

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

Gesundheitspolitik in Industrieländern 11

Im Blickpunkt: Primärversorgung,
Angemessenheit und Transparenz,
nationale Politikstrategien

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Dr. Arno Kappler, Soest*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

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

ISBN 978-3-86793-030-7

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Stärkung der Primärversorgung	11
Organisation, Kompetenz und Versorgungsebenen	17
<i>Dänemark:</i> Allgemeinmedizin wird aufgewertet	18
<i>Finnland:</i> Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen	22
<i>Großbritannien:</i> Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung	24
<i>Estland:</i> Neue Zentren übernehmen Primärversorgung	25
<i>Österreich:</i> Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren	28
Fachkräfte in der Primärversorgung	33
<i>Neuseeland:</i> Positive Erfahrungen mit »Primary Care Nursing«	36
<i>Frankreich:</i> Nationale Empfehlung für einen Fachkräftemix	38
<i>Japan:</i> »Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?	41
Versorgung chronisch Kranker	45
<i>Dänemark:</i> Das Chronic-Care-Modell wird importiert	47
<i>Singapur:</i> Disease-Management-Programm für Chroniker erfolgreich	50

Angemessenheit, Fairness und Transparenz	53
<i>Slowenien</i> : Erste Schritte zum Health Technology	
Assessment (HTA)	58
<i>Polen</i> : Herausforderung HTA	61
<i>Australien</i> : Einführung von HTA auf lokaler Ebene	63
<i>Finnland</i> : Mehr Kooperation bei Beurteilung	
medizinischer Methoden	67
<i>Dänemark</i> : Weiterentwicklung der Leistungsmessung	70
<i>Australien</i> : Mehr Information soll Zahl der	
Kaiserschnitte reduzieren	73
<i>Niederlande</i> : Patientenerfahrungen fließen	
in Qualitätsportal ein	77
<i>Südkorea</i> : Mehr Übersicht über Arzneimittelverbrauch	80
<i>Frankreich</i> : Elektronische Arzneimittelakte für Patienten	81
Nationale Politikstrategien	85
<i>Finnland</i> : Entwicklungsplan für	
Wohlstand und Gesundheit	88
<i>Schweiz</i> : Nationale eHealth-Strategie startet mit eCard	91
<i>Niederlande</i> : Zahl der unabhängigen	
Behandlungszentren steigt	94
Weitere Nachrichten	97
<i>Estland</i> : Nationales Gesundheitsinformations-	
system startet	97
<i>Österreich</i> : Erstattungskodex dämpft Anstieg der	
Arzneimittelausgaben	100
<i>USA</i> : Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung	103
<i>USA</i> : Rettung des »Oregon Health Plan«?	107
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	113
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung	115
Auswahlkriterien	115
Politikbewertung	117
Projektmanagement	118
Reformverzeichnis nach Ländern	119
Reformverzeichnis nach Themen	135

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 2003 berichten wir Ihnen in dieser Buchreihe über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen in den 20 Partnerländern des »Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik«. Um Ihre Meinung zu unseren halbjährlichen Publikationen zu erfahren, hatten wir der Ausgabe 10 eine Leserbefragung beigelegt. Allen, die uns ihr Feedback haben zukommen lassen, danken wir; alle anderen laden wir herzlich ein, dies noch nachzuholen.

Die Rückmeldungen haben uns in unserer Arbeit bestärkt. Besonders erfreulich ist, dass »Gesundheitspolitik in Industrieländern« von ganz unterschiedlichen Lesergruppen als interessant und hilfreich bewertet wird: von politischen Entscheidungsträgern und Mitarbeitern im politischen Umfeld ebenso wie von Vertretern der Selbstverwaltung, Journalisten und Wissenschaftlern. Unser Ziel ist, gesundheitspolitische Entwicklungen und Lösungsansätze objektiv, interessenunabhängig und verständlich darzustellen und dabei eine Brücke zwischen Wissenschaft und Politik zu schlagen – dabei sind wir mit der Buchreihe laut unseren Lesern auf einem guten Weg. Ein Teil von ihnen würde kompakte Themenhefte zu einzelnen Schwerpunkten nützlich finden. Wir werden diese Anregung wie auch Ihre Themenvorschläge in unsere Projektarbeit der nächsten Zeit miteinbeziehen.

Im Zentrum von »Gesundheitspolitik in Industrieländern 11« steht die Primärversorgung. Damit befinden wir uns in guter Gesellschaft. Dreißig Jahre nach der Erklärung von Alma Ata hat die WHO im Weltgesundheitsbericht 2008 ihr damaliges Konzept von »Primary Health Care« wieder aufgegriffen und betont, dass

**Brücke zwischen
Wissenschaft und
Politik**

**»Now more
than ever«**

die damalige Erklärung nichts an Aktualität eingebüßt habe, vielmehr sei Primary Care nötiger denn je.

Ein von Medizinerinnen wie Politikern lange Zeit eher stiefmütterlich bis abschätzig behandeltes Fach gewinnt so in Zeiten demographischen Wandels und veränderter Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Patienten an Bedeutung. Primärversorgung ist viel mehr als allgemeinmedizinische Versorgung. Sie überwindet im Idealfall die Kluft zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Abgrenzung zu anderen medizinischen Disziplinen, indem sie Leistungen und Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren koordiniert. Die Einbettung in Versorgungs- und Dienstleistungssysteme außerhalb des Gesundheitswesens und ein klarer Fokus auf Prävention und Hilfe zum Selbstmanagement sind in einigen Industrieländern bereits wesentliche Bestandteile von Primärversorgung.

**Reformbaustelle
Primärversorgung**

Der Trend zu einer Stärkung der Primärversorgung ist deutlich erkennbar: In vielen Ländern werden die Mittel für Versorgungsforschung aufgestockt, neue Lehrstühle eingerichtet, Modellprojekte gefördert. Primärversorgung ist derzeit eine sehr dynamische Reformbaustelle, die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird. Wir stellen Ihnen interessante Entwicklungen aus neun Ländern vor.

**Angemessenheit,
Fairness und
Transparenz**

Mit »Angemessenheit, Fairness und Transparenz« haben wir einen anderen Themenbereich betitelt, der Gesundheitspolitiker und Experten in aller Welt umtreibt. Wie kann der Nutzen von Medizin so geprüft werden, dass dies zu einer kostenbewussten und nachvollziehbaren Verteilung der vorhandenen Ressourcen führt? Wie können entsprechende Prüfverfahren transparent und für alle nachvollziehbar gestaltet werden? Wie misst man zuverlässig die Qualität von Versorgung und macht sie transparent? Unsere Beispiele aus neun Partnerländern zeigen auf, wie verschiedene Gesundheitssysteme mit diesen Fragen umgehen. Dazu gehört das von immer mehr Ländern angewandte Health Technology Assessment, ein Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, aber auch soziale, rechtliche und ethische Aspekte.

Informationsquellen für dieses Buch waren wie immer die Expertenberichte des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik. Dieser Band stellt die Ergebnisse der elften halbjährlichen Befragung vor, die den Zeitraum Oktober 2007 bis Mai 2008 umfasst. Von den 81 Reformmeldungen haben wir 26 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.

Unser besonderer Dank gilt Susanne Werner, freie Journalistin und Beraterin (Agentur Kommunikation – Gesundheit – Netzwerk), für ihre Hilfe bei der Erstellung des ersten Entwurfs sowie Ines Galla (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei der organisatorischen Betreuung dieser Publikation.

Unser Dank gilt aber vor allem auch allen Experten aus den Partnerinstitutionen und ihren externen Koautoren: Ain Aaviksoo, Tit Albrecht, Gerard Anderson, Benjamin Bittschi, Yann Bourguet, Chantal Cases, Terkel Christiansen, Elena Conis, Luca Crivelli, Stefan Eichwalder, Anne Frølich, Gisselle Gallego, Kees van Gool, Peter Groenewegen, Maria M. Hofmarcher, Minna Kaila, Troels Kristensen, Markus Kraus, Christian Kronborg, Soonman Kwon, Siret Läänelaid, Lim Meng Kin, Philippe Le Fur, Hans Maarse, Ryozo Matsuda, Carol Medlin, Adam Oliver, Gerli Paat, Tanaz Petigara, Michaela L. Schiøtz, Martin Strandberg-Larsen, Eva Turk, Lauri Vuorenkoski und Cezary Włodarczyk.

Kommentare und Anregungen zu Ausgabe 11 von *Gesundheitspolitik in Industrieländern* sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschläge.

Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse

Stärkung der Primärversorgung

Primärversorgung ist ein zentrales Steuerungsinstrument für effektive und effiziente Gesundheitsversorgung. Staaten mit einer gut strukturierten Grundversorgung schneiden bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren in der Regel besser ab: Evidenzbasierte Studien aus England beispielsweise zeigen, dass jeder zusätzliche praktische Arzt (general practitioner) auf 10.000 Einwohner die Sterberate um sechs Prozent senkt (Starfield et al. 2005: 462).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Bedeutung der Primärversorgung in verschiedenen Grundsatzserklärungen unterstrichen. In der bis heute grundlegenden Deklaration von Alma Ata von 1978, die die WHO in ihrem Weltgesundheitsbericht 2008 erneut als Ziel bestätigt hat, wird Primärversorgung definiert als »... unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptabler Methoden und Technologie, die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. [...] Sie ist die erste Berührungsebene des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung« (Declaration of Alma Ata, Abschnitt VI).

Im WHO-Programm »Gesundheit21: Gesundheit für das 21. Jahrhundert« von 1998 findet sich als 15. Gesundheitsziel die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors, innerhalb

**Primärversorgung
nach Alma Ata**

**WHO-Vision des
integrierten
Gesundheitssektors**

dessen die Primärversorgung (primary care) ein stärkeres Gewicht erhalten sollte. Patienten, so die Idee, sollten sich als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen zunächst an eine gut ausgebildete Pflegekraft und einen Hausarzt wenden können. Dieses Team koordiniert dann die weitere Versorgung gemeinsam mit kommunalen Einrichtungen (Gesundheit21 1998: 29).

**Primärversorgung
ist immer Teil der
Versorgungskette**

Primärversorgung als Versorgungskonzept ist bislang nicht verbindlich definiert – die Debatte um Begrifflichkeiten und Festlegungen steht daher oft am Anfang jeglicher Annäherung an das Thema. Auf einer Tagung des WHO-Regionalbüros Europa zum Thema »Primärversorgung, Familienmedizin/Hausarztpraxis: Definition und Querverbindungen zu anderen Versorgungsebenen« 2002 in Barcelona einigten sich die teilnehmenden Experten darauf, Primärversorgung immer »als Teil der Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen« anzusehen. Sie darf demnach nicht isoliert von anderen Leistungen betrachtet werden.

**Mehr als das
Hausarztmodell**

Anders als der in Deutschland fest verankerte Begriff der hausärztlichen Versorgung beschreibt der Begriff Primärversorgung das umfassendere Konzept, das auch ergänzende Leistungen außerhalb des Gesundheitswesens in die Versorgung der (kranken) Bevölkerung einbezieht und das den engen, auf den einzelnen Patienten bezogenen Behandlungsbegriff um eine Bevölkerungsperspektive erweitert. Da eine verbindliche, international unumstrittene Definition fehlt, kann Primärversorgung je nach Land, System oder Profession über Versorgungsebenen, über Funktionen und Aktivitäten oder eben über Organisationsstrukturen definiert werden.

**Primärversorgung
ist immer die
erste Anlaufstelle**

Angesichts der Unschärfe des Begriffs erscheint es pragmatisch, von dem auszugehen, was sich in allen Industriestaaten längst ausgebildet hat. Die Primärversorgung ist in den meisten Systemen zunächst die erste Anlaufstelle für die Patienten. Sie umfasst Diagnose, Therapie, Rehabilitation sowie Palliativmedizin, aber auch Angebote zur Prävention. Sie sieht den Patienten in seinem ganzen persönlichen und sozialen Kontext und gewährleistet Kontinuität in der Behandlung (Saltman, Rico und Boerma 2006: 14, vgl. auch Starfield, Shi und Macinko 2005: 465). Primärversorgung vermag daher vieles zu vereinen: praktische Ärzte, Haus-, Familien- und Kinderärzte, aber auch Internisten und Frauenärzte. Im weiteren Sinne bindet sie auch nicht ärztliche Ge-

sundheitsberufe – wie etwa die Pflege – ein und koordiniert zudem die eigenen Leistungen mit lokalen, sozialen Angeboten.

In der Theorie geht es dabei also um mehr als um die allgemeinmedizinische Versorgung; in der Theorie überwindet Primärversorgung die vielerorts stark ausgeprägte Fragmentierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Abgrenzung zu anderen medizinischen Disziplinen, indem sie Leistungen und Leistungserbringer aus unterschiedlichen Bereichen koordiniert. Die Einbettung in Versorgungssysteme außerhalb des Gesundheitswesens und eine ausgefeilte Koordination und Kommunikation mit diesen Bereichen sind in einigen Industrieländern bereits wesentliche Bestandteile von Primärversorgung.

Angesichts der vielerorts von der Gesundheitspolitik geförderten Initiativen zur Stärkung der Primärversorgung zeigt sich, dass dieses Konzept aller Evidenz zum Trotz noch mehr praktische Erfahrungen, gute Ergebnisse sowie weitere theoretische Untermauerung braucht. Viele Gesundheitssysteme sind neu zu ordnen, damit die Primärversorgung ihre Wirkung im Gesamtsystem entfalten kann. Dabei geht es nicht nur um innovative Formen der Versorgung, der Organisation und der Steuerung, sondern auch um das berufliche Selbstverständnis und um neue Kooperationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Und es geht auch nicht um die hausärztliche Patientensteuerung als Sparmodell für klamme Krankenkassen. Norbert Schmacke, Professor an der Universität Bremen, und Kollegen haben angehende Allgemeinmediziner in Deutschland zu ihrem beruflichen Selbstverständnis befragt. Sie kommen zu dem Schluss, dass es notwendig sei, »ein neues Bild der Rolle von Allgemeinmedizin (primary care) zu entwickeln, das den Patientenerwartungen wie den Selbstbildern der nachwachsenden Arztgeneration gleichermaßen entspricht« (Schmacke et al. 2008: 41).

Mit dem Thema Primärversorgung begeben wir uns in diesem Kapitel also auf ein in Bewegung geratenes Gebiet. Primärversorgung – ein von Medizinern wie Politikern lange Zeit eher stiefmütterlich bis abschätzig behandeltes Fach – gewinnt in Zeiten demographischen Wandels und veränderter Bedürfnisse älterer und chronisch kranker Patienten an Bedeutung. So werden in vielen Ländern Mittel für die Versorgungsforschung aufgestockt, neue Lehrstühle eingerichtet, Modellprojekte gefördert. Mancher-

Koordination und Kommunikation

Neue Rollenbilder notwendig

Vielfältige Initiativen, um Primärversorgung zu stärken

orts ist die Gesundheitspolitik der Praxis voraus (so in Deutschland), anderswo – in den USA – sind es die Versorger, die aus sehr pragmatischen Gründen selbst aktiv werden, um die Versorgungs- und Koordinationsdefizite zu beheben, mit denen ihre Patienten zu kämpfen haben und deren Auswirkungen sich tagtäglich in der Praxis zeigen. So ist Primärversorgung derzeit eine sehr dynamische Reformbaustelle, die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird.

Dieses Kapitel betrachtet drei Aspekte:

- Primärversorgung vor Ort im Kontext regionaler und kommunaler Strukturen: Dänemark, Finnland, Großbritannien, Estland, Österreich
- Gesundheitsberufe, neuer Professionen-Mix, Rollen- und Arbeitsteilung: Neuseeland, Frankreich, Japan
- Chronikerversorgung in der Primärversorgung: Dänemark, Singapur

**Vielfältige
Ansätze mit
ähnlichen Zielen**

Egal ob sich die Reformen mit Organisationsstrukturen, Fachkräfte-Mix oder Chronikerversorgung beschäftigen, die Erwartung ist immer die gleiche: Funktionen, Aufgaben und Dienstleistungen von Primärversorgung sollen das Gesundheitswesen effizienter gestalten und die Versorgung dauerhaft absichern. Die in diesem Kapitel vorgestellten Initiativen zeigen die Vielfalt, aber zum Teil auch die Parallelen der verschiedenen Strategien auf, mit denen Industrienationen daran arbeiten, Primärversorgung zu stärken.

Literatur und Links

Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« für die europäischen Regionen der WHO. Europäische Schriftenreihe »Gesundheit für alle«; Nr. 5, 1998. www.euro.who.int/document/ehfa5-g.pdf.

Mappes-Niediek, Norbert, und Kerstin Blum. »Primärversorgung weltweit im Wandel«. *Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung* 1/2008. 8–11.

Marstedt, Gerd. »Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem«.

Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung 1/2008. 1–7.

Saltman, Richard B., Ana Rico und Wienke Boerma (Hrsg.). *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care*. Maidenhead 2006.

Schmacke, Norbert, Heidi Niehus, Maren Stamer und Bettina Berger. »Wanted: Der Hausarzt«. *Gesundheit und Gesellschaft* (11) 7–8 2008. 37–42.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi und James Macinko. »Contribution of Primary Care to Health Systems and Health«. *The Milbank Quarterly* (83) 3 2005. 457–502.

WHO. Grundsatzerklärung von Alma Ata. 12. September 1978. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=German.

WHO-Tagung zum Thema Primärversorgung/Familienmedizin/Hausarztpraxis, Definitionen und Querverbindungen zu anderen Versorgungsebenen, Barcelona, Spanien, 1.–2. November 2002. www.euro.who.int/InformationSources/MtgSums/2002/20030506_1?language=German.

Organisation, Kompetenz und Versorgungsebenen

Im Folgenden geht es zunächst um die Ausgestaltung von Versorgung im Kontext regionaler und kommunaler Strukturen. Nicht selten wird mit der Stärkung der Primärversorgung die Erwartung verbunden, den stationären Sektor zu entlasten und darüber das gesamte System kostengünstiger zu gestalten.

In Dänemark hat man bereits 2007 die spezialisierte Versorgung in den Krankenhäusern stärker zentralisiert. Allgemeinmediziner sollen daher künftig mehr Aufgaben übernehmen, zu Managern ihrer Patienten werden und dabei sowohl eine hohe Versorgungsqualität als auch möglichst geringe Kosten erzielen. Dafür setzt man auf größere Gruppenpraxen mit einem Fachkräfte-Mix (siehe den Bericht über Dänemark, S. 18).

In Finnland wurde Primärversorgung bisher in den Gesundheitszentren der Gemeinden erbracht. Da der Median der Gemeinden nur 5.000 Bewohner beträgt, sind die meisten Gemeinden zu klein, um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung gewährleisten zu können. Ein Gesetz von 2007 legte fest, dass Primärversorgungszentren für mindestens 20.000 Bewohner zuständig sein sollen. Die Gemeinden protestierten zunächst, doch inzwischen führt das Gesetz zu neuen Kooperationen (siehe den Bericht über Finnland, S. 22).

Neben Effizienzgewinnen kann auch eine bessere Koordination von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten im Sinne einer umfassenden Primärversorgung das Ziel struktureller Veränderungen sein. Großbritannien hat im Juli 2008 ein neues Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung verabschiedet (»Health and Social Care Act 2008«). Wichtigste Neuerung ist dabei die Einrichtung einer sektorübergreifenden Qualitätskommission, die zur Aufgabe hat, gesundheitliche und soziale Versorgung besser

Dänemark: Mehr Verantwortung für Allgemeinmediziner

Finnland: Größere Einheiten für Primärversorgung

Großbritannien: Gesundheit und Soziales enger verknüpft

miteinander zu verzahnen (siehe den Bericht über Großbritannien, S. 24).

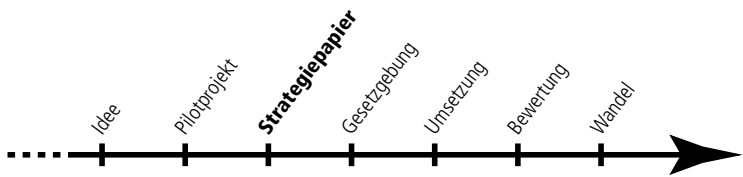
**Estland:
Versorgungszentren
und regionale
Steuerung**

Ein Trend ist in zahlreichen Ländern auszumachen: Primärversorgung wird zunehmend nicht mehr in Einzelpraxen, sondern in Versorgungszentren erbracht (siehe auch das Beispiel aus Israel in *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 39). Hier von verspricht man sich sowohl einen Effizienzgewinn als auch eine bessere Koordination der Versorgung. In Estland will man bis zum Jahr 2015 die Primärversorgung um Primärversorgungszentren ergänzen, die möglichst in der Nähe von bestehenden Hausarztpraxen anzusiedeln sind und neben Gesundheitsversorgung auch soziale Dienste anbieten. Regionale Koordinationsbüros sollen darüber hinaus die Primärversorgung für Regionen mit 40.000 Einwohnern zentral planen und steuern (siehe den Bericht über Estland, S. 25).

**Österreich:
Ambulante
Versorgungszentren
vorerst gestoppt**

Auch die österreichische Regierung wollte die ambulante Versorgung um Versorgungszentren ergänzen, unter anderem um so die Zahl der Krankenhauseinweisungen einzudämmen. Der Gesetzentwurf war zunächst jedoch kein Erfolg; vor allem Ärzte hatten ihn harsch kritisiert. Jetzt wurde das Projekt erst einmal gestoppt und einer Arbeitsgruppe übertragen (siehe den Bericht über Österreich, S. 28).

Dänemark: Allgemeinmedizin wird aufgewertet



Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung	■				
Übertragbarkeit		■			

Die dänischen Allgemeinmediziner stehen vor grundlegenden Veränderungen. Sie werden künftig zu neuen Aufgaben – speziell Patientenmanagement und Koordination – übernehmen, zum anderen wird es neue Organisationsformen für die Zusammenarbeit geben. Die Modernisierung der Allgemeinmedizin ist eine Reaktion auf strukturelle Veränderungen im stationären Sektor.

Vor wenigen Jahren hatte die Regierung in allen fünf Regionen jeweils Akutkliniken benannt, die einen 24-Stunden-Service sowie eine Reihe von fachmedizinischen Abteilungen vorweisen müssen. Diese Neuorganisation, die die Zahl der Akutkliniken von 40 auf etwa 20 bis 25 reduziert, wird derzeit umgesetzt (siehe auch Christiansen 2007). Nun soll auch der ambulante Bereich neu geordnet werden. Allgemeinmediziner werden dabei eine zentrale Rolle einnehmen.

Fachleute der dänischen Regionen haben jetzt in einem Bericht formuliert, wie die Aufgaben künftig verteilt werden und welche neuen Organisationsformen entstehen sollen. Demnach werden Allgemeinmediziner mehr und mehr zu Managern ihrer Patienten, indem sie aktiv und vorausschauend die jeweilige Erkrankung behandeln, Leistungen der Vor- und Nachsorge sowie der Rehabilitation selbst vornehmen oder gegebenenfalls organisieren. Als Koordinatoren werden sie den Behandlungsablauf gemeinsam mit den Krankenhäusern und der Kommune steuern. Der Allgemeinmediziner ist die zentrale Anlaufstelle im dänischen Gesundheitswesen; als Gatekeeper ist er für die Patienten gleichermaßen »Türöffner« wie »Pfortner«. Einerseits ermöglicht er den Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Leistungen, andererseits kann er auch die Inanspruchnahme verwehren. Damit stehen die Ärzte vor der doppelten Herausforderung, gleichzeitig eine große Nähe zum Patienten einzugehen und eine wirksame Behandlung zu möglichst niedrigen Kosten zu gewährleisten.

