel Grignon, Tom van der Grinten, Marion Haas, Jane Hall, Jan-Kees Helder-
man, Maria M. Hofmarcher, Noboyuki Izumida, Ilmo Keskimäki,
Wendy van der Kraan, Soonman Kwon, Meng Kin Lim, Anita
Lee, Véronique Lucas, Esther Martínez García, Lisa Maslove,
Carol Medlin, Kjeld Møller Pedersen, Florence Naudin, Valérie
Paris, Anniek Peelen, Dominique Polton, Jaume Puig i Junoy,
Gerda Raas, Monika Riedel, Mary Ries, Ray Robinson, Gerald
Röhring, Masayo Sato, Elizabeth Savage, Catherine Sermet, Pie-
ter Vos, Lauri Vuorenkoski, Karen Wallstadt, Sarah Weston und
Karen White.

Kommentare und Anregungen zum dritten Halbjahresbericht
sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber ge-
richtet werden. Mit der Zeit wird sich der Bericht entwickeln,
verändern und, wie wir hoffen, weiter verbessern. Deshalb freuen
wir uns über alle Vorschläge.

Reinhard Busse, Sophia Schlette

Nutzerorientierung und Partizipation

Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens haben im Laufe der Zeit ihr Selbstverständnis geändert und erwarten zunehmend, dass sich Strukturen und Dienstleistungen an ihren Bedürfnissen ausrichten und sie an Entscheidungen stärker beteiligt werden. Auf diesen Kulturwandel hat die deutsche Politik reagiert und Patienten- und Verbraucherorganisationen erstmals Antrags- und Mitberatungsrechte in Steuerungs- und Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung eingeräumt. Als gesundheitspolitische Innovation in Deutschland gilt auch, dass mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2004 eine Beauftragte auf Bundesebene Patienteninteressen vertritt.

Andere Länder unternehmen teilweise ähnliche Reformen, setzen aber aufgrund ihrer Systeme andere Schwerpunkte: So beantworten England und Dänemark die Forderung nach stärkerer Nutzerorientierung mit der Einführung von mehr Wettbewerb, größerer Wahlmöglichkeit für Patienten und der Erhöhung von Transparenz über die Qualität der Leistungserbringer.

Wertgutscheine oder persönliche Budgets sind die Neuerungen in Finnland und den Niederlanden, wo die Bürger als Kunden im System ambulante Pflege- und Sozialdienste selbst beauftragen und bezahlen können.

In Kanada schließlich soll eine neue Institution, der Health Council of Canada, als unabhängiger Ratgeber für gesundheitspolitische Reformen fungieren. Entscheidend ist, dass der Rat über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems direkt an die Öffentlichkeit berichtet.

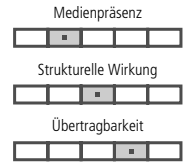
England: Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service

In England sollen Patienten in Zukunft mehr Entscheidungsfreiheit erhalten und stärker mitbestimmen, wann, wo und wie sie behandelt werden. Das ist der Tenor des im Dezember 2003 veröffentlichten Programms des englischen Gesundheitsministeriums »Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the National Health Service (NHS)«.

Für englische Patienten ist die lange Wartezeit auf eine stationäre Behandlung eines der vordringlichsten Probleme. Das neue Regierungsprogramm will nun Abhilfe schaffen: Bei nicht zwingenden chirurgischen Eingriffen können Patienten ab August 2004 alternativ zur Behandlung im Krankenhaus ihres Einzugsbereichs auf bis zu vier andere Kliniken ausweichen. Ab Dezember 2005 gilt dieses Novum, den Ort der stationären Behandlung mitzubestimmen, bereits zum Zeitpunkt der Indikationsstellung und nicht erst nach Erfüllung einer Wartezeit von sechs Monaten.

Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser will die Regierung mit dem neuen Vergütungssystem »payment by result« erhöhen: nach Fixpreisen für so genannte »health related groups« – der englischen Version von »diagnosis related groups«. Die Einnahmen hängen daher in Zukunft von der Anzahl behandelter Patienten ab, was den Anreiz für Krankenhäuser vergrößern soll, auf die Präferenzen der Patienten einzugehen.

Auch in der Primärversorgung gilt das Ziel, sich stärker an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren und die Erreichbarkeit medizinischer Dienstleistungen zu erleichtern. Eine größere Anzahl von Polikliniken unter pflegerischer Leitung und von spezialisierten Primärärzten soll das Leistungsangebot erweitern. Auch Dienstleistungen per Telefon (NHS Direct Online) und Internet (Healthspace) werden ausgebaut.



**Mehr Wahlfreiheit
– kürzere
Wartezeiten**



Kulturwandel des NHS	<p>Ursprünglich sah der NHS seine Rolle vornehmlich darin, medizinische Leistungen bereitzuhalten. Den Bedürfnissen der Patienten wurde keine große Bedeutung beigemessen. Seit den 90er Jahren jedoch hat sich diese Haltung allmählich verändert. So enthielt der NHS-Plan bereits im Jahr 2000 das Ziel einer größeren Entscheidungsfreiheit und Nutzerorientierung. Die derzeitige Labour-Regierung hat diesen Trend als Teil ihres Programms »Modernisierung des NHS« fortgesetzt und deutlich gemacht, dass die alte »Take it or leave it«-Haltung der staatlichen Gesundheitsverwaltung nicht länger tragbar ist.</p>
Wahlfreiheit = soziale Ungerechtigkeit?	<p>Umfragen bei zahlreichen Patienten-, Verbraucher- und Selbsthilfegruppen sowie Beratungen mit nationalen und lokalen Expertengruppen bildeten die Basis des Programms »Choice and Responsiveness«. Bei den meisten der rund 110 000 dazu befragten Personen stieß das Konzept auf Zustimmung.</p> <p>Kritik kam von einzelnen Experten, die einen Zielkonflikt zwischen Wahlfreiheit auf der einen und sozialer Gerechtigkeit auf der anderen Seite sahen. Bestimmte sozial benachteiligte Gruppen würden nicht in Lage sein, aus einer Ausweitung des Leistungsangebots Vorteile zu ziehen, was im Ergebnis zu mehr Ungerechtigkeit im System führe. Die Blair-Regierung bestreitet dies und erweckt den Eindruck, eher heikle Aspekte verschleiern zu wollen. Sie übernahm »Choice and Responsiveness« bereits in den NHS-Rahmenplan »Putting People at the Heart of Public Services« (2005–2008), der im Juli 2004 veröffentlicht wurde.</p>
Top-down-Ansatz setzt sich fort	<p>Umgesetzt wird das Programm auf lokaler Ebene, unter Kontrolle der neuen Behörde Commission for Healthcare Audit and Inspection (eine Nachfolgeinstitution der Healthcare Commission). Da das englische Konzept weiterhin auf den Erfolg eines Top-down-Managements statt auf persönliche Anreize für Leistungserbringer vertraut, bleibt abzuwarten, in welchem Umfang die Institutionen vor Ort den Patienten tatsächlich mehr Wahlfreiheit und Mitbestimmung einräumen werden.</p>

Literatur und Links

Secretary of State for Health. Building on the best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS (Cm 6079). De-

zember 2003. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/84/00/04068400.pdf.

Department of Health. The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services. Juli 2004. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/45/23/04084523.pdf.

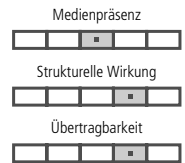
Healthcare Commission: www.healthcarecommission.org.uk.

Dänemark: Der Patient zuerst

Mit ihrem Diskussionspapier »Strategie für das Gesundheitswesen – Der Patient zuerst« formulierte die dänische Regierung im Dezember 2003 eine Reihe von kurz- und mittelfristigen Zielen für die stationäre Versorgung. Das Ministerium für Inneres und Gesundheit stellte im Papier »Ein offenes und transparentes Gesundheitswesen« die Eckpunkte des »dänischen Qualitätsmodells« vor: In Zukunft sollen Leistungsvergleiche von Krankenhäusern veröffentlicht werden, damit sich auch Patienten über die Behandlungsqualität in den einzelnen Kliniken informieren können.

Um Wartezeiten zu verkürzen, will die Regierung den Patienten die Möglichkeit geben, zwischen Kliniken zu wählen. Sie greift außerdem die Empfehlung der »Beratungskommission im Gesundheitswesen« des Jahres 2002 auf, wonach sich das Entgeltsystem von Krankenhäusern stärker an der Leistung – z.B. mittels »diagnosis related groups« – orientieren soll.

Die dänischen Reformvorschläge ähneln der Strategie, die die Labour-Regierung in England wie oben beschrieben einschlägt: Durch größere Transparenz, mehr Information und durch neue Vergütungs- und Steuerungsanreize nach dem Prinzip »Das Geld folgt dem Patienten« will die dänische Regierung Effizienz und Effektivität im stationären Sektor erhöhen.



Qualitätswettbewerb durch informierte Patienten

Leistungsbezogene Vergütung und Autonomie

Geld folgt Patienten



Das Konzept trägt vor allem die Handschrift des liberalen dänischen Gesundheitsministers, wird aber nicht nur innerhalb seines Ministeriums, sondern auch von Kreisverwaltungen und Krankenhäusern kritisch gesehen. Bisher fehlt auch Unterstützung von wissenschaftlicher Seite. Denn die angekündigte Strategie gilt in Dänemark als Versuch, das Gesundheitswesen in Richtung eines marktorientierten Systems zu verändern. Bei der Durchsetzung steht dem Minister daher ein harter Kampf bevor, dessen Ausgang auch von der geplanten Neuordnung der politischen Verwaltungsebenen in Dänemark abhängen wird.

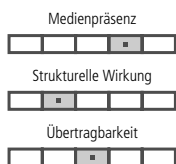
Literatur und Links

Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium – Indenrigs- og Sundhedsministeriet: www.im.dk (auch in Englisch).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. Dezember 2003. www.ism.dk/publikationer/debat_sundhedsv/debatoplæg.pdf (dänisch).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strategi for det behandelende sundhedsvæsen – Patienten først. Dezember 2003. www.ism.dk/publikationer/strategi_sundhedsv/strategi.pdf (dänisch).

Finland: Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen



Seit Januar 2004 können finnische Gemeinden ihren Einwohnern Wertgutscheine aushändigen, mit denen diese private Pflege- und Sozialdienste selbst beauftragen. Dies gilt in Finnland als Innovation, mit der die traditionelle Versorgungsrolle des Staates aufgebrochen wird.

Mehr Markt in der häuslichen Pflege

Mit der Reform will das Ministerium für Soziales und Gesundheit durch die Einführung einer privaten Alternative zu den öffentlichen Dienstleistungen der Unterversorgung bei ambulanten Pflege- und Hilfeleistungen begegnen. Denn im dezentralisierten finnischen Sozialsystem können die Gemeinden vor allem im dünn besiedelten Nordosten den Bedarf oftmals nicht decken. Die finnische Regierung hofft außerdem auf neue Arbeits-

plätze in den abgeschiedenen Regionen des Landes, wenn private Unternehmen vermehrt in die häusliche Pflege einsteigen.



Die Reform geht auf Pilotprojekte in den 90er Jahren zurück, die das Instrument »Wertgutscheine« im Auftrag der Regierung bei der Betreuung von Kindern in Tagesstätten und bei ambulanter Pflege und Haushaltshilfe erfolgreich erprobten. Das Nachbarland Schweden kann bereits seit 1992 Erfahrungen mit Wertgutscheinen vorweisen und berichtet von positiven Auswirkungen auf Leistungsangebot und Versorgungsqualität.

**Wertgutscheine in
Finnland und
Schweden bereits
erprobt**

Gemeinde- und Kreisverwaltungen unterstützen die Ziele der Regierung, befürchten aber zusätzliche finanzielle Belastungen für die Kommunen. Denn Schätzungen gehen davon aus, dass die Anzahl der Nutzer von Leistungen der häuslichen Pflege um jährlich sieben Prozent ansteigen und sich die Ausgaben von derzeit 500 Millionen Euro um 31 Millionen Euro pro Jahr erhöhen werden. Die finnische Regierung hat jedoch nur eine Unterstützung von zehn Millionen Euro zugesagt. Angesichts dieser Finanzlücke bleibt offen, wie viele Gemeinden ihren Bürgern die Wertgutscheine tatsächlich anbieten werden.

**Pflegekosten
steigen**

Literatur und Links

Heikkilä, Matti, Sinikka Törmä und Kati Mattila. A service voucher in child day care. Ministry of Social Affairs and Health, National Research and Development Centre for Welfare and Health/Stakes Reports 216/1997. Helsinki. www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm (finnisch mit englischer Zusammenfassung).

Mikkola, Hennamari. International experience of the use of service vouchers in social welfare and health care. Ministry of Social Affairs and Health 15/2003. Helsinki.

www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm (finnisch mit englischer Zusammenfassung).

Niemelä, Jutta. The use of service vouchers in the social and health service in different countries. Ministry of Social Affairs and Health 15/1997. Helsinki. www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm (englisch).

Räty, Tarmo, Kalevi Luoma und Pasi Aronen. Service vouchers in municipal social services. Government Institute for Economic Research 325/2004. Helsinki (finnisch mit englischer Zusammenfassung).

Vaarama, Marja, Sinikka Törmä, Seppo Laaksonen und Päivi Voutilainen. The report on the vouchers in the support of informal care, a pilot project. Ministry of Social Affairs and Health and National Research and Development Centre for Welfare and Health/Stakes Reports 10/1999. Helsinki. www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm (finnisch mit englischer Zusammenfassung).

Niederlande: Personengebundene Budgets in der ambulanten Pflege und sozialen Hilfe



60000 Niederländer bezahlen mittlerweile Leistungen für ambulante Pflege oder soziale Dienste mit »personengebundenen Budgets« (PGB).

Ein PGB ist ein individueller und im Voraus ausbezahlter Geldbetrag, den Patienten seit April 2003 alternativ zum traditionellen Sachleistungsprinzip nutzen können. Die Betroffenen organisieren die benötigte Hilfe also selbst: von der Suche der Leistungserbringer – z.B. der Pflegeeinrichtung oder der einzelnen Pflegekraft – über den Abschluss von Verträgen bis hin zur Bezahlung.

**Wahl zwischen
Geld- oder
Sachleistung**

**Sieben funktionale
Leistungs-
kategorien**

In den Niederlanden regelt das Gesetz für besondere medizinische Ausgaben (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) die öffentlichen Leistungen für Pflege, für Sozialdienste und für psychisch Kranke. Seit 2003 sind diese nicht mehr nach den organisatorischen Sektoren des Gesundheitswesens, sondern in sechs »funktionale Kategorien« eingeteilt. Diese sind:

- Hilfe im Haushalt
- persönliche Unterstützung im Alltag, z.B. bei Körperpflege und Mahlzeiten
- Krankenpflege, z.B. Hilfe bei Medikamenteneinnahme oder Verbandswechsel
- Hilfe zum Umgang mit einer Behinderung oder zum Erhalt eines selbst bestimmten Lebens
- Unterstützung bei Aktivitäten, z.B. beim Besuch einer Tagesstätte
- Unterkunft und Verpflegung

Die letztgenannte Kategorie ist von den PGBs ausgeschlossen, ausgenommen sind auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Langzeitpflege. Für kürzere Aufenthalte in Pflegeheimen z.B. über das Wochenende können die individuellen Budgets jedoch verwendet werden. Die Höhe des Geldbetrags, den die neu eingeführten regionalen Pflegeinstitutionen (zorgkontoor) einem Antragsteller bewilligen, hängt von der Einstufung des Bedarfs in jeder einzelnen Leistungskategorie ab. Für die Begutachtung ist die regionale Indikationsbehörde (regionaal indicatieorgaan) zuständig. Einkommens- und kategorieabhängig wird von diesem Bruttobetrag bei Personen über 18 Jahren eine Selbstbeteiligung zwischen 20 und 60 Prozent abgezogen.

Bewilligung nach Bedarf und Einkommen



Niederländische Patientenverbände wie z.B. Per Saldo kritisieren seit langem, dass sich das Gesundheitssystem wenig an den Bedürfnissen der Verbraucher orientiert. Sie fordern mehr Informationen, mehr Entscheidungsbefugnis und Wahlfreiheit, kürzere Wartezeiten sowie eine besser koordinierte und individuell gestaltete Versorgung.

Von Angebots- zu Nachfragesteuerung

Bereits seit Ende der 80er Jahre wird in den Niederlanden die Ursache für die geringe Nutzerorientierung des Gesundheitssystems in der dominanten Steuerung durch die Leistungserbringer

gesehen. Seitdem verfolgt die niederländische Regierung die Strategie, das Gesundheitswesen mehr an der Nachfrage der Nutzer statt am Angebot auszurichten. Die Einführung der PGBs ist Teil dieses Kurses und wird von Patientenorganisationen sehr begrüßt.