Die bisherige Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, lokaler Gesundheitsverwaltung (zuständig für Rehabilitation, ambulante und stationäre Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung) und Allgemeinmedizinern war nicht optimal – vor allem, weil der öffentliche und der privatwirtschaftliche Bereich durch unterschiedliche Arbeitskulturen und Finanzierungen geprägt sind. Die zentrale Frage ist, wie sich die künftige Rolle des praktischen Arztes in den bestehenden Versorgungsstrukturen sowie im Abrechnungssystem strukturell verankern lässt.

Weiter schlagen die Gutachter seitens der Regionen vor, auch die Koordination auf der Verwaltungsebene zwischen Allgemeinmedizin, Regionen und Kommunen zu verbessern. Bisher verhandeln Vertreter der dänischen Regionen mit Vertretern der Allgemeinmedizin alle zwei Jahre über die Finanzmittel. Vereinbarun-

**Ärzte als Manager
der Patienten**

**Stärkung der
Koordination auf
administrativer
Ebene**

gen über die Versorgungsstrukturen werden in regionalen Koordinationskomitees für Gesundheit getroffen. Zwar sind die Allgemeinmediziner bereits in diesen Komitees präsent – dennoch wird im Bericht empfohlen, ihren Einfluss und ihre Teilhabe an den Verhandlungen auszuweiten.

**IT-Vernetzung
zwischen
Krankenhaus,
Kommune und
Praxis**

Des Weiteren unterstützen die Regionen die Empfehlungen des nationalen Gesundheitsrates. Dieser schlägt vor, dass Vertreter der drei Sektoren gemeinsam Programme zum Patienten-Management sowie Behandlungspfade für chronisch Erkrankte formulieren, bei deren Behandlung Primärversorgung die zentrale Rolle spielen soll (siehe auch den Bericht zur Versorgung chronisch Kranker in Dänemark, S. 47). Um sie darin zu unterstützen, wird einerseits darauf gesetzt, die Informationstechnologie und den Datentransfer zwischen Klinik, Gemeinde und Praxis auszuweiten und langfristig auch die Wohnungen der Patienten einzubinden. Andererseits soll auch die Kompetenz der sogenannten Praxisberater (practice consultants) stärker genutzt werden. Dies sind in der Regel Allgemeinärzte, die für eine oder mehrere Krankenhausabteilungen arbeiten und Kooperationen mit Leistungserbringern in der poststationären ambulanten Versorgung vorbereiten.

**Ziel: Größere
Praxen und
Organisations-
vielfalt**

Neben diesen strukturellen Veränderungen sehen die Reformen auch neue Organisationsformen in der Primärversorgung vor. Der ambulante Sektor ist in Dänemark bislang rein privatwirtschaftlich organisiert. Abgerechnet wird über eine Mischung aus Pro-Kopf-Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungen. Die meisten Ärzte – 43 Prozent – arbeiten in Einzelpraxen. Ein Viertel der Praxen sind Praxisgemeinschaften: Die Ärzte teilen sich zwar Büro, Warteräume sowie Ausstattung und Angestellte, betreuen aber jeweils nur ihre eigenen Patienten. Bei einem Drittel der Praxen schließlich handelt es sich um Gemeinschaftspraxen: Zwei bis acht Ärzte tragen nicht nur gemeinschaftlich die Kosten, sondern führen auch gemeinsame Patientenlisten.

Künftig sollen größere Praxen entstehen, in denen sich mehrere Ärzte zusammenschließen und gemeinsam andere Fachkräfte anstellen, die Aufgaben in der Prävention und in der Chroniker-versorgung übernehmen sollen. Die Allgemeinmediziner sollen dort kleinere akute Eingriffe selbst vornehmen, die zuvor nur in Unfall- oder Notfallabteilungen der Kliniken behandelt wurden.

Aktuell wird debattiert, ob Gemeinschafts- oder Einzelpraxen zu bevorzugen sind. Eine Studie des dänischen Forschungsinstituts zur gesundheitlichen Versorgung (Dansk Sundhedsinstitut DSI) analysierte jüngst Stärken und Schwächen unterschiedlicher Praxistypen. Ein Ergebnis war, dass Allgemeinmediziner in ihren Vorlieben für verschiedene Organisationsformen variierten und deshalb auch verschiedene Arten der Beschäftigung ermöglicht werden sollten.

In ihrem Report haben die Regionen auch strukturelle Hürden benannt, die den Gründungen von größeren Praxen bislang entgegenstehen, und Vorschläge gemacht, wie diese zu überwinden sind. So mangelt es zum einen schlicht an Gewerberäumen mit einer entsprechenden Fläche, zum anderen bieten die Steuergesetze bisher wenig Anreize, dass Ärzte zu Unternehmern werden. Und schließlich fallen in größeren Praxen mehr Verwaltungsarbeiten an als in Einzelpraxen. Allgemeinärzte sind daher gefordert, professionelle Management- und Verwaltungsstandards in den Praxen einzuführen. Die Regionen sollen sie dabei aktiv unterstützen, indem sie Informationen dazu sammeln und verbreiten.

Die Autoren der Studie schlagen auch vor, dass die Regionen selbst Allgemeinmediziner einstellen, die vor allem chronisch Kranke zu Hause betreuen sowie spezielle Präventionsangebote machen. Verbunden ist damit die Hoffnung, Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte für Allgemeinmediziner wieder attraktiver zu machen. Bislang hofften die Regionen, dass sich dies schon von selbst regeln würde und sich genügend Ärzte in ihrer Gegend niederlassen würden. Die Aussicht auf Festanstellung könnte ein Anreiz sein, bereits frei gewordene Praxissitze nachzubesetzen.

**Für Großpraxen
fehlt oft der Platz**

**Allgemeinmediziner
als Angestellte
der Regionen?**

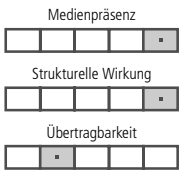
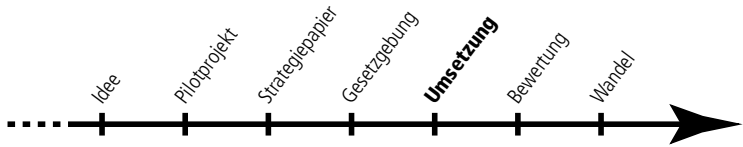
Literatur und Links

Kronborg, Christian. »General practice organisation«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/dk/a11/6.

Christiansen, Terkel. »Modernisation of general practice in Denmark«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/dk/a11/5.

Christiansen, Terkel. »Specialty planning in hospitals«. *Health Policy Monitor*. October 2007. www.hpm.org/survey/dk/a10/5.

Finland: Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen



In Finnland gestaltet sich die Neustrukturierung der Primärversorgung schwieriger als erwartet. Hier sind die 415 Gemeinden für die Gesundheitsversorgung verantwortlich, die im Durchschnitt nur 5.000 Bewohner zählen. In der Sekundärversorgung sind die Gemeinden bereits zu kommunalen Verbänden zusammengeschlossen, in der Primärversorgung unterhielten sie jedoch bisher eigene Gesundheitszentren – zu klein, um eine effiziente Primärversorgung leisten zu können. Daher schlug die finnische Regierung im Januar 2007 per Gesetzentwurf vor, auch die Primärversorgung den Verbänden zu übertragen (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 9, S. 71).

Primärversorgungszentren für 20.000 Bürger

Der Plan war, die Primärversorgung und damit eng verbundene soziale Dienste in die Verantwortung von Einheiten zu legen, die für mindestens 20.000 Bewohner zuständig sind. Derzeit versorgen nur 23 Prozent der Gemeindezentren eine so große Anzahl an Bewohnern. Diese größeren Zentren konnten so unangestastet bleiben; Gemeinden mit kleineren Zentren sollten selbst Vorschläge für mögliche Fusionen oder Kooperationsmodelle unterbreiten.

Die Autonomie der kleinen Ortschaften hat in Finnland eine lange Tradition. Viele Gemeinden sträubten sich daher zunächst gegen die Reformen. Die kommunalen Vertreter wollten ihre Verantwortung nicht an umfassendere Organisationseinheiten abgeben und mussten mehr oder weniger gezwungen werden, die Kooperationen mit ihren Nachbargemeinden zu vertiefen.

Bisher entstanden 60 kommunale Verbände. Während ein Verbund für die Bereitstellung der Primärversorgung verantwortlich ist, verbleibt die Finanzierung in den Händen der einzelnen Mitgliedsgemeinden. Weitere 20 Kommunen haben sich dafür entschieden, die Organisation der Gesundheitsversorgung einer einzelnen Stadt zu übertragen – und sich dabei vertraglich aneinander zu binden.

**Städte gehen
kommunale
Verbände ein**

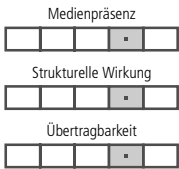
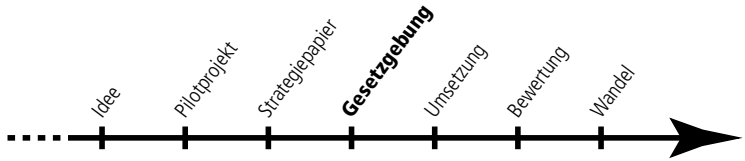
Als die Gemeinden im Herbst 2007 ihre Kooperationspläne vorlegten, stimmte die Regierung nur wenigen von ihnen sofort zu. Einige der Pläne sahen beispielsweise vor, soziale Dienste und medizinische Versorgung in die Verantwortung unterschiedlicher Organisationen zu legen. In diesen Fällen befürchtete die Regierung, dass die neuen Strukturen statt einer größeren Integration sogar eine größere Zersplitterung der Versorgung nach sich ziehen würde. In einigen Fällen wird nun nachverhandelt, andere Gemeinden müssen ihre Konzepte weiter ausarbeiten – doch der Prozess schreitet voran, wenn auch langsamer als geplant.

**Regierung mit
Gemeindeplänen
selten zufrieden**

Literatur und Links

Vuorenkoski, Lauri. »Restructuring municipal services – follow up«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/fi/a11/5.

Großbritannien: Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung



**Vision eines
übergreifenden
Versorgungs-
systems**

Großbritannien hat am 21. Juli 2008 ein Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung verabschiedet, den »Health and Social Care Act«. Es enthält eine Reihe von politischen Maßnahmen, die darauf abzielen, die gesundheitliche und soziale Versorgung besser miteinander zu verzahnen.

Wie die Primärversorgung zu verbessern ist und vor allem wie gesundheitliche Dienstleistungen mit sozialen zu verknüpfen sind – damit beschäftigten sich die Gesundheitsexperten und -politiker in Großbritannien intensiv in den vergangenen Jahren. Mitte 2005 war die Vision eines übergreifenden Versorgungssystems entwickelt worden. Es wurden Konzepte für bestimmte Bevölkerungsgruppen – zum Beispiel Senioren oder Krebskranke – diskutiert und entwickelt, nach denen Gesundheits- und Sozialdienste bei der Betreuung Hand in Hand arbeiten (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 6*, S. 57). Im Januar 2006 erschien das sogenannte Weißbuch des englischen Gesundheitsministeriums, in dem weitere Schritte zur Verbesserung der Primärversorgung benannt wurden. Das Weißbuch basierte vornehmlich auf einer Befragung von Bürgern, Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen zu ihren Bedürfnissen in der medizinischen Versorgung (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8*, S. 122).

**Sektor-
übergreifende
Qualitäts-
kommission
eingerrichtet**

Wichtigste Neuerung des im Juli 2008 verabschiedeten Gesetzes ist die Einrichtung einer Qualitätskommission für Gesundheit und Soziales (»Care Quality Commission«, CQC). Darin werden die existierende Aufsichtskommission für soziale Versorgung (»Commission for Social Care Inspection«) sowie die Kommissionen zur Inspektion der Gesundheitsversorgung (Healthcare Commission) und der Versorgung psychisch Kranker (»Mental Health Commission«) zusammengelegt. Die zentrale Aufgabe der neuen Qualitätskommission besteht darin, Sicherheit und Qualität von medizinischen Leistungen und sozialen Diensten zu gewährleis-

ten, die Qualität der Leistungserbringer zu bewerten und die Einhaltung der Rechte von psychisch Kranken zu überwachen. Indem die CQC Regulierung und Inspektion von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten zukünftig unter einem Dach bündelt, soll sie dazu beitragen, Versorgungsmängel an den Schnittstellen zu beheben und eine bessere Koordination der verschiedenen Leistungen zu erreichen.

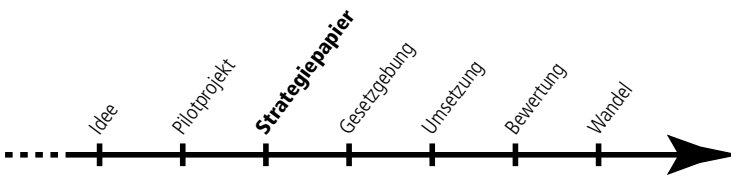
Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich werden sich bei der neuen Regulierungsinstanz registrieren lassen müssen, um Leistungen anbieten zu dürfen. Einheitliche Qualitätsstandards sind Voraussetzung für die Registrierung – ihre Einhaltung wird vorher in einem Konsultationsverfahren überprüft. Die Standards sollen patientenorientiert formuliert werden und für Leistungserbringer klare und einheitliche Richtlinien bieten.

Alle Anbieter müssen sich registrieren lassen

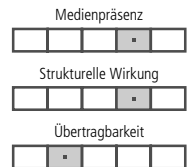
Literatur und Links

Oliver, Adam. »The Health and Social Care Bill«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/uk/a11/1.

Estland: Neue Zentren übernehmen Primärversorgung



Die estnische Regierung will bis zum Jahr 2015 die primäre Gesundheitsversorgung verbessern und dazu medizinisch-soziale Versorgungszentren aufbauen. Regionale Koordinationsbüros sollen darüber hinaus die Primärversorgung für Regionen mit 40.000 Einwohnern zentral planen und steuern. Ein entsprechender Plan wurde im April 2008 nach zweijähriger Debatte veröffentlicht.



**Vergütungsmix für
Hausärzte**

In den vergangenen Jahren gab es in Estland immer wieder Anläufe, die Primärversorgung zu verbessern. 1993 wurde die hausärztliche Versorgung als eigene medizinische Fachrichtung entwickelt und anerkannt. Ende 2001 gab es 557 Hausärzte, die ein Diplom als Abschluss vorweisen konnten, 2003 war deren Zahl auf etwa 800 gestiegen – genug, um fast die gesamte Bevölkerung zu versorgen. Seit 1998 erhalten sie ihre Vergütung aus einem Mix aus Pro-Kopf-Pauschalen (ca. 73 %), Einzelleistungsvergütungen (ca. 15 %) und ergänzenden Komponenten (Koppel et al. 2008: 87).

**Hausärzte sind
im ganzen Land
verteilt**

Das estnische Netzwerk der Hausärzte sorgt für einen angemessenen Zugang in allen Regionen. Der Hausarzt wurde als »Türöffner« im System etabliert, zugleich sollte die bereits zuvor hohe Qualität der Versorgung gewahrt bleiben. Umfragen zufolge sind die Patienten damit zufrieden: 91 Prozent von ihnen bewerten die hausärztliche Versorgungsqualität als »gut«.

Zur verbesserten Primärversorgung hat auch eine zentrale Telefon-Hotline beigetragen, die die nationale Krankenkasse bereits im August 2005 aufgebaut hat. 9.000 Patienten rufen seither durchschnittlich pro Monat die Hotline an und lassen sich von Allgemeinmedizinerinnen und Krankenschwestern beraten. Mit der Hotline sollte vor allem die Primärversorgung der ärmeren Bevölkerung und der Bewohner von abgelegenen Regionen gesichert werden. Außerdem sollten Zeiten außerhalb der hausärztlichen Sprechzeiten überbrückt werden (siehe dazu *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 124).

**Dennoch:
Koordinierungs-
instanz fehlt**

Trotz aller Fortschritte fehlt in Estland nach wie vor eine Instanz, die für Planung, Organisation und Supervision in der Primärversorgung zuständig ist. Die Folge: Die Verantwortung ist unter verschiedenen Institutionen aufgeteilt, die Koordination der Vorhaben und auch die Verteilung der Ressourcen sind weitgehend ungeklärt. Der jüngste Entwicklungsplan ist das Ergebnis mehrjähriger Beratungen. Seit 2006 war an dem Konzept gearbeitet worden. Dabei wurde zunehmend deutlich, dass Primärversorgung in Estland zu eng definiert war. Es gab kaum Verknüpfungen mit dem sozialen Bereich, der aus den kommunalen Budgets finanziert wird, und der fachmedizinischen Versorgung. Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten hatte dazu eine umfassend besetzte Arbeitsgruppe einberufen und intensiv um einen Konsens gerungen.

Der erarbeitete Plan berücksichtigt jetzt die zentrale Rolle der Primärversorgung für die Gesundheit der Bevölkerung und hat dazu zwei neue Organisationsformen entwickelt. Zwischen 46 und 184 medizinische Versorgungszentren sollen als erste Anlaufstellen für Patienten aufgebaut werden. Diese Zentren werden um bestehende Hausarztpraxen angesiedelt und mit weiteren Dienstleistungen, beispielsweise Pflegeleistungen, Versorgung bei psychischen Erkrankungen und sozialen Diensten, ergänzt. Die Einrichtungen sind regional verantwortlich für eine ganze Reihe von gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen und können auch mit kleineren Kliniken zusammenarbeiten.

Zweitens sollen regionale Koordinationsbüros entstehen, die jeweils für etwa 40.000 Einwohner zuständig sind. 15 werden es im ganzen Land sein, hinzu kommen zwei weitere Büros in den beiden großen Städten Tallinn und Tartu. Die Koordinationsbüros sind verantwortlich dafür, dass die medizinische Grundversorgung in der Region gewährleistet ist. Sie schließen dazu Verträge mit den Versorgungszentren oder einzelnen Leistungserbringern ab. Wie die Koordinationsbüros genau organisiert werden, ist bislang noch nicht klar definiert. Laut Entwurf sind sowohl professionelle Einzelunternehmen wie auch Netzwerke von Ehrenamtlichen möglich.

Erste Schritte der Implementierung werden 2009 erfolgen. Mit Spannung wird beobachtet, wie sich die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgern und regionalen Behörden auswirken wird. Schließlich werden hier Bereiche verbunden, die bislang über völlig unterschiedliche Budgets finanziert werden.

**Neu: Medizinische
Versorgungs-
zentren ...**

**... und regionale
Koordinationsbüros
mit Gewähr-
leistungspflicht**

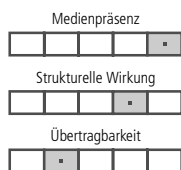
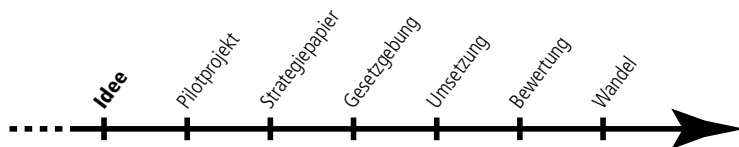
**Implementierung
in 2009**

Literatur und Links

Aaviksoo, Ain, und Gerli Paat. »Fundamental primary care reform«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/ee/a11/3.

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

Österreich: Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren



Die Gesundheitspolitiker in Österreich sind mit ihrem Versuch gescheitert, die ambulante Versorgung grundlegend neu zu strukturieren. Ein entsprechender Gesetzesentwurf rief harsche Kritik der Ärzteschaft hervor und war bereits eine Woche nach seiner Veröffentlichung wieder vom Tisch. Sogenannte ambulante Versorgungszentren (AVZ) sollten als ergänzende Säulen im Gesundheitswesen aufgebaut werden. Das Gesundheitswesen sollte damit stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientiert sowie das Management und die vertraglichen Vereinbarungen flexibler gestaltet werden. Jetzt hat die Regierung das Vorhaben gestoppt und stattdessen eine Arbeitsgruppe beauftragt, bis 2009 einen neuen Entwurf vorzulegen.

Österreicher suchen oft Kliniken auf

Im Jahr 2005 kamen auf 1.000 Einwohner 6,1 Akutbetten (ungefähr wie in Deutschland). Der EU-Durchschnitt lag im gleichen Jahr bei 4,2 Betten auf 1.000 Einwohner. Verglichen mit anderen europäischen Ländern ist auch die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in Österreich mit fast 28 Aufnahmen pro 100 Einwohner (2005) sehr hoch (zum Vergleich: Deutschland 20). Die Einführung des Abrechnungssystems in Kliniken nach DRGs (Diagnosis Related Groups) in 1997 hatte zwar eine Verkürzung der Liegezeiten zur Folge, steigerte aber zugleich die Einweisungsraten. Eines der zentralen gesundheitspolitischen Ziele ist es daher, den stationären Sektor zu entlasten und die ambulante Versorgung zu verbessern. Während der Staat für das Krankenhauswesen verantwortlich ist, wird die medizinische Grundversorgung in erster Linie von den 21 Trägern der Krankenversicherung, beziehungsweise dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, gesteuert und über regionale Pläne reguliert, die aber nur in Ansätzen aufeinander abgestimmt sind.

Drei Versorgungswege kennzeichnen bislang die ambulante Versorgung: Es gibt – erstens – rund 19.000 frei praktizierende

Ärzte, die selbstständig sind und vornehmlich in Einzelpraxen arbeiten. Seit 2001 sind Gruppenpraxen rechtlich möglich, doch nur zwei Prozent der Vertragsärzte arbeiten in einer solchen.

Den zweiten Pfeiler der ambulanten Versorgung in Österreich bilden die sogenannten Spitalsambulanzen. Beinahe alle öffentlichen und privaten gemeinnützigen Akutspitäler betreiben – zumeist fachspezifische – Ambulanzen. Diese dienen grundsätzlich primär der Notfallversorgung und der Leistung von Erster Hilfe sowie zur Vor- und Nachbehandlung im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008: 6).

Drittens existieren rund 840 Ambulatorien, die eine Kombination von Spital und Arztpraxis darstellen und sich zumeist im Besitz von Einzelpersonen oder Sozialversicherungen befinden. Sie können Ärzte anstellen, sind jedoch nicht zu einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung und damit nicht zur Notfallversorgung verpflichtet. Ambulatorien sind insbesondere in Diagnose- und Behandlungssegmenten etabliert, die entweder ein interdisziplinär zusammengesetztes Ärzteteam erfordern oder eine größere Zahl an nicht ärztlichen Fachkräften. 64 Prozent der Ambulatorien sind ambulante Zahnkliniken.

Im Oktober 2007 kam ein nunmehr verhinderter Referentenentwurf aus dem österreichischen Gesundheitsministerium an die Öffentlichkeit, der die Schaffung von neuen ambulanten Versorgungszentren (AVZs) vorsah. Die geplanten AVZs wurden als neue Ausprägungen von Ambulatorien angesehen und zählen somit zum Verantwortungsbereich des Staates. Nur Mediziner mit Krankenkassenverträgen sollten Anteile an einem ambulanten Versorgungszentrum kaufen können. Ermöglicht werden sollte auch, Spitalsambulanzen in ambulante Versorgungszentren umzuwandeln.

Mit der Initiative zur Einrichtung von ambulanten Versorgungszentren verfolgte die Politik im Wesentlichen drei Ziele:

- die Kooperation zwischen den Krankenkassen und den Landesgesundheitsfonds sollte gestärkt werden,
- die gesundheitliche Versorgung sollte mehr an den Bedürfnissen der Patienten orientiert werden und
- der Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen sollte über verlängerte Sprechstunden, die Integration verschiedener Gesundheitsberufe und eine Kommunikation zwischen den Leis-

**Ambulante
Versorgung auf
drei Säulen:
Arztpraxen, ...**

**... Spitals-
ambulanzen, ...**

... Ambulatorien

**Versorgungszentren nur für
Vertragsärzte**

**Zentrales Ziel:
Weniger Klinik-
einweisungen**

tungserbringern in den verschiedenen Sektoren verbessert werden.

Insgesamt sollten die AVZs dafür sorgen, dass die Zahl der akuten Krankenhauseinlieferungen niedriger wird, ohne dass die Qualität der Versorgung darunter leidet.

Das vorgeschlagene Modell war für Österreich sehr innovativ – die Kontroverse entsprechend heftig. Versorgungsforscher konnten dem Entwurf durchaus positive Seiten abgewinnen. Sie erwarteten, dass AVZs die Versorgungslandschaft deutlich verändern würden: Die Klinikambulanzen und die ambulante fachärztliche Versorgung wären mehr und mehr verschmolzen; eine lückenlose Versorgung über die sektoralen Schnittstellen hinweg nähergerückt. Die Behandlung in den Versorgungszentren sollte nach nationalen Qualitätsstandards erfolgen. Dies hätte wiederum dafür gesorgt, dass im gesamten Gesundheitswesen, also auch bei Wahlärzten, intensiver auf Qualität geachtet worden wäre.

Ärzte befürchten
Verstaatlichung
des Gesundheits-
wesens

Allerdings stellten die geplanten AVZs auch eine Konkurrenz für die niedergelassenen Vertragsärzte dar. Die Vertreter der Mediziner sprachen von einer »Verstaatlichung des Gesundheitswesens« und dem »Ende der freien Arztwahl«. Das Vorhaben werteten sie als »Demontage der niedergelassenen Ärzte« und sahen darin gar Versuche, die ärztlichen Praxen geradezu »zu enteignen«. Der ursprüngliche Referentenentwurf schrumpfte am Ende dieser heftigen Auseinandersetzung zu einem Paragraphen in einer aktuellen Vereinbarung zusammen (»15a BV-G Vereinbarung«) . Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus allen Interessenvertretern, soll erarbeiten, wie die ambulante Versorgung zu verbessern ist und wie sie patientenorientierter gestaltet werden kann. Das Konzept soll die Lücken im bestehenden System benennen und Vorschläge machen, wie sie durch eine veränderte Organisation und Struktur geschlossen werden können.

Literatur und Links

Eichwalder, Stefan, und Maria M. Hofmarcher. »Failure to improve care outside hospitals«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/at/a11/2.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
Selbstständige Ambulatorien in Österreich. März 2008.
www.bmgfj.gv.at.

Hofmarcher, Maria M., und Hertha M. Rack: *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro in Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006. www.euro.who.int/document/e89021g.pdf.

Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008–2013: 308 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIII. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2006 auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. <http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/standard.html?channel=CH0716&doc=CMS1136983382893>.

Fachkräfte in der Primärversorgung

Ein zweites oft diskutiertes Thema im Bereich der Primärversorgung ist die Rolle von Fachkräften und die künftige Aufgabenteilung zwischen Ärzten und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen. In vielen Industrieländern beschäftigt man sich mit Möglichkeiten, durch neue Formen der Kooperation zwischen den Professionen oder durch neue Berufsbilder eine bessere Koordination der Versorgung zu erzielen und Ineffizienzen aufgrund von Schnittstellen zwischen einzelnen Sektoren zu minimieren (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 159). Gerade die Primärversorgung mit ihrem Schwerpunkt auf Koordination und Kommunikation ermöglicht und benötigt neue Konzepte von Fachkräften und ihrer Zusammenarbeit.

Auch in Deutschland hat sich der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007 für eine verstärkte Kooperation der Gesundheitsberufe ausgesprochen (SVR 2007: 15 ff.). Dabei zielt seine »Empfehlung einer stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation [...] primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf ab, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen« (SVR 2007: 11).

Erste gesetzgeberische Maßnahmen in diese Richtung hat es bereits gegeben. So hat § 63 des SGB V, der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung betrifft, mit dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetz zwei neue Absätze erhalten. Seither ermöglicht er Modellvorhaben, in denen Kranken- und Altenpflegekräfte Verbandmittel und Pflegehilfsmittel verordnen, häusliche Krankenpflege inhaltlich gestalten und über ihre Dauer entscheiden. Qualifizierten Pflegekräften können ärztliche Tätigkeiten, die die selbstständige Ausübung von

**SVR für mehr
Kooperation**

**Modellprojekte
zur Delegation
ärztlicher
Tätigkeiten**

Heilkunde beinhalten, übertragen werden. Mit angestoßen wurde dieses Konzept vom Forschungsprojekt AGnES (Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) der Universität Greifswald, das die Delegation hausärztlicher Leistungen an Pflegekräfte in ländlichen Regionen bereits seit Längerem erprobt (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 160). Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ermöglicht auch spezielle Modellvorhaben in der Physiotherapie. Der Arzt ist in diesen Fällen weiterhin für die Indikation zuständig, der Physiotherapeut aber entscheidet über die Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung eines Patienten eigenverantwortlich. Die Berufsverbände der Pflege und Physiotherapie sehen sich durch das Gesetz auf dem Weg der Professionalisierung gestärkt (siehe Deutscher Pflegerat 17. März 2008, Bundesärztekammer 13. März 2008 sowie Schmacke et al. 2008: 38).

**Neuseeland:
Primary Care
Nursing**

Neuseeland hat in den vergangenen Jahren bereits neue Modelle für die Primärversorgung entwickelt, die neben der ärztlichen Versorgung die Pflege in den Mittelpunkt stellen. Dieses »Primary Care Nursing« ist das Ergebnis einer vor Jahren eingeleiteten Umorientierung in der Grundversorgung, die jetzt stärker bevölkerungsbezogen ausgerichtet ist und ein breiteres Spektrum an Dienstleistungen anbietet. Das zentrale Ziel des Gesundheitsministeriums war es, die pflegerischen Dienstleistungen in der Grundversorgung weiterzuentwickeln. Das Ministerium hat daraufhin 2003 – der Empfehlung eines Beratergremiums folgend – elf Pflegeprojekte in der Primärversorgung über drei Jahre hinweg finanziert und diese auch evaluiert (siehe Bericht über Neuseeland, S. 36).

**Frankreich: Neue
Aufgaben für
nicht ärztliche
Fachkräfte**

In Frankreich sind ähnliche Projekte zur verbesserten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen ebenfalls bereits umgesetzt und ausgewertet worden. Derzeit steht die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen vor einer grundlegenden Reform (siehe den Bericht zu Frankreich, S. 38). Da viele medizinische Aufgaben in der Praxis von Ärzten an andere Fachkräfte delegiert worden sind, geht es nun darum, einen formellen Rahmen für diese Dienstleistungen zu schaffen. Die zukünftigen Herausforderungen, so französische Experten, sind nur zu bewältigen, wenn Krankenpfleger, Hebammen und andere Gesundheitsfachkräfte attraktive berufliche Perspektiven erhalten.

In Japan wiederum laborieren Regierung, Krankenversicherung und Leistungserbringer intensiv an einer ganz anderen Baustelle: Es geht um Konzepte, wie der Beruf des Allgemeinmediziners als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für Patienten aufgebaut und verankert werden kann (siehe den Bericht über Japan, S. 41). Bislang gibt es in Japan keine trennscharfe Unterscheidung zwischen Allgemein- und Fachmedizin. Die meisten Mediziner sind in den Kliniken zu Spezialisten ausgebildet worden, wobei es die Facharztrichtung »Allgemeinmedizin« praktisch nicht gab. Die Reformbemühungen zielen langfristig darauf ab, die Behandlungshäufigkeit durch Fachärzte zu reduzieren, Allgemeinmediziner als Fachärzte zu etablieren und ihnen die Rolle der »Gatekeeper« im Gesundheitswesen zuzuweisen.

Literatur und Links

Ärztliche Praxis. »Schwester Agnes erobert den Westen«.

11. Oktober 2007. www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_gesundheitssystem_aerztemangel_1192098777.htm.

Ärztezeitung. »Schwester Agnes: Von der Ostsee in die Republik«. 5. September 2008. www.aerztezeitung.de.

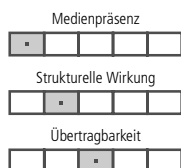
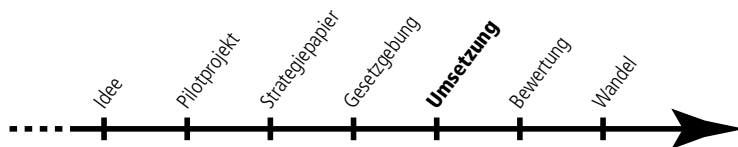
Bundesärztekammer. »Fachberufekonferenz diskutiert Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen«. Pressemitteilung vom 13. März 2008. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5877.6027.6064.

Deutscher Pflegerat (DPR). Presseinformation vom 17. März 2008. www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/AE391EFB8B658345C1257410005E6B70.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007* (Kurzfassung).

Schmacke, Norbert, Heidi Niehus, Maren Stamer und Bettina Berger. »Wanted: Der Hausarzt«. *Gesundheit und Gesellschaft* (11) 7–8 2008. 37–42.

Neuseeland: Positive Erfahrungen mit »Primary Care Nursing«



Neuseeland hat bereits in den vergangenen Jahren neue Modelle für die pflegerische Grundversorgung entwickelt. »Primary Care Nursing« ist das Ergebnis einer vor Jahren eingeleiteten Umorientierung in der Primärversorgung, die jetzt stärker bevölkerungsbezogen ausgerichtet ist und ein breiteres Spektrum an Dienstleistungen anbietet. Das zentrale Ziel des Gesundheitsministeriums war es 2001, die pflegerischen Dienstleistungen in der Primärversorgung weiterzuentwickeln. Das Ministerium finanzierte daraufhin seit 2003 – der Empfehlung eines Beratergremiums folgend – elf Projekte in der Primärversorgung über drei Jahre und ließ diese von einem Team aus Pflegewissenschaftlern von Januar 2004 bis Mitte 2006 auch evaluieren.

Angebote für schwer zu erreichbare Gruppen

Die Modellprojekte konzentrierten sich darauf, einen tiefgreifenden Wandel im Gesundheitswesen anzustoßen und dabei in der Primärversorgung tätige Pflegekräfte, aber auch Fachpflegekräfte und weitere Berufsgruppen einzubinden. Neue Versorgungsformen in der Pflege richteten sich an jene Patienten, die im bestehenden System schlecht erreicht werden oder besonders niedrigschwellige Angebote brauchen.

Reorganisation wird breit akzeptiert

Mittlerweile gibt es überall im Land neue Formen der Pflege in der Primärversorgung. Die Reorganisation in der Versorgung und die Ausweitung der Pflege in der Primärversorgung genießen breite Akzeptanz. Vereinzelt wurde jedoch bemängelt, dass die Pflegeberufe und andere Dienstleister sich die neuen Aufgaben zu wenig zu eigen machten und nicht wirklich die Verantwortung dafür übernahmen. Experten bewerteten es zudem als Hürde, dass die neuen Pflegemodelle bei den zentralen Einrichtungen der Primärversorgung, den »Primary Health Organisations« (PHOs), angesiedelt waren. Erst 2002 waren die PHOs aufgebaut worden und stehen daher selbst noch in einer frühen Entwicklungsphase (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 1*,

S. 41 und Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8, S. 165). Als relativ neue Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen sichern sie die Primärversorgung für jene Bürger, die bei ihnen eingeschrieben sind, und werden über Kopfpauschalen finanziert. Des Weiteren sind viele Pflegekräfte bereits in anderen Gesundheitsprogrammen engagiert; jedoch mangelt es speziell an Fachpersonal mit Maori- oder Pacific-Abstammung.

Besonders erfolgreich waren die Projekte, wenn mehrere der folgenden Erfolgsfaktoren erfüllt waren:

Erfolgsfaktoren

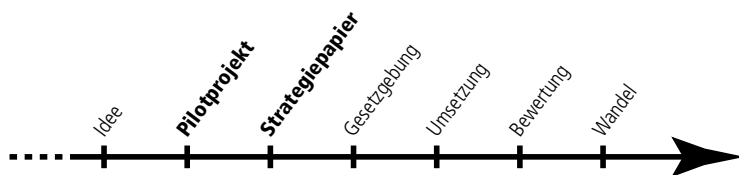
- breite Unterstützung der Initiativen durch verschiedene Institutionen
- Verknüpfung der medizinischen Grundversorgung mit den regionalen Verwaltungsstrukturen (regionaler Gesundheitsrat und regionale Verwaltung)
- effektive Kommunikationssysteme und Einbindung der lokalen Pflegevertreter
- klare ärztliche Führung, gut entwickelte politische Strategie und Vorgehensweise, Investitionen in IT-Service
- attraktive Karrierewege für die Pflege

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass weitere Dienstleistungen der Pflege als neue Modelle in der Primärversorgung hinzukommen werden.

Literatur und Links

CHSRP. »Models of primary care nursing: an evaluation«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/nz/a11/5.

Frankreich: Nationale Empfehlung für einen Fachkräftemix



Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung				■	
Übertragbarkeit				■	

Die höchste französische Gesundheitsbehörde (Haute Autorité de Santé, HAS) und das französische Observatorium für Gesundheitsberufe (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) fordern, die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe zu reformieren. Vier Jahre lang waren verschiedene Projekte getestet und ausgewertet worden. Im April 2008 wurden die nationalen Empfehlungen veröffentlicht. Darin sind auch die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die wichtigsten Argumente für neue Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen aufgelistet.

Pflegekräfte ersetzen Ärzte

Die Empfehlungen zielen darauf ab, dem sich abzeichnenden Mangel an Ärzten entgegenzuwirken. Dazu sollen einzelne, bislang Ärzten vorbehaltenen Aufgaben von den Ärzten auf Krankenschwester und andere Fachkräfte übertragen werden. Experten sehen jetzt die zentrale Aufgabe darin, Pflegekräften und anderen Gesundheitsfachkräften durch Master-Abschlüsse an Hochschulen attraktive Karrieren und Berufswege zu eröffnen und dadurch neue Möglichkeiten der Beschäftigung zu schaffen. Weiter soll das Abrechnungssystem im stationären und ambulanten Sektor flexibler werden.

Ärzte an der Côte d'Azur, Pflegekräfte im grauen Norden?

Die Ärzte sind in Frankreich sehr ungleich verteilt. Im Norden sowie in ländlichen Gebieten praktizieren weit weniger Mediziner als im Süden und in den städtisch geprägten Regionen. Die zukünftigen Herausforderungen, so die Experten, sind nur zu bewältigen, wenn den Pflegekräften, Hebammen und anderen Gesundheitsberufen attraktive berufliche Perspektiven eröffnet werden. Frankreich hatte bereits vor einigen Jahren verschiedene Initiativen gestartet, um die personellen Ressourcen im Gesundheitswesen zu sichern. 2003 war das staatliche Observatorium für Gesundheitsberufe ins Leben gerufen worden, das gemeinsam mit regionalen Behörden die Entwicklung von Fachkräften

im Gesundheitswesen dokumentieren soll (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 94).

Das Observatorium für Gesundheitsberufe war maßgeblich an dem jetzt vorliegenden Konzept beteiligt. Dessen Vorsitzender, Professor Yvon Berland, zählte von Anfang an zu einem der wichtigsten Fürsprecher, und er sorgte für Kontinuität, während es im Gesundheitsministerium jedes Jahr einen Wechsel an der Spitze gab. 2006 übernahm die »Haute Autorité de Santé« die Projektleitung. HAS entwickelte die nationalen Empfehlungen für die Verantwortlichen in der Politik und auch für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Neuordnung der Berufsausbildungen ist auch mit dem Bologna-Prozess an den europäischen Hochschulen verbunden, der die Einführung neuer akademischer Abschlüsse für Gesundheitsberufe fördert.

Das Papier basiert weitgehend auf den Ergebnissen der Pilotprojekte. Deutlich wurde in der Testphase, dass unterschiedliche Gesundheitsberufe in der Praxis längst einzelne medizinische Aufgaben übernommen haben und dafür nun einen gesetzlichen Rahmen brauchen. Zum Beispiel: Medizinisch-technische Assistenten für bildgebende Verfahren erledigen Ultraschall-Untersuchungen des Unterleibs, Pflegekräfte betreuen die ambulante Chemotherapie bei Patienten mit Hirntumoren oder managen die Behandlung von Hepatitis-Patienten.

Insgesamt gab es 16 Praxistests, die allesamt unter ärztlicher Aufsicht stattfanden und auf freiwilliger Basis sowie für eine begrenzte Zeit angelegt waren. In den meisten Untersuchungen ging es darum, neue technische Verfahren einzuführen, Nachsorgebehandlungen von chronisch Kranken zu organisieren oder Präventionsmaßnahmen aufzubauen. Die Evaluation wurde ausführlich mit Ärzten und Vertretern anderer Berufsgruppen besprochen. Noch fehlt allerdings ein spezifisches politisches Programm, wie die Vorgaben in die Praxis umzusetzen sind.

Das Gesundheitsministerium hat jetzt bekannt gegeben, dass einzelne Empfehlungen noch 2008 in Gesetzesform gegossen werden sollen, jedoch ist über den genauen Inhalt bislang nur wenig bekannt. Die fehlende Transparenz von Inhalten lässt zudem befürchten, dass das Bildungsministerium sich zunächst gegen das Vorhaben sperren wird, da dessen Vertreter in die bisherige Debatte nicht einbezogen waren.

Verknüpfung mit dem Bologna-Prozess

In der Praxis werden Aufgaben bereits delegiert

Bildungsministerium mauert noch

**Leistungserbringer,
Abgeordnete und
Bildungsfachleute
müssen ins Boot**

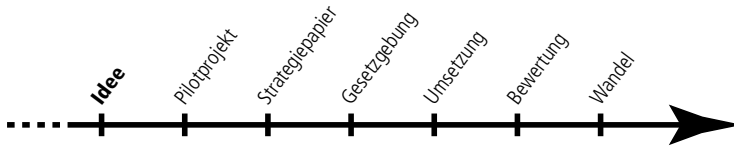
Die Meinungen unter den Leistungserbringern sind gespalten: Während beispielsweise die Ärztekammer beim alten System bleiben möchte, sind die niedergelassenen Ärzte zumindest teilweise für die vorgeschlagenen Änderungen. Auch die Allgemeinärzte unterstützen das Vorgehen – Fachärzte hingegen haben noch keine gemeinsame Position dazu formuliert. Die Krankenkassen wiederum befürchten, dass die Ausgaben steigen könnten – etwa wenn Leistungen doppelt erbracht werden und einander nicht ergänzen oder ersetzen. Patienten und Verbraucher unterstützen den Plan.

Damit die Empfehlungen Praxis werden, müssen drei ausschlaggebende Interessenvertreter überzeugt werden: die Verbände der Leistungserbringer, das Parlament und das Bildungsministerium. Die Institutionalisierung von neuen Qualifikationen, neuen Kompetenzebenen und neuen Berufen kann einen wichtigen Teil zur Entstehung neuer Versorgungsformen beitragen, gerechten Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglichen und sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirken.

Literatur und Links

Bourgueil, Yann. »National recommendation for professional skill mix«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/fr/a11/1.

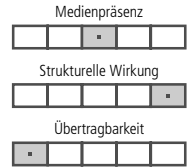
Japan: »Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?



Regierung, Krankenversicherung und Leistungserbringer in Japan arbeiten intensiv, aber parallel an Konzepten, nach denen die Allgemeinmedizin als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für Patienten aufgebaut und etabliert werden kann. Neu ist in Japan die Idee des Allgemeinmediziners als »Gatekeeper«, also »Türöffner« und Lotse im Gesundheitswesen, die von der Regierung und den Krankenkassen unterstützt wird. Nachdem in den letzten Jahren intensiv darüber diskutiert wurde, wie man die japanische Gesundheitsversorgung effektiver machen kann, prüft die Regierung seit 2007, wie eine neue Aufgaben- und Rollenverteilung im Gesundheitswesen aussehen könnte.

Bislang gibt es in Japan keine trennscharfe Unterscheidung zwischen Allgemein- und Fachmedizin. Die meisten Mediziner werden an den Krankenhäusern zu Fachärzten ausgebildet. Die Allgemeinmedizin als eine Disziplin, die andere Kompetenzen und Erfahrungen verlangt als eine fachärztliche Ausbildung, ist in Japan weitgehend unbekannt. Deswegen war die Steuerung der Patienten im Gesundheitswesen in Japan nahezu unmöglich.

Der medizinisch-ethische Rat des Gesundheitsministeriums, der für die Qualifikation der Ärzte verantwortlich ist, hat jetzt erstmals formuliert, welche Aufgaben Allgemeinmediziner wahrnehmen könnten. Demnach wären die praktischen Ärzte an der Schnittstelle zwischen Bevölkerung und Gesundheitssystem tätig, würden sämtliche Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung anbieten und Überweisungen ins Krankenhaus vornehmen. Künftige Allgemeinmediziner müssten demnach über ein breites Gesundheits- und Krankheitsverständnis verfügen und sollten auch befähigt sein, kommunale Ressourcen zum Wohle des Patienten zu nutzen. Die Regierung denkt zu diesem Zweck darüber nach, eine systematische Ausbildung zum Allgemeinmediziner aufzubauen.



**Allgemeinärzte
gibt es nicht**

**Koordination
der kommunalen
Ressourcen**

Die Krankenversicherer sprechen sich ebenfalls für die neue Berufsgruppe der Allgemeinmediziner aus. Sie schlagen zudem vor, ein neues Vergütungssystem zu entwickeln, das das neue Aufgabenspektrum des Allgemeinmediziners angemessen abbildet. Dies könnte in eine Überarbeitung der Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen einfließen, die die Regierung für 2010 plant.

Der japanische Ärzteverband unterstützt die Idee von Medizinern als Lotsen der Patienten, lehnt die von der Regierung vorgeschlagene neue Berufsgruppe und ein neues Vergütungssystem jedoch ab. Stattdessen sollen die notwendigen Qualifikationen Teil der bestehenden Curricula für Ärzte werden.

**Training bislang
auf freiwilliger
Basis**

Die bisherige Debatte drehte sich vor allem um ein systematisches Training für Allgemeinmedizin – eine Idee, die nicht wirklich neu ist. Einige medizinische Gesellschaften und Verbände haben bereits auf der Basis internationaler Erfahrungen ihr jeweils eigenes Curriculum entwickelt. Die Qualifizierung der Mediziner erfolgte aber auf rein freiwilliger Basis, war nicht verknüpft mit dem Krankenversicherungssystem und hatte keine Auswirkungen auf die Vergütung.

**Ärzte verweigern
sich strukturellen
Neuerungen**

Drängender noch als andere Industriestaaten steht Japan vor dem demographischen Problem und somit vor der Herausforderung, dass die älter werdende Bevölkerung vermehrt komplexe Gesundheits- und Sozialleistungen benötigt. Regierung und Krankenkassen erwarten von den Ärzten, dass sie sich für die Integration und Koordination der Versorgung sowie als effiziente Dienstleister engagieren, und sehen die Einführung von Allgemeinmedizinern als neue Berufsgruppe als einen Schritt in diese Richtung. Die Ärzteschaft wehrt sich gegen diese Pläne wie auch schon gegen vorangegangene Maßnahmen. Auch ein erst vor Kurzem eingeführtes neues Vergütungssystem für die Chronikerbehandlung, nach dem Mediziner, die dauerhaft die Behandlungen eines chronisch kranken Patienten übernehmen, eine Pauschale erhalten, wird von den Ärzten abgelehnt.

Derzeit steht die Idee noch ganz am Anfang und wird heftig debattiert. Wird sie umgesetzt, so würde dies das Gesundheitswesen in Japan deutlich verändern. Doch ob und wie die Allgemeinmedizin in Japan etabliert wird, lässt sich derzeit noch nicht voraussehen.

Literatur und Links

Matsuda, Ryoza. »Arguments for Instituting General Physicians«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/jp/a11/1.