**Hohe Akzeptanz
der PGBs**

Die PGBs gelten in den Niederlanden als erfolgreiches Konzept. So hatten 1998 in einem Pilotprojekt für psychisch Kranke 45 Prozent der (jüngeren) Berechtigten individuelle Geldleistungen gegenüber der Standardversorgung vorgezogen. Der niederländische Rat für Volksgesundheit und Gesundheitsversorgung (Raad voor de Volksgezondheit en Zorg) schlägt sogar vor, PGBs in der kurativen Medizin einzusetzen.

**Bürokratische
Hürde für Ältere**

Ein wesentlicher Nachteil liegt jedoch im hohen administrativen Aufwand für Patienten und Verwaltungen. Denn Budgetnutzer müssen über alle Leistungen detaillierte Nachweise erbringen, um einen Missbrauch des überwiesenen Geldbetrags zu vermeiden. Es zeichnet sich ab, dass das neue Modell in den Niederlanden daher zwar in steigendem Umfang, aber nur von einer kleinen Gruppe jüngerer Patienten in Anspruch genommen wird.

Literatur und Links

Aktuelle Entwicklungen zur Modernisierung des AWBZ: www.opkopzorg.nl (niederländisch).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: www.minvws.nl/en/organization (englisch).

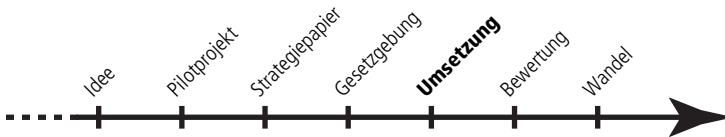
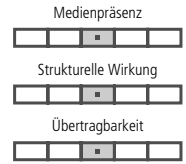
College voor zorgverzekeringen. Kernmonitor CLB nieuwe stijl. 2003. www.pgb.cvz.nl/downloads/kernmonitor_PGB_nieuw.pdf (niederländisch).

Per Saldo. Taking Control. The personal budget. 2004. www.pgb.nl/showpage.php?pa=234 (englisch).

van der Kraan, Wendy. Vraaggericht en Vraaggestuurd, een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid in de gezondheidszorg. ZonMW/iBMG 60. Rotterdam 2001 (niederländisch).

Kanada: Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein

Im Dezember 2003 hat Kanada einen nationalen Gesundheitsrat (Health Council of Canada) gegründet. Nach dem Vorbild einer ähnlichen Institution in der Provinz Saskatchewan (siehe Ausgabe 1 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«, unveröffentlichtes Arbeitspapier, www.healthpolicymonitor.org) sollte der Rat ursprünglich die Leistungsfähigkeit des kanadischen Gesundheitswesens analysieren, darüber direkt an die Öffentlichkeit berichten sowie Empfehlungen zu gesundheitspolitischen Reformen abgeben.



Im Laufe des gesundheitspolitischen Prozesses wurden die Kompetenzen des Rats allerdings deutlich eingeschränkt. Zwar überwacht der Rat die Umsetzung der kanadischen Reformstrategie »zur Erneuerung des Gesundheitswesens« und legt der Bevölkerung darüber Rechenschaft ab, er wird aber keine beratende Tätigkeit mehr ausüben. Darauf einigte sich die Nationalregierung mit den Provinzen im Februar 2003 im »Health Care Renewal Accord«. In diesem Abkommen trafen die Ministerpräsidenten Absprachen zu Reformen in der Primärversorgung, in der häuslichen Pflege und im Arzneimittelsektor und einigten sich auf die Budgetverteilung zwischen Ottawa und den Provinzen. Die Provinzregierungen hatten im Vorfeld klarstellt, dass sie eine Einmischung des nationalen Rats in ihre gesundheitspolitischen Befugnisse nicht dulden würden.

Die Ratsmitglieder wurden im Oktober 2003 ernannt, und die ersten Ausschüsse sind mittlerweile eingerichtet. Das Nominierungsverfahren steht in Widerspruch zur politischen Unabhängigkeit des Rates, die die in Kanada viel beachtete Kommission zur Zukunft des Gesundheitswesens (Romanow-Kommission) und der ständige nationale Ausschuss für Soziales, Wissenschaft

**Berichterstatter
statt Ratgeber**

**Politische
Unabhängigkeit
gefährdet?**

und Technologie gefordert hatten. Denn die zwölf Regierungsvertreter stellen nahezu die Hälfte der 25 Mitglieder des Rates, in den ansonsten Vertreter der Öffentlichkeit, der Wissenschaft und der Leistungserbringer berufen wurden.

Mehr Entscheidungstransparenz

Trotz Modifikation in Struktur und Funktion kann der Gesundheitsrat die Transparenz politischer Entscheidungen in Kanada erhöhen und mögliche Hindernisse in der Umsetzung der Reformen aufzeigen, wenn er glaubwürdige und objektive Informationen liefert und diese für die Bevölkerung verständlich darstellt.

Literatur und Links

Health Care Renewal Accord: www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/index.html.

Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission). Building on Values. Final Report. 2002. www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html.

Health Canada. Ministers announce Chair and Councillors of Health Council. Presseerklärung. 9. Dezember 2003. www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2003/2003-97.htm.

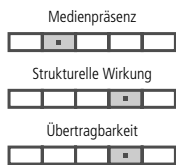
Versorgung chronisch Kranker

Die Versorgung chronisch Kranker stellt für viele Länder eine besondere Herausforderung dar, da sie – oft im Widerspruch zur strukturellen Organisation der Gesundheits- und Sozialsysteme – einen kontinuierlichen und multidisziplinären Ansatz verlangt. Viele Länder experimentieren mit neuen Versorgungsformen. Wie in Deutschland lassen sich die Komponenten »mehr Koordination« (etwa durch den Hausarzt), »Versorgung aus einer Hand« (»integrierte Versorgung« im SGB V) und, als Bestandteil beider Formen, »mehr evidenzbasierte bzw. leitliniengesteuerte Versorgung« (wie in unseren Disease-Management-Programmen) ausmachen.

England erprobt derzeit verschiedene Disease-Management- und Case-Management-Konzepte, die angelehnt an Programme amerikanischer Managed-Care-Organisationen entwickelt wurden. Bereits seit sieben Jahren führt Australien Pilotstudien zu neuen Versorgungsformen für chronisch Kranke durch, die »coordinated care trials« – bisher allerdings mit eher enttäuschenden Ergebnissen. Um die Versorgung innerhalb der hausärztlichen Betreuung chronisch Kranker zu verbessern, verwendet die australische Regierung neuerdings Instrumente des Change Management aus den USA und Großbritannien.

Die Provinz Ontario in Kanada setzt auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die Vernetzung der Hausärzte mit anderen Berufsgruppen, um Gesundheits- und Sozialleistungen für chronisch Kranke besser zu koordinieren.

England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild



Angelehnt an US-amerikanische Managed-Care-Programme testet England derzeit neue Versorgungsformen für chronisch kranke Patienten.

Im NHS ist der Hausarzt obligatorischer Lotse im Gesundheitssystem und damit für circa 18 Millionen chronisch Kranke die erste und wichtigste Anlaufstelle. Das Primärarztsystem des staatlichen Gesundheitsdienstes ist umfassend, gilt jedoch als zu stark auf akutmedizinische Versorgung ausgerichtet und als zu wenig mit anderen Sektoren, z.B. der fachärztlichen Versorgung an Krankenhäusern, vernetzt.

**Gatekeeping:
Benachteiligung
chronisch Kranker**

Teil des Reformplans der britischen Regierung zur Modernisierung des NHS ist es daher, den Bedürfnissen chronisch Kranker eine höhere Priorität zuzumessen. Disease-Management-Programme amerikanischer »health maintenance organizations« (HMOs), die sich ausdrücklich an ältere Menschen oder chronisch Kranke richten (z.B. das Evercare-Programm der United Healthcare Cooperation oder vergleichbare Konzepte von Kaiser Permanente – der größten HMO in den USA), griff England als Vorbild auf.

**Evercare und
Kaiser
Permanente
in USA als
Vorbilder**

Wissenschaftliche Publikationen zu Gesundheitssystemvergleichen zwischen dem NHS in Großbritannien und amerikanischen HMOs, deren Aussagen zugunsten US-amerikanischer Versorgungsmodelle nicht unumstritten sind, scheinen darauf wesentlichen Einfluss gehabt zu haben. Auch der persönliche Erfahrungsaustausch zwischen britischem Gesundheitsministerium, den NHS-Behörden und amerikanischen Organisationen belebte das Interesse an Managed-Care-Instrumenten in Großbritannien wieder neu. Von sektorübergreifenden Disease-Management-Konzepten verspricht sich das britische Gesundheitsministerium eine effizientere Nutzung finanzieller Ressourcen mit verkürzten Wartezeiten und Krankenhausaufenthalten sowie eine stärkere Serviceorientierung für Patienten.

**Primary Care
Trusts**

Die Pilotprojekte in 18 Primary Care Trusts (PCTs) werden von der NHS Modernisation Agency, einer nationalen Regierungsbehörde, überwacht, die zur Umsetzung des NHS-Plans »A Plan for Investment. A Plan for Reform« im Jahre 2000 gegründet wurde. Die PCTs, insgesamt 302 in England, sind seit April

2002 auf lokaler Ebene für die Steuerung und Vergütung der Gesundheitsversorgung innerhalb des NHS verantwortlich. Sie erhalten ihr Budget direkt vom Gesundheitsministerium, unterliegen aber im Unterschied zu den ehemaligen Gesundheitsbehörden des NHS nicht mehr direkt dessen Kontrolle.

Neu geschaffene Strategic Health Authorities (SHAs), 28 an der Zahl, überwachen die Leistungserbringer und die Erfüllung nationaler Standards. Die SHAs werden laut der im März 2004 verkündeten Pläne des Gesundheitsministers demnächst in Pilotversuchen das so genannte Case Management einführen. Die Einzelfallbetreuung von Hochrisikopatienten, z.B. mit Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale, soll das Konzept für ein besseres Management der Versorgung chronisch Kranker in England ergänzen.

**Disease und
Case Management
kombiniert**



Die Forschungsabteilung des britischen Gesundheitsministeriums begleitet die Umsetzung der Pilotprojekte. Der Erfolg des englischen Konzepts zur Versorgung chronisch Kranker wird unter anderem an deren Evaluation abzulesen sein.

**Begleitende
Evaluation
vorgesehen**

Literatur und Links

Evercare-Programm der United HealthCare Cooperation:
www.evercareonline.com/about/about.html.

Kaiser Permanente: www.kaiserpermanente.org.

Department of Health. A better life for people with chronic disease. Presseerklärung, 11. März 2004. www.dh.gov.uk.

Dixon, J., et al. Managing chronic disease: what can we learn from US experience. King's Fund. London 2004.

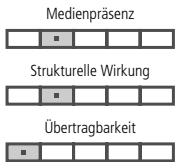
Feachem, Richard, et al. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal (324) 2002. 135-141.

Dieser Artikel hat eine Vielzahl kontroverser Leserbriefe provoziert, die auf der Webseite www.bmj.com nachgelesen werden können. Die jüngste kritische Auseinandersetzung mit dem genannten Vergleich ist von Juni 2004:

Talbot-Smith, Alison, et al. Questioning the claims from Kaiser. *British Journal of General Practice* (54) 503 2004. 415–421.

NHS Confederation. *Chronic Disease: the hidden agenda*. London 2003.

Australien: Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker



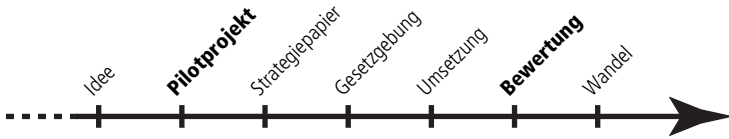
Auf der Suche nach »best practice«

Australien setzt seine im Jahre 1997 begonnenen »Coordinated Care Trials« – Studien zu multidisziplinären Versorgungsmodellen für Patienten mit chronischen oder anderen komplexen Erkrankungen – in einer zweiten Runde fort.

Die derzeit fünf lokalen Pilotstudien sollen »best practices« für Disease-Management-Programme in Australien entwickeln, bei denen verschiedene multidisziplinäre Konzepte zur besseren Koordination von ambulanter, stationärer und nicht-medizinischer Versorgung seit dem Jahr 2002 analysiert werden. In Australien bieten eine Vielzahl von Institutionen Gesundheits- und Sozialleistungen an. Sie werden von unterschiedlichen administrativen Ebenen des Staates finanziert. Bestandteil der Studien ist die Erprobung der Zusammenlegung von nationalen und territorialen Gesundheitsbudgets mit der Option flexiblerer Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen.

Ethnische Minderheiten im Fokus

Einige der Coordinated Care Trials widmen sich ausdrücklich den australischen Ureinwohnern Aborigines und Torres Strait Islanders. Die ethnischen Minderheiten mit einem Bevölkerungsanteil von 2,1 Prozent haben eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung und zählen zu den sozialen Risikogruppen mit schlechter medizinischer Versorgung.



Die Initiative von 1994 geht zurück auf den australischen »Rat der Regierungen«, multidisziplinäre Versorgungsprojekte anzustoßen. Dieses gemeinsame Gremium der Nationalregierung, der sechs Teilstaaten und zwei Territorien erließ für alle Projekte die Devise der Budgetneutralität. In Anlehnung an Managed-Care-Programme in den USA oder in Großbritannien ging der Rat der Regierung davon aus, dass eine besser koordinierte Versorgung zu Einsparungen, zumindest aber zu keiner Kostensteigerung führen würde. Entwickelt wurden 13 lokale Projekte, die mit teils anspruchsvollem Design (z.B. in Form einer randomisierten kontrollierten Studie) evaluiert wurden – ganz im Gegensatz zu den deutschen Disease-Management-Programmen, die nach der neunten Änderung weder im Kontrollgruppenansatz noch im Vorher-nachher-Ansatz evaluiert werden müssen.

Kostenneutralität fraglich

Die Evaluation der ersten Pilotphase der Jahre 1997–2000 legt nahe, dass die Gesundheitsausgaben eher steigen würden. Als weitere Enttäuschung lieferte auch die erste Evaluation keine Hinweise auf eine Verbesserung von Gesundheitszustand oder Wohlbefinden der Patienten im Analysezeitraum. Das Gesamtergebnis blieb weit hinter den Erwartungen zurück, auch wenn ein Teil der Resultate den methodischen und organisatorischen Mängeln der Studien zugeschrieben wurden. So galt z.B. der allgemein eingesetzte SF-36-Fragebogen zur Lebensqualität als nicht veränderungssensitiv genug.

Aufwändige Evaluation der Coordinated Case Trials

Die Tatsache, dass die australische Regierung mehrere Pilotstudien in einer zweiten Runde seit 2002 weiterführt, demonstriert das weiter bestehende Vertrauen der politischen Entscheider in den Sinn einer koordinierten Versorgung. Neue Ergebnisse auf Basis einer modifizierten Evaluationsmethodik werden nach Abschluss der laufenden Projekte im Jahr 2005 vorliegen.

Vertrauen in koordinierte Versorgung ungebrochen

Literatur und Links

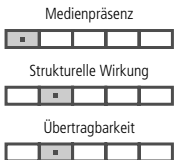
Australian Government. Department of Health and Ageing. The Australian Coordinated Care Trials. www.health.gov.au/hsdd/primcare/acoorcar/pubs/index.htm, www.health.gov.au/hsdd/primcare/acoorcar/abtrials.htm.

Beilby, John, und Brita Pekarsky. Fundholding: learning from the past and looking to the future. *Medical Journal of Australia* (176) 2002. 321–325.

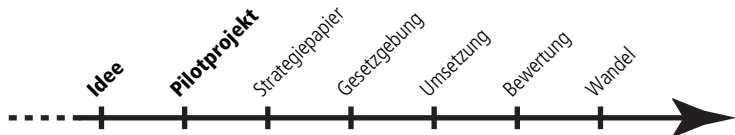
Esterman, Adrian J., und David I. Ben-Tovim. The Australian Coordinated Care Trials: success or failure? *Medical Journal of Australia* (177) 2002. 469–470.

National Resource Centre for Consumer Participation in Health. Consumer Participation in Australian Primary Care: A Literature Review. La Trobe University. Melbourne 2002. www.participateinhealth.org.au/Clearinghouse/Docs/nrcpchlitreview.pdf.

Australien: Change Management für Hausärzte



In den Jahren 2004 bis 2006 will die australische Regierung das »Australian Primary Care Collaboratives Program« umsetzen. Angekündigt im Dezember 2003, soll das umfassende Change-Management-Konzept die hausärztliche Versorgung chronisch Kranker verbessern helfen. Dies geht auf die Methodik des Institute for Health Improvement in den USA zurück und ist von den Erfolgen des daran angelehnten »NHS Primary Care Collaborative Programme« in Großbritannien inspiriert.