Versorgung chronisch Kranker

Der demographische Wandel und die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen rücken die Versorgung chronisch Kranker zunehmend ins Blickfeld von Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik. Gesundheitsexperten aus aller Welt setzen auf Vernetzung und verstärkte Kooperationen zwischen verschiedenen Sektoren und Leistungserbringern, wenn es darum geht, die Versorgungsstrukturen dem veränderten Krankheitsspektrum anzupassen (siehe dazu auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 39–45). Die Primärversorgung spielt dabei oft eine zentrale Rolle.

In Deutschland hat der Sachverständigenrat einen Impuls für die Chronikerversorgung gegeben: Im Gutachten 2007 empfahl er angesichts von Alterung und Multimorbidität die »Übertragung der Prinzipien des Chronic-Care-Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland« (SVR 2007: 23). Das Chronic-Care-Modell wurde seit 1996 vom US-Versorgungsforscher Ed Wagner entwickelt, dem Leiter des »MacColl Institute for Healthcare Innovation« in Seattle. Es dient als Grundlage, um die klinische Versorgung neu zu gestalten und dabei die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten in der Primärversorgung stärker zu berücksichtigen. Das Modell betrachtet Ärzte, Praxisteam und Patienten als Partner und unterstützt das Selbstmanagement. Es gibt eine Vorlage für die Optimierung der medizinischen Versorgung und bindet das gesamte System, Leistungserbringer, soziale Dienste und wohnortnahe Ressourcen mit ein. Die Praxisabläufe werden durch Entscheidungshilfen und klinische Informationssysteme verbessert (Schlette et al. 2005: 33 ff., siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 10, S. 35).

Dänemark: Unterstützung beim Selbstmanagement

Auch Dänemark setzt auf das Chronic-Care-Modell. Mit seiner Hilfe soll das Krankheitsmanagement von chronisch Kranken in der Primärversorgung verbessert werden. Der Nationale Gesundheitsrat hat dazu eine politische Strategie entwickelt, deren Implementierung bislang im Anfangsstadium ist. Zu den zentralen Prinzipien gehören Programme, die das Selbstmanagement des Patienten unterstützen und die zentrale Rolle der Allgemeinmediziner stärken (siehe den Bericht zu Dänemark, S. 47).

Singapur: Ausweitung der DMPs

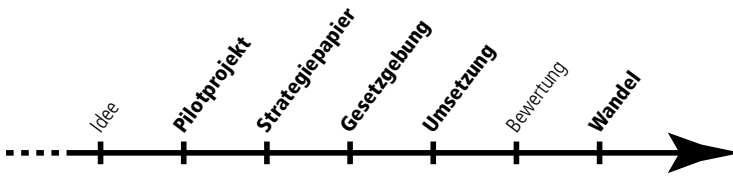
In Singapur soll die Koordinierung der Chronikerversorgung verbessert werden. Die Regierung hat dazu das Spektrum der bereits laufenden strukturierten Behandlungsprogramme erweitert. Auch chronisch Kranke mit Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung können sich jetzt in diese Programme einschreiben. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen künftig vermehrt Allgemeinärzte und nicht sofort Fach- oder Klinikärzte aufsuchen (siehe den Bericht zu Singapur, S. 50).

Literatur und Links

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007* (Kurzfassung).

Schlette, Sophia, Franz Knieps und Volker Amelung (Hrsg.). *Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland*. Bonn/Bad Homburg 2005.

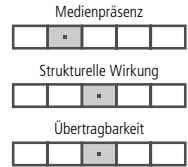
Dänemark: Das Chronic-Care-Modell wird importiert



In Dänemark soll mithilfe des Chronic-Care-Modells die Versorgung chronisch Kranker verbessert werden. Der Nationale Gesundheitsrat hat dazu eine politische Strategie entwickelt. Noch steht die Umsetzung am Anfang, doch Experten erwarten mit der Zeit eine grundlegende Veränderung der Versorgungsstrukturen.

Der US-Gesundheitsforscher Ed Wagner, Leiter des MacColl Institute for Healthcare Innovation in Seattle, entwickelte das Chronic-Care-Modell (CCM) in den 1990er Jahren. Es dient als Grundlage, um die klinische Versorgung neu zu gestalten und dabei die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten in der Primärversorgung stärker zu berücksichtigen. Das Modell betrachtet Ärzte, Praxisteam und Patienten als Partner und unterstützt das Selbstmanagement. Es gibt eine Vorlage für die Optimierung der medizinischen Versorgung und bindet das gesamte System, Leistungserbringer, soziale Dienste und wohnortnahe Ressourcen mit ein. Die Praxisabläufe werden durch Entscheidungshilfen und klinische Informationssysteme verbessert (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 10*, S. 35).

Dass das CCM in Dänemark und anderswo auf große Akzeptanz stößt, liegt an dem systemisch-ganzheitlichen Ansatz, der den Patienten in den Mittelpunkt stellt und die Versorgung um ihn herum optimal managt. Darüber hinaus ist es ein Modell, das in die Praxis umgesetzt wird und somit erfahrbar ist: So wendet etwa Kaiser Permanente, ein Anbieter vollintegrierter Versorgung aus Kalifornien, das CCM seit Jahren mit Erfolg an. In den vergangenen Jahren haben etwa 130 Vertreter dänischer Gesundheitseinrichtungen Kaiser Permanente besucht – unter ihnen auch der Gesundheitsminister, Abgeordnete, Lokalpolitiker, Gruppen von Gesundheitsfachleuten und Verwaltungsexperten. Dies hat die Denkweise und politische Entwicklung im öffentlichen Gesundheitssektor stark beeinflusst.



**Der Patient
im Mittelpunkt**

**Vorbild Kaiser
Permanente**

**Umfassendes
Strategiepapier**

Die dänischen Gesundheitspolitiker waren begeistert vom Vorgehen von Kaiser Permanente und erarbeiten auf dieser Basis ein Strategiepapier. Die Grundlinien dieser Politik sehen folgendermaßen aus:

- Programme, die das Selbstmanagement des Patienten unterstützen, sollen mit Nachdruck aufgebaut werden. Angedacht sind derzeit eine systematische Patientenschulung sowie ergänzende Initiativen in der Rehabilitation.
- Das Versorgungssystem soll darauf ausgerichtet werden, kontinuierliche Dienstleistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen bereitzuhalten. Eine zentrale Rolle wird dabei die Primärversorgung spielen.
- Die bereitstehenden Instrumente zur Entscheidungsfindung – wie etwa medizinische Leitlinien oder Disease-Management-Programme – müssen verstärkt genutzt werden.
- Die Teilhabe der Gemeinden soll gestärkt werden.
- Die Informationstechnologie ist im Gesundheitswesen weiter auszubauen und einzusetzen.

Die zentralen Herausforderungen dieser Politik liegen im Aufbau regionaler Koordinationsbüros, in der Bildung interdisziplinärer Teams und der Zuweisung einer koordinierenden Rolle für die Allgemeinmedizin. Außerdem muss die Frage geklärt werden, welche Anreize finanzieller und nicht finanzieller Art möglich sind. Des Weiteren sollen Case Manager sich um jene Patienten kümmern, die Unterstützung brauchen und ihre Situation nicht mehr selbst steuern können. Die Patienten müssen dazu gemäß ihren Bedürfnissen in verschiedene Gruppen eingeteilt werden. Die jeweiligen Diagnosen und den Grad der Erkrankungen werden wiederum in einer klinischen Datenbank festgehalten. Je nach Eingruppierung sind die Patienten dann über ein Disease-Management-Programm zu versorgen.

**Anreize für
Kommunen
und Ärzte**

Um die Umsetzung des Konzepts zu unterstützen, hat der Nationale Gesundheitsrat einige Anreize geschaffen. Kommunen, die in Dänemark zuständig sind für soziale Dienste und Prävention, erhalten zusätzliche finanzielle Anreize zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung. Allgemeinmediziner bekommen für die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ 2 eine jährliche Pauschale, die die einzelnen Leistungen des Disease-

Management-Programms abdeckt. Die geplanten klinischen Datenbanken ermöglichen zudem, ein Benchmarking-System für die Leistungserbringer aufzubauen, das Anreize zu Qualitätssteigerungen liefert.

Die angestrebte Beteiligung der dänischen Gemeinden bringt es mit sich, dass deren Vertreter in die Planungen und Umsetzung einbezogen werden – ebenso wie Patientenorganisationen und Ehrenamtliche, die das Management der chronisch Kranken unterstützen könnten. Die Politiker verbinden mit ihrem Vorgehen das Ziel, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auf einem effizienten Kostenniveau zu sichern. Das Programm soll weiter beobachtet und evaluiert werden.

Vor allem wird sich die Neuorganisation auf die Gesundheitsberufe in den Kliniken, auf die Allgemeinärzte sowie Mitarbeiter im Gesundheitsdienst der Stadtverwaltungen auswirken. Klinikbeschäftigte äußerten sich bislang zurückhaltend; sie können noch nicht abschätzen, wie die in Angriff genommene Politik ihren Arbeitsalltag verändern wird. Die Allgemeinmediziner in den niedergelassenen Praxen sind besorgt, welche zusätzlichen Anforderungen auf sie zukommen werden – speziell im Bezug auf Dokumentationspflichten und Qualitätsmanagement. Eine der größten Herausforderungen dürfte sein, dass sie ihr Handeln mehr an medizinischen Leitlinien ausrichten müssen. Bislang waren sie ein großes Maß von Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit gewöhnt.

Der Erfolg der Chronic-Care-Strategie in Dänemark und ihre Implementierung hängen nun davon ab, ob die regionalen Verantwortlichen, die Gemeinden und die Allgemeinärzte gemeinsame Interessen entwickeln und ihre Zusammenarbeit professionell aufbauen können.

Die Umsetzung des neuen Versorgungskonzepts liegt bei den Regionen, die unter anderem für die Primärversorgung und die Vergütung der Ärzte verantwortlich sind. Entscheidend ist nun, ob alle Seiten ihre neuen Aufgaben akzeptieren und in dem Umfang wahrnehmen, der angesichts der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten und dem finanziellen Druck notwendig sind. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 1,5 Millionen Dänen an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden, und klar ist auch, dass die Prävalenz weiter ansteigt. Derzeit verbrauchen die Chroniker etwa 70 Prozent der gesamten Kosten im

**Einbeziehung
der regionalen
Vertreter**

**Akteure brauchen
gemeinsame Linie**

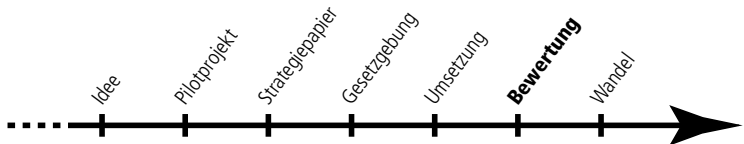
**Ergebnis
noch offen**

Gesundheitswesen. Nimmt man Qualität, Patientenorientierung und Effizienz der Chronikerversorgung bei Kaiser Permanente zum Maßstab, könnte das politische Vorhaben die Qualität der Versorgung in Dänemark deutlich verbessern.

Literatur und Links

Frølich, Anne, Martin Strandberg-Larsen und Michaela L. Schiøtz. »The Chronic Care Model – A new approach in DK«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/dk/a11/4.

Singapur: DMPs für Chroniker erfolgreich



Medisave-Guthaben für die ambulante Behandlung

Die Regierung in Singapur hat Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) als weitere Krankheiten in das bereits laufende Disease-Management-Programm (DMP) aufgenommen. Verbunden ist damit die Hoffnung, dass die Patienten mit chronischen Erkrankungen künftig vermehrt Allgemeinärzte und nicht Fach- oder Klinikärzte aufsuchen werden.

Im Januar 2007 wurde das »Medisave Programm für chronische Erkrankungen« gestartet. Das Programm hat die Vorgaben für die persönlichen Medisave-Gesundheitsguthaben etwas gelockert. Patienten mit einer von vier chronischen Störungen – Diabetes, zu hohes Cholesterin, Bluthochdruck und Schlaganfall – konnten von da an 300 Singapur-Dollar (ca. 160 Euro) pro Jahr aus ihrem Budget entnehmen, um sich ambulant behandeln zu lassen (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 68 sowie S. 111). Zuvor war das Geld ausschließlich für die stationäre Behandlung bestimmt. Ziel der Reform war, die finanzielle Belastung der Patienten mit chronischen Erkrankungen zu min-

dern und die Behandlung der Patienten mit stabilen chronischen Erkrankungen langfristig in die Hände von Allgemeinärzten in der Primärversorgung zu geben.

Ein Jahr nach der Einführung werden die Ergebnisse des Programms als sehr ermutigend eingestuft. Etwa 70.500 Patienten haben nach Angaben des Ministeriums rund 15 Millionen Singapur-Dollar (knapp 8 Millionen Euro) abgehoben, um ihre ambulante Behandlung zu bezahlen. Etwa 80 Prozent der Patienten der ersten Phase litten an mehr als einer chronischen Erkrankung. Etwa zwei Drittel von ihnen waren Diabetiker und 90 Prozent älter als 50 Jahre. Die Patienten verwendeten etwa ein Drittel der Auszahlungen, um Spezialisten in Klinikambulanzen aufsuchen zu können. Etwa die Hälfte wurde für Behandlungen in Polikliniken ausgegeben und weitere 20 Prozent für die Versorgung durch Allgemeinmediziner.

**Rund 70.500
Patienten haben
sich beteiligt**

Die Patienten waren dabei nicht nur über den hinzugewonnenen finanziellen Spielraum froh. Zuweilen war das Lob für das Programm auch ganz pragmatisch begründet. Patienten berichteten, dass sie mithilfe des Zuschusses nun kürzere Wege wählen konnten, um ihren Allgemeinarzt zu besuchen, und nicht in ein weiter entferntes Krankenhaus fahren mussten. Auch fühlten sie sich durch die kontinuierliche Behandlung des Allgemeinarztes oftmals besser betreut. Sie erlebten, dass die Ärzte mehr Zeit für ein Gespräch hatten, und empfanden, dass sich die Beziehung zum Arzt insgesamt verbessert habe.

**Kürzere Wege
zum Allgemein-
mediziner**

Die Regierung hat das DMP weiter auswerten lassen. Demnach hatten 19 Prozent der Diabetes-Patienten alle notwendigen Tests absolviert, 27 Prozent der Schlaganfallpatienten hatten sich einer Risikobehandlung gegen Thrombosen unterzogen. Etwa 62 Prozent der Bluthochdruck-Patienten und 77 Prozent der Patienten mit zu hohem Cholesterin hatten alle Check-ups erhalten. Etwa 70 Prozent der Diabetiker hatten ihre Krankheit besser im Griff. Bei der Hälfte der Diabetiker mit einer Lipid-Störung wurde ein idealer Cholesterinwert erreicht. Das Gesundheitsministerium sah sich durch die Resultate in seiner Politik bestätigt und erwartet, dass sich die Ergebnisse langfristig noch steigern lassen. Seit April 2008 zählen nun auch Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung zu den chronischen Erkrankungen, die über DMP versorgt werden können.

**Mehr Kontrolle
über die chronische
Erkrankung**

**Spezielles Training
für die Chroniker-
betreuung**

Die Politiker hoffen, dass noch mehr Patienten zu Allgemeinärzten wechseln werden. Grundsätzlich unterstützen die Hausärzte auch den Ansatz. Manche unter ihnen bemängeln jedoch, dass sie intensiver auf die Behandlung von chronisch Kranken vorbereitet werden sollten. Nicht alle Hausärzte wissen bekannte Untersuchungen – etwa für Augen und Füße bei Diabetikern – wirklich korrekt anzuwenden.

Dennoch kann das Programm als Erfolg betrachtet werden. Ärzte vermuten sogar, dass mehr Patienten bei den Untersuchungen waren als registriert wurden. Die Daten werden von Arzthelfern manuell im Online-Portal des Gesundheitsministeriums eingetragen – einige Mediziner vermuten, dass das nicht immer korrekt geschehen sein könnte.

Literatur und Links

Lim, Meng Kin. »Chronic disease management program«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/sg/a11/2.

Angemessenheit, Fairness und Transparenz

Wie kann der Nutzen von Medizin so geprüft werden, dass dies zu einer angemessenen Verteilung der vorhandenen Ressourcen führt? Wie können entsprechende Prüfverfahren transparent und für alle nachvollziehbar gestaltet werden? Angemessenheit, Fairness und Transparenz stehen im Mittelpunkt der in diesem Kapitel geschilderten gesundheitspolitischen Reformen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Angemessenheit in der gesundheitlichen Versorgung anhand dreier Merkmale: Eine Therapie muss effektiv und effizient sein, also wirksam und kostenwirksam, und schließlich muss sie orientiert sein an den ethischen Grundsätzen (WHO 2000). Angemessenheit bedeutet also deutlich mehr als bloße Wirksamkeit. Hierbei wird auch nach dem Nutzen gefragt – nach dem individuellen genauso wie nach dem gemeinschaftlichen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland umschreibt den Begriff in ähnlicher Weise. In seinem Gutachten 2007 mit dem Titel »Kooperation und Verantwortung« heißt es: »Das Konzept der Angemessenheit beschreibt die außerhalb der absoluten Wirksamkeit (efficacy) liegenden Nutzenaspekte, beginnend von der Kosteneffektivität über die gesellschaftliche Akzeptanz (z.B. Legitimität, ethische und kulturelle Grundhaltungen) bis hin zu den Präferenzen der Patienten und den patientenbezogenen Endpunkten (patient reported outcomes).« (SVR 2007: 63f).

Wirksamkeit und Kosteneffektivität einer Leistung bzw. Technologie, die Angemessenheit ihrer Erbringung beim einzelnen Patienten und schließlich die Qualität des Leistungserbringers sind so die zentralen Kriterien für eine gute medizinische Versorgung.

Angemessen:
Effektiv, effizient,
ethisch ...

... und im Sinne
des Patienten

**Fortschritt
finanzierbar
gestalten**

Gesundheitspolitiker in allen Industrieländern müssen sich verstärkt der Frage nach der Angemessenheit stellen. Es liegt in ihrer Verantwortung, die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen und die Fortschritte in der Medizin finanzierbar zu gestalten. Wie lässt sich das Gut Gesundheit, angesichts der Zunahme an chronischen Krankheiten, dem Anwachsen älterer Bevölkerungsgruppen sowie der ständigen Entwicklung innovativer Behandlungs- und Versorgungsformen gerecht verteilen? Es gilt zu klären und zu vereinbaren, welche Therapien, Medikamente, Verfahren aus dem solidarischen Topf der Versicherten oder über Steuergelder zu finanzieren sind und welche nicht.

**HTA-Berichte
beschleunigen den
Wissenstransfer**

Bei der Bewertung von medizinischen Produkten und Behandlungsmethoden verwenden viele Länder das Verfahren des Health Technology Assessment (HTA). In Deutschland fördert seit 2000 die HTA-Agentur des Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als koordinierende Instanz das Erstellen von HTA-Berichten zu Nutzen, Risiken, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien. Das Verfahren war erstmalig 1975 vom Office of Technology Assessment (OTA) in den USA eingeführt worden. Heute zählen HTA-Berichte weltweit als Beiträge für beschleunigten Wissenstransfer – neben dem Erstellen von wissenschaftlichen Arbeiten, klinischen Leitlinien und Patienteninformationen.

**Kostenkontrolle
durch HTA in
Slowenien, ...**

In diesem Kapitel finden sich sowohl Berichte über »Neulinge«, als auch über »alte Hasen« im Bereich des HTA. Neuling Slowenien steht seit Jahren unter erheblichem finanziellen Druck steht und will vor allem die Arzneimittelausgaben regulieren. Im Frühjahr 2008 tagte erstmals eine Kommission, die Prinzipien zur Kosten-Nutzen-Bewertung entwickeln soll. Unterstützt wird das Land dabei durch EUnetHTA, das europäische Netzwerk für HTA (siehe den Bericht aus Slowenien, S. 58).

**Polen ringt
um mehr
Transparenz ...**

Wie wichtig der Austausch und die Hilfe von Externen ist, zeigt auch das Beispiel Polen (siehe den Bericht aus Polen, S. 61). Die Etablierung von HTA und dabei speziell die Transparenz in der Preispolitik erweisen sich dort als große Herausforderung. Über ein von der EU mitfinanziertes Partnerschaftsprojekt mit Frankreich wurden jetzt die Verantwortlichen beraten, wie sie die HTA-Berichte erstellen können, und Beschäftigte darin geschult, die HTA-Informationen für ihre Arbeit zu nutzen und auszuwerten.

Auch in Australien, Pionier in Sachen HTA, gibt es eine neue Entwicklung (siehe den Bericht aus Australien, S. 63). Ein lokaler Gesundheitsbezirk im Bundesstaat Neusüdwesten hat eine HTA-Initiative gemäß der vorgegebenen landesweiten Richtlinie entwickelt, mit der erstmals auf der Bezirksebene die Kosteneffizienz berücksichtigt wird.

... und Australien
um Kosten-
kontrolle

Finnland mit seinen sehr dezentralen Entscheidungsstrukturen hat ebenfalls das Problem, auf HTA beruhende Entscheidungen landesweit durchzusetzen. Es gilt zu verhindern, dass wirksame Therapien in manchen Kommunen erhältlich sind, in anderen nicht. Man führt deswegen mit »Managed Uptake of Medical Methods (MUMM)«, ein Verfahren ein, das den Kommunen hilft, neue Behandlungsmethoden auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen (siehe den Bericht aus Finnland, S. 67). Zentrales Ziel ist es, die Versorgung transparent zu machen und in allen Regionen auf einem Standard zu vereinheitlichen.

MUMM: Mehr
Leistungs-
gerechtigkeit in
Finnland

Nicht nur Behandlungsmethoden sondern auch Leistungsbringer müssen sich der Frage nach Kosteneffizienz stellen. In Dänemark werden die Anstrengungen zum »Performance Measurement«, also zur Leistungsmessung, in Krankenhäusern fortgesetzt. Vor drei Jahren war bereits eine entsprechende Initiative gestartet worden. Jetzt sollen Fachkliniken und einzelne Klinikabteilungen auf ihre Produktivität hin untersucht werden (siehe den Bericht aus Dänemark, S. 70). Neben Fragen von Kosten und Nutzen steht vor allem der Patient mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und Erfahrungen im Mittelpunkt, wenn es um Angemessenheit in der Gesundheitsversorgung geht. Immer mehr Länder setzen daher darauf, die Nutzerkompetenz von Patienten und Versicherten zu steigern.

Dänemark:
Krankenhaus-
Leistung wird
öffentlich

Der informierte
Patient steuert mit

Die Nutzerkompetenz definierte der Sachverständigenrat 2001 als die Fähigkeit, »Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen zum Ausdruck zu bringen, sich zu informieren, zu wählen, zu entscheiden, also urteilen zu können, mitzubestimmen, zu steuern und zu kontrollieren« (zitiert nach Gruhl/ Klemperer 2008: 7). Der Patient ist in diesem Sinne gleichsam Versicherter und Bürger, der sich aktiv an der gesamten Steuerung des Gesundheitswesens beteiligt. Gruhl und Klemperer sehen in einer »qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen« die zentrale Voraussetzung für Nutzerkompetenz (Gruhl/Klemperer 2008: 8).

Nutzerkompetenz
und Informations-
kultur

Grundlegend dafür sind evidenzbasierte Informationen, die verständlich aufbereitet und auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnitten sind sowie möglichst alle Bevölkerungsschichten erreichen.

Australien: Dies gilt zum einen für die bewusste und informierte Entscheidung für oder gegen einen Eingriff. Der australische Bundesstaat Neusüdwesten will Schwangere über die Risiken der Technologie »Kaiserschnitt« umfassend aufklären, um unnötige Kaiserschnitte zu vermeiden. Vor allem Patientinnen mit privaten Zusatzversicherungen entscheiden sich oftmals für die OP, auch wenn der Eingriff medizinisch nicht notwendig ist. Neben der Patientensicherheit geht es auch ums Geld – ein Kaiserschnitt kostet fast doppelt so viel wie eine normale Geburt (siehe den Bericht aus Australien, S. 73).