Plan-Do-Study-Act

Das Change Management umfasst verschiedene Phasen. In lokalen Lerngruppen erarbeiten Hausärzte gemeinsam Empfehlungen für die Behandlung von chronisch kranken Patienten

(»action plan«), die sie in der anschließenden Handlungsphase (»action period«) umsetzen, anhand von erhobenen Daten analysieren (»tracking improvements«) und im Sinne eines Qualitätsmanagementzyklus kontinuierlich verbessern. Ein Experten-ausschuss billigt die Empfehlungen unter dem Gesichtspunkt einer Outcome-Verbesserung für Patienten.

Der Schwerpunkt der ersten Phase, an der ungefähr 4 300 Allgemeinärzte in ganz Australien teilnehmen sollen, liegt auf Prävention, Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkrankungen. Im Verlauf ist geplant, das Spektrum auf andere chronische Erkrankungen auszudehnen. Das Ministerium für Gesundheit und Alter hat Interessierte zur Beteiligung am Programm für die nächsten zwei Jahre aufgerufen.

**Priorität für
Prävention**

Literatur und Links

Australian Primary Care Collaboratives Program (APCCP): www.health.gov.au/pcd/programs/apccp.

Institute for Health Improvement (IHI), USA: www.ihl.org

The National Primary Care Collaborative (NPCC), Großbritannien: www.npdt.org.

Kanada: Hausarztnetze in Ontario

Prävention und individuelle Gesundheitsförderung, Hausarztnetze und neue Vergütungsstrukturen – dies sind Eckpunkte der derzeitigen Reform des kanadischen Primärarztsystems, auf die sich nationale Regierung und Provinzen im Gesundheitsabkommen von 2003 geeinigt haben. Sie reagieren damit auf Forderungen der Romanow-Kommission (Commission on the Future of Health Care in Canada), die ärztliche und nicht-medizinische Versorgung besser zu koordinieren, Patienten stärker in den Behandlungsablauf einzubeziehen und finanzielle Ressourcen effizienter zu nutzen.





Allgemeinärzte sind ein wichtiger Pfeiler des Gesundheitssystems in Kanada. Sie erfüllen die Funktion eines Gatekeeper; fachärztliche Konsultationen erfolgen nur auf Überweisung.

Viele der dreizehn Provinzen und Territorien, die in Kanada die medizinische Grundversorgung gewährleisten, testen seit geraumer Zeit in Pilotprojekten neue Strategien der primärärztlichen Versorgung.

Ontario Family Health Network

So haben in Ontario Regionalregierung und Ärzteverbände Abkommen zur Erprobung neuer Hausarztmodelle abgeschlossen. In »Family Health Networks« betreut jeweils eine Gruppe aus Allgemeinärzten, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Fachkräften den Patienten gemeinsam. Die interdisziplinären Teams können sich bei der Provinzregierung um Finanzmittel für Ausstattung mit Informationstechnologien bewerben. Zusätzlich bezahlt werden auch »nurse practitioners« – spezialisierte Krankenschwestern, die einen Teil ärztlicher Funktionen übernehmen.

Gesundheitsförderung und 24-Stunden-Service

In Erfüllung ihres Wahlversprechens fördert die neu gewählte Regierung in Ontario seit Herbst 2003 ein weiteres Modell: In den »family health groups« arbeiten mehrere Hausärzte zusammen. So sind sie für die Patienten durchgängig erreichbar. Im Unterschied zu den »family health networks«, die größtenteils mit Kopfpauschalen vergütet werden, werden die »family health groups« nach Einzelleistungen bezahlt. Für präventive Maßnahmen erhalten sie zusätzliche Bonuszahlungen.

Hausarztmodelle nehmen rasant zu

Ziel der Regierung von Ontario ist es, die neuen Versorgungsmodelle möglichst attraktiv zu gestalten. Bis Ende 2004 sollen 80 Prozent der Familienärzte in Netzwerken arbeiten. Tatsächlich erfreuen sich die neuen Versorgungsmodelle steigender Beliebtheit. Mittlerweile nehmen rund 2700 von 6500 praktizierenden Allgemeinmedizinern an Pilotprojekten teil – für sie wie für die Patienten ist die Beteiligung freiwillig. Noch im Februar 2003 hatten sich nur 129 Ärzte dazu bereit erklärt.

Literatur und Links

First Ministers' Health Care Accord (2003): www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/accord.html.

Hausarztreformen in: Saskatchewan: www.health.gov.sk.ca/ps_phs_services_over.html.

Hausarztreform in British Columbia: www.healthservices.gov.bc.ca/phc/index.html.

Ontario Family Health Network: www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/.

Commission on the Future of Health Care in Canada (Romanow Commission). Building on Values. Final Report. Ottawa 2002. www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html.

Prävention und öffentliche Gesundheitsförderung

Prävention wird in vielen Ländern im Vergleich zu kurativer Medizin nach wie vor stiefmütterlich behandelt. So rangieren die Gesundheitsausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit als Anteil des Bruttoinlandsprodukts in allen Industrieländern im marginalen Bereich, auch wenn die Interpretation international vergleichender Daten mit Vorsicht vorzunehmen ist.

	Ausgabenanteil Prävention und öffentliche Gesundheit am BIP in Prozent (2001)	Anteil Gesamt- gesundheitsausgaben am BIP in Prozent (2001)
Australien	0,1	9,1
Dänemark	k.A.	8,6
Deutschland	0,5	10,8
Finnland	0,2	7,0
Frankreich	0,2	9,4
Großbritannien	k.A.	7,5
Japan	0,2	7,8
Kanada	0,7	9,4
Neuseeland	k.A.	8,0
Niederlande	0,4	8,5
Österreich	0,1	7,6
Republik Korea	0,1	5,9
Schweiz	0,3	10,9
Spanien	0,1	7,5
USA	0,6	13,9

OECD Health Data 2003/2004. k.A.: keine Angabe

Im Rahmen der Diskussion um Langzeiteffekte von Prävention auf Gesundheit und Lebensqualität und auf Kosteneffektivität haben einzelne Länder begonnen, umfassende und langfristig angelegte Strategien öffentlicher Gesundheitsförderung zu entwickeln. So steht Frankreich vor der Verabschiedung eines Public-Health-Gesetzes, das eine Vielzahl an Gesundheitszielen und Indikatoren im Detail definiert. Es wird sich zeigen, ob Frankreich damit – insbesondere auch vor dem Hintergrund der bevorstehenden Anwendung der »Offenen Methode der Koordination« für EU-Gesundheitssysteme, bei der es ebenfalls um Zielvereinbarungen und um Indikatoren geht – einen sinnvolleren Weg, als Deutschland ihn einschlägt. In Deutschland besteht die Gefahr, dass ein Präventionsgesetz nur unnötige Abgrenzungen von der kurativen Medizin schafft, obwohl eine integrative Sichtweise der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Bevölkerungsgesundheit Not tate.

Empfehlungen für einen solchen integrativen Ansatz finden sich auch im zweiten »Wanless Report«, mit dem England die Wirksamkeit verschiedener Präventionskonzepte überprüfen ließ. Japan entwickelte die Vision »Gesundes Japan 21«, die sich in Teilen an der US-amerikanischen Kampagne »Healthy People 2000« anlehnt.

Des Weiteren schildert dieses Kapitel Ansätze in Südkorea und Kalifornien, die sich der Prävention klassischer Risikofaktoren wie Tabakkonsum oder Adipositas widmen.

Frankreich: Public-Health-Gesetz mit vielen Gesundheitszielen



Die französische Nationalversammlung hat am 9. August 2004 ein umfassendes Gesetz verabschiedet, das Gesundheitsziele und entsprechende staatliche Maßnahmen im Detail formuliert. Bereits in der ersten Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« wurde berichtet, dass Frankreich sich mit der Reform »relatif à la politique de santé publique« besonders engagiert. Ziele sind Verringerung der Mortalität und Morbidität bösartiger Tumorerkrankungen, Reduzierung von Gewalt-, Sucht und Risikoverhalten, Förderung von Umweltmedizin, Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und adäquate Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten.



100 Ziele für eine Strategie

Für jedes der Themen legt das Public-Health-Gesetz klare Einzelziele sowie jeweilige Umsetzungsstrategien für die nächsten fünf Jahre fest. Nur für wenige der insgesamt 100 Gesundheitsziele haben die mit der Ausarbeitung beauftragten Arbeitsgruppen bislang Indikatoren ausgearbeitet, anhand derer der Erfolg der Maßnahmen in jährlichen Abständen beurteilt werden soll.

Von dem Gesetz wird erwartet, dass es Klarheit in die Zuständigkeit der zahlreichen Institutionen und Berufsgruppen bringt, die in Frankreich für öffentliche Gesundheitsförderung verantwortlich sind. Dazu zählen nationale und regionale öffentliche Einrichtungen ebenso wie nichtstaatliche Organisationen und Krankenkassen. Experten geben zu bedenken, dass die Beschränkung auf vier bis fünf Ziele die Umsetzung wahrscheinlich erleichtert und eine größere Wirksamkeit entfaltet hätte.

Konsens im Großen, Dissens im Detail

Seit der Gesetzesentwurf erstmals im Mai 2003 von der Regierung vorgestellt wurde, haben sowohl die Nationalversammlung als auch der Senat viele kleine Veränderungen vorgenommen, ohne jedoch das Reformziel anzutasten. Modifikationen betreffen

beispielsweise die Arzneimittelwerbung oder den Kompetenzbereich von Fachkräften. Bemerkenswert ist, dass sich die gesundheitspolitische Debatte eher um einzelne, im Anhang des Gesetzestextes aufgeführten Unterziele drehte, anstatt sich – zum Bedauern mancher Public-Health-Experten – am maßgeblichen Inhalt des Gesetzes zu orientieren. Dies kann jedoch als Zeichen verstanden werden, dass über die Grundrichtung des Gesetzes in Frankreich keine Meinungsverschiedenheiten bestehen.

Literatur und Links

Assemblée nationale. Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi modifié par le sénat relatif à la politique de santé publique. März 2004. www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/11473.asp.

Sénat. Projet de loi modifié par le sénat relatif à la politique de santé publique. Januar 2004. http://ameli.senat.fr/publication_pl/2003-2004/19.html.

England: Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien

Im Februar 2004 legte Sir Derek Wanless dem englischen Finanzministerium das Gutachten »Securing good health for the whole population« vor. Welche Faktoren beeinflussen die Bevölkerungsgesundheit in England, und welche Strategien öffentlicher Gesundheitsförderung sind wirkungsvoll? Mit dieser Frage hatte das englische Finanzministerium den Regierungsberater und ehemaligen Geschäftsführer der National Westminster Bank beauftragt.

In seinem ersten Gutachten vom April 2002 zum zukünftigen Finanzbedarf des NHS hatte Sir Wanless vorgerechnet, dass die Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 mittels hochwirksamer und effizienter Public-Health-Strategien um 45 Milliarden Euro niedriger sein würden als ohne.

Das Folgegutachten »Wanless II« führt nun pragmatisch wirksame und kosteneffektive Maßnahmen sowie entsprechende Anreizsysteme z.B. zum Thema Rauchen, Adipositas oder zu sozia-



**Wanless I:
Prävention spart
Geld**

**Wanless II:
Prävention
braucht Ziele**

ler Gerechtigkeit von Gesundheitschancen auf und gibt einen Überblick über die derzeitigen Ansätze in England. »Wanless II« empfiehlt, eindeutige quantitative Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung zu definieren und einen gesetzlichen Orientierungsrahmen zu schaffen. Weiterhin betont das Gutachten die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit vieler Organisationen sowie der strengen Überwachung und Evaluation der Maßnahmen.



Wenn die Regierung die Wanless-Empfehlungen – wie erwartet – in ihre zukünftigen Gesetzesentwürfe aufnimmt, dürfte sie auf wenig Widerstand im Parlament stoßen. Die meisten Vorschläge gelten als sinnvoll, altbekannt und unbestritten. Wenn öffentliche Gesundheitsförderung dennoch vernachlässigt wird, liegt dies eher an fehlender Umsetzung der Maßnahmen als an mangelndem Wissen oder starker Opposition.

**Akutmedizin
dominiert über
Public Health**

Die Gründe dafür sehen englische Public-Health-Experten in der gesundheitspolitischen Machtverteilung, denn der NHS konzentriert sich wie andere Gesundheitssysteme auf die akutmedizinische Versorgung und ist eher eine Dienstleistung für Kranke als für Gesunde.

**Höhere Priorität
für öffentliche
Gesundheit?**

Der Wanless-Bericht mag keine fundamental neuen Erkenntnisse liefern. Aber er erfüllt die Funktion, das Anliegen Bevölkerungsgesundheit zu den wichtigen Themen auf der politischen Tagesordnung in England aufzurücken. Ob damit die alten Hürden überwunden werden können, bleibt abzuwarten.

Literatur und Links

Wanless, Derek. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report. HM Treasury. 2002.

Wanless, Derek. Securing Good Health for the Whole Population. HM Treasury. 2004.

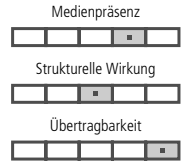
Japan: Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«

Mit einem Gesundheitsförderungsgesetz hat Japan im Mai 2003 die rechtliche Grundlage geschaffen, um Philosophie und Ziele der vor vier Jahren begonnenen Regierungskampagne »Gesundes Japan 21« umzusetzen.

Japan reagiert damit auf die demographische Entwicklung und das sich verändernde Krankheitsspektrum der Bevölkerung. Durch verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention sollen die von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung freie Lebenszeit jedes Einzelnen verlängert und gleichzeitig die zukünftigen öffentlichen Gesundheitsausgaben gedämpft werden.

Nach dem Vorbild der »Healthy People 2000«-Kampagne in den USA enthält die japanische Strategie für das 21. Jahrhundert eine Reihe von Gesundheitszielen, die in erster Linie durch verändertes Gesundheitsverhalten beim Einzelnen zu erreichen sind. Kommunen und Krankenkassen sollen verschiedene Präventionsprogramme umsetzen, deren Schwerpunkt auf der Vermeidung von Zivilisationserkrankungen und Pflegebedürftigkeit liegt.

Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit der Kommunen werden sich nicht auf Ernährungsberatung beschränken, sondern Aufklärung zu anderen lebensstilbedingten Gesundheitsrisiken einschließen. Der nationale Gesundheitssurvey zu Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung wird erweitert; er soll in Zukunft verschiedene Daten der persönlichen Lebensführung erfassen.



**»Gesundes Japan«
durch individuel-
les Gesundheits-
bewusstsein**

**Was ist Risikover-
halten?**



Außerdem bereitet Japan einem generellen Rauchverbot den Boden, denn die Regierung hat im Mai 2003 die Anti-Tabak-Konvention der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet und dem Parlament zur Ratifizierung vorgelegt. Zum Schutz von Nicht-rauchern verbietet das neue Gesundheitsförderungsgesetz schon

**Schutz vor
Passivrauchen**

jetzt das Rauchen in öffentlich zugänglichen Bereichen. Allerdings drohen Einrichtungen wie Schulen, Krankenhäusern, Behörden, Restaurants und Geschäften bisher keine Sanktionen, wenn sie gegen die neuen gesetzlichen Auflagen verstoßen.

**Standardisierung
der Vorsorge-
untersuchungen**

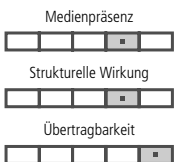
Schließlich legt das Gesundheitsförderungsgesetz fest, dass Kommunalverwaltungen und Krankenkassen in Zukunft Befunde von Reihenuntersuchungen in Schulen und am Arbeitsplatz sowie der Schwangerschaftsvorsorge und der Gesundheitsuntersuchung für Ältere nach einem standardisierten Verfahren erheben und dokumentieren müssen. Jeder Bürger erhält ein Vorsorgebuch, das als wertvolle Informationsquelle für behandelnde Ärzte dienen kann. In Japan gab es bisher keine einheitliche Methodik und Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen, sodass die erhobenen Daten z.B. bei einem Arbeitsplatzwechsel nicht an andere Institutionen weitergegeben werden konnten.

Die Wirksamkeit des neuen Gesundheitsförderungsgesetzes wird in Japan daran gemessen werden, ob es die staatlich definierten Ziele erreicht. Erfolgreich kann die Reform dann sein, wenn es ihr gelingt, alle Akteure und Institutionen auf regionaler Ebene ausreichend zu berücksichtigen und deren Bewusstsein für die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zu schärfen.