Mit Information gegen unnötige Kaiserschnitte

Qualitätsorientierte Informationskultur

Aber auch bei der Wahl eines Leistungserbringers werden Patienten zunehmend zu einer entscheidenden Instanz. Immer häufiger werden Qualitäts- und Leistungsdaten nicht nur für ein Benchmarking der Leistungserbringer untereinander erhoben, sondern auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Beispiele dafür sind eine Internetdatenbank zu Krankenhausinfektionen in Frankreich (vgl. *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 7/8, S. 130), sowie Internetportale, bei denen Patienten auch unter Einbeziehung von Qualitätsdaten das passende Krankenhaus, bzw. den passenden Leistungserbringer suchen können. In Deutschland informiert das im Juni 2008 an den Start gegangene Internetportal »Weisse Liste« (www.weisse-liste.de) der Bertelsmann Stiftung laiengerecht über die Qualität von Krankenhäusern. Ähnliche Portale gibt es bereits in Dänemark (Møller Pedersen 2006), Großbritannien (www.nhs.uk/England/Choice) und den Niederlanden (www.kiesbeter.nl).

Niederlande: Bei unseren niederländischen Nachbarn werden neben Leistungsdaten von Krankenhäusern auch die Erfahrungen der Nutzer mit verschiedenen Krankenversicherungen und Pflegeeinrichtungen auf einer Website veröffentlicht. Dies soll den regulierten Wettbewerb stärken und langfristig die Qualität der Dienstleistungen verbessern. Innovativ ist diese Form der Informationspolitik, da sie die Patienten und Versicherten aktiv in das Geschehen einbindet. 2009 steht die Evaluation des Verfahrens an (siehe den Bericht aus den Niederlanden, S. 77).

Auch wenn Patienten zunehmend als aktiv wählende Verbraucher im Gesundheitswesen in Erscheinung treten, kann Gesundheitspolitik nicht allein auf diesen Aspekt setzen, wenn eine angemessene Versorgung gewährleistet werden soll. Gesundheitspolitiker in Südkorea und Frankreich versuchen stattdessen, mit Hilfe von Informationstechnologie den Verbrauch von Arzneimitteln stärker zu kontrollieren und damit auch für die Patienten sicherer zu machen. Das Gesundheitsministerium in Südkorea hat dazu eine Datenbank verordnet, die Ärzte und Apotheker nutzen sollen (siehe den Bericht aus Südkorea, S. 80). In Frankreich wurde diese Aufgabe dem Apothekerverband übertragen. Eine elektronische Arzneimittelakte, mit der gesundheitsgefährdende Verschreibungen aufgedeckt werden sollen, wird derzeit in acht Departements getestet (siehe den Bericht aus Frankreich, S. 81).

Literatur und Links

- Bühning, Petra. »Angemessenheit medizinischer Leistungen: Versorgungsforschung forcieren«. *Deutsches Ärzteblatt* (97) 19 2000. A-1281, B-1093, C-1021. www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=22951.
- Caimo, Jaime. »Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln: Keine unnötige Verwirrung«. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 18 2008. A-941. www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=59998.
- Gruhl, Matthias, und David Klemperer. »Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz – Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen?«. *G + G Wissenschaft* (8) 1 2008. 7-17.
- Møller Pedersen, Kjeld. »Rating of Danish Public Hospitals«. *Health Policy Monitor*. November 2006. www.hpm.org/survey/dk/a8/4.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007 (Kurzfassung)*.

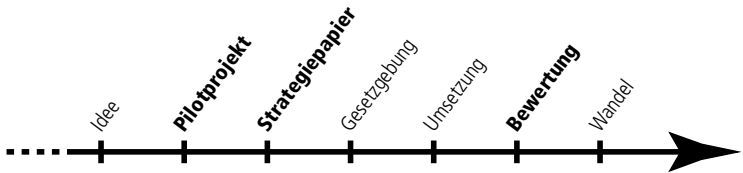
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: »Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, Partizipation«*. Gutachten 2001 (Kurzfassung).

Sorenson, Corinna, Michael Drummond und Panos Kanavos. *Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union*. European Observatory Studies Series No 11. World Health Organisation 2008. www.euro.who.int/observatory/Publications/20080407.

WHO-Workshop in Koblenz vom 23.–25.3.2000. Tagungsband »Angemessenheit medizinischer Leistungen.«

Zentner, Annette und Reinhard Busse. »Den Nutzen der Präparate prüfen«. *Gesundheit und Gesellschaft* (9) 5 2006. 38-43.

Slowenien: Erste Schritte zum Health Technology Assessment (HTA)



Medienpräsenz				
		■		
Strukturelle Wirkung				
			■	
Übertragbarkeit				
	■			

**1992 Rückkehr
zu Bismarck'scher
Kranken-
versicherung**

Das Gesundheitsministerium in Slowenien hat im Frühjahr 2008 mehrere Entscheidungen getroffen, um Health Technology Assessment dauerhaft im Gesundheitswesen zu etablieren. Die systematische Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien soll die wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen regulieren und die Effizienz der Behandlungen sichern oder gar steigern.

Schon in den frühen 90er Jahren war das Land aufgrund der hohen Ausgaben im Gesundheitswesen unter Druck geraten. Dies führte dazu, dass das unter Tito steuerfinanzierte Gesundheitswesen nach der Unabhängigkeit 1992 wieder in das ursprüngliche, 1888 nach deutschem Vorbild eingeführte Bismarck'sche Kran-

kenversicherungssystem – allerdings mit ergänzenden freiwilligen Versicherungselementen – umgestaltet wurde. Heute steht Slowenien vor ähnlichen Problemen wie andere EU-Staaten: Versicherte und Patienten beanspruchen neue Therapien, innovative Arzneimittel und Technologien, das Budget aber reicht nicht aus, die gesundheitliche Versorgung im gewünschten Umfang bereitzustellen.

Etwas mehr als zwei Millionen Menschen wohnen in Slowenien. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt ist seit Anfang der 90er Jahre kontinuierlich gestiegen und lag 2004, d. h. im Jahr des EU-Beitritts, bei 8,7 Prozent. 2006 hat sich Slowenien EUnetHTA (European network for HTA) angeschlossen. Das Netzwerk will die Verantwortlichen in den Mitgliedsländern dabei unterstützen, HTA einzuführen, und vermittelt als Unterstützung auch Kooperationen zwischen den EU-Ländern. Das Netzwerk ist zunächst auf drei Jahre angelegt; Mitgliedsländer sind neben den EU-Staaten auch Norwegen, Island und die Schweiz sowie mit den USA, Kanada, Australien und Israel auch vier Länder außerhalb Europas.

Mittlerweile sind in der medizinischen Ausstattung, speziell bei Diagnostik und Therapie, diverse Unzulänglichkeiten sichtbar geworden. Ziel der Regierung ist es nun, eine HTA-Agentur aufzubauen, um neue medizinische Behandlungen und Technologien evaluieren zu können. Bislang haben diese Aufgaben nur Interessenvertreter – private wie öffentliche – wahrgenommen. Jetzt hat das Gesundheitsministerium entschieden, das von EUnetHTA entwickelte Instrumentarium zu übernehmen, nach dem die eingebrachten Vorschläge für neue Diagnosen, Behandlungen, Verfahren und Therapien künftig abgearbeitet werden sollen. Mithilfe dieses Verfahrens können Anträge für neue Diagnostiktechniken und Therapien standardisiert beim Gesundheitsrat eingereicht werden.

Der Gesundheitsrat ist das höchste Beratergremium des Gesundheitsministeriums. Ihm obliegt es zu entscheiden, welche Leistungen aus den öffentlichen Finanzmitteln bezahlt werden. Die Übernahme des EUnetHTA-Tools hat die Einführung von HTA in Slowenien deutlich beschleunigt, und das Tool hat sich dabei bewährt. Ziel ist es nun, HTA auf allen Ebenen im Gesundheitswesen zu implementieren.

**Unterstützung
durch EUnetHTA**

**EUnetHTA-Tool
bewährt sich**

**Kosten-Nutzen-
Bewertung bei
Arzneimitteln**

Eines der drängendsten Probleme im Gesundheitswesen des Landes ist die Frage, wie die Arzneimittel zu finanzieren sind. Mehrfach hatte die Politik in Slowenien in der Vergangenheit versucht, die Ausgaben für Arzneien über Verschreibungen von Analogpräparaten sowie Generika zu regulieren. Diese politischen Initiativen haben aber letztlich nur heftige öffentliche Debatten hervorgerufen. Erstmals tagte im April 2008 eine Kommission, die die Prinzipien für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln entwickeln soll. Das Gesundheitsministerium beauftragte das Gremium, pharmako-ökonomische Richtlinien vorzubereiten. Mit der neuen Kommission sind die Verantwortlichen ihrem Ziel, mehr Transparenz bei der Preispolitik im Arzneimittelbereich herzustellen, ein gutes Stück nähergekommen.

**Staatliche
Einrichtung
notwendig**

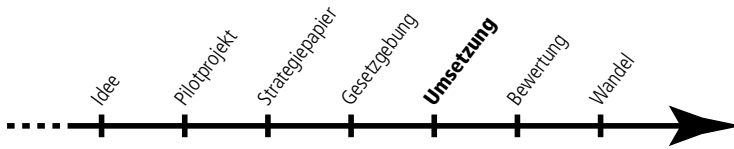
Die nachgezeichneten Entwicklungen verdeutlichen, dass die Politik in Slowenien zunehmend die Steuerung im Gesundheitswesen übernimmt. Bislang standen meistens Einzelinteressen – häufig von Pharma-Firmen – hinter den Initiativen, HTA im Land einzuführen. Dies ist zwar völlig legitim, dennoch zeigte sich immer mehr, dass es an einer staatlichen Einrichtung fehlt, die die Arbeit – ausgerichtet an internationalen Standards – erledigt. Dies könnte sich bald ändern. Die neue Regierungskoalition um Premier Borut Pahor, die nach den Parlamentswahlen im September 2008 ins Amt kam, hat eine Institutionalisierung von HTA angekündigt. Angesiedelt werden könnte sie beim slowenischen Krankenversicherungsinstitut.

Literatur und Links

Turk, Eva, und Tit Albreht. »HTA in Slovenia – new developments«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/sl/a11/4.

European network for health technology assessment (EUnetHTA) www.eunethta.net.

Polen: Herausforderung HTA

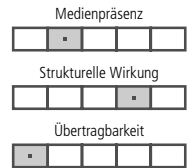


Polen ringt weiter darum, Health Technology Assessment als dauerhaftes Bewertungssystem im Gesundheitswesen zu etablieren. 2005 war die staatliche HTA-Agentur AHTAPol gegründet worden. Sie hatte seither viele Herausforderungen zu bestehen (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 30 f.).

Die aktuelle Bilanz: Die finanzielle Ausstattung der Agentur war bislang zu knapp. Vor allem das Verfahren, mit dem die Preise für Arzneimittel festgelegt werden sollten, hat in den vergangenen Jahren erhebliche Kritik hervorgerufen. Das im Frühjahr 2008 abgeschlossene Projekt »Transparenz der Entscheidungen zur Kostenerstattung bei Arzneimitteln im nationalen Gesundheitswesen« soll nun speziell dieses Problem lösen.

Nach der Neuordnung des Marktes in den frühen 90er Jahren stand das Gesundheitsministerium unter dem ungeheuren Druck der Pharmaindustrie, die ihre Produkte auf der Vergütungsliste sehen wollte. Das Gesundheitsministerium wollte daraufhin die HTA-Agentur stärken und entschied, ausländische Experten ins Land zu holen. Regierungsvertreter unterzeichneten im Oktober 2006 ein Partnerschaftsprojekt mit Frankreich, das von der EU mitfinanziert wurde. Experten aus Frankreich und weiteren fünf EU-Staaten (Österreich, Deutschland, Lettland, Niederlande und Großbritannien) sollten gemeinsam mit Vertretern des polnischen Gesundheitsministeriums sowie von AHTAPol die Grundlagen schaffen, auf denen HTA zügig umgesetzt werden kann. Zentrales Ziel war es, sicherzustellen, dass die in Polen entwickelten Regelungen mit der EU-Richtlinie 89/105/EEC übereinstimmen. Die Richtlinie schreibt vor, nach welchen Transparenz-Regeln die EU-Mitgliedstaaten über die Kostenerstattung von Medikamenten entscheiden müssen.

Das französisch-polnische Partnerschaftsprojekt hatte zwei zentrale Komponenten: Zum einen ging es darum, die Verantwort-



Entscheidungen transparenter machen

Beratung über ein EU-Partnerschaftsprojekt

Franzosen beraten und schulen

lichen zur Gesetzgebung sowie zur Organisation und Prozessqualität zu beraten, zum anderen sollten Mitarbeiter der nationalen und regionalen Gesundheitseinrichtungen in evidenzbasierter Medizin und HTA geschult werden. Etwa 30 Beschäftigte wurden ausgebildet, selbst HTA-Berichte zu erstellen, und weitere 300 Mitarbeiter wurden geschult, damit sie die HTA-Informationen für ihre Arbeit auswerten und nutzen können.

HTA im politischen Spannungsfeld

Auffallend ist das gesellschaftliche Spannungsfeld, das die Etablierung von HTA in Polen umgibt. Die Regierung steht unter enormem Druck, das Verfahren zur Arzneimittelpreisbildung transparent zu machen. Sie wird darin vor allem von den Kostenträgern unterstützt, die ihrerseits hoffen, künftig Ausgaben einsparen zu können. Die Leistungserbringer versuchen dagegen, die angestrebte Transparenz immer wieder zu unterlaufen, und die Industrie wertet die Initiative als Angriff auf ihre ökonomischen Interessen. Verbraucher und Patienten schließlich reagieren verunsichert angesichts von Medienberichten über Korruption im Gesundheitswesen.

Projekt stärkt die Selbstregulierung im Markt

Angesichts dieser Spannungslage beurteilen Experten das »Transparenz-Projekt« aus zwei Gründen als erfolgreich: Zum einen wurde damit der eingeschlagene Weg der Politik weiterverfolgt, die Arzneimittelpreisbildung transparenter zu gestalten. Die Bewährungsprobe wird folgen, wenn das Verfahren in die Praxis umgesetzt wird und sich daraufhin der Druck aus der Pharmabranche eventuell wieder erhöht. Das Gesundheitsministerium hat bereits angekündigt, dass es ein Kontroll- und Monitoring-System einführen wird und das Verhalten der verschiedenen Beteiligten somit unter besondere Beobachtung stellt. Die hinzugewonnene Transparenz dürfte dazu führen, dass jene Arzneimittelhersteller, die mit den Beschlüssen einverstanden sind, Kritiker der neuen Bewertungspraxis aus der Industrie eher zurückdrängen werden. Das Projekt unterstützt damit auch die Selbstregulierung im Markt.

Zum anderen setzt man in Polen große Hoffungen auf die im Umgang mit HTA besser ausgebildeten Beschäftigten. Sie können nun auf einer soliden Basis die notwendigen Entscheidungen zum Wohl der Öffentlichkeit treffen. Der Nutzen für die Allgemeinheit – mehr Rechenschaftspflicht, mehr Transparenz, bessere Nachvollziehbarkeit von Zulassungs- und Preisentscheidun-

gen – scheint nach wie vor ein Wert zu sein, den die Polen erst noch schätzen lernen müssen.

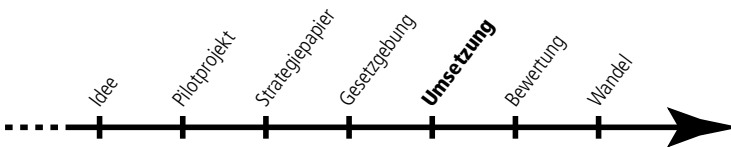
Literatur und Links

Wlodarczyk, Cezary. »The Agency of Health Technology Assessment II«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/pl/a11/2.

Partnerschaftsprojekt zwischen Frankreich und Polen zur »Transparenz der Entscheidungen zur Kostenerstattung im nationalen Gesundheitswesen«. www.tdrd.eu.

Wlodarczyk, Cezary, und Iwona Kowalska. »The Agency of Health Technology Assessment«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2005. www.hpm.org/survey/pl/a6/4.

Australien: Einführung von HTA auf lokaler Ebene



Ein Gesundheitsbezirk im australischen Bundesstaat Neusüdwales hat jetzt ein Vorgehen entwickelt, das Health Technology Assessments (HTAs) auf lokaler Ebene ermöglicht. Dies soll die Entscheidungen darüber erleichtern, ob und welche neue Behandlungsmethoden eingeführt oder ineffiziente Technologien abgeschafft werden sollen. Zentrale Kriterien sind dabei Effektivität, also die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen, sowie Sicherheit und Kosteneffizienz.

Australien war eines der ersten Länder, das HTA formell in den Prozess der Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene integriert hat. Dennoch sind die HTA-Bestrebungen nach wie vor bruchstückhaft und erscheinen unkoordiniert. Sowohl die einzelnen



Formell HTA auf nationaler Ebene

Bundesstaaten als auch die australische Zentralregierung haben darauf mit der Gründung neuer Institutionen und Gremien reagiert, um eine breitere Palette an Verfahren bewerten zu können.

... doch angepasst
an lokalen Kontext

Das Gesundheitsministerium von Neusüdwaales hat bereits 2003 eine allgemeine Richtlinie zur Einführung neuer medizinischer Interventionen herausgegeben. Damit sollen die Konzepte des Health Technology Assessment für alle Verwaltungsregionen der Gesundheitsversorgung (Area Health Services, AHS) vereinheitlicht werden. Zentrales Ziel ist es, jene Interventionen und Methoden auszuwählen, die nachweislich wirksam, sicher, effizient sind und auch innerhalb des Budgets finanziert werden können. Die allgemeine Richtlinie ist dabei lediglich als Leitlinie gedacht und somit nicht bindend für die jeweiligen AHS. Das Dokument betont vielmehr, dass jede Region die Vorgaben entsprechend der lokalen Bedürfnisse und Kontexte anpassen kann.

Lokale Behörden
steuern die
Versorgung

In Bundesstaaten wie Neusüdwaales sind die lokalen Gesundheitsbehörden für die medizinische Versorgung ihrer Einwohner zuständig. Dabei stellt die Regierung des Bundesstaates vorher vereinbarte Finanzmittel bereit und achtet auf die Einhaltung des Budgets. Werden neue medizinische Verfahren übernommen, sind diese in der Regel aus den Mitteln des Bezirkes zu finanzieren. Diese Praxis führt immer wieder zu finanziellen Zwängen und unterstreicht, wie notwendig eine Prioritätensetzung auf Bezirksebene ist.

Gesundheitsbezirk
entwickelt eigenes
HTA-Programm

NSCCAHS (Northern Sydney Central Coast Area Health Service), ein Gesundheitsbezirk in Neusüdwaales, hat jetzt ein eigenes HTA-Vorgehen gemäß der allgemeinen Richtlinie entwickelt. Zentrale Kriterien der Bewertung sind neben Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffizienz die Auswirkungen auf Personal, der Schulungsbedarf, die Größe der Patientengruppe und der zusätzliche Service. Das HTA gilt für sämtliche neuen medizinischen Verfahren, Programme, Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie Ausrüstung. Nur Medikamente sind ausgeschlossen, da es für deren Einführung bereits lokal festgelegte Strategien zur Entscheidungsfindung gibt.

Lokales Komitee
für HTA

Der Gesundheitsbezirk gründete im Jahr 2006 den Ausschuss zur Bewertung von medizinischen Verfahren, das NSCCAHS Health Technology Assessment Committee, dem eine unabhängige Person mit gesundheitsökonomischem Hintergrund vor-

steht. Während der ersten fünfzehn Monate seit Gründung des Ausschusses gingen 14 Anträge ein.

Die Antragstellung beginnt damit, dass sich eine klinische Einrichtung bewirbt. Sie selbst liefert dazu zunächst die Basisinformationen zur Art des Verfahrens und zum erwartbaren Nutzen. Das örtliche HTA-Team analysiert dann den Antrag. Sind entsprechende HTAs aus anderen Einrichtungen vorhanden, werden diese in die Beurteilung einbezogen, sonst wird auf Forschungsliteratur zurückgegriffen. Das Gremium fordert dann weitere Informationen zur Bevölkerung, zu Organisationen sowie zu den Patientendaten an, um die Sicherheit, Wirksamkeit und Effizienz bei einer lokalen Aufnahme der Behandlungsmethode sicherzustellen. Im nächsten Schritt wird das Assessment dem lokalen HTA-Komitee präsentiert, das eine Empfehlung für den Gesundheitsbezirk ausspricht. Wird das neue Verfahren aufgenommen, muss die Finanzierung aus den bereitstehenden Mitteln des Bezirks gewährleistet sein.

Die explizite Aufnahme des Kriteriums Kosteneffizienz ist auf lokaler Ebene eine echte Innovation. Die lokale Initiative könnte auch die Vorgehensweise der Gesundheitsbehörde vor Ort beeinflussen – vorausgesetzt, die Leistungserbringer greifen auf das beschriebene Bewertungsverfahren zurück und halten sich an die gegebenen Empfehlungen.

In Interviews, die als Teil einer Evaluation durchgeführt wurden, kritisierten die Verantwortlichen der regionalen Behörden den Entscheidungsfindungsprozess als unbefriedigend. Sie bemängelten, dass die Kosten und die Auswirkungen auf das Budget als letztlich ausschlaggebende Faktoren angesehen werden. Interessenvertreter plädierten dafür, möglichst viele Akteure einzubeziehen, über neue Vorgehensweisen umfassend zu kommunizieren und so auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf dem Laufenden zu halten. Die Interviews zeigten auch, dass die Beteiligten Veränderungen durchaus akzeptieren, vorausgesetzt die neue Strategie orientiert sich an den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und beschränkt sich auf ein Minimum an administrativem Aufwand.

Einer der Kernpunkte der Initiative ist es, nicht nur die Sicherheit einer Technologie zu beurteilen, sondern auch abzuschätzen, ob eine Verbreitung des neuen Verfahrens im jeweiligen lokalen

**Ergebnisse anderer
Einrichtungen +
lokale Daten**

**Kritiker fordern
mehr Einfluss für
Interessengruppen**

**Die Regionen
müssen sich
noch bewähren**

Gesundheitsbezirk angemessen ist. Beispielsweise wird dabei auch geprüft, ob die Beschäftigten ausreichend geschult sind. Diese Fragen sind wesentlich, um zu erfassen, ob das Gesundheitssystem vor Ort so aufgestellt ist, das damit eine neue Anwendung sicher umgesetzt werden kann.

Auch wenn eine Strategie wie diese viel bewirken kann, so gibt es doch zwei Hürden für ihren Erfolg: Zum einen ist es unklar, wie die Akteure den Prozess und seine Ergebnisse akzeptieren. Zum anderen müssen die Regionen noch unter Beweis stellen, dass sie qualitativ hochwertige Bewertungsverfahren wirksam und kosteneffizient ausführen können.

Literatur und Links

Gallego, Gisselle, und Kees van Gool. »Health Technology Assessment at the local level«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/au/a11/1.

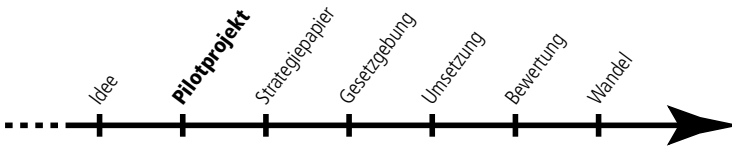
Australian Productivity Commission. *Impacts of advances in medical technology in Australia: Productivity Commission research report*. 2005.

Gallego, Gisselle, Sandra Fowler und Kees van Gool. »Decision makers' perceptions of health technology decision making and priority setting at the institutional level«. *Australian Health Review*. (32) 3 2008. 520–527.