Literatur und Links

Zentralverband der Sozialversicherungsträger – Kemporen (Hrsg.). Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Krankenversicherungsträger in Japan. 2004.

Südkorea: Erhöhung der Tabaksteuer



In Südkorea soll nach einem Vorschlag des Ministeriums für Gesundheit und Wohlfahrt die Tabaksteuer von acht Cent auf 1,63 Euro pro Packung erhöht werden. Damit würde sich der Preis einer Schachtel Zigaretten mindestens verdoppeln. Die zusätzlichen Steuereinnahmen sollen gesundheitsfördernde Projekte und Einrichtungen finanzieren, statt wie bisher den Kommunen zuzufließen.

Als ehemaliges Mitglied einer Public-Health-Fakultät richtet der koreanische Gesundheitsminister sein politisches Interesse stark auf Prävention und Gesundheitsförderung. So griff er die Empfehlung der 56. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003 auf, der »Raucherepidemie« mit aktiver nationaler Politik ein Ende zu setzen. Dies nicht nur, um Gesundheitsschäden zu vermindern, sondern auch um die finanzielle Belastung des Gesundheitssystems durch raucherbedingte Erkrankungen zu reduzieren.

WHO triggert Reform



»Korea Tobacco und Ginseng«, das staatliche Monopolunternehmen zur Tabakproduktion, und die Tabakfarmer rechnen mit deutlichen Einnahmeverlusten und protestieren gegen die Reform. Härtester Gegner jedoch ist ein Mitglied aus den Reihen der Regierung selbst: Das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft erwartet negative Auswirkungen auf die südkoreanische Wirtschaft. Der Finanzminister kritisierte vor allem, dass den Kommunen eine wichtige Finanzquelle entzogen werde.

Wirtschaft vor Gesundheit?

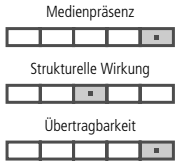
Mittlerweile haben sich die Ministerien darauf verständigt, die Tabaksteuer zu erhöhen. Strittig bleiben dennoch Ausmaß und zukünftige Verwendung der zusätzlichen Steuermittel. Eine endgültige Entscheidung steht noch aus, da die Verhandlungen unter anderem durch die Parlamentswahlen im April 2004 verzögert wurden.

Modus und Verwendung der Tabaksteuer strittig

Literatur und Links

Ministry of Health and Welfare: <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>.

USA: Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien



Im Juli 2004 wird das umfassendste Schulgetränkgesetz in der Geschichte der USA in Kraft treten, das in Kalifornien der Adipositas-Epidemie bei Kindern den Kampf ansagen will.

Der »California Childhood Obesity Prevention Act« – im September 2003 verabschiedet – verbietet stark zuckerhaltige Softdrinks in Grund- und Mittelschulen (Elementary und Junior High Schools) und legt fest, welche Getränke weiterhin verkauft werden dürfen. Dazu zählen Wasser, Milch und Säfte mit einem Fruchtgehalt von mindestens 50 Prozent.



Immer mehr dicke Kinder

In den USA hat sich die Anzahl stark übergewichtiger Kinder in den vergangenen zwanzig Jahren mehr als verdoppelt. Schätzungsweise 26 Prozent der kalifornischen Kinder sind fettleibig (2001). In Deutschland liegt der Vergleichswert bei zehn bis 20 Prozent. Als Hauptgründe für Adipositas in der Kindheit gelten Mangel an Bewegung und unausgewogene Ernährung mit »junk food« und stark gesüßten Getränken. An amerikanischen Schulen hat der Konsum von Softdrinks seit Ende der 80er Jahre stark zugenommen, denn in rund 60 Prozent der US-Mittel- und Oberschulen stehen Getränkeautomaten. Die Hinweise nehmen zu, dass Cola & Co. nicht nur adipositas-bedingte Erkrankungen wie Diabetes zur Folge haben, sondern Kinder auch einem höheren Risiko für Osteoporose und Zahnschäden aussetzen.

Öffentliche Finanznot bremst gesunde Schulernährung

Schulverwaltungen, Lehrer, Schüler und Eltern stehen dem Limo-Verbot in Kalifornien mit gemischten Gefühlen gegenüber. Bei knappen öffentlichen Geldern sind viele Schulen von privaten Sponsoren abhängig, um z.B. Zusatzangebote im Lehrplan oder eine Ausstattung mit PCs zu finanzieren. Durch Verträge mit Getränkeherstellern über Ausschankrechte erhalten die großen Schuldistrikte Kaliforniens zusätzlich bis zu einer Million US-Dollar pro Jahr.

Obwohl der Vertrieb von Softdrinks an kalifornischen Schulen weniger als ein Prozent des gesamten Absatzes ausmacht, protestieren die Hersteller vehement gegen das Süßgetränkeverbot. Denn im Schulalter entwickelt sich oftmals die langfristige Bindung an eine Marke.

Dem Druck von Schuldistrikten und Herstellern nachgebend, nahm der Gesetzgeber schließlich öffentliche Oberschulen (Senior High Schools) vom Verbot aus.

Präventionsfachleute werten die Verbannung der Softdrinks in Kalifornien nach dem Vorbild einzelner Schuldistrikte in Oakland und Los Angeles als Schritt in die richtige Richtung. Unbestritten ist, dass ein Verbot nicht die alleinige Strategie bei der Bekämpfung von kindlichem Übergewicht in den USA sein kann.

**Softdrink-
Hersteller
befürchten
langfristige
Markteinbußen
Weiterhin Limo in
Senior High Schools**

Literatur und Links

California SB 677 – Summary of provisions. The California Childhood Obesity Prevention Act of 2003. www.publichealthadvocacy.org/legislation/SB677_Summary.pdf.

Fried, Ellen J., und Marion Nestle. The Growing Political Movement Against Soft Drinks in Schools. *Journal of the American Medical Association*. (288) 2002. 2181. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/17/2181>.

SB677 – Senate Bill Analysis: http://info.sen.ca.gov/pub/bill/sen/sb_0651-0700/sb_677_cfa_20030707_173607_a_sm_comm.html.

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Viele Länder stellen etablierte administrative Strukturen der Sozialsysteme auf den Prüfstand, um der Ineffizienz der Verwaltungen zu begegnen und um öffentliche Haushalte zu sanieren. Dänemark, Finnland, Österreich, die Schweiz, Spanien und Neuseeland berichten von Chancen und Risiken einer Neudefinition und Umverteilung staatlicher oder staatlich delegierter Kompetenz.

In dünn besiedelten Gegenden gestaltet sich die adäquate und effiziente Versorgung mit öffentlichen Dienstleistungen oft schwierig. In Dänemark und Finnland zeichnet sich daher der Trend ab, größere Verwaltungseinheiten zu bilden, um – wie im Falle der finnischen Region Kainuu – der mittleren Administrationsebene größere Befugnisse zuzuordnen. In Österreich ist die Diskussion um Kompetenzverteilung zwischen Selbstverwaltung und Staat entbrannt, seit die Regierung die Schaffung von regionalen Gesundheitsagenturen vorgeschlagen hat.

Das Spannungsverhältnis zwischen Vorteilen regionaler Autonomie auf der einen und Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit und Mindestversorgungsstandards in einem föderalen Staat auf der anderen Seite illustrieren die Beiträge aus der Schweiz und Spanien. Neuseeland schließlich will nach acht Jahren Marktorientierung aus Fehlern lernen und besinnt sich erneut auf die Vorzüge regionaler Behörden unter staatlicher Kontrolle.

Dänemark: Neuordnung der Verwaltungsebenen

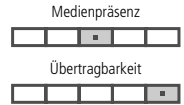
Dänemark diskutiert seit längerem, das Gesundheitssystem neu zu strukturieren und die Zuständigkeiten zwischen Staat, den 14 Kreisen und 273 Kommunen umzuverteilen. So schlägt ein Anfang 2004 publiziertes Gutachten der »Kommission für administrative Strukturen« vor, die dänischen Kreisverwaltungen zu größeren Einheiten, den »Regionen«, zu fusionieren.

Die Regierungskommission schreibt Schwächen des dänischen Gesundheitssystems zum Teil seiner dezentralisierten Struktur zu und begründet dies damit, dass viele der Kreisverwaltungen aufgrund der geringen Bevölkerungszahl nicht in der Lage seien, ihre Funktion – das heißt vor allem die Krankenhausversorgung – effizient zu erfüllen.



Bereits 2001 gab die dänische Regierung eine Studie zu alternativen Verwaltungsstrukturen im öffentlichen Sektor in Auftrag. Mit besonderem Augenmerk auf Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Qualität der stationären Versorgung stellten die Autoren dieser Untersuchung erstmals in Frage, dass die Verwaltungen in Dänemark die Anforderungen an einen modernen Wohlfahrtsstaat noch erfüllen könnten. Im Jahr 2002 erwoگ die »Beratungskommission für das Gesundheitswesen« daher, die Anzahl der Kreise zu reduzieren und zu größeren Gebieten zusammenzufassen. Dieser Vorschlag wurde von der oben genannten »Kommission für administrative Strukturen« aufgegriffen.

Im Zusammenhang mit Reformenvorschlägen im Krankenhaussektor (siehe Seite 62 ff.) diskutiert die dänische Regierung momentan nicht nur die Fusionierung der Kreise zu größeren Regionen. Einige Regierungsvertreter plädieren sogar dafür, die mittlere Administrationsebene ganz abzuschaffen und ihre Funktionen entweder der nationalen Ebene oder aber den Gemeinden zu übertragen. Hierfür zeichnet sich jedoch aufgrund des Wider-



Ist dezentrale Krankenhausversorgung ineffizient?

Abschaffung der mittleren Verwaltungsebene?

stands der Kreisverwaltungen noch keine Parlamentsmehrheit ab.

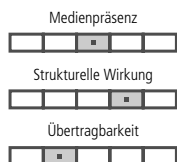
Literatur und Links

Innen- und Gesundheitsministerium (Indenrigs- og Sundhedsministeriet): www.im.dk (auch in Englisch).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strategi for det behandelende sundhedsvæsen – Patienten først. Dezember 2003. www.ism.dk/publikationer/strategi_sundhedsv/strategi.pdf (dänisch).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Et åbent og gennem-sigtigt sundhedsvæsen. Dezember 2003. www.im.dk/www.ism.dk/publikationer/debat_sundhedsv/debatoplæg.pdf (dänisch).

Finnland: Das Kainuu-Experiment



Erstmals in Finnland wird in der Region Kainuu eine demokratisch gewählte mittlere Verwaltung Funktionen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung übernehmen, die bisher in die Domäne der Gemeinden fielen.

Dezentralisierung und Unterversorgung

Angesichts von durchschnittlich nur ca. 5000 Einwohnern pro Gemeinde ist in dünn besiedelten Gegenden nicht immer eine adäquate Versorgung mit öffentlichen Dienstleistungen gewährleistet. Durch Zusammenführung der kommunalen Verwaltungen und zusätzlicher Übertragung von zentralen Kompetenzen auf eine neue mittlere Verwaltungsebene will die finnische Regierung der Unterversorgung, der Unwirtschaftlichkeit und dem Fachkräftemangel im öffentlichen Sektor begegnen.

Experiment auf mittlerer Administrations- ebene

Im »Kainuu-Experiment« schließen sich neun Gemeindeverwaltungen im Nordosten Finnlands zusammen, um ab 2005 die primärärztliche und fachärztliche Versorgung, Prävention und Umweltmedizin sowie einen Großteil der sozialen Dienstleistungen gemeinsam zu organisieren und für die Dauer von zehn Jahren zu erproben. Die Schulbildung der oberen Sekundarstufe wird ebenfalls in die Zuständigkeit des neuen, alle vier Jahre zu wählenden Regionalrats überführt.

Das selbst verwaltete Organ erhält ferner wirtschaftspolitische Befugnisse. So wird es über die Verwendung der Gelder zur Regionalförderung entschieden, die einerseits aus dem Sozialfonds der Europäischen Union, andererseits von der finnischen Regierung zufließen. Anders als z.B. die Provinzen in Schweden kann die Region Kainuu jedoch nicht selbst Steuern erheben, sondern finanziert sich aus kommunalen und nationalen Budgets.



Auch wenn die Unabhängigkeit der insgesamt 448 Kommunen in Finnland eine lange Tradition hat und die Verwaltungsreform weit reichende strukturelle Veränderungen auslösen wird, besteht im entlegenen Nordosten des Landes Konsens über den Nutzen des Kainuu-Experiments. Kritische Stimmen äußerten sich lediglich zu verwaltungstechnischen Details wie dem Verfahren zur Ernennung des Regionalratsvorsitzenden. Kaum von Medieninteresse begleitet, konnte der Gesetzesvorschlag der Regierung im März 2003 nahezu unverändert verabschiedet werden, gefolgt von rund zwanzig lokalen Einzelgesetzen. Die Aufgabe einer regionalen Arbeitsgruppe ist es nun, das Verwaltungsexperiment bis zum Jahre 2012 umzusetzen.

Kaum Gegenstimmen

Nur wenige Länder haben die Verantwortung für öffentliche Dienstleistungen so konsequent wie Finnland an die kommunale Ebene delegiert. Die Erfahrungen des Kainuu-Experiments scheinen daher nur eingeschränkt auf andere Systeme übertragbar. Innerhalb Finnlands kann die Region mit ihren 85000 Einwohnern jedoch als Modell für andere bevölkerungsarme Gegenden dienen. Eine ausdrückliche Evaluation des Experiments sieht der Gesetzestext – entgegen Expertenempfehlungen – allerdings nicht vor.

Eingeschränkte Übertragbarkeit und fehlende Evaluation

Literatur und Links

Virtual Kainuu Projekt. The regional self-government experiment in the Kainuu Region. 2004. www.kainuu.fi/kainuunliitto/Hallintokokeilu/Yleista/Self-government%20experiment%20in%20Kainuu.pdf.

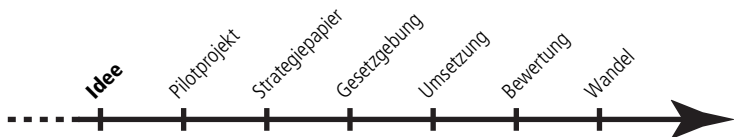
Österreich: Regionale Gesundheitsagenturen



**»Single Payer« für
mehr Effizienz und
Integration**

Unter den Schlagworten »ganzheitlich planen, ganzheitlich kontrollieren und ganzheitlich finanzieren« hat die österreichische Regierung im Mai 2004 in Umsetzung ihres Regierungsprogramms angekündigt, auf Landesebene so genannte Gesundheitsagenturen einzuführen.

Hauptaufgabe dieser regionalen Gesundheitsagenturen soll es sein, als »Single Payer« stationäre und ambulante Gesundheitsleistungen zu vordefinierten Qualitätsstandards und Preisen bei Leistungsanbietern einzuzukaufen. Gemeinsame Träger der neuen Organisationsform, die sich an Pilotprojekten aus dem liberal regierten Bundesland Vorarlberg orientiert, sind die Länder, die Sozialversicherungen und der Bund. Die Stimmenanteile und deren Gewichtung in den Organen der Gesundheitsagenturen liegen noch nicht fest.



Ziel der Regierung ist, mit der Finanzierung aus einer Hand die Kontinuität der Versorgung zu verbessern und Effizienzreserven auszuschöpfen. In Österreich gilt es als problematisch, dass Gesundheitsleistungen von unterschiedlichen Trägern finanziert und damit getrennt gesteuert werden: Die stationäre Versorgung wird nach dem dualen Prinzip je zur Hälfte durch Sozialversicherungen und staatliche Träger (Bund, Länder und Gemeinden) bezahlt. Die Finanzierung aller anderen Leistungen erfolgt aus-

schließlich durch die Krankenversicherungen. Geschätzt wird, dass die Schnittstellenproblematik zu Effizienzverlusten von 15 bis 20 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben führt.

Einige Regierungsmitglieder diskutieren, über die Länderebene hinausgehende »Gesundheitsregionen« Nord, Süd und West zu bilden und den neuen überregionalen Gesundheitsagenturen weiter reichende Steuerungsfunktionen zu übertragen. Neben einer Finanzierung der Gesundheitsleistungen auf regionaler Ebene würden die Agenturen nach diesen Vorstellungen für die Definition von Zielsetzung, Planung und die Festsetzung von Qualitätsstandards in der Region verantwortlich sein. Jedoch scheint es über diesen Vorschlag in der Bundesregierung bisher keinen Konsens zu geben.

Die Einführung von Gesundheitsagenturen wäre die einschneidendste Gesundheitsreform in Österreich seit Verabschiedung des Sozialversicherungsgesetzes von 1955. Die Reform definiert die Machtverhältnisse und Kompetenzen der Bundesregierung, der regionalen Regierungen und der Selbstverwaltung völlig neu. Sie erfordert daher nicht nur gesetzliche Anpassungen einschließlich einer Verfassungsänderung. Auch muss sie sich der massiven Opposition vieler gesundheitspolitischer Akteure stellen.