New South Wales Health Department. Model policy for the safe introduction of new interventional procedures into clinical practice: a model policy for area health services and other public health organisations. 2003. www.health.nsw.gov.au/archive/cib/circulars/2003/cir2003-84.pdf.

Finnland:

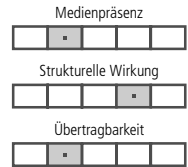
Mehr Kooperation bei Beurteilung medizinischer Methoden



Wie können Behandlungsmethoden schnell und gut beurteilt werden? Und welcher Ansatz ist vor Ort der richtige? Finnland beantwortet diese Fragen mit einem neuen Verfahren, das auf die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf nationaler und kommunaler Ebene setzt. Die Vertreter der 20 Krankenhausbezirke entwickeln zusammen mit FinOHTA, der finnischen Agentur für Health Technology Assessment, unter dem Titel »Managed Uptake of Medical Methods« (MUMM) eine Systematik zur Überprüfung und Einführung neuer medizinischer Behandlungen in der Sekundärversorgung. Die Klinikärzte sind für das Erstellen von wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zuständig, auf deren Basis dann die Verantwortlichen in den Krankenhäusern und Kommunen die Entscheidungen treffen. MUMM, das im September 2005 startete, soll in erster Linie für ein besseres Management bei der Aufnahme neuer Methoden sorgen und wurde nicht speziell mit dem Ziel aufgebaut, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen.

Das finnische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch seine sehr dezentrale Struktur. Die Verantwortlichen in den mehr als 400 Städten und Gemeinden entscheiden darüber, welche Gesundheitsleistungen ihre Einwohner in Anspruch nehmen können. Neben medizinischer Grundversorgung gehören Prävention, Rehabilitation sowie zahnärztliche Behandlung in den lokalen Zuständigkeitsbereich. Jede Stadt wiederum gehört einem der 20 übergeordneten Krankenhausbezirke an, die die fachärztliche Versorgung in ihrem Einzugsbereich sicherstellen und koordinieren.

FinOHTA bewertet bereits seit 1995 Behandlungen und Therapien im Gesundheitswesen. Es gab jedoch bislang keinen einheitlichen Prozess, mit dem die Verantwortlichen auf nationaler Ebene die unterschiedlichen Prüfverfahren zur Aufnahme neuer



Das Gesundheitswesen ist dezentral aufgebaut

Bezirke mit unterschiedlichen Leistungskatalogen

Behandlungsmethoden in den Kommunen und Krankenbezirken koordinieren und steuern konnten. Die Folge: Zwischen den Krankenhausbezirken gab es große Unterschiede darin, welche Behandlungsmethoden zum Leistungskatalog gehörten und welche nicht. Dieses strukturelle Problem des dezentralen finnischen Gesundheitswesens soll jetzt über die Zusammenarbeit von FinOHTA mit den Verantwortlichen der Krankenhausbezirke gelöst werden. Ziel von MUMM ist es, für die Aufnahme neuer Behandlungsmethoden speziell in der Sekundärversorgung eine verbindliche Systematik und Struktur zu entwickeln und so Empfehlungen auf nationaler Ebene aussprechen zu können. Zusätzlich soll gewährleistet werden, dass die Prüfmethode überall auf den gleichen Standards basieren.

**Halbjährliches
Forum zum
Austausch**

MUMM ist so aufgebaut, dass die Krankenhausbezirke zunächst gemeinsam wissenschaftliche Übersichtsarbeiten erstellen und dazu eine Empfehlung auf nationaler Ebene aussprechen. Eine Vollzeitkraft bei FinOHTA koordiniert das Verfahren. Das Erstellen der Übersichtsarbeiten erfolgt in verschiedenen Gruppen, denen jeweils ein bis zwei Assessment-Experten sowie ein bis drei Klinikspezialisten angehören. Jedes Krankenhaus benennt dabei Vertreter, die im MUMM-Komitee für drei Jahre mitarbeiten. Den Vorsitz im Gremium hat immer der medizinische Direktor einer Universitätsklinik.

Zentrales Forum für die Zusammenarbeit ist eine halbjährliche Tagung der MUMM-Mitarbeiter. Dabei werden die Ergebnisse der Übersichtsarbeiten diskutiert und gemeinsam Empfehlungen erarbeitet. Die Reviews werden im medizinischen Journal sowie auf der FinOHTA-Website veröffentlicht. Diese Vorarbeiten wiederum sind für die Klinikvertreter und für die Verantwortlichen in den Kommunen Grundlage für die Aufnahme neuer Behandlungsmethoden in ihrem Geltungsbereich. MUMM bewirkt so zum einen, dass die Verantwortlichen in den Krankenhäusern sorgfältiger evaluieren, bevor sie neue Verfahren zur Aufnahme in den Leistungskatalog vorschlagen. Zum anderen wird das Wissen der Klinikärzte so für das gesamte Gesundheitssystem nutzbar gemacht.

**Nicht jene Neuheit
ist eine echte
Innovation**

Seit 2000 gab es immer wieder Diskussionen darüber, wie neue medizinische Verfahren einheitlich geprüft und koordiniert eingeführt werden könnten. Krankenhausdirektoren und Chef-

ärzte, besonders von Unikliniken, engagierten sich in der Debatte. Schließlich zeigte sich auch im Gesundheitswesen eine Anspruchshaltung, die dazu führte, letztlich jede neue Technik nutzen zu wollen – auch wenn damit keine echte Innovation verbunden war.

Mit MUMM wird die Aufnahme neuer Behandlungsmethoden oder Therapieformen besser kontrolliert und systematisiert, vor allem der Aspekt der Sicherheit wird deutlich aufgewertet. So steigen die Chancen, dass solche Entscheidungen eher zentral getroffen werden und somit die Versorgungsqualität in allen Regionen auf einem ähnlichen Niveau ist. Ähnliche Initiativen sind auch aus Schweden, Dänemark und Spanien bekannt. In einem ersten Schritt geht es nun darum, Verfahren zur Aufnahme neuer Behandlungsmethoden und Technologien für die Sekundärversorgung zu entwickeln. Später sollen die Strukturen auch auf die Grundversorgung ausgeweitet werden.

Das Gesundheitsministerium hat im Regierungsprogramm von 2007 beschlossen, Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin verstärkt zu nutzen (siehe Vuorenkoski 2007). Ziel ist es, sicherzugehen, dass die angewandten Methoden wirksam, nachhaltig und sicher sind. Auf nationaler Ebene wird so ein neuer Weg beschritten, um gemeinsam Empfehlungen auszusprechen. Zu erwarten ist eine verbesserte Verteilungsgerechtigkeit, aber auch eine deutliche Verlangsamung bei der Aufnahme neuer medizinischer Verfahren.

**Neuer Weg zu
gemeinsamen Emp-
fehlungen**

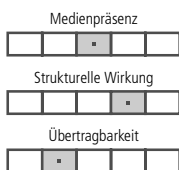
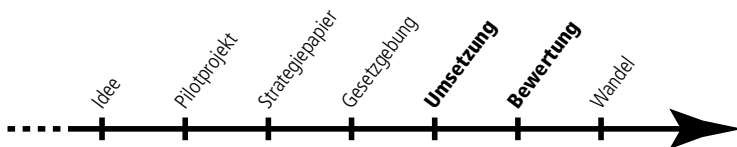
Literatur und Links

Kaila, Minna. »Managed Uptake of Medical Methods«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/fi/a11/2.

Kaila, Minna. »Managed uptake of medical methods«. *Impakti – Finnohta newsletter 2/2007*. 12–13. finnohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/2872CE40-7E60-400C-9CAD-FC1466378B11/0/impakti2007_2.pdf.

Vuorenkoski, Lauri. »The government programme for the years 2007–2010«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2007. www.hpm.org/survey/fi/a10/1.

Dänemark: Weiterentwicklung der Leistungsmessung



Das dänische Gesundheitsministerium hat im Dezember 2007 den dritten Jahresbericht zur Produktivität der Kliniken veröffentlicht. Ziel der Regierung ist es, die Verfahren des Performance Measurement, also der Leistungsmessung in Unternehmen, für das Gesundheitswesen weiter zu verfeinern und um zusätzliche Kennzahlen zu ergänzen. Die bisherigen Veröffentlichungen haben dazu beigetragen, dass die politischen Ziele zur Effizienz im Gesundheitswesen genauer und ehrgeiziger formuliert werden konnten. Jetzt sollen die Produktivitätsdaten der Kliniken zusammengefasst werden und beispielsweise um Daten zur Arbeitsproduktivität sowie zur psychiatrischen Versorgung ergänzt werden. Weiter ist geplant, webbasierte Lösungen zur Leistungsmessung zu entwickeln.

**Auch einzelne
Klinikabteilungen
sollen geprüft
werden**

Seit dem vorhergehenden Bericht über Performance Measurement (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 37 f.) hat das Gesundheitsministerium weitere systematische Analysen zur Produktivität im stationären Bereich auf nationaler, regionaler, bezirklicher sowie auf Krankenhaus-Ebene veröffentlicht. Die Regierung und die Regionen haben zuvor darüber verhandelt, welche Daten genau zu erfassen sind. Inzwischen wurde dazu eine Arbeitsgruppe gegründet, der Vertreter des Gesundheits- und des Finanzministeriums, des Nationalen Gesundheitsrats sowie die Eigentümer der Krankenhäuser angehören. Diese Treffen haben entscheidend dazu beigetragen, dass die Berichte mehr detaillierte Angaben zur Produktivität enthalten.

**Produktivität
wird gemessen**

Für die Jahre 2003 und 2004 lagen 2005 erstmals Daten zur Produktivität für die nationale, die regionale und die bezirkliche Ebene vor. 2006 und 2007 wurden dann auch Kennzahlen zur Produktivität für Fachkliniken vorgelegt. Weiter vereinbarten Regierung und Regionen 2007, die Berichte um ausgewählte Produktivitätsindikatoren und Kennzahlen für einzelne Klinik-Ab-

teilungen zu ergänzen. Zudem wird der Bericht für das Jahr 2007 aufzeigen, wie die Regionen und Krankenhäuser die Produktivitätsmessungen selbst genutzt haben. Die Arbeitsgruppe hat sich für 2008 vorgenommen, die Messungen auf der Klinik-Ebene sowie auf der Abteilungsebene weiterzuentwickeln.

Die Berichte belegen, dass die Produktivität auf nationaler Ebene von 2005 bis 2006 um 1,9 Prozent gestiegen ist. Das Ergebnis liegt somit über dem Ziel von 1,5 Prozent, das Regierung und Regionen vereinbart hatten. In den Regionen wurden 2005 und 2006 deutliche Unterschiede in der Produktivitätsverbesserung gemessen – die Spannbreite lag hier bei 1,4 bis 2,7 Prozent. Ein zentrales Problem auf lokaler Ebene ist, dass Daten und Kosten der stationären Behandlung im DRG-System unterschiedlich erfasst worden sind.

Eine Studie zur Qualität der erfassten Daten im Bezirk Nord-Jütland kam denn auch zu dem Schluss, dass Hilfen auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich seien. Die Experten empfahlen beispielsweise, Ärzte und Arzthelferinnen kontinuierlich bei der Nutzung des DRG-Systems zu unterstützen, damit Diagnosen, Behandlungen wie auch therapeutische Fortschritte korrekt eingegeben werden. Auf nationaler Ebene forderten sie genauere Empfehlungen, damit eine unmissverständliche Erfassung auch in der Sekundärversorgung gesichert werden kann. Schließlich könnten sich unterschiedliche Ergebnisse bei der Produktivität, so die Autoren der Studie, auch aus dem uneinheitlichen Erfassen der Daten ergeben haben.

Die Regierung hat die bereits veröffentlichten Berichte dennoch zum Anlass genommen, um daraus allgemeine Produktivitätsziele für alle Krankenhäuser zu entwickeln. Einzelne Regionen haben aus den Daten sogar unterschiedliche Ziele für einzelne Krankenhäuser abgeleitet. Grundsätzlich akzeptieren alle Beteiligten, dass Produktivitätsmessungen notwendig sind. Regierung und Regionen wollen das System daher weiter ausbauen.

Künftig sollten vergleichbare Produktivitätsmessungen für die Krankenhäuser sowie auch für einzelne Krankenhausabteilungen weiterhin veröffentlicht werden. Das Gesundheitsministerium will den Blick mehr auf die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmethoden im dänischen Gesundheitssektor lenken. Notwendig sei dies, so der Gesundheitsminister, angesichts

Regionen sind unterschiedlich produktiv

Falsche Eingabe von DRGs?

Kennzahlen als Grundlage für Vergleiche

von Ärztemangel, der wachsenden Zahl älterer Menschen sowie der besseren Ausbildung der Mediziner, neuer Behandlungsmethoden und knapper Budgets. Eine verbesserte Leistungsfähigkeit bedeutet auch, dass frei werdende Finanzmittel direkt zur Behandlung der Patienten eingesetzt werden können.

Der Vorsitzende der dänischen Regionen erklärte, dass die Regionen beispielhafte Benchmarks für hohe Produktivität veröffentlichen und effizient arbeitende Kliniken gegebenenfalls auch belohnen wollen. Aus seiner Sicht dauert es zu lange, bis gute Beispiele wirklich wahrgenommen werden.

Leistungs-
messungen
werden weiter
verfeinert

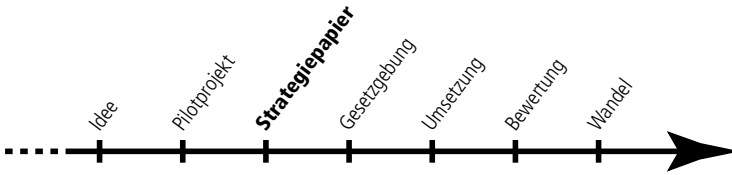
Die Arbeitsgruppe selbst hatte in ihren Berichten aus den Jahren 2005, 2006 und 2007 immer wieder gefordert, Produktivitätsmessungen auf nationaler Ebene, in den Regionen, auf Bezirksebene und schließlich auch für jedes einzelne Krankenhaus zu vereinheitlichen. Sie will die Datenerhebung weiter verfeinern und Verfahren zur Produktivitätsmessung entwickeln, die sogar unterhalb der Abteilungsebene liegen.

Ergebnismessungen sollen in den nächsten Jahren unweigerlich stärker von der Regierung, den Regionen und den Krankenhaus-Managern genutzt werden, um Budgets zu beschließen und Kosten einzudämmen. Die Auswirkungen auf die Qualität sind dabei unklar. Schließlich setzt die Politik des Performance Measurement die Leistungserbringer erheblich unter Druck. Die Richtlinien könnten so auch falsche Anreize bewirken und deswegen das Ziel verfehlen, für alle Krankenhaus-Aktivitäten nützlich zu sein.

Literatur und Links

Kristensen, Troels. »Productivity performance measurement – follow-up«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/dk/a11/1.

Australien: Mehr Information soll Zahl der Kaiserschnitte reduzieren

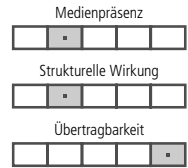


Der australische Bundesstaat Neusüdwestes versucht durch eine neue Informationspolitik, die Zahl unnötiger Kaiserschnitte einzudämmen. Vor allem Patientinnen mit privaten Zusatzversicherungen entscheiden sich oftmals für die OP, auch wenn der Eingriff medizinisch nicht notwendig ist. Inzwischen kommt in Australien jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt auf die Welt. Auch in Deutschland steigt dieser Anteil seit Jahren, im ersten Halbjahr 2008 lag er bei rund 31 Prozent. Dabei gibt es einer BKK-Studie zufolge allerdings große regionale Unterschiede. Rheinland-Pfalz verzeichnete mit knapp 40 Prozent fast doppelt so viele Kaiserschnitte wie Sachsen mit 20 Prozent (Deutsches Ärzteblatt 2008).

Auch in Australien ist die Zahl der Kaiserschnitte in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Waren es 1995 noch 19,5 Prozent, stieg der Anteil im Jahr 2005 auf 30,3 Prozent. Im Jahr 2005 machten Kaiserschnitte im Bundesstaat Neusüdwestes etwa 28 Prozent der Geburten aus, vier Jahr zuvor lag der Anteil noch bei 23,6 Prozent. Neusüdwestes ist der bevölkerungsreichste Bundesstaat Australiens. Etwa ein Drittel der 20 Millionen Australier leben in der Region an der Süd-Ost-Küste Australiens sowie in deren Hauptstadt Sydney.

Jetzt sollen Schwangere in Neusüdwestes über die Risiken und Folgen des Kaiserschnitts umfassend aufgeklärt werden. In den Informationen soll vor allem deutlich gemacht werden, dass auch medizinisch notwendige Kaiserschnitte möglichst nicht vor der 39. Schwangerschaftswoche vorzunehmen sind.

In Befragungen der Ärzte zeigte sich, dass viele Frauen sich einen Kaiserschnitt aus persönlichen Gründen wünschten. Das Phänomen ist so weit verbreitet, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen die Damen mit Extrawunsch mit einem eigenen Aus-



**Zahl der
Kaiserschnitte
steigt**

**Der Kaiserschnitt
als kostspielige
Mode...**

druck versehen: »Too posh to push« – also »zu fein für das Pressen« – nennen sie Schwangere, die ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt bringen wollen.

... vor allem bei
Privatversicherten

Der Kaiserschnitt als Modeerscheinung der höheren Schichten? Zahlen aus der Krankenversicherung scheinen diese Einschätzung weiter zu bestärken, denn Australiens Versichertenstatistik belegt, dass der Kaiserschnitt unter werdenden Müttern, die über zusätzliche Privatversicherungen verfügen, sehr viel stärker verbreitet ist als unter jenen Frauen, die allein über das staatliche Medicare versichert sind. Es gab jedoch auch andere Stimmen unter den Beobachtern: So mutmaßten Gesundheitsexperten, dass die Schwangeren eventuell zu einer Kaiserschnitt-Geburt überredet worden seien. Sie warfen die Frage auf, ob Verwandte, Angehörige oder auch beteiligte Gruppen wie etwa Krankenhäuser oder Ärzte den angehenden Müttern überhaupt einen angemessenen Spielraum in dieser Frage zugestanden haben, damit diese selbst entscheiden konnten.

Kaiserschnitte
bergen gesundheitliche Risiken

Der Kaiserschnitt galt bislang als ein sicherer, für Mutter und Kind wenig risikoreicher Eingriff. Ein Blick in die Daten aber zeigt, dass dies nicht ohne Einschränkung stimmt. Eine epidemiologische Studie aus den USA etwa, die fünf Millionen Geburten untersucht hat, belegt, dass die frühkindliche Sterberate bei Kaiserschnitt-Geburten 2,9-fach höher liegt als bei Vaginalgeburten. Australiens Politiker reagierten mit ihrer Initiative daher auch auf die wachsende Anzahl an Babys, die nach einem Kaiserschnitt intensivmedizinisch betreut werden mussten. Ganz besonders intensiv ist die medizinische Betreuung, wenn das Kind vorzeitig durch den operativen Eingriff auf die Welt kommt. Aus diesen epidemiologischen Daten ergab sich die Forderung, bei medizinisch notwendigen Kaiserschnitten die 39. Schwangerschaftswoche abzuwarten, um das Gesundheitsrisiko des Säuglings zu mindern.

Nach Kaiserschnitten müssen Mütter und ihre Säuglinge sehr viel länger im Krankenhaus bleiben als bei regulären Geburten, und sie brauchen in der Regel auch zusätzliche pflegerische und medizinische Versorgung. Und schließlich erstreckt sich die Erholungsphase zu Hause in diesen Fällen über weit mehr Tage, als bei vaginalen Geburten.

Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt, die damit verbundenen möglichen Komplikationen sowie höhere Anforderungen an

die gesundheitliche Nachsorge führen so – das zeigt die Analyse der australischen Daten – zu einem Problem, das für das überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitswesen Australiens nicht unerheblich ist. Kaiserschnitte kosten fast doppelt so viel wie normale Entbindungen. Die absolute Zahl der Geburten in Australien lag 2005 bei 259.800, rund 90.000 davon in Neusüdwesten. Jeder zusätzliche Anstieg der Kaiserschnitte – wenn auch nur um ein Prozent – bedeutet mehr Krankenhaustage sowie eine zusätzliche Umlenkung der Klinik-Ressourcen.

**Normale Geburten
sind halb so teuer
wie Kaiserschnitte**

Die Politik sah sich daher gezwungen, auf die gestiegene Zahl der Kaiserschnitte in Neusüdwesten zu reagieren. Verschiedene Informationsangebote für die Schwangeren sollten vor allem über die Risiken des Eingriffs aufklären. Die Informationen, auf der Grundlage von evidenzbasierten Studien zusammengestellt, zielen darauf, die angehenden Mütter bei ihrer Entscheidung zu unterstützen. Im Idealfall sollten sie eine Diskussion über Nutzen und Risiken von Kaiserschnitten und Vaginalgeburten bewirken. Anhand der Evidenz, die sich in Studien des »Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists« fand, konnte zudem belegt werden, dass auch bei notwendigen Kaiserschnitten Frauen ohne zusätzliche Risiken ihr Baby bis zur 39. Woche austragen sollten.

**Politik setzt
auf Information**

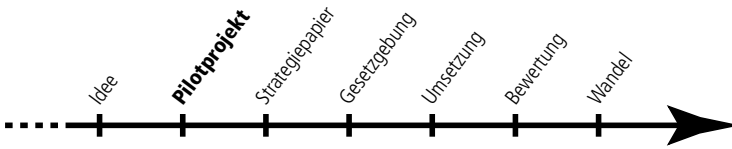
Die Interessenvertreter haben die Initiative aus Neusüdwesten unterschiedlich aufgenommen. Die Australische Hochschule für Hebammen sowie die Patientenorganisationen begrüßten die Direktive. Nur einzelne Gesundheitsexperten mutmaßten, dass die Richtlinie ihr Ziel verfehlen könne, wenn die Regierung nicht zugleich die Finanzen und die Art der Behandlung in der Geburtshilfe überprüfe. Festgelegt wurde jedenfalls, dass der lokale Gesundheitsbezirk AHS die jeweiligen Zeitpunkte und Häufigkeiten der Kaiserschnitte in Neusüdwesten zu kontrollieren hat. Des Weiteren wird die Schwangerschaftswoche bei vorzeitigen Kaiserschnitten auch im jährlichen Neusüdwesten-Report registriert, der die Daten aller Krankenhäuser zusammenstellt.

**Mehr Kontrolle
über Zeitpunkte
und Häufigkeiten**

Literatur und Links

- Gallego, Giselle. »New rules for caesarean section«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/au/a11/3.
- Callaghan, William M., Marian F. MacDorman, Sonja A. Rasmussen, Cheng Qin, Eve M. Lackritz. »The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States«. *Pediatrics* (118) 4 2006. 1566–1573.
- Centre of Epidemiology and Research. NSW Department of Health. »New South Wales mothers and babies 2005«. *NSW Public Health Bulletin* (18) Suppl. 2007. 1–135.
- Deutsches Ärzteblatt. »Hebammen: Kritik an hoher Kaiserschnitttrate«. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 2008. 34–35. A–1758/B–1518/C–1486.
- Laws, Paula, Samantha Abeywardana, Jane Walker und Elizabeth A. Sullivan. *Australia's mothers and babies 2005*. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit; 2007.
- MacDorman, Marian F., Eugene Declerq, Fay Menacker und Michael H. Malloy. »Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to women with no indicated risk«. United States, 1998–2001 birth cohorts. *Birth* (33) 3 2006. 175–182.
- National Institute for Clinical Excellence, Caesarean section: Clinical guideline 13. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- NSW Health, Policy directive: Maternity timing of elective or pre-labour caesarean section. North Sydney: Department of Health, NSW, 2007.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians. College statement: Timing of elective caesarean section. 2006.
- Zanardo, Vincenzo, A.K. Simbi, M. Franzoi, G. Solda, A. Salvadori und D. Trevisanuto. »Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean delivery«. *Acta Paediatrica* (93) 5 2004. 643–647.