Wie in Deutschland ist auch in Österreich das Prinzip der Selbstverwaltung Kern der Sozialversicherung und wird von ihren Vertretern mit Unterstützung der Gewerkschaften vehement verteidigt. Da in den Landesregierungen die meisten Politiker Mitglieder der auf Bundesebene amtierenden Österreichischen Volkspartei sind, ist die Durchsetzungskraft der Bundesregierung jedoch stark. Der Ausgang der durch das Modell Gesundheitsagenturen angestoßenen Grundsatzdebatte über Finanzierungs- und Steuerungsstrukturen im österreichischen Gesundheitssystem bleibt abzuwarten.

**Regionalisierung
des Gesundheitssystems
in
Österreich**

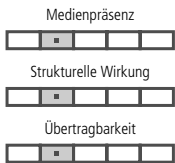
**Machtverlust der
Selbstverwaltung
an den Staat**

Literatur und Links

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Die österreichische Gesundheitsreform 2005. Themenfeld Verbesserung der Effizienz und nachhaltige Sicherung der Finanzierung im Gesundheitswesen. Mai 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Dialoge für unser Gesundheitswesen: Gesundheitsagenturen. März 2004. <http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/detail.htm?thema=CHO118&doc=CMS1080047222813>
 Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung für die XXII. Gesetzgebungsperiode. März 2003.

Schweiz: Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat



Im Konflikt zwischen Autonomie der Kantone und nationaler Reichweite der gesetzlichen Krankenversicherung setzt sich mit der Reform zur Beitragsverbilligung in der Schweiz die Tendenz fort, Regulierungsgewalt auf die Bundesebene zu übertragen. Doch ist zweifelhaft, ob damit die soziale Unausgewogenheit des Schweizer Kopfprämiensystems landesweit ausgeglichen werden kann.

Einkommensabhängige Prämienentlastung

Im Dezember 2003 scheiterte ein umfassendes Reformpaket – die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes – im Schweizer Parlament. Seither werden seine einzelnen Reformbestandteile – so auch das neue System zur Prämienverbilligung – getrennt im Parlament behandelt (siehe Ausgabe 1, 2 und Seite 77 dieser Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

Einkommensunabhängige Unterstützung kinderreicher Familien

Das Eidgenössische Departement des Innern übernimmt in seinem neuerlichen Vorschlag vom März 2004 zum Thema Prämienverbilligung das in der gescheiterten Reform bereits enthaltene Konzept der Einführung eines so genannten differenzierten Sozialziels. Dieses besagt, dass gesetzlich Versicherte nicht mehr als vier bis zwölf Prozent ihres zu versteuernden Einkommens für Krankenkassenbeiträge aufwenden dürfen. In diesem progressiven Subventionsmodell werden Personen einer niedrigen Einkommensklasse bereits ab einer Beitragshöhe von vier Prozent aus Steuergeldern unterstützt, wohingegen Besserverdiener bis zu zwölf Prozent ihres Einkommens für ihre Beiträge aufwenden könnten.

Besonders entlastet werden Familien mit Kindern, da für sie ein niedrigerer Einkommensanteil für den Anspruch auf staatliche Hilfe festgelegt ist.

Die Reformidee eines Sozialziels gilt als Gegenentwurf zu der gescheiterten Initiative »Gesundheit muss bezahlbar bleiben« der Sozialdemokratischen Partei. Wenngleich die Schweizer im Mai 2003 den Vorschlag der Opposition eines einkommens- und vermögensabhängigen Beitragssystems in einem Referendum ablehnten, besteht Einvernehmen über die Notwendigkeit, die sozialen Härten eines Kopfprämienmodells besser abzufangen.

Soziale Gerechtigkeit und nationale Einheitlichkeit

Die Schweizer sehen außerdem einen Widerspruch darin, dass ihnen als Bürger einer Nation mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1996 zwar national ein einheitlicher Grundleistungskatalog und für Haushalte mit einem niedrigen Einkommen das Anrecht auf Beitragsverbilligung garantiert wird, sie jedoch bei gleichem Einkommen je nach Kanton und Krankenkasse einen recht unterschiedlichen Anteil des Einkommens für Prämien ausgeben müssen. Der Gesetzentwurf hat daher nicht nur zum Ziel, Haushalte mit niedrigem Einkommen von der finanziellen Belastung durch Krankenkassenbeiträge zu entlasten. Die Regierung will vor allem die 26 verschiedenen Regelungen zur Prämienverbilligung in den Kantonen harmonisieren.

Regional stark divergierende Prämien

Ein schweizerisch einheitliches Sozialziel gerät in vielen Kantonen mit der prekären finanziellen Situation im Gesundheitssektor in Konflikt. Die Auseinandersetzung mit der Schweizer Regierung entzündet sich jedoch nicht allein daran, dass der Bund lediglich 200 Millionen Schweizer Franken (127 Millionen Euro) zusätzlich zum derzeitigen Bundeszuschuss von 2,4 Milliarden Schweizer Franken (1,5 Milliarden Euro) für das Prämienverbilligungssystem bereitstellen will. Die Kantone fordern auch, das jährliche Budget für Prämienverbilligung automatisch an die steigenden Gesundheitsausgaben zu koppeln, anstatt es wie geplant von der Finanzkraft des Bundeshaushalts abhängig zu machen. Für die Kantone ist der Gesetzentwurf insgesamt ein eindeutiger Eingriff in ihre Kompetenzen ohne finanzielle Kompensation durch den Bund.

Soziale Gerechtigkeit versus Föderalismus

Auch Wissenschaftler interpretieren die aktuelle Reform eher als Fortsetzung des Trends, Machtbefugnisse im Gesundheitswesen ohne die erforderliche Verfassungsänderung auf die zentrale Ebene zu übertragen.



**Prämienzuschuss
bleibt wohnort-
abhängig**

Die Chance, dass das Gesetz vom Parlament verabschiedet wird, ist recht hoch, denn die Forderung der Öffentlichkeit nach innerstaatlich einheitlichen Regelungen und der Entlastung von Familien mit Kindern ist eindrücklich. Entscheidendes und neues Detail im Gesetzentwurf ist jedoch, dass die Kantone die vier Einkommensstufen für den gestaffelten Anspruch auf Prämienverbilligung und eine generelle Obergrenze selbst festlegen. Mit anderen Worten: Sie behalten die Entscheidungsbefugnis, den Kreis der Berechtigten und damit ihre öffentlichen Ausgaben für Zuschüsse selbst zu bestimmen. Wahrscheinlich ist daher, dass das Ziel einer territorialen Vereinheitlichung der Prämienentlastung für Haushalte mit geringem Einkommen nicht erreicht wird. Für sie wird das Ausmaß der Prämienentlastung nach wie vor vom jeweiligen Wohnort abhängen.

Literatur und Links

Eidgenössisches Departement des Innern. Teilrevision der Krankenversicherung – in die Vernehmlassung gegebener Gesetzentwurf, Projekt 1C: Prämienverbilligung. 2004.

Eidgenössisches Departement des Innern. Krankenversicherung: Bundesrat stellt Reformplanung vor. Pressemitteilung. 25. Februar 2004. www.edi.admin.ch/presse/2004/040225_kvg-reformplanung.pdf.

Eidgenössisches Departement des Innern. Krankenversicherung: Bundesrat verabschiedet Vernehmlassungsvorlage. Pressemitteilung. 24. März 2004. www.edi.admin.ch/presse/2004/040324_kvg-vernehmlassung.pdf.

Balthasar, Andreas. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht

20/03 des Bundesamts für Sozialversicherung. Bern 2003.
www.interface-politikstudien.ch.

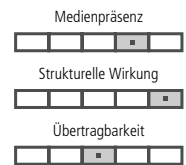
Balthasar, Andreas. Wie viel kostet das Sozialziel die Kantone? Schwieriger Weg zur gerechten Prämienverbilligung. Neue Zürcher Zeitung. 2. Juni 2003.

Crivelli, Luca, und Diego Lunati. La riduzione dei premi dell'assicurazione malattia in Ticino. Valutazione e analisi dell'incidenza. Studie im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons Tessin. Lugano 2004 (italienisch).

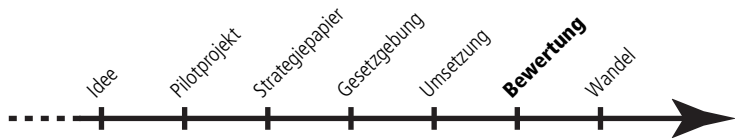
Spanien: Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung

Die Dezentralisierung des spanischen Gesundheitssystems begann Mitte der 80er Jahre mit Autonomiestatuten für sieben Regionen. Seit 2002 sind alle 17 Regionen nicht nur für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich. Regionalverwaltungen können seitdem auch frei über den Anteil des Gesundheitsbudgets am regionalen Gesamthaushalt entscheiden. Dieser setzt sich aus lokalen Steuergeldern und Transferzahlungen der Zentralregierung zusammen.

Um den inhomogenen regionalen Verhältnissen Rechnung zu tragen, werden die nationalen Zuschüsse zum Regionaletat gewichtet verteilt. Kriterien sind der Anteil der Bevölkerung, der Anspruch auf Sozialversicherungsschutz hat (zu 75 Prozent) und über 65 Jahre alt ist (zu 24,5 Prozent) sowie die geographische Abgeschiedenheit der Region (zu 0,5 Prozent). Madrid garantiert, die Transferzahlungen an die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts anzupassen. Von 2005 an wird allerdings die Entwicklung der nationalen Steuereinnahmen der Maßstab sein. Diese Regelungen haben in der Vergangenheit Unstimmigkeiten zwischen Regionen und nationaler Regierung ausgelöst, obwohl sich beide Seiten über die Dezentralisierungsstrategie grundsätzlich einig sind.



**Risikoausgleich
und jährliche
Budgetanpassung
inadäquat?**



Die 2002 gewährte Haushaltsautonomie scheint bei vielen Regionen in den ersten Jahren eine Euphorie ausgelöst zu haben. Die regionalen Regierungen erhöhten das jährliche Budget für den Gesundheitssektor stärker als erwartet und ohne dass sich das Leistungsspektrum verändert hätte.

So steigerte Katalonien den Gesundheitshaushalt im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr um acht, Andalusien und Valencia um je zehn Prozent. Auch die erst seit 2002 gesundheitspolitisch unabhängigen Regionen verzeichneten im Jahr 2003 deutliche Zuwächse der Gesundheitsausgaben, so 7,5 Prozent in Asturien und sogar 11,1 bzw. 11,6 Prozent in Kantabrien bzw. Murcia. Das finanziell schon immer autonome Baskenland weist allerdings nur eine Steigerung von 6,2 Prozent auf. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Regionen Spaniens steigen damit inzwischen immer noch insgesamt schneller als das Bruttoinlandsprodukt.

**Mehr Autonomie
= teureres
System?**

Entgegen vieler Erwartungen scheint die Dezentralisierung in Spanien zu einem Verlust an Rationalisierungseffekten zu führen. Aus verschiedenen Gründen geraten viele Regionen in ernste finanzielle Schwierigkeiten; sie beginnen die Budgetsteigerungen wieder zu drosseln (z.B. von zehn auf 7,5 Prozent in Andalusien). Zum einen sind die Arzneimittelausgaben trotz der Einführung von Festbeträgen weiterhin sehr hoch (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). Zum anderen demonstrieren viele Regionen ihre Autonomie, indem sie den Forderungen der Gewerkschaften nach besseren Arbeitsbedingungen nachkommen und ihre Ausgaben für Gesundheitsfachkräfte erhöhen. Schließlich führt der Mangel an Kooperationsvereinbarungen zwischen den Regionen zu Kosten, die vermeidbar wären.

**Mehr Autonomie
= ungerechteres
System?**

Sowohl bei der Qualität der Versorgung als auch bei den Gesundheitsausgaben gibt es nach wie vor beträchtliche regionale Unterschiede in Spanien. So reichen die Pro-Kopf-Ausgaben für

Gesundheit 2004 von 787 Euro auf den Balearen bis 1227 Euro in La Rioja. Zwar regelt das Kohäsions- und Qualitätssicherungsgesetz vom Mai 2003 eine überregionale Standardisierung und Koordinierung der Gesundheitsleistungen und garantiert den Zugang zur Versorgung in ganz Spanien (siehe Ausgabe 1 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). Gleichwohl besteht das Risiko, dass die regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung auf der Halbinsel immer größer werden.

Die Regierung Aznar (Partido Popular) schien den Prozess der Dezentralisierung im Gesundheitswesen als abgeschlossen zu betrachten – eine zeitliche Befristung des Finanzierungsmodells von 2002 ist im Unterschied zu den bisherigen fünfjährigen Überarbeitungen nicht vorgesehen. Ob die neue, im April 2004 vereidigte PSOE-Regierung diesen Kurs verändern wird, bleibt abzuwarten.

Literatur und Links

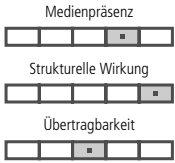
Cantarero, David. Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España. Investigaciones 7/03. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid 2003 (spanisch).

Cantarero, David, und Rosa Urbanos. Políticas sectoriales de gasto público: Sanidad. El gasto público en la democracia. Estudios en el XXV aniversario de la Constitución Española de 1978. Hrsg. Salinas, Francisco Javier, und Santiago Álvarez. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid 2003 (spanisch).

Tamayo, Pedro Antonio. Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad. Madrid 2001 (spanisch).

Urbanos, Rosa, und Alfonso Utrilla de la Hoz. La financiación de los servicios sanitarios: Distribución de fondos por CCAA y efectos sobre la suficiencia dinámica. El nuevo modelo de financiación autonómica. Hrsg. Francisco Javier Salinas. Instituto de Estudios Fiscales, Estudios de Hacienda Pública. Madrid 2002. 161–202 (spanisch).

Neuseeland: Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung



Die Rückbesinnung auf ein dezentrales und staatliches Gesundheitssystem erfährt in Neuseeland eine breite Unterstützung der Öffentlichkeit. Dies ist das Hauptergebnis eines Interimgutachtens, das das Forschungszentrum für Gesundheitsversorgung der Victoria University in Wellington im November 2003 veröffentlichte.



Im Jahre 2001 hatte die neuseeländische Regierung 21 kommunale Gesundheitsräte (District Health Boards) etabliert und damit erneut Strukturen eingeführt, die in Gestalt von 14 so genannten Area Health Boards bereits vor 1993 in Neuseeland existierten.

Wettbewerb: aus Fehlern lernen

Diese Umstrukturierung wird von vielen als ein Lernen aus Fehlern der Vergangenheit verstanden. Die Wiedereinführung der District Health Boards beendete eine Phase der stärkeren Marktorientierung im neuseeländischen Gesundheitssystem. Die damalige konservative Regierung hatte Mitte der 90er Jahre den Versuch unternommen, durch die Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung den Wettbewerb im Gesundheitswesen anzukurbeln.

Zwischen 1993 und 2001 agierten lediglich vier regionale Gesundheitsbehörden als Vertragspartner und nahmen Leistungsanbieter, so z.B. öffentliche Krankenhäuser, unter Vertrag. Die Kliniken (z.B. Crown Health Enterprises) operierten in dieser Zeit als For-Profit-Unternehmen. Die wettbewerblichen Strukturen enttäuschten viele, da sie weder zu mehr Wirtschaftlichkeit der Versorgung führten noch Qualität und Gesundheit-Outcomes ausreichend berücksichtigten.

Back to the Future?

Mit den District Health Boards liegt die Verantwortung für Leistungserbringung und Steuerung nun wieder in einer Hand. Die Rückkehr zur früheren Organisationsform beruhte indes

weniger auf der Überzeugung, dass dezentralisierte Strukturen sozial gerechter oder effizienter seien. Vielmehr war für die Labour-Regierung entscheidend, die Bevölkerung stärker an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen zu beteiligen und eine engere Kooperation der Leistungserbringer anzuregen.

Der Zwischenbericht der genannten Evaluation für den Zeitraum 2001–2004 bewertet die Auswirkungen der Reform zwar grundsätzlich positiv, bemerkt aber kritisch, dass die große Anzahl der Gesundheitsdistrikte zu hohen Transaktions- und Personalkosten, zur Verdoppelung von Leistungen und zur Zersplitterung des Fachwissens geführt habe. Trotz einer nach Bevölkerungsanteil und Versorgungsbedarf gewichteten zentralen Budgetzuteilung wird eine Benachteiligung der dünn besiedelten Gebiete befürchtet.

**Benachteiligung
kleiner Distrikte**

Auch stellt das Gutachten heraus, dass die kurze Wahlperiode mit oft wechselnden Vertretern der District Health Boards einer stabilen Steuerung entgegenstehen könnte. Lokale Gesundheitsräte werden alle drei Jahre direkt gewählt. Um einer ethnischen Benachteiligung der Maori oder Ungleichverteilung von Qualifikationen entgegenzuwirken, kann der nationale Gesundheitsminister bis zu vier Vertreter direkt berufen.

**Zentrale Kontrolle
versus lokale
Unabhängigkeit**

Die Maßnahmen der Distrikte müssen laut der »Neuen Gesundheitsstrategie für Neuseeland« im Einklang mit den Strategien der zentralen Regierung stehen und von dieser bewilligt werden. Damit soll das Gleichgewicht zwischen lokaler Unabhängigkeit auf der einen und dem in Neuseeland hochgehaltenen Ziel eines landesweit gleichberechtigten Zugangs zur Versorgung auf der anderen Seite gewahrt werden. Allerdings bemängeln die Distrikte, dass die Regierung bei lokalen Entscheidungen gelegentlich unangemessen interveniert.

Zwar sind strukturelle Reformen ein verlockender Weg, um politischen Wandel zu demonstrieren. Aber sie verstellen den Blick auf ungelöste Herausforderungen, wie z.B. die Schaffung von Anreizmechanismen für eine höhere Leistungsfähigkeit des neuseeländischen Gesundheitssystems im Alltag.

**Neue Struktur mit
alten Problemen**

Literatur und Links

Health Services Research Centre. Health Reforms 2001 Research Team: Interim Report on Health Reforms 2001. November 2003. [www.sog.vuw.ac.nz/vuw/fca/sog/files/Interim % 20 Report % 20 n % 20 Health % 20 Reforms % 20 2001.pdf](http://www.sog.vuw.ac.nz/vuw/fca/sog/files/Interim%20Report%20on%20Health%20Reforms%202001.pdf).

Devlin, Nancy, Alan Maynard und Nicholas Mays. New Zealand's new health sector reforms: back to the future? *British Medical Journal* (322) 2001. 1171–1174.

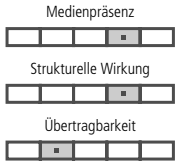
Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Kommunikation und Koordination, Nutzerorientierung und Patientenbeteiligung, Qualitätssicherung und Kosteneffizienz – von Telemedizin und e-Health wird viel erwartet. Deutschland will 2006 die elektronische Gesundheitskarte einführen. Der erste Teil dieses Kapitels berichtet von weiteren zukunftsweisen den Informationstechnologien wie der elektronischen Patientenakte und dem elektronischen Rezept, die Dänemark und Spanien landesweit einführen werden.

Innovationen der Biotechnologie und Fortschritte in der Transplantations- und Fortpflanzungsmedizin werfen ethische Fragestellungen auf, die sehr kontrovers diskutiert werden. Im Unterschied zu Deutschland ist es in Singapur wie in Frankreich seit kurzem erlaubt, Organe eines Verstorbenen auch ohne dessen Einverständnis zu Lebzeiten zur Transplantation freizugeben, um dem Mangel an Spenderorganen zu begegnen.

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels berichtet Frankreich außerdem vom langwierigen und schwierigen Prozess der Novelisierung seines Bioethikgesetzes von 1994, der von einem deutlichen Kurswechsel zum Thema therapeutisches Klonen und Stammzellenforschung gekennzeichnet war. Eine zunächst forscherefreundliche Einstellung wich einer restriktiven ethischen Haltung gegenüber neuen biomedizinischen Errungenschaften. Bemerkenswert ist, dass die Debatte aus den politischen Gremien kaum in die Öffentlichkeit getragen wurde, da die Themen als zu komplex für die Allgemeinheit erachtet wurden.

Dänemark: Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern



Krankenhäuser in Dänemark müssen bis Ende 2005 die elektronische Patientenakte (EPA), das heißt eine EDV-technische Zusammenführung aller medizinisch relevanten Dokumente eines Patienten, einführen. Sie sollen sich dabei am neu entwickelten nationalen Softwarestandard (Grundstruktur for Elektronisk Patientjournal – GEPJ) orientieren. Die Zielvorgaben sind Teil der dänischen Strategie für Informationstechnologie (IT) im Gesundheitswesen 2003–2007 und ein Ergebnis der Verhandlungen über den Gesundheitsetat zwischen Regierung und Kreisen im Jahr 2003.



Inhomogenität der stationären IT-Landschaft

Einige dänische Krankenhausmanager bezweifeln, dass die geforderte 100-prozentige Implementierung der EPA bis 2005 erreicht werden kann. Denn sie sehen einen enormen Entwicklungs- und Finanzierungsbedarf an technischer Ausstattung, an Qualifikation des Klinikpersonals und an Umstrukturierung der Arbeitsabläufe. Computertechnisch besser ausgestattete Kliniken stehen der Festsetzung eines landesweiten Standards dagegen kritisch gegenüber, weil sie einen deutlichen Entwicklungsrückschritt befürchten.

Ambulanter Sektor innovativer als Krankenhäuser

In Dänemark dokumentieren rund 85 Prozent der Allgemeinärzte und ambulanten Pflegedienste elektronisch, einige bereits mit mobilen Kleincomputern. Im Vergleich zum ambulanten Sektor hinken dänische Krankenhäuser der Anwendung computergestützter Lösungen in der klinischen Routine hinterher.

Inkompatibilität verhindert Integration

Eine fehlende Standardisierung der IT-Lösungen verhindert oft die problemlose Übertragung der Daten der EPA an andere Abteilungen, Kliniken oder externe Institutionen. Die Vielfalt der in Krankenhäusern realisierten Softwareprogramme ist in Dänemark wie in Deutschland nahezu so groß wie die Anzahl der installierten Systeme.

Die IT-Strategie des dänischen Ministeriums für Inneres und Gesundheit beschränkt sich nicht darauf, der Heterogenität der IT-Landschaft in den Krankenhäusern zu begegnen. Der elektronische Datenaustausch mittels EPA soll langfristig zwischen den Sektoren und allen Beteiligten im Behandlungsablauf ermöglicht werden. Auch Patienten sollen jederzeit Zugriff auf ihre elektronischen Daten haben. Ein eigens dafür eingerichtetes nationales Observatorium verfolgt und bewertet seit 2001 die Implementierung der EPA. Denn die Vision des IT-Konzepts umfasst das gesamte dänische Gesundheitssystem mit den Zielen Patientenorientierung, Kontinuität der Versorgung, systematische Qualitätssicherung und effiziente Verwendung der Gesundheitsressourcen.

Vernetzung der Computer für ein besseres Gesundheitswesen?

Literatur und Links

Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: www.im.dk (auch in Englisch).

Spanien: Landesweites elektronisches Rezept

Die spanische Regierung will im Jahr 2004 laut Novellierung des Arzneimittelgesetzes mit der landesweiten Einführung des elektronischen Rezepts beginnen.

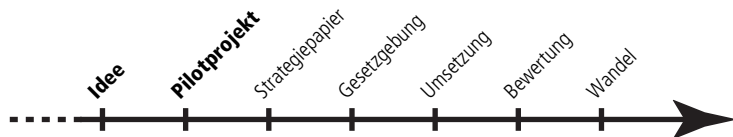
Von der papierlosen Verschreibung und Abgabe von Medikamenten verspricht man sich nicht nur eine Senkung der Verwaltungskosten und einfachere Abrechnungsabläufe. Erklärtes Ziel ist es auch, eine rationalere Arzneimitteltherapie zu erreichen, Behandlungsfehler zu vermeiden und chronisch kranken Patienten den häufigen Gang zum Arzt zu ersparen. Ärzte und Apotheker sollen online Zugriff auf eine zentrale Datenbank und damit auf medizinische Daten des Patienten erhalten.

Datenschutzexperten, Verbraucher- und Ärzteverbände äußern sich zu den Plänen der Regierung kritisch. Sie sehen den Schutz der Persönlichkeitsrechte des Patienten gefährdet, wenn individuelle Daten online übertragen werden. Ärzte befürchten zudem, bei der Verordnung von Medikamenten von Apothekern



Datenschutz und Therapiefreiheit gefährdet?

und regionalen Gesundheitsverwaltungen kontrolliert zu werden und verstehen dies als Angriff auf die ärztliche Therapiefreiheit.



**Erfolgreiche
Projekte in
Regionen?**

Einzelne spanische Regionen haben seit 2000 den Einsatz des elektronischen Rezepts – in ihren Augen erfolgreich – in der Praxis erprobt. Kritiker weisen jedoch darauf hin, dass sich die Projekte z.B. in Valencia, Galizien oder Andalusien in erster Linie auf die technische Machbarkeit konzentrierten und weniger auf Optimierung der Behandlungsqualität ausgerichtet waren.

**Pilotprojekt
elektronisches
Rezept**

PISTA II, das Nachfolgeprogramm von PISTA I (2000–2002), wird in den nächsten zwei Jahren das elektronische Rezept unter anderem in Madrid, Valencia, Katalonien, im Baskenland und auf den Kanaren erproben. Das überregionale, vom spanischen Ministerium für Wissenschaft und Technologie, vom Gesundheitsministerium und von einigen Regionalregierungen initiierte Projekt soll für die spanienweite Umsetzung viele Fragen der technischen Ausführung klären, z.B. die der möglichen Koppelung des elektronischen Rezepts an eine persönliche Gesundheitskarte.

Auch gesetzliche Bestimmungen hinsichtlich einer möglichen Zusatzvergütung für Ärzte und Apotheker müssen geklärt werden. Zu erwarten sind hohe Investitionskosten für Ausstattung mit Hard- und Software sowie Schulungen des Personals. Diese vielen Details können darüber entscheiden, ob die Einführung des elektronischen Rezepts in ganz Spanien die Ziele der Regierung erfüllen können wird.

Literatur und Links

Pilotprogramm PISTA – Programa para la Promoción e Identificación de Servicios Emergentes de Telecomunicaciones Avanzada: www.setsi.mcyt.es/sat/pista, www.setsi.mcyt.es/sat/pista/sanidad/SAN_II_C.html, www.setsi.mcyt.es

mcyt.es/sat/pista/sanidad/SAN_RECETA_II.html (spanisch)

Pilotprojekt zur elektronischen Gesundheitskarte in Valencia: www.seis.es/inforsaludnet2000/mesa4/mescolano_archivos/frame_htm (spanisch).

Gesellschaft für Informationen im Gesundheitswesen – Sociedad Española de Informática de la Salud: www.seis.es (spanisch)

Frankreich: Novelle des Bioethik-Gesetzes

Frankreichs Parlament hat im Juli 2004 nach zweijähriger Kontroverse neue gesetzliche Bestimmungen zu Stammzellforschung, Klonierung und Genpatentierung sowie zu Organspende und künstlicher Befruchtung verabschiedet.

Kern der langwierigen Auseinandersetzung um die Reform des Bioethikgesetzes von 1994 war die liberale Haltung eines ersten Gesetzentwurfs der Sozialisten, der vorsah, biomedizinische Verfahren kontrolliert zu fördern. Nachdem die Nationalversammlung 2003 diesen Vorschlag zunächst gebilligt hatte, reagierten alle Oppositionsparteien – von der Mitte-Rechts-Fraktion bis zu den Kommunisten – auf die massiven Bedenken von Ethikexperten und veränderten ihre Position. Im konservativ dominierten Senat und der mittlerweile neu gewählten Nationalversammlung setzte sich schließlich auf diese Weise ein Verbot von Forschung an embryonalen Stammzellen durch, das ab 2009 in Frankreich gelten wird. In Deutschland darf dagegen nach dem Stammzellengesetz seit 2002 an importierten, bereits vor dem 1. Januar 2002 existierenden embryonalen Stammzellen geforscht werden.

Wie im deutschen Embryonenschutzgesetz untersagt das französische Bioethikgesetz weiterhin jede Form des menschlichen Klonens. So dürfen unter Androhung mehrjähriger Haftstrafen weder Zellkerne eines Patienten in entkernte Eizellen übertragen werden, um genetisch identisches Ersatzgewebe herzustellen (therapeutisches Klonen), noch darf an der genetischen Duplikation ganzer Menschen geforscht werden (repro-



**Skepsis gegen-
über Forschung an
embryonalen
Stammzellen**

duktives Klonen). Kontrolliert werden diese Auflagen von einem neuen nationalen Institut für Biomedizin.



Forschungsstandort Frankreich bedroht?

Frankreich soll nach dem Willen der Politiker stattdessen in der ethisch unbedenklichen adulten Stammzellenforschung weltweit führend werden. Französische Wissenschaftler protestierten heftig gegen die Reform, die in ihren Augen die Abwanderung hoch qualifizierter Fachkräfte und die Kürzung staatlicher Fördermittel auslöst und so den Forschungsstandort Frankreich bedroht. In ihren Augen ist das Potenzial erwachsener Zellen zur Differenzierung in andere Gewebearten (Pluripotenz) gegenüber der embryonalen Variante umstritten.

Verbot der Genpatentierung

Restriktiver als bisher ist Frankreichs Haltung zur »Vermarktung« des menschlichen Genoms. Im Widerspruch zur 1999 umgesetzten EU-Richtlinie 98/44/EG ist die Patentierung des menschlichen Genoms selbst unter strengen Auflagen in Frankreich nicht mehr möglich. Die französische Regierung ist daher gezwungen, die Verhandlungen mit der EU wieder aufzunehmen.

Aktives Veto zu Organspende

Vor dem Hintergrund eines chronischen Mangels an Transplantaten waren die neuen Regelungen zur Organspende in Frankreich ein deutlich weniger strittiges Thema. In Zukunft müssen Franzosen schon zu Lebzeiten eine Organentnahme nach ihrem Tod ausdrücklich ablehnen. Liegt keine Ablehnung vor, gilt dies als Einverständnis zur Organspende. Dieser Automatismus steht in deutlichem Kontrast zum deutschen Transplantationsgesetz, wonach Angehörige die Zustimmung zur Organspende erteilen müssen.

Retortenkind unter Auflagen

Ebenfalls nur am Rande diskutiert wurden die verschärften Auflagen für künstliche Befruchtung. Die Erlaubnis wird nun nur Ehen und eheähnlichen Gemeinschaften gewährt, die seit zwei Jahren bestehen.

Trotz der großen Reichweite des Bioethik-Gesetzes wurde die

Debatte kaum in die Öffentlichkeit getragen, da die umstrittenen Themen als zu kompliziert für Laien galten. Stattdessen verstanden sich die Parlamentarier als Vertreter des ethischen Gewissens Frankreichs. Ausdruck dieser Haltung ist auch, dass eine Evaluation des Gesetzes nicht vorgesehen ist, mit der Vorstellung, dass sich die gesellschaftlichen Werte und Normen trotz des biomedizinischen Fortschritts nicht verändern werden.

**Politiker in der
Rolle des
ethischen
Gewissens**

Literatur und Links

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé: www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm.

Projet de loi relatif à la bioéthique:

www.senat.fr/doslegman/pjlo1-r89_travaux.html.

Assemblée Nationale. Débats parlementaire:

www.assemblee-nat.fr/12/cr/1203-2004.

Claeys, A., Huriet, C. (1999). Rapport sur l’application de la loi 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l’utilisation des éléments et produits du corps humain, à l’assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Rapports de l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST):

www.assemblee-nat.fr/rapoecst/bioethique/11407-01.asp#_Toc443973735.

Gros, François. Les cellules souches adultes et leurs potentialités d’utilisation en recherche et en thérapeutique: comparaison avec les cellules souches embryonnaire. Rapport établi à la demande du Ministre de la Recherche. 2000: www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/014000287.shtml.

Lalande, Françoise, Valérie Delahaye-Guillocheau, Marc Ollivier und Elisabeth Dufourcq. Conservation d’éléments du corps humain en milieu hospitalier. Inspection générale des affaires sociales (IGAS)/Inspection générale de l’administration de l’éducation nationale et de la recherche (IGER). 2002. www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000374.shtml.

Singapur: Revision des Organspendegesetzes



Erweiterung des Spenderpools

Um dem Mangel an Spenderorganen für Transplantationen zu begegnen, hat Singapur das Organspendegesetz von 1987 überarbeitet und im Januar 2004 in neuer Fassung verabschiedet.

Novum ist, dass seit Juni 2004 nicht nur Nieren, sondern auch Leber, Herz und Hornhaut post mortem für eine Transplantation entnommen werden dürfen. Der Kreis der potenziellen Spender wurde ebenfalls erweitert und umfasst nicht nur Unfall-opfer, sondern alle Verstorbenen mit diagnostiziertem Hirntod. Ausgenommen wurden Personen muslimischer Abstammung und psychisch Kranke.