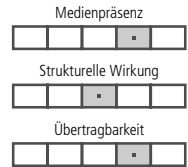
Niederlande: Patientenerfahrungen fließen in Qualitätsportal ein



Die Niederlande stärken seit Jahren den regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen. Als erster Schritt wurden ab November 2005 die Erfahrungen der Patienten und Versicherten mit den verschiedenen Angeboten der Krankenversicherungen systematisch gesammelt und auf www.kiesbeter.nl veröffentlicht. Seither sind Patientenerfahrungen mit Pflege- und Seniorenheimen sowie häuslichen Pflegediensten hinzugekommen. Zudem wurden die Leistungsdaten der niederländischen Krankenhäuser, Kliniken und unabhängigen Behandlungszentren auf dem Internetportal bereitgestellt, basierend auf Indikatoren, die die Aufsichtsbehörde für Gesundheitsversorgung (Inspectie Gezondheidszorg – IGZ) erarbeitet hat. Die Nutzer des Gesundheitswesens werden so darin unterstützt, sich auf der Basis fundierter Informationen für oder gegen einen Anbieter medizinischer Leistungen zu entscheiden.

Mit dem Gesetz zum regulierten Wettbewerb aus dem Jahr 2006 wurde bereits die Veröffentlichung der Informationen geregelt. In Artikel 38, Absatz 4 des Gesetzes ist zunächst vorgegeben, dass die Krankenhäuser und Kliniken im Gesundheitswesen ihre Daten und Informationen zur Qualität ihrer Angebote veröffentlichen müssen. In Artikel 40, Absatz 1 wird die Informationspolitik in ähnlicher Weise für die Krankenversicherungen als Kostenträger festgelegt.

Grundlage der Erhebung von Patientenerfahrungen ist ein standardisierter Fragebogen, bekannt unter dem Namen Consumer Quality Index (CQI). Er wurde vom niederländischen Institut für Gesundheitsversorgungsforschung NIVEL und dem Institut für Sozialmedizin des Akademisch-Medizinischen Zentrums der Universität von Amsterdam auf Basis des US-amerikanischen Befragungsmodells CAHPS und des niederländischen »Quote«



Krankenhäuser und Versicherungen informieren über Qualität

Consumer Quality Index

erarbeitet. Ursprünglich wurde der CQI für bestimmte Sektoren im Gesundheitswesen entwickelt, wie etwa für Alten- und Pflegeheime und für Krankenhäuser, oder auch für bestimmte Dienstleistungen, wie etwa die Chirurgie beim Grauen Star. In Dezember 2006 wurde das Zentrum für Nutzererfahrungen im Gesundheitswesen (Centrum Klantervaring Zorg, CKZ) gegründet. Seine zentrale Aufgabe ist, die Entwicklung des CQI zu koordinieren, die Messungen der Nutzererfahrungen zu überwachen und vergleichbare Informationen zu garantieren.

**Transparenz fördert
regulierten
Wettbewerb**

Die Politik bestärkt damit den Mechanismus, dass sich die Kostenträger – wie im freien Markt – aneinander messen. Schließlich setzt sie darauf, dass die Patienten informiert zwischen den verschiedenen Anbietern auswählen können und dass sich – über den gesteigerten Wettbewerb um die Kunden – auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessert.

**Der Markt passt
sich nach und
nach an**

Die Regierung wirbt für Kiesbeter und setzt in ihrem Vorgehen auf die selbstregulierenden Kräfte im Gesundheitswesen. Anreize für Versicherer und Leistungserbringer, die Datensammlung zu unterstützen und ihre Daten öffentlich zu machen, sind allesamt nicht finanzieller Art. Einige Versicherungen haben sich entschieden, die Nutzererfahrungen zu veröffentlichen – dies setzt wiederum die Konkurrenten unter Druck, sich ebenfalls mit ihren Daten am Markt zu präsentieren.

**Konsequentes
Fortsetzen der
Gesundheitspolitik**

Bemerkenswert ist, dass ein breiter gesellschaftlicher Konsens die veränderte Informationspolitik begleitet. Patientenorganisationen, in den Niederlanden traditionell sehr stark, haben der Veröffentlichung umgehend zugestimmt. Die Regierung setzt damit ihren Weg fort, der mit der Reform von 2006 beschritten wurde. Das Gesundheitsministerium hatte damals die Hauptakteure im Gesundheitswesen aufgefordert, sich für den Prozess verantwortlich zu fühlen, diesen zu steuern und weiterzuentwickeln.

Drei Gründe für die Reform sind auszumachen:

- Das Gesundheitsministerium wollte ein neues Versicherungswesen: Ein spezielles Direktorat wurde im Ministerium gegründet, um die politischen Initiativen anzuregen und zu koordinieren.
- Einige fortschrittliche Versicherer erkannten die Notwendigkeit, zuverlässige Informationen für ihr eigenes Portfolio zu erhalten. Sie finanzierten Studien, um einen vergleichbaren

Fragenkatalog zur Messung von Nutzererfahrungen zu erstellen.

- Die Dachverbände der Versicherer haben zudem Benchmarking-Systeme initiiert, die ebenso Nutzererfahrungen gesammelt haben. Auch wenn diese Informationen ursprünglich nicht für eine breite Veröffentlichung bestimmt waren, kam es durch öffentlichen Druck dennoch dazu.

Ob alle Ziele erreicht werden hängt auch davon ab, ob Patienten und Versicherte die bereitgestellten Informationen nutzen und ob die Kostenträger und Leistungserbringer darauf reagieren. Die erste Evaluierung des Consumer Quality Index ist für 2009 geplant.

**Werden Patienten
die Daten nutzen?**

Literatur und Links

Groenewegen, Peter P. »User-based public performance information«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/nl/a11/1.

Arah, Onyebuchi A., et al. »Psychometric properties of the Dutch version of the hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument«. *Health Services Research* (41) 1 2006. 284–301.

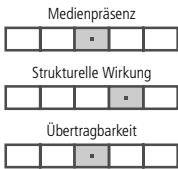
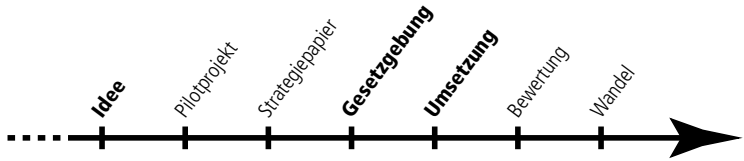
Fung, Constance, Yee-Wei Lim, Soeren Mattke et al. »Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care«. *Annals of Internal Medicine* 15. Januar 2008: 148; 2: 111–123.

Internetportal Kiesbeter. www.kiesbeter.nl.

Stubbe Janine H., Tanya Gelsema und Diana M.J. Delnoij. »The Consumer Quality Index Hip Knee. Questionnaire measuring patients experience with quality of care after a total hip or knee arthroplasty«. *BMC Health Services Research* (7) 60 2007.

Stubbe, Janine H., Werner Brouwer und Diana M.J. Delnoij. »Patients' experience with quality of hospital care; the Consumer Quality Index Cataract Questionnaire«. *BMC Ophthalmology* (7) 14 2007.

Südkorea: Mehr Übersicht über Arzneimittelverbrauch



Südkorea will das Problem des unangemessenen Arzneimittelkonsums in den Griff bekommen. Das Gesundheitsministerium hat daher die Ärzte und Apotheker angewiesen, eine Datenbank zu nutzen. Über diese sollen der Verbrauch an Arzneimitteln kontrolliert und unangemessene Verschreibungen aufgedeckt werden. Die Datenbank wird auch anzeigen, wenn Medikamente erst ab einem gewissen Alter genommen werden dürfen. Die Technik ist dabei so aufgebaut, dass die Ärzte auf eventuelle Fehler in der Verschreibung hingewiesen werden, wenn sie die Rezepte ausstellen. Verschreibt der Mediziner dennoch das umstrittene Medikament, wird sowohl der Patient als auch die Krankenversicherungsprüfagentur (Health Insurance Review Agency, HIRA) darüber informiert.

Liste gefährlicher Kombinationen

Das Gesundheitsministerium hatte 2004 eine Liste mit gesundheitsgefährdenden Arzneimittel-Kombinationen veröffentlicht. Die Publikation enthält auch, welche Medikamente erst ab einem bestimmten Lebensalter verschrieben werden sollten. Obwohl Ärzte und Apotheker die Liste im Auftrag der Regierung recherchiert und entwickelt haben, werden immer wieder falsche oder unnötige Arzneien verschrieben. Etwa 20.000 Fälle von unangemessenen Verschreibungen registrieren die Gesundheitsbehörden pro Jahr.

Patienten früher warnen

Mit der Verpflichtung, die bestehende Datenbank zu nutzen, versucht Südkorea jetzt, das bisherige Kontrollsystem zu verbessern. Bislang hat HIRA im Zuge der Kostenerstattung unangemessene Verschreibungen aufgedeckt und dann ihrerseits den Patienten darüber informiert. Diese Information kam aber oftmals zu spät – der Patient hatte die Medikamente längst genommen. Das Gesundheitsministerium will deshalb das System so umbauen, dass Patienten und Krankenversicherung von der unangemessenen Verschreibung möglichst zeitnah erfahren.

Die koreanische Ärztekammer lehnt die neue Politik der »Arzneimittelanwendungsüberprüfung (Drug Utilization Review)« vehement ab. Sie behauptet, dass diese auf unfaire Weise die Verschreibungen der Ärzte begrenzen würde. Auch ist sie besorgt, dass die Datenbank weiter ausgeweitet und die Verschreibungen der Ärzte weiter eingeschränkt werden könnten.

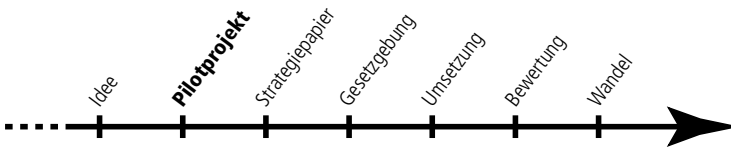
Die starke Ablehnung der Ärzte erhält wenig öffentliche Unterstützung – vor allem, weil die neue Richtlinie auf wissenschaftlicher Evidenz basiert. Zukünftig wird die Krankenkasse jenen Ärzten, die die Software nicht nutzen, keine Vergütung mehr zahlen. Daher ist zu erwarten, dass die Ärzte bald einlenken und der neuen Politik zustimmen. Das Gesundheitsministerium wirbt aktiv mit unterschiedlichen Informationen für den Nutzen der neuen Richtlinie für Patienten.

Gesundheitsministerium wirbt für den Nutzen

Literatur und Links

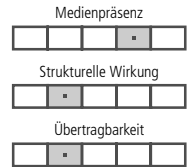
Kwon, Soonman. »Drug Utilization Review«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/kr/a11/1.

Frankreich: Elektronische Arzneimittelakte für Patienten



Die französische Regierung hat 2007 das Erstellen von elektronischen Arzneimittelakten für Patienten genehmigt. Der Apothekerverband wurde beauftragt, das Vorhaben umzusetzen, das derzeit in acht Departements getestet wird. Der Berufsverband hatte zuvor einen entsprechenden Vorschlag gemacht. Ausschließlich Apotheker sollen zur elektronischen Arzneimittelakte für Patienten Zugang haben.

Die darin gesammelten Daten listen alle verschreibungspflichtigen sowie nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel auf, die



Arzneimittelakte als Kontroll- instrument	ein Patient in den vergangenen vier Monaten gekauft hat. Beim Kauf eines Medikaments kann der Apotheker mithilfe der Arzneimittelakte schnell prüfen, ob und welche Tabletten, Pillen, Tropfen, Spritzen oder Zäpfchen der Patient in den vergangenen Wochen und Monaten genommen hat. Gefährliche kontraindizierte Arzneimittelkombinationen können so frühzeitig erkannt werden.
Franzosen lieben Pillen	Weltweit konsumieren die Franzosen in allen medizinischen Fachgebieten die meisten Medikamente. Übermäßiger Arzneimittelverbrauch erweist sich nicht nur in Einzelfällen, sondern auch aus gesellschaftlicher Perspektive als ernst zu nehmendes Problem. Schätzungsweise 130.000 Klinikaufenthalte und somit mehr als eine Million stationärer Tage im Jahr werden auf falschen oder unangemessenen Arzneimittel-Konsum zurückgeführt. Die Überprüfung der Medikation leistet somit einen Beitrag, die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen möglichst effizient einzusetzen.
Patient kontrolliert die Daten	Frankreich will nun die elektronische Arzneimittelakte für Patienten für jeden Versicherten erstellen lassen – vorausgesetzt der Patient stimmt der Sammlung seiner Daten zu. Die Arzneimittelakte enthält Angaben zu den Medikamenten sowie zur verordneten Dosis und notiert auch das Datum der Ausgabe. Der Name des Arztes und auch der des Arzneimittelherstellers werden in der Datei nicht erkennbar sein. Patienten können die Datei jederzeit schließen lassen oder den Zugang verweigern. Sie können einen Ausdruck der Daten einfordern und beispielsweise im Falle einer Krankenhauseinweisung auch die behandelnden Ärzte darüber informieren. Der Patient kann zudem verbieten, bestimmte Informationen in der Datei zu hinterlegen. Die Arzneimittelakte wird dann mit einem Vermerk versehen, dass die Daten nicht vollständig sind.
Datenpflege durch IT-Dienstleister	Die französische Datenschutzbehörde vergibt als zentrale Einrichtung die Erlaubnis, die Patientendaten zusammenzutragen. Weder Apotheker noch Pharmazeuten, sondern seriöse IT-Dienstleister werden das Daten-File pflegen. Jeder Apotheker kann darin jeweils nur jene Informationen speichern, die die bei ihm gekauften Arzneimittel betreffen. Die Arzneimittelakte darf grundsätzlich nur in Gegenwart des Patienten geöffnet werden. Die elektronische Versichertenkarte ist zusammen mit dem Heilberufeausweis des Apothekers dafür der »Schlüssel«.

Langfristiges Ziel ist es, die Arzneimittelakte in die persönliche, medizinische, elektronische Patientenakte (ePA) (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 61) zu integrieren. Momentan ist es noch unklar, wie Patienten eingebunden und überzeugt werden könnten, die sich gegen das Erstellen der Daten aussprechen – es gibt bislang keine Anreize dafür. Vielmehr werden Auflagen diskutiert – etwa eine verminderte Kostenerstattung –, mit denen die Patienten zur Beteiligung an der ePA angeregt werden sollen.

Zur Beteiligung gibt es bislang keine Anreize

Das zentrale Interesse der Apotheker in Frankreich ist es, ihre Rolle im Gesundheitswesen zu verbessern. Die Arzneimittelakte eröffnet ihnen die Chance, mit ihrer Kompetenz zur Qualität in der gesundheitlichen Versorgung beizutragen. In der Reform der Krankenversicherung im August 2004 war bereits angekündigt worden, dass eine elektronische Patientenakte für jeden Versicherten angelegt wird. Geplant für 2007 wurde die ePA bislang jedoch nicht umgesetzt. Vermutlich wird dies angesichts der konzeptionellen, technischen und finanziellen Probleme auch noch Jahre dauern. Die Apotheker haben den Aufbau einer Arzneimittelakte nun als ersten und einfachen Schritt der Umsetzung bezeichnet.

Apotheker wollen ihre Position stärken

Gleichzeitig sind die Apotheker extrem unter Druck, ihre Rolle und Aufgabe innerhalb des Systems zu festigen und zu rechtfertigen, seit es den Vorschlag gibt, den Markt für OTC-Produkte freizugeben. Ein im April 2008 veröffentlichtes Gesetz verpflichtet die Apotheken dazu, eine Liste mit nicht verschreibungspflichtigen OTC-Produkten auszulegen. Dies bedeutet aber auch, dass die Kunden freien Zugang zu den Medikamenten haben und die Preise für die OTC-Präparate vergleichen können, deren Markt bislang nicht reguliert ist.

Testphasen in insgesamt acht Departements

Die Einführung der Arzneimittelakte startete im Mai 2007 als Pilotprojekt in mehreren Regionen. Getestet wird die technische Ausstattung sowie die Akzeptanz bei Apothekern und Patienten. Apotheker, die an der Testphase beteiligt sind, bestätigen, dass die Technik und auch der Datenaustausch zwischen den Apotheken gut funktioniert. Etwa 14 Prozent der Apotheken waren in sechs Departements beteiligt. Die technische Anpassung erwies sich als relativ einfach, da die Apotheken bereits eine Software benutzen, um ihre Waren zu verteilen, ihre Bestände zu verwal-

ten und ihre Daten zu verschreibungspflichtigen Medikamenten an Aufsichtsbehörden zu übermitteln.

Ärzte fühlen sich ausgeschlossen

Patienten erwarten einen Zusatznutzen, wenn Apotheker mehr Informationen über die Medikation haben und ungünstige Nebenwirkungen vermeiden helfen. Nach Angaben des Apothekerverbandes beteiligen sich etwa 80 Prozent der Patienten in den Pilotregionen an dem Projekt. Krankenversicherungen und Gesundheitseinrichtungen unterstützen das Projekt juristisch und finanziell. Sie setzen darauf, dass sich darüber zum einen die Qualität des Arzneimittelverbrauchs verbessert, zum anderen, dass sich die Ausgaben reduzieren lassen. Skeptisch sind dagegen die Ärzte. Sie fühlen sich von der Initiative ausgeschlossen. Die Ärztevereinigung sprach sich gegen eine zusätzliche Arzneimittelakte aus, die getrennt von der elektronische Patientenakte aufgebaut wird. Die Landesvertretung forderte auch, Ärzten den Zugang zu den Daten zu erlauben; sie konnte sich jedoch bislang nicht durchsetzen.

Unklar ist, wie die Selbstmedikation einzubinden ist

Die größte Herausforderung ist nun, die Selbstmedikation der Patienten in der Datenbank gut einzubinden. Um diese zu registrieren, wäre zusätzlich die Versichertenkarte notwendig, die bislang nur bei verschreibungspflichtigen Medikamenten eingesehen wird. Patienten bringen die Karte oftmals nicht mit, wenn sie verschreibungsfreie Arzneien kaufen. Zudem sind es häufig Frauen und Mütter, die für ihren Partner, Kinder und die weiteren Familienangehörigen die Medikamente einkaufen. In diesen Fällen ist es kaum möglich, den Arzneimittelverbrauch für jedes einzelne Familienmitglied zu ermitteln.

Literatur und Links

Cases, Chantal und Philippe Le Fur. »The pharmaceutical file«. *Health Policy Monitor*. Mai 2008. www.hpm.org/survey/fr/a11/2.

Informationsportal zur Gesetzgebung in Frankreich: www.legifrance.gouv.fr.

Nationale Vorgabe für Apotheker: www.ordre.pharmaciens.fr.

Nationale Politikstrategien

Gesundheitspolitik braucht Ziele, auf deren Basis sie mit den beteiligten Akteuren geeignete Umsetzungsformen auswählen und die vorhandenen Ressourcen angemessen verteilen kann. Die Gewährleistung einer zugänglichen, (qualitativ) angemessenen und bedarfsgerechten, zugleich aber auch notwendigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung (vgl. auch das vorherige Kapitel) sowie die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall sind Gegenstand der Rechtskodizes der allermeisten Länder. In der internationalen Literatur finden sich »Qualität«, »Zugang«, »Gleichheit«, »Kostenbegrenzung« und »Kosten-Effektivität« als die am häufigsten genannten Ziele. In den 1980er Jahren entwickelten die Mitgliedsländer der Weltgesundheitsorganisation WHO den Zielkatalog »Gesundheit für alle«, der das Ziel einer gesundheitsförderlichen Politik einerseits auf viele Politikfelder ausdehnte, andererseits aber unterließ, für die Gesundheitssysteme im engeren Sinne Ziele zu formulieren. Viele Industrieländer haben daher in ihren Gesundheitszielkatalogen den Gesundheitssystemen auch keine bzw. wenig Augenmerk geschenkt (Busse und Wismar 2002). Allerdings könnten Gesundheitsziele, soweit sie denn konsequent genutzt würden, eine Abkehr von herkömmlicher Gesundheitspolitik bedeuten, da sie an gesundheitlichen Ergebnissen (mehr Lebensjahre und mehr Lebensqualität) ansetzen und nicht an Versorgungsstrukturen (z. B. Anzahl der Krankenhausbetten, Arztzahlen im ambulanten Sektor).

Erst im »Weltgesundheitsbericht 2000« beschäftigte sich die WHO vertiefend mit Gesundheitssystemen und ihren Zielen. Dabei wurden drei Hauptziele und davon abgeleitete Indikatoren einer breiteren Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt: (1) Erreichen eines hohen Gesundheitsniveaus, (2) Eingehen auf die nicht

**Gesundheitspolitik
braucht Ziele**

**WHO-Gesundheits-
systemziele**

gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung wie etwa Vermeidung von Warten (»responsiveness«) sowie (3) faire Finanzierung, d.h. dass alle Personen den gleichen Anteil ihres Einkommens zum Gesundheitssystem beitragen.

Einzelstrategien ...

Parallel wurden in allen Ländern »Strategien« wie Dezentralisierung, Einführung bzw. Stärkung der Autonomie von Leistungserbringern (vgl. etwa *Gesundheitspolitik in Industrieländern 1*, S. 25) – bis zur vollständigen Privatisierung, Patientenorientierung und Partizipation (vgl. etwa *Gesundheitspolitik in Industrieländern 3*, S. 16, und *Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8*, S. 119) sowie Wahlfreiheit und Wettbewerb verfolgt. Dabei bleibt oftmals unklar, welches der o.g. Ziele damit primär erreicht werden soll, zumal die empirischen Belege für deren Erreichen durch die entsprechende Strategie oftmals fehlen.

**... miteinander im
Konflikt ...**

Auch darf nicht übersehen werden, dass verschiedene Länder durchaus unterschiedliche Wege wählen, d.h. dass sowohl Dezentralisierung als auch (Re-)Zentralisierung ins Auge gefasst werden (vgl. etwa *Gesundheitspolitik in Industrieländern 3*, S. 46) oder dass einige Länder (wie etwa Südkorea) ihre Krankenkassen vereinigen, um Effizienz und höhere soziale Gerechtigkeit zu erreichen, während andere Länder (wie etwa die Niederlande oder die Schweiz) gerade auf Kassenwettbewerb setzen, der bewusst auch unterschiedliche Prämienhöhen beinhaltet. Ein dritter Aspekt ist, dass gewisse Strategien, die innerhalb eines Landes verfolgt werden, durchaus im Gegensatz zueinander stehen können: So kann eine konsequente Dezentralisierung wie etwa in Spanien durchaus zu Konflikten mit den Zielen Kostenbegrenzung oder soziale Gerechtigkeit stehen.

**... machen
noch keine
Gesamt-
strategie**

Die Gesundheitszielkataloge, die teilweise die Gesundheitssysteme nicht mitumfassen, Einzelstrategien, die nebeneinanderher laufen und sich zum Teil widersprechen – zunehmend erkennen Länder, dass sie eine wirklich umfassende Strategie benötigen, die sowohl Ziele benennt, Akteure identifiziert, effektive und angemessene Einzelstrategien zuordnet und schließlich auch die Implementation und Evaluation nicht vergisst. Wir berichten im Folgenden von zwei derartig umfassenden Strategien aus Slowenien und Finnland sowie von zwei etwas weniger umfassenden Strategien zu eHealth und Wettbewerb aus der Schweiz und aus den Niederlanden.

In Slowenien wurde Gesundheitspolitik seit 2004 ohne übergreifende Strategie gemacht. Weder für den Einsatz von Finanzen und Personal noch für den Umgang mit den Folgen des demographischen Wandels gab es einen umfassenden Plan. Experten vor Ort sehen zahlreiche Unzulänglichkeiten als Resultate dieser »Planlosigkeit«. Mit dem Nationalen Gesundheitsplan 2008–2013 wollte man die verschiedenen Baustellen nun gezielt und aufeinander abgestimmt angehen, z. B. den Ausbau der IT-Struktur, Fachkräfteplanung, Qualitätssicherung und Änderungen der Versorgungsstruktur. Der Entwurf des Gesundheitsministeriums wurde im Juli 2008 im Parlament verabschiedet. Einige Aspekte blieben jedoch umstritten – vor allem die Pläne zu einer weitergehenden Privatisierung des Gesundheitswesens. Ein Regierungswechsel im September 2008 brachte zunächst einmal das Aus für den Nationalen Gesundheitsplan. Experten erwarten für 2009 einen Alternativvorschlag der neuen Regierung (Albrecht 2008).

Slowenien:
Nationaler
Gesundheitsplan

Finnland will die Kooperation zwischen der Regierung, den Kommunen, den Regionen und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen stärken. Jetzt wurde dazu ein neuer Plan für die Gesundheitspolitik entwickelt, der die allgemeinen Ziele und die Methoden der Umsetzung für die nächsten vier Jahre festlegt. Im Mittelpunkt stehen Versorgungsqualität und gerechte Gesundheitschancen. Dafür plant man unter anderem Veränderungen bei Fachkräften, Gesundheitsförderung und Prävention, stärkere Integration von Primär- und Sekundärversorgung sowie eine Weiterentwicklung der IT-Struktur (siehe den Bericht aus Finnland, S. 88).

Finnland: Vier-
Jahres-Plan legt
gesundheits-
politische Ziele fest

In der Schweiz arbeiten mehrere Kantone seit einigen Jahren parallel daran, moderne Informationstechnologie im Gesundheitswesen aufzubauen und zu nutzen. Jetzt soll eine nationale eHealth-Strategie den Rahmen für die landesweite Umsetzung liefern. Ein aktuelles Strategiepapier vom April 2008 schafft die Grundlage und bettet die bisherigen Initiativen in ein Gesamtkonzept – die »Strategie eHealth Schweiz«. Eine neu eingerichtete Geschäftsstelle im Bundesamt für Gesundheit koordiniert die Umsetzung. Bis 2015 soll die elektronische Vernetzung flächendeckend mit elektronischer Patientenakte und Online-Gesundheitsportal aufgebaut sein (siehe den Bericht aus der Schweiz, S. 91).

Schweiz: Nationale
eHealth-Strategie

Die niederländische Regierung setzt seit der letzten großen Strukturreform von 2006 gezielt Wettbewerb zwischen Kassen

**Niederlande:
Wettbewerb in
der Sekundär-
versorgung**

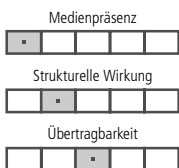
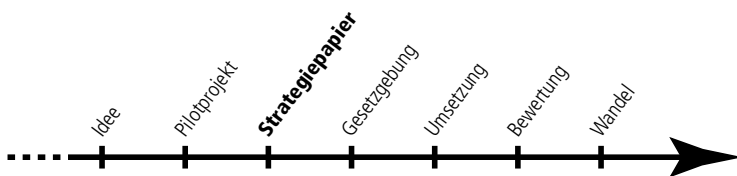
und Leistungserbringern als Mittel ein, um Qualität zu steigern und Versorgung effizienter zu machen. Inzwischen ist auch in der Sekundärversorgung mehr Wettbewerb eingezogen durch neue fachärztliche Versorgungszentren, die eine neue Versorgungsstruktur neben den Krankenhäusern bilden. Sie setzen die Krankenhäuser unter Druck, innovativer, effizienter und patientenorientierter zu arbeiten (siehe den Bericht aus den Niederlanden, S. 94).

Literatur und Links

Albrecht, Tit. »Resolution on the National Health Plan adopted«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2008. www.hpm.org/survey/si/a/2/4.

Busse, Reinhard- und Matthias Wismar »Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study (part 1)«. *Health Policy* (59) 3 2002. 209–221.

Finnland: Entwicklungsplan für Wohlstand und Gesundheit



**Programm legt
Ziele und
Methoden fest**

Die finnische Regierung hat einen neuen Plan für die Gesundheitspolitik entwickelt. Das »Nationale Entwicklungsprogramm für sozialen Wohlstand und Gesundheitsversorgung«, im Finnischen abgekürzt mit KASTE, legt Ziele und Vorgehen für die Kooperation zwischen der Regierung, den Kommunen und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen fest.

Bislang war das Programm als »Ziel- und Aktionsplan für Soziales und Gesundheit« bekannt. Jede neu gewählte Regierung entwickelt einen solchen Plan für die folgenden vier Jahre, sobald sie ins Amt kommt. 2007 wurde die Struktur dieser Programme

per Parlamentsbeschluss reformiert, KASTE ist das Ergebnis. Ziel der Reform war, die Steuerungsfunktion des Programms zu stärken. So sieht der neue Plan direkte Staatsmittel für die Kommunen vor: Der Staat stellt den Kommunen jährlich 25 Millionen Euro für lokale Gesundheitsprojekte zur Verfügung.

Mit dem neuen Entwicklungsprogramm will die Regierung soziale Ausgrenzung und Ungleichheit in der Bevölkerung mindern, Gesundheitszustand und Lebensqualität aller Bevölkerungsgruppen steigern und hohe Qualität und Wirksamkeit in der Versorgung bei allgemeinem Zugang landesweit sichern. Diese sehr umfassenden Ziele wurden auf konkrete Handlungsfelder und messbare Zielsetzungen heruntergebrochen. Der Alkoholkonsum der Bevölkerung soll auf das Niveau von 2003 zurückgeschraubt werden. Der Anteil der Bürger im erwerbsfähigen Alter mit einem Body Mass Index (BMI) von über 25 soll wieder auf den Wert der Jahre 1998 bis 2001 gesenkt werden. Die Zahl der Raucher im Alter zwischen 16 und 18 Jahre soll von 22 Prozent auf 17 Prozent fallen, und die Mobilität und Gesundheit von Älteren sollen verbessert werden. Über Vorsorge und Aufklärung sind Unfälle in Freizeit und Haushalt um zehn Prozent zu mindern. In der gesundheitlichen Versorgung geht es darum, dass die Wartezeiten nicht über das gesetzlich erlaubte Maß hinausgehen. Der Ärztemangel sowie die regional unterschiedliche Dichte in der fachärztlichen Versorgung werden ebenso als Herausforderungen erkannt und sollen langfristig behoben werden.

Der Entwicklungsplan listet auch die Methoden zur Umsetzung auf, darunter:

- Stärkung der Strukturen für Gesundheitsförderung
- Versorgung für Kinder und Jugendliche verbessern
- Personelle Ressourcen im sozialen und gesundheitlichen Sektor sichern und Kompetenzen der Beschäftigten weiter aufbauen
- Management im sozialen Bereich sowie im Gesundheitssektor professionalisieren
- Empowerment der Patienten
- Stärkung der Primärversorgung und bessere Integration von Primär- und Sekundärversorgung
- Aufbau eines Good-Practice-Netzwerks für neue Versorgungsformen

Ziele:

**Gerechtigkeit,
hohe Qualität
und allgemeiner
Zugang**

Umsetzung

- Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie
- Weiterentwicklung der nationalen Qualitätsrichtlinien

Der Urheber des Programms ist das Beratergremium für Soziales und Gesundheit. Der Gesundheitsminister hat darin den Vorsitz und übernimmt auch die Führungsrolle. Dem Beraterstab gehören weiter Vertreter der regionalen und lokalen Behörden sowie des Bildungs-, des Wirtschafts- und des Arbeitsministeriums an. Das Gremium ist auf drei Ebenen aktiv – auf der nationalen Verwaltungsebene, auf der regionalen und der zivilgesellschaftlichen Ebene. Zusätzlich gibt es fünf regionale Steuerungsgruppen, die gemeinsam mit dem Beratergremium für die Implementierung und die Fortschreibung verantwortlich sind.

**In fünf Konferenzen
kamen die Städte
zu Wort**

Das neue Entwicklungsprogramm KASTE war umfassend vorbereitet und mit allen Akteuren abgestimmt worden. So gab es allein fünf regionale Konferenzen, in denen die Standpunkte der Gemeinden ausführlich besprochen wurden. Vorgesehen ist, dass die einzelnen Aktivitäten von KASTE jährlich dokumentiert und evaluiert werden. Dies ermöglicht auch, dass weitere Maßnahmen beschlossen werden können, wenn dies nötig erscheint.

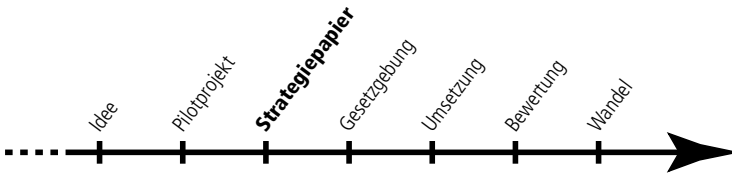
**Staatliche
Förderung erhöht
Erfolgchancen**

Neu und von besonderer Bedeutung ist der jährliche finanzielle Zuschuss von 25 Millionen Euro, mit dem die nationale Regierung lokale Vorhaben fördert. Dieser erhöht deutlich die Chancen, dass die benannten Methoden und Instrumente umgesetzt und die angestrebten Ziele wirklich erreicht werden. Die Städte und Gemeinden spielen bei der Umsetzung eine zentrale Rolle – allerdings gibt es keine Sanktionsmöglichkeiten, wenn das Programm nicht entsprechend umgesetzt wird.

Literatur und Links

Vuorenkoski, Lauri. »New national development programme«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/fin/a11/3.

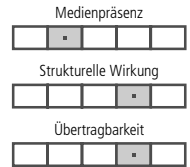
Schweiz: Nationale eHealth-Strategie startet mit eCard



Die Schweiz führt im Jahr 2009 eine elektronische Versichertenkarte ein. Diese eCard soll zunächst Notfalldaten, Organspendestatus und Informationen zur Medikamenteneinnahme von Patienten beinhalten sowie Verwaltungsabläufe vereinfachen. Langfristig will man die eCard zu einer umfassenden elektronischen Patientenakte ausbauen. Sie ist ein Baustein der 2007 beschlossenen Schweizer eHealth-Strategie, die bis 2015 flächendeckend umgesetzt sein soll.

Die Schweizer eHealth-Strategie beruht auf zwei zentralen Pfeilern: zum einen auf der elektronischen Patientenakte, durch die jeder Patient über das Internet auf seine bei unterschiedlichen Versorgern gespeicherten Patientendaten zugreifen kann. Gespeichert werden Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden, Pflegestatus, Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsleistungen sowie Informationen zum Versichertenstatus. Des Weiteren soll ein zentrales Online-Informationsportal Gesundheitsinformationen internationaler Organisationen, des Bundes, der Kantone und der Kommunen gebündelt zur Verfügung stellen. Die Schweizer Vision für 2015 ist ambitioniert: Mit der eCard als »Schlüssel« können alle Bürger jederzeit und überall via Online-Informationsportal auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten und auch auf personalisierte, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen zugreifen. Zum Standard gehören dann elektronische Rezepte, Teliagnostik und Telekonsultationen.

Anwendungen der eCard ermöglichen, dass jeder Patient aktiv seine Behandlung steuert und über die Therapien mitentscheidet. Die Patienten sollen mit technologischer Unterstützung erfahren, wie sie ihre Therapie mitgestalten können – etwa indem sie entscheiden, welche Daten gespeichert werden und welche nicht. Spezielle Trainingsprogramme sollen sicherstellen, dass Fach-



**Patientenakte und
Online-Portal**

**Spezielle Trainings
für Patienten und
Beschäftigte**

kräfte und Patienten in der Lage sein werden, die Informationstechnologie 2015 umfassend und kompetent zu nutzen.

Testläufe in den Kantonen

Die Grundlage für die eHealth-Strategie wurde mit dem »Bundesgesetz zur Krankenversicherung« von 2004 geschaffen. Ein erstes Pilotprojekt, bei dem die Anwendung einer elektronischen Gesundheitskarte getestet wurde, war im November 2004 im Kanton Tessin gestartet worden. Die Hauptakteure im Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheker, Krankenversicherungen und Patienten) hatten sich dazu auf ein Konzept verständigt und arbeiteten in einem Steuerungsgremium eng mit Partnern aus der Industrie zusammen. Neben dem Tessin hatte auch der Kanton Genf ein eigenes Pilotprojekt gestartet. Unter dem Titel »e-toile« war dort eine elektronische Patientenakte aufgebaut worden, die nach und nach zu einem IT-Gesundheitsnetzwerk ausgebaut wurde. Damals wurde bereits eine Gesamtstrategie zur Einführung von Telematik-Anwendungen diskutiert (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 68–70).

Initiativen werden zu Gesamtkonzept verwoben

Das Strategiepapier vom April 2008 bettet nun die bisherigen Initiativen in ein Gesamtkonzept ein. Bund und Kantone haben für die operative Ebene das »Koordinationsorgan eHealth« mit einer dreiköpfigen Geschäftsstelle im Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingerichtet. Der ebenfalls neugegründete Steuerungsausschuss eHealth von Bund und Kantonen hat bereits Teilprojekte vergeben.

Widerstand bei den Ärzten

Die Interessenvertreter im Gesundheitswesen haben die eHealth-Initiative teilweise scharf kritisiert. Vertreter der Schweizer Krankenhäuser beispielsweise erklärten, dass die Schweiz eher eine Strategie zur allgemeinen Gesundheitsversorgung benötige als ein speziell auf eHealth ausgerichtetes Konzept. Auch eine Koordinierungsstelle von Kantonen und Bund erscheint ihnen überflüssig. Die Ärzteschaft wiederum fürchtet, dass die Datenbank nicht ausreichend geschützt sein könnte – etwa vor den Interessen der Krankenversicherung. Sie beschwört das Negativ-Szenario des »gläsernen Patienten«. Die Krankenversicherer begrüßen grundsätzlich die eHealth-Strategie, verlangen jedoch mehr Transparenz und Klarheit, aus welchen Mitteln die Umsetzung bezahlt werden soll.

Die Schweizer Bevölkerung steht dem Projekt mehrheitlich positiv gegenüber. Aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger stehen

Vertraulichkeit und effizienter Datenaustausch keineswegs im Widerspruch zueinander. Bei einer vom Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS durchgeführten Fokusgruppenbefragung sprach sich die Mehrheit der Teilnehmer für das elektronische Patientendossier aus. Die Schweizer halten dabei Gewinne an Transparenz und eine umfassende und auch für den Patienten einsehbare Dokumentation der lebenslangen Gesundheitsdaten für wichtiger als eventuelle Kosteneinsparungen (Rey 2008).

Literatur und Links

Crivelli, Luca. »Toward one national e-health strategy«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/ch/a11/3.

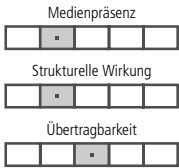
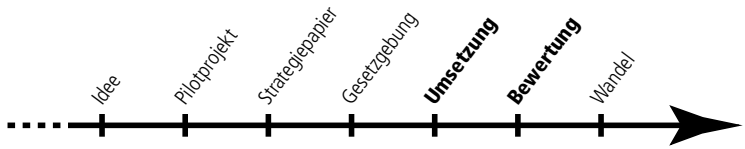
Bundesamt für Gesundheit. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04108/index.html?lang=de.

Hplus – Die Spitäler der Schweiz, Stellungnahme zur nationalen Strategie »eHealth« vom Bundesamt für Gesundheit BAG www.hplus.ch.

Rey, Lucienne. »Für ein effizienteres Gesundheitswesen. Bericht zum Dialogverfahren eHealth publifocus und elektronisches Patientendossier«. Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung. Bern 2008. www.ta-swiss.ch/a/info_eHealth/Bericht%20publifocus_ehealth_d.pdf.

Verband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). »Stellungnahme zur Verwendung der AHV-Versicherer-Nummer im Gesundheitswesen«. Medienmitteilung vom 13. September 2007. www.fmh.ch/shared/data/pdf/fmh_medienmitteilung_de_070913.pdf.

Niederlande: Zahl der unabhängigen Behandlungszentren steigt



In den Niederlanden gibt es inzwischen 180 unabhängige spezialisierte Behandlungszentren in der ambulanten Versorgung (Independent Treatment Centers, ITC). Ihre Zahl ist seit dem Jahr 2000 rasant gewachsen und übersteigt inzwischen die der Krankenhäuser um das Doppelte. Hintergrund ist eine politische Richtungsänderung im Bereich der fachmedizinischen Versorgung. Schon bei der Strukturreform von 2006 zeigte sich als grundlegende politische Strategie der Regierung der Versuch, durch mehr Wettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern den Kostenanstieg im Gesundheitswesen einzudämmen und die Versorgungsqualität zu fördern. Auch in der ambulanten Sekundärversorgung setzt man jetzt auf mehr Wettbewerb.

**Politik will
Wettbewerb
stärken**

Die Regierung hatte bis vor wenigen Jahren den Aufbau von ITCs eher erschwert, etwa durch negative Anreize im Vergütungssystem. Die Begründung war, dass das bestehende Angebot an spezialisierten Leistungen den Bedarf längst decken könne. Diese Politik änderte sich jedoch grundsätzlich in den späten 90er Jahren und vor allem nach der Jahrtausendwende. Inzwischen werden die ITCs mehr und mehr als Instrumente erkannt, den Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt zu fördern. Die Politik setzt darauf, dass mit mehr ITCs auf dem Krankenhausmarkt die Versorgungsqualität steigt und die Wartezeiten sich verkürzen. Die Konkurrenz soll zudem dafür sorgen, dass die Krankenhäuser effizienter und stärker an den Patienten orientiert arbeiten.

**Mehr
Möglichkeiten
für ITCs**

Einige der ursprünglich sehr restriktiven Auflagen, die seit 1998 galten, wurden seither wieder abgeschafft. Dazu zählte etwa, dass es für die Fachrichtung in der Region Wartelisten geben musste, dass mit einem nahe gelegenen Krankenhaus kooperiert werden musste und dass die betreffende Provinz dem ITC zustimmen musste. Mit einem Folgegesetz im Jahr 2006 (Gesetz

zur Lizenz von Leistungserbringern im Gesundheitswesen) wurde der Spielraum erneut erweitert. Seither dürfen ITCs Patienten sogar über Nacht stationär aufnehmen.

Das Abrechnungssystem wurde ebenso reformiert und auf Fallpauschalen, in den Niederlanden Diagnose-Behandlungs-Kombination (DBC) genannt, umgestellt. Während für die meisten DBCs feste Preise gelten, wurden bestimmte DBCs für Preisverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherern freigegeben. Die neuen Einrichtungen stehen damit im direkten Preiswettbewerb mit den Krankenhäusern. 2006 und 2007 machte der Anteil der frei verhandelten Preise zehn Prozent der Ausgaben im stationären Sektor aus; der Anteil stieg im ersten Halbjahr 2008 auf 20 Prozent.

Die meisten der mittlerweile 180 Zentren sind Hautzentren (45), gefolgt von der Augenheilkunde (29), Chirurgie (20), Orthopädie (11), Radiologie (13), Kardiologie (10) und Dialyse-Zentren. Sie bieten eine umfassende und routinierte Versorgung an. Die Vergütung ist durch das Krankenversicherungsgesetz geregelt. Das bedeutet: Der Patient hat dann Zugang zum ITC, wenn seine Versicherung einen Vertrag mit der jeweiligen Einrichtung abgeschlossen hat. Meist gehen ITC-Gründungen auf Fachärzte zurück, oft gemeinsam mit dem Krankenhaus, bei dem sie beschäftigt sind, und einem privaten Investor. Krankenhäuser beginnen auch zunehmend mit der Gründung eigener Zentren, um einem Verlust an Marktanteilen zuvorzukommen. Die Gesamtkosten für durch ITCs erbrachte Leistungen belaufen sich derzeit auf etwa ein Prozent der Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung. Die Beschäftigtenzahl in den Zentren geht selten über vier bis fünf Angestellte hinaus; viele Fachärzte arbeiten dort nur in Teilzeit und sind in ihrer restlichen Arbeitszeit in dem vertraglich gebundenen Krankenhaus beschäftigt.

Ob mit der Öffnung des Marktes auch die Ausgaben effizienter eingesetzt werden, bleibt abzuwarten. Zum einen drohen Überkapazitäten, zum anderen können Einsparungen in diesem Sektor auch bewirken, dass in einem anderen Bereich die Kosten ansteigen. Grundsätzlich aber wird die Entwicklung von unabhängigen Experten positiv eingeschätzt: Patienten haben mit den ITCs mehr Auswahl, wo sie sich medizinisch behandeln lassen wollen. Krankenversicherungen erhalten mehr Optionen für Ver-

**Versicherungen
müssen mit ITC
einen Vertrag
schließen**

**Spielraum für
alle Beteiligten
erweitert**

tragsabschlüsse. Experten sehen den möglichen Gewinn durch ITCs weniger im Erzielen eines möglichst hohen Marktanteils. Als neues Wettbewerbselement könnten sie stattdessen einen positiven Einfluss auf Leistung und Qualität der bestehenden Krankenhäuser haben (Maarse und Bartholomé 2008: 191).

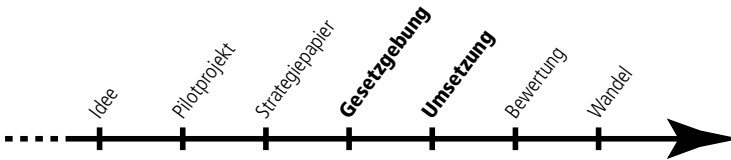
Literatur und Links

Maarse, Hans. »Independent treatment centers in the Netherlands«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/nl/a11/2.

Maarse, Hans, und Yvette Bartholomé. »Course and Impact of Market Reform in Dutch Healthcare Uncertain«. *Intereconomics* (43) 4 2008. 189–194.

Weitere Nachrichten

Estland: Nationales Gesundheitsinformationssystem startet



Estland arbeitet seit 2000 ehrgeizig daran, ein nationales Gesundheitsinformationssystem aufzubauen und bis 2013 flächendeckend zu implementieren. Nachdem seit 2007 laufende Pilotprojekte erfolgreich waren, sind vier zentrale Elemente des Estnischen Gesundheitsinformationssystems (EHIS) im Herbst 2008 flächendeckend eingeführt worden: die elektronische Patientenakte, die digitale Bilddatenbank, digitale Rezepte und Online-Terminverwaltung.

Ziel ist es, eine zentrale Datenbank aufzubauen, die über einheitliche IT-Standards verfügt und somit den Austausch unter allen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglicht. Zentrale Einrichtung ist eine private, gemeinnützige Stiftung, die Estnische eHealth Stiftung (EHF), die von Krankenhäusern und Berufsverbänden Ende 2005 gegründet worden war (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 6, S. 75–77).

Zum 1. September 2008 sind vier grundlegende Teilprojekte auf den Weg gebracht worden:

- Die elektronische Gesundheitsakte als zentrales Verbindungselement mit Daten aller Dienstleister



Elektronische Gesundheitsakte als zentrales Verbindungselement

- Eine digitale Bilddatenbank
- Überweisungen und Terminvereinbarungen über eine digitale Registrierung für Patienten und Leistungserbringer
- Eine digitale Rezeptdatenbank.

**EU-Förderung
lief im Sommer
2008 aus**

Als schwierig gestaltete sich die notwendige Weiterbildung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Ein Rechtsstreit über die Rechtmäßigkeit des Ausschreibungsverfahrens verzögerte den Start der Trainings. Zwischen April und August 2008 mussten schließlich alle rund 9.000 potenziellen Nutzer in Estland geschult werden. Die große Eile hatte einen Grund: Die Trainings wurden von der Europäischen Kommission