Schärfere Bestimmungen bei Lebendspende

Um Personen, die zu Lebzeiten Organe an Nichtverwandte spenden wollen, vor kommerziellen Interessen zu schützen, fordert das Gesetz neuerdings zusätzlich zum Einverständnis des Ethikrats des jeweiligen Krankenhauses die Zustimmung einer unabhängigen »Ethikkommission für Transplantation«. Die Gutachter sollen sich vergewissern, dass der Spender über die medizinischen Konsequenzen vollständig aufgeklärt wurde und dieser sein erforderliches formales Einverständnis zur Organentnahme ohne emotionalen oder finanziellen Druck gegeben hat.

Akuter Organmangel – wenig Kontroverse

In Singapur besteht ein akuter Mangel an Spenderorganen. Im Jahre 2001 warteten 650 Patienten auf eine neue Niere und 25 auf eine Lebertransplantation. In den fünf Jahren zuvor konnten jedoch nur insgesamt 423 Nieren und 75 Lebern transplantiert werden. Die vom Gesundheitsministerium im Jahr 2003 vorgeschlagenen Änderungen zur Organspende lösten daher im Parlament keine Kontroverse aus und wurden auch von der Ärzteschaft sowie von verschiedenen religiösen Gruppen begrüßt. Schätzungen gehen davon aus, dass sich mit der Gesetzesreform die Anzahl der Nierentransplantationen um 24 pro Jahr erhöhen wird.

Im Unterschied zu Deutschland, wo ein ausdrückliches Einverständnis z.B. in Form eines Organspendeausweises vorliegen muss, entschied sich Singapur nach eingehender Debatte in öffentlichen Anhörungen dafür, dass eine Post-mortem-Organ-spende erlaubt ist, außer der Spender hat dies vor seinem Tod ausdrücklich abgelehnt. Um Mythen in der Bevölkerung und Ängsten vor einer verfrühten Organentnahme, das heißt vor dem eigentlichen Tod des Spenders, zu begegnen, plant das Gesundheitsministerium eine sechsmonatige Aufklärungskampagne. Die an alle Haushalte versendeten Broschüren werden gezielt über das Verfahren der Organspende und die Patientenrechte informieren. Ziel ist, die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung deutlich zu erhöhen.

Weitere Nachrichten

Dieses Kapitel berichtet über weitere aus deutscher Perspektive aufschlussreiche Reformen und schreibt gesundheitspolitische Entwicklungen aus den ersten beiden Befragungsrunden fort. Ergänzend empfiehlt sich die Lektüre der ersten und zweiten Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«.

USA: Oregon Health Plan – der Anfang vom Ende

Medienpräsenz					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Strukturelle Wirkung					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Übertragbarkeit					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

Im April 2004 kündigte das Department of Human Services, die öffentliche Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt im Bundesstaat Oregon, an, 5000 Geringverdiener aus dem Kreis der Empfänger des Oregon Health Plan (OHP) auszuschließen. Damit läutete die Behörde das Ende des über die USA hinaus weit hin beachteten und ambitionierten Oregon-Modells ein. Der Oregon Health Plan sicherte allen armen Bürgern des Staates im Nordwesten der USA Zugang zu einer Basiskrankenversicherung. Die Abkehr vom Oregon-Modell trifft nun diejenigen, die in Oregon bisher Anspruch auf öffentliche Gesundheitsversorgung hatten, die aber aus dem bundesweiten Medicaid-Programm ausgeschlossen bleiben – sie stehen jetzt ohne Krankenversicherungsschutz da. Das Jahresbruttoeinkommen dieses Personenkreises liegt zwar unterhalb der Armutsgrenze (9360 Dollar bzw. 7525 Euro für Einzelpersonen unter 65 Jahren, 18240 Dollar bzw. 14660 Euro für eine vierköpfige Familie), aber oberhalb der US-weiten Anspruchsgrenze für das öffentliche »Medicaid«-Programm.



Anders als in Deutschland gibt es in den USA keine allgemeine Krankenversicherungspflicht, sondern nur eine staatliche Gesundheitsversorgung für Rentner (Medicare) und Arme (Medicaid), letztere mit je nach Bundesstaat variierendem Leistungsumfang und Zugang zur Versorgung. US-Bürger müssen deshalb ihre Krankenversicherung auf dem freien Markt erwerben, sofern sie diese nicht über ihren Arbeitgeber erhalten. Vor allem Angestellte kleiner Firmen, Geringverdienende und Menschen mit Vorerkrankungen bleiben in diesem System häufig ohne Versicherungsschutz.

Weltweit bekannt wurde der 1994 eingeführte Oregon Health Plan durch sein Prioritätensetzungsverfahren, bei dem unter Einbeziehung der Bevölkerung und unterschiedlicher Interessengruppen in mehreren Stufen eine Rangliste von Krankheitszuständen und Behandlungen erstellt wurde. Entsprechend dem jährlich zur Verfügung stehenden Budget deckte der Oregon Health Plan nur Leistungen, die oberhalb einer Abgrenzungslinie in der Liste positioniert waren. Die explizite Rationierung des Leistungsumfangs ermöglichte Oregon, den Kreis der Berechtigten zu erweitern.

Das anfangs erfolgreiche Programm kam bald unter finanziellen Druck. Einsparungen durch die Anwendung der Prioritätenliste fielen gering aus, und die Gesundheitsausgaben vor allem für Arzneimittel kletterten in die Höhe. Auch stiegen viele Managed-Care-Organisationen mangels Profit aus dem Oregon Health Plan wieder aus, sodass Kosten sparende pauschalierte Vergütungen teureren Einzelleistungsabrechnungen wichen.

Der Beginn der Wirtschaftskrise zwang schließlich zu einer Neustrukturierung des Programms. Der Oregon Health Plan 2 schränkte zwischen 2001 und 2003 schrittweise den Umfang des Leistungspakets für Geringverdiener mit erweiterter Medicaid-Berechtigung ein (OHP Standard). Bürgern Oregons, die die bundesweiten Medicaid-Kriterien erfüllten, blieb dagegen der

**Prioritätensetzung
= Krankenversicherungsschutz
für alle?**

**Oregon Health
Plan startete
ambitioniert ...**

Leistungsumfang wie im bisherigen Oregon Health Plan erhalten (OHP Plus).

... und scheiterte
doch an den
steigenden Kosten

Der unverändert angespannten Finanzlage begegnete die Legislative 2003 mit einem Gesetz, das drei Lösungsoptionen vorsah. Die erste, eine allgemeine Steuererhöhung von 800 Millionen Dollar (650 Millionen Euro) schmetterten die Bürger Oregons im Februar 2004 in einem Referendum ab, was Haushaltskürzungen von 179 Millionen Dollar (145 Millionen Euro) für das Department of Human Services auslöste. Eine Entscheidung über eine andere Finanzierungsquelle ist bis dato nicht gefallen. Denn die zweite Option – Einführung einer Steuer auf Krankenhäuser (Provider Tax) – machen die Leistungserbringer von einem finanziellen Nutzen für sich abhängig. Schließlich sah sich das Department gezwungen, auf Plan C des Gesetzes zurückzugreifen und die OHP-Standard-Population ab August 2004 aus dem Oregon Health Plan auszuschließen.

Ende einer
universalistischen
Vision

Die Hoffnung ist, dadurch in Oregon weiterhin Leistungen anbieten zu können, die im traditionellen Medicaid-Programm nicht enthalten sind (z.B. verschreibungspflichtige Medikamente, zahnärztliche und psychiatrische Versorgung, Hilfsmittel, Leistungen für Drogenabhängige). Doch bedeutet die Reform ein klares Ende für die Vision einer Grundversicherung der gesamten Bevölkerung.

Literatur und Links

Oregon Health Plan. Oregon Department of Human Services: www.dhs.state.or.us/healthplan/.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, Commission on Medicaid and the Uninsured: www.kff.org/about/kcmu.cfm.

USA: Volksabstimmung zur Arbeitgeberpflichtversicherung in Kalifornien

Eine Volksabstimmung auf Initiative kalifornischer Unternehmen und der Handelskammer wird im November 2004 darüber entscheiden, ob Tausende von Arbeitgebern in Kalifornien ab 2006 für ihre Angestellten eine Krankenversicherung abschließen müssen.



Der mittlerweile abgelöste demokratische Gouverneur Gray Davis hatte im Oktober 2003 ein Gesetz (California Health Insurance Act/Senate Bill 2, siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«) unterzeichnet, wodurch eine Million von insgesamt sieben Millionen bisher unversicherter Kalifornier über ihren Arbeitsplatz einen Krankenversicherungsschutz erhalten sollten.

Auch nach der Verabschiedung des Gesetzes ist der Widerstand kalifornischer Arbeitgeber ungebrochen. Sie rechnen vor, dass sie die neue Pflichtversicherung 5,7 Milliarden Dollar (4,6 Milliarden Euro) pro Jahr kosten würde, und sie befürchten Arbeitsplatzverluste und negative Auswirkungen auf die kalifornische Wirtschaft. Einige Firmen, so ihre Botschaft, könnten sich gezwungen sehen, aufgrund des Standortnachteils in andere Staaten abzuwandern. Die Arbeitgeber argumentieren außerdem, dass der Leistungsumfang für viele bereits versicherte Arbeitnehmer zurückgeschraubt werden wird, um den Versicherungsschutz für alle Arbeitnehmer zu finanzieren.

Gewerkschaften, Ärzte und Patientenorganisationen dagegen unterstützen das Gesetz ausdrücklich. Nicht nur in Kalifornien fordern sie seit langem, die Arbeitgeber per Gesetz zum Abschluss von Krankenversicherungen zugunsten ihrer Beschäftigten zu verpflichten. Denn die fehlende Versicherungspflicht in den USA hat überfüllte Notaufnahmen zulasten der öffentlichen

**Drohszenario
Standortnachteil**

**Kontroverse über
Arbeitgeber-
pflichtversiche-
rung**

**Das Volk
entscheidet**

Kassen zur Folge und bedeutet im Falle einer kostenintensiven Behandlung nicht selten den finanziellen Ruin des Patienten.

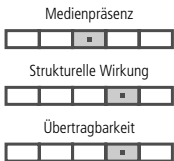
Während in der Vergangenheit auch in vielen anderen Staaten der USA eine Arbeitgeberpflichtversicherung verhindert, unwirksam oder rückgängig gemacht wurde, ist das Einleiten eines Referendums ein neues gesundheitspolitisches Blockadeinstrument. Der amtierende republikanische Gouverneur Schwarzenegger unterstützt die Widerrufung des Gesetzes. Versuche der Demokraten, die Volksabstimmung mit dem Argument verfahrenstechnischer Fehler zu verhindern, scheiterten.

Selbst wenn die Wähler in Kalifornien – wie allgemein erwartet wird – für den Beibehalt des Gesetzes stimmen, stehen weitere Hürden bevor. Denn die Arbeitgeberverbände haben angekündigt, gegen die geplante Ausgleichsabgabe zu klagen, die sie für nicht versicherte Arbeitnehmer an einen Staatsfonds zahlen müssten, womit dieser an ihrer Stelle die Versicherung abschließt. Sie sehen darin eine – wenn auch indirekte – Steuererhöhung, die in ihren Augen bei der Verabschiedung des Gesetzes einer Zweidrittelmehrheit bedurft hätte.

Literatur und Links

California Senate Bill 2 (2003). Jones Day Commentaries. 3/2004. www1.jonesday.com/FILES/tbl_s31Publications/FileUpload137/1153/CA%20Senate%20Bill%202.pdf.

USA: Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada



Im Widerspruch zu nationalem Recht ist seit April 2004 in Kalifornien ein Gesetz in Vorbereitung, das den Reimport von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Kanada ermöglichen soll.

Nach dem Willen der Demokraten, die den Gesetzesvorschlag im Senat und in der Assembly, der kalifornischen Legislative, noch vor dem Gouverneurswechsel einbrachten, sollen Versicherungsunternehmen, öffentliche Behörden und private Verbraucher in Zukunft bei kanadischen Apotheken Medikamente er-

werben können, die in den USA produziert und ins Nachbarland exportiert wurden.



Aufgrund strenger kanadischer Preisregulierung und günstigem Umtauschkurs wären die Arzneimittel schätzungsweise 30 bis 60 Prozent preiswerter als in den USA – ganz im Sinne der Verfechter dieser Reform. Erklärtes Ziel der Initiatoren mit breiter Unterstützung von Verbraucher- und Seniorenverbänden und der Ärzteschaft ist es, durch den Reimport Arzneimittelkosten zu senken. So verzeichnete das Department of General Services – die Regierungsbehörde, die Medikamente für öffentliche Krankenhäuser, für Strafvollzugsanstalten und andere öffentliche Einrichtungen einkauft – zwischen 1996 und 2003 einen Anstieg der Arzneimittelausgaben um 354 Prozent (von 40 auf 176 Millionen Dollar bzw. von 33 auf 143 Millionen Euro). Der Preisanstieg belastet auch den Geldbeutel vieler Patienten. Besonders betroffen sind Senioren, deren Versicherungen in vielen Fällen Arzneimittelkosten nicht übernehmen (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

Reimport statt nationaler Kostenkontrolle?

Weniger einhellig stehen Krankenversicherungen und Managed-Care-Organisationen hinter der Reform. Zwar begrüßen sie deren Absicht zur Kostendämpfung, bezweifeln aber relevante Einspareffekte und fürchten vor allem den Konflikt mit dem nationalen Reimportverbot. Zwar hat die Bundesebene bisher die liberaleren Regelungen und übliche Praxis in anderen, weniger bevölkerungsreichen Bundesstaaten (z.B. Minnesota, New Hampshire oder Massachusetts) toleriert. Derzeit beziehen rund eine Million US-Bürger Medikamente per Internetbestellung aus Kanada.

Kalifornien ignoriert nationales Reimportverbot

Kalifornien ist jedoch mit 34 Millionen Einwohnern ein so großer Markt, dass Reimporte in großem Stil deutlich zu Absatzeinbußen amerikanischer Arzneimittelhersteller im eigenen Land führen würden. Auch hätte ein kalifornisches Gesetz Sig-

nalwirkung für weitere US-Bundesstaaten. Die Bush-Administration hat daher schon angekündigt, das kalifornische Gesetz zu blockieren und im Zweifelsfall rechtliche Schritte gegen kalifornische Behörden, Organisationen und Privatverbraucher einzuleiten.

**Sicherheitsrisiko
und Innovations-
bremse**

Argument ist, dass die Sicherheit der Patienten gefährdet sei, wenn z.B. gefälschte oder beim Transport beschädigte Produkte verkauft werden, obwohl der kalifornische Gesetzesentwurf die Vertrauenswürdigkeit kanadischer Apotheken mit einer im Internet publizierten Zertifizierung sicherstellen will. Befürchtet wird außerdem, dass die geringeren Profitmargen der Pharmaindustrie zu einem Rückgang an Innovationen führen.

**Pharmalobby-
Einfluss über
Bundesebene**

Die Haltung der Bundesebene ist erheblich von der Lobby der amerikanischen Pharma- und Biotech-Firmen beeinflusst, die ein wichtiger Sponsor von Wahlkampagnen sind und mit ihren rund 600 Lobbyisten Druck auf die Bundesregierung ausüben. Einige Pharmaunternehmen haben bereits den Verkauf ihrer Produkte an kanadische Apotheken eingestellt und drohen mit einer Kontingentierung des Exports an Kanada.

Ausgang ungewiss

Der Ausgang der politischen Kontroverse ist noch unentschieden. Da in Kalifornien 2500 biomedizinische Firmen ansässig sind und pharmazeutische Neuerungen weltweit oft aus diesem Bundesstaat stammen, wird Schwarzenegger wahrscheinlich – um Wirtschaftsstandort, Arbeitsplätze und seine guten Beziehungen zur Bundesregierung besorgt – von seinem Veto als Gouverneur Gebrauch machen, das wiederum nur von einer Zweidrittelmehrheit in Senat und Assembly überstimmt werden kann.

Literatur und Links

The California Healthcare Foundation: www.chcf.org.

The California Healthcare Institute: www.chi.org.

The Henry J. Kaiser Family Foundation: www.kff.org.

Schweiz: Regierung weiter auf Reformkurs

Die Schweizer Regierung teilte im Februar 2004 den Reforminhalt der gescheiterten zweiten Revision des Krankenversicherungsgesetzes in seine einzelnen Bestandteile auf und will so ermöglichen, dass diese unabhängig voneinander verhandelt und doch noch verabschiedet werden können. Die große Heterogenität der Themen der umfassenden Reform des Krankenversicherungsgesetzes hatte im Dezember 2003 eine Parlamentsmehrheit verhindert. Nun werden in zwei Paketen sechs Einzelreformen getrennt verhandelt.



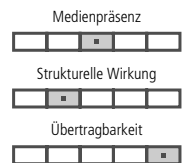
Dazu zählt die Einführung der »dual-fixen« Finanzierung von Spitätern. Kantone und Krankenversicherungen sollen in Zukunft die Leistungs- und Investitionskosten für Krankenhäuser des Bettenplans – seien sie öffentlich oder privat – je zur Hälfte übernehmen.

Weitere Themen sind die Förderung besonderer Versicherungsmodelle (Managed Care), die Reform der Prämienverbilligung (siehe Ausgaben 1 und 2 »Gesundheitspolitik in Industrieländern« sowie Seite 52 dieser Ausgabe) und die Fortführung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen.

Fünfter Verhandlungsgegenstand ist die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Bürger. Ziel des Gesetzgebers ist, eine unangemessene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen weiter einzudämmen. Obwohl die Schweizer bereits rund 30 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben privat tragen, sollen Versicherte statt bisher zehn in Zukunft 20 Prozent der von der obligatorischen Krankenversicherung anerkannten Behandlungskosten übernehmen, sofern diese oberhalb des jährlichen Selbstbehalts (Franchise) von 300 Schweizer Franken (200 Euro) liegen.



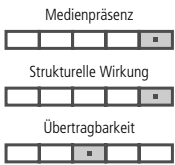
Krankenhausfinanzierung



Verdoppelung der Kostenbeteiligung



Mit Rücksicht auf chronisch Kranke wird das Maximum jährlicher Kostenbeteiligung von 700 Schweizer Franken (450 Euro) nicht erhöht. Die Krankenkassen sollen zudem mehr Spielraum erhalten, den Versicherten eine höhere, freiwillige Franchise anzubieten und im Gegenzug ihre Prämienzahlungen zu reduzieren.



Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Sektor (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«) war in der Vergangenheit strittigster Reformpunkt. Einbußen bei Versorgungsqualität, Verhandlungsmacht und Einkommen befürchtend, widersetzten sich Ärzteorganisationen vehement den Vorschlägen, das Kollektivsystem durch Einzelverträge mit den Krankenkassen zu ersetzen.



Der jetzige Vorschlag der Regierung ist einschneidender als seine Vorläufer, da er das selektive Kontrahieren bis auf eine festgelegte Mindestanzahl an Vertragsärzten pro Krankenkasse komplett freigibt. Es ist daher wahrscheinlich, dass Ärzte- und Patientenorganisationen als letzten Ausweg wieder Unterschriften von 50 000 Bürgern sammeln werden, um per Referendum die radikale Liberalisierung im niedergelassenen Bereich zu verhindern.

**Keine Bremse
durch Volkes
Stimme**

Laut Kalkül des Gesetzgebers kann ein Veto der Schweizer Bevölkerung jedoch nicht mehr alle gesundheitspolitischen Reformbemühungen in der Schweiz um Jahre zurückwerfen. Die übrigen Reformen könnten schon zum 1. Januar 2005 (erstes Paket) und 1. Juni 2006 (zweites Paket) wirksam werden.

Literatur und Links

Der Nationalrat. Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (00.079). Amtliches Bulletin 2001–2003. www.parlament.ch/ab/frameset/d/index.htm.

Eidgenössisches Department des Inneren. Botschaften der KVG-Revision. 2004. www.parlament.ch/homepage/dodossiers-az/do-kvg2/do-kvg2-botschaft.htm.

Eidgenössisches Department des Inneren. Krankenversicherung: Bundesrat stellt Reformplanung vor. Pressemitteilung. 25. Februar 2004. www.edi.admin.ch/presse/2004/040225_kvg-reformplanung.pdf.

Eidgenössisches Department des Inneren. Krankenversicherung: Bundesrat verabschiedet Vernehmlassungsvorlage. Pressemitteilung. 24. März 2004. www.edi.admin.ch/presse/2004/040324_kvg-vernehmlassung.pdf.

Enttäuschung auf der einen, Freude auf der anderen Seite. Reaktion auf Scheitern von KVG-Revision. Neue Züricher Zeitung online. 17. Dezember 2003. www.nzz.ch/2003/12/17/il/page-newzzDOBJ35EK-12.html.

Gerny, Daniel. Vertragsfreiheit statt Ärztestopp. Couchepin will Selbstbehalt der Versicherten verdoppeln. Neue Zürcher Zeitung. 26. Februar 2004. www.nzz.ch/dossiers/2003/gesundheitswesen/2004.02.26-il-article9FKR S.html.

KVG-Revision hätte verschiedene Neuerungen gebracht. Neue Zürcher Zeitung online. 17. Dezember 2003. www.nzz.ch/2003/12/17/il/page-newzzDOBG5HF2-12.html.

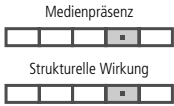
Oggier, Willy. Schlussbericht der Arbeitsgruppe Aufhebung des Vertragszwangs zum Projekt Grundlagen 3. KVG-Teilrevision. Gutachten im Auftrag des Eidgenössischen Departement des Innern. 2003.

Waber, Beat. Kleine Schritte statt umfassende Operationen. Nach dem endgültigen Scheitern der KVG-Revision. Neue Zürcher Zeitung. 18.2.2003. www.nzz.ch/dossiers/2003/gesundheitswesen/2003.12.18-il-article9ATPU.html.

Werblow, Andreas und Stefan Felder. Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Kranken-

versicherung: Evidenz aus der Schweiz. Arbeitspapier. Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg, 2002.

Frankreich: Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung



Mit einer breit angelegten Gesundheitsreform im Jahr 2005 will die französische Regierung die nationale Krankenversicherung sanieren, für die im Jahr 2004 ein Defizit von 14 Milliarden Euro prognostiziert ist. In Vorbereitung eines Gesetzentwurfs, der für den Herbst dieses Jahres angekündigt ist, errichtete das Gesundheitsministerium im Oktober 2003 den Hohen Rat zur Zukunft der Krankenversicherung (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie). Vorbild ist der Conseil d'Orientation des Retraites – ein Rat, der vor vier Jahren die Reform der Altersrente erfolgreich vorbereitet hatte. Aufgabe des Hohen Rates ist es, umfassende gesundheitspolitische Konsultationen und Anhörungen zu organisieren und zu moderieren, an deren Ende Lösungsvorschläge zur einschneidendsten Umstrukturierung des französischen Krankenversicherungssystems seit Jahrzehnten stehen sollen. Ein abschließender Bericht wird im Sommer 2004 erwartet.



Konsens der Akteure vor Debatte im Parlament?

Die zunächst bereits für Ende 2003 angekündigte Struktur- und Finanzierungsreform des französischen Gesundheitssystems wurde um ein Jahr verschoben. Der Vorschlag für ein dreistufiges Krankenversicherungsmodell des Sozialversicherungsexperten Jean-François Chadelat vom April 2003 hatte massive Proteste in der Öffentlichkeit und bei gesundheitspolitischen Verbänden ausgelöst (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

Der Haut Conseil verfolgt daher das Konzept, bei den unter-

schiedlichen Interessengruppen bereits im Vorfeld der eigentlichen Gesetzgebung einen breiten Konsens herzustellen und so die parlamentarischen Verhandlungen zu erleichtern. Dies ist umso bedeutsamer, da die regierende konservative Partei in den Regionalwahlen im März 2004 eine verheerende Niederlage erlitt. Der Sieg der Linken in nahezu allen 26 Regionen ließ Zweifel am Durchhaltevermögen der Regierung in ihrem unpopulären Reformkurs aufkommen. Es bleibt abzuwarten, ob die verschiedenen gesundheitspolitischen Akteure und ihre 46 Vertreter im Hohen Rat eigene Interessen tatsächlich einem gemeinsamen und nachhaltigen Verhandlungsergebnis unterordnen werden.

Literatur und Links

Décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 portant création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie: www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANCo323820D.



Call for Support

Einladung zur fördernden Mitgliedschaft im Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie schon häufiger nach Antworten auf folgende Fragen gesucht: Wie funktioniert Gesundheitspolitik? Was können wir von anderen Ländern lernen? Sind Erfahrungen mit Reformen des Gesundheitswesens übertragbar? Welche Voraussetzungen sind erforderlich, um Know-how und Erfahrungen erfolgreich zu adaptieren? Was ist eine gute Gesundheitsreform? Wer sind die Beteiligten, wer die »Drahtzieher«? Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Wie werden demographische und technologische Herausforderungen einerseits, Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen andererseits in anderen Ländern gelöst?

Sie finden Gesundheitspolitik-Berichterstattung spannend? Sie suchen nach umfassenden Antworten? Sie halten den systematischen Blick über den Tellerrand für wichtig und möchten regelmäßig mehr über die gesundheitspolitischen Stellschrauben und Mechanismen in anderen Industrieländern erfahren? Würden Sie gern mit renommierten Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern in reformfreudigen Industrieländern persönlich diskutieren?

Wenn diese Fragen Sie interessieren, laden wir Sie ein, Daten und Fakten aus unserem Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik als förderndes Mitglied exklusiv zu nutzen und die weiterführenden Arbeiten zu unterstützen. Jeder von Ihnen kann zur Kontinuität und Konsolidierung dieser Initiative beitragen.

Warum gibt es das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik?

Die Bertelsmann Stiftung hat dieses Expertennetzwerk 2002 gegründet, um eine ganz bestimmte Lücke zwischen Wissenschaft und Politik, zwischen Forschern und Entscheidern zu schließen: In der vielfach von Medizinern und Ökonomen geführten Diskussion fehlt oft der politische Blick. Wir verstehen uns als Mittler und Berater, indem wir vorhandene Informationen und vergleichende Studien um eine zumeist vernachlässigte Dimension ergänzen.

Wir betrachten und analysieren die politischen Prozesse und Entscheidungen – »politics of policy« – in Gesundheitssystemen und gewinnen so ein besseres Verständnis von Motiven, Interaktionen, treibenden Kräften und Interessen.

Wir finden Antworten auf die Fragen: Worin bestehen die Hindernisse, wenn Lösungen doch oft so nahe liegen? Warum fällt es der Politik anscheinend so schwer, sachlich begründete Entscheidungen zu treffen? Weil, so unsere Ausgangsthese, bei der Entscheidungsfindung unterschwellige Interessen, Werte und Überzeugungen, Opportunismen und Machterhaltung mindestens ebenso stark hineinspielen wie Fakten.

Was Sie tun können

Neben Ihrem eigenen Engagement als förderndes Mitglied können Sie Interessenten für unser Projekt gewinnen und damit dem Netzwerk eine langfristige Perspektive geben. Sie tragen dazu bei, die Ergebnisse zu validieren und repräsentativer zu gestalten.

So ermöglichen Sie uns, weltweit lehrreiche Lösungsansätze zu untersuchen und regelmäßig sowohl über »policy outcomes« als auch über strategische Wechsel und Veränderungen auf der gesundheitspolitischen Reformagenda in Industrieländern zu berichten.

Werden Sie externer Partner

Platzieren Sie auf Ihrer Website bzw. auf der Ihrer Organisation einen Link zu unserer Website www.healthpolicymonitor.org.

- Im Gegenzug verlinken wir Ihre Website auch bei uns.

Werden Sie Botschafter

Machen Sie unser Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik bekannt: Berichten Sie Einzelpersonen, Netzwerken und Ihnen bekannten Institutionen über unsere Arbeit. Stellen Sie unser Netzwerk in Ihrer Hauszeitschrift oder Ihrem Newsletter vor. Regen Sie Ihre Kunden und Partner an, unsere Reformdatenbank unter www.healthpolicymonitor.org einzusehen und für Recherchen zu nutzen.

- Hierfür bedanken wir uns gern mit einem entsprechenden Feature auf unserer Nachrichtenseite online oder in einer unserer Zeitschriften.

Unterstützen Sie das Netzwerk finanziell, indem Sie eine oder mehrere Projektaktivitäten sponsern.

Übernehmen Sie eine Patenschaft

Als Landespaten zeigen Sie Ihr spezielles Interesse an den gesundheitspolitischen Entwicklungen in einem oder mehreren Ländern des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik. Sie können auch für ein weiteres Netzwerkland mit relevanten Reform Erfahrungen finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

Sprechen Sie uns an – wir überlegen gemeinsam, welche Institution in welchem Land als Partner in Frage kommt und nach welchen Kriterien die Auswahl erfolgen sollte.

Ermöglichen Sie Fachworkshops

Sie interessieren sich für ein ganz bestimmtes gesundheitspolitisches Thema oder für Gesundheitsökonomie und Ethik? Dann engagieren Sie sich doch für die Finanzierung eines bi-, tri- oder multilateralen Fachworkshops, zu dem wir über unser Netzwerk Experten für Ihr persönliches Steckenpferd einladen:

- Wie wäre es mit einem Vergleich der Versorgung chronisch Kranker in ausgewählten Ländern? Bei Interesse schicken wir Ihnen gerne das vorläufige Programm zu.

- Oder mit einer fachlichen Diskussion zur Umsetzung von Managed-Care-Plänen in den USA, von Primary-Care-Trusts in England? Welche Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Fallstricke und Lektionen ergeben sich daraus für Disease-Management-Programme in Deutschland?
- Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Standortförderung und Verbraucherschutz am Beispiel DTCA: Soll die Europäische Kommission Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel zulassen? Welche Erfahrungen können die für Zulassung und Werbung zuständigen Behörden aus USA und Neuseeland in diese Überlegungen einbringen?
- Wie viel Eigenvorsorge, wie viel Solidarität, wie viel öffentliche Daseinsvorsorge wollen wir? Was kann Deutschland von Australien, Frankreich oder Österreich lernen? Was sagen die Experten aus Australien, den Niederlanden und der Schweiz über den Zusammenhang zwischen Marktanteilen privater Krankenversicherer einerseits und Gesundheitsausgaben andererseits?
- Wie steht es in Monopsony-Systemen um Qualitätsverbesserung und Bürgerorientierung im Gesundheitswesen?

Werden Sie exklusiver Gastgeber

Als exklusiver Gastgeber lassen Sie es sich nicht nehmen, Ihre Unterstützung für das Netzwerk durch die großzügige Finanzierung des jährlichen Symposiums zum Ausdruck zu bringen. Sie übernehmen die Anreise, die Unterkunft, die Verköstigung und das kulturelle Rahmenprogramm.

Das Jahrestreffen des Netzwerks findet jedes Jahr Anfang Juli oder Anfang September an einem anderen Ort in Europa statt.

Das vierte Treffen wird Anfang Juli 2005 in Barcelona stattfinden – vor der iHEA-Konferenz (Weltkonferenz der Gesundheitsökonom).

- ① Sie erhalten die Gelegenheit, persönliche Kontakte zu renommierten Experten und Fachinstitutionen zu knüpfen und zu pflegen.

Werden Sie Mitherausgeber

Als Mitherausgeber finanzieren Sie einen Teil oder die gesamte Erstellung eines Halbjahresberichts.

- ① Wir bedanken uns mit einem gut platzierten Logo Ihrer Organisation auf der Buchrückseite.

Werden Sie virtueller Förderer

Hat Ihnen unsere Webseite www.healthpolicymonitor.org gefallen? Wir arbeiten ständig daran, die Inhalte zu pflegen und zu aktualisieren, aber auch Funktionalität, Nutzerfreundlichkeit und Design zu optimieren.

Wenn Sie uns dabei helfen wollen, gibt es mehrere Möglichkeiten:

- ① Sie sind der Meinung, die Website gehört komplett ins Deutsche übersetzt und engagieren dafür einen geeigneten Übersetzer. Technisch sind dafür alle Voraussetzungen vorhanden – allein, es fehlt an finanziellen und personellen Ressourcen.
- ① Sie finden, die Seiten News & Events sowie die Teaser auf der Homepage gehören stärker in den Vordergrund und sollten öfter aktualisiert werden. Hierfür benötigt die zuständige Projektleiterin vor allem personelle Verstärkung. Kennen Sie jemanden? Sie beauftragen einen professionellen Online-Redakteur, der sich dieser Seiten z.B. als »fester freier« Mitarbeiter verlässlich annimmt. Sprechen Sie uns an.

Dankeschön!

Als Dank für Unterstützung jeder Art veröffentlichen wir die Namen unserer Freunde und Förderer auf der Website an prominenter Stelle und in allen Publikationen des Netzwerks.

Für Rückfragen oder detaillierte Gespräche stehen wir jederzeit gern zur Verfügung und freuen uns über Ihr Interesse.

**Team Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik
Bertelsmann Stiftung**

Tel.: (0 52 41) 81 81 216

Fax: (0 52 41) 81 681 216

E-Mail: info@healthpolicymonitor.org

Homepage: www.healthpolicymonitor.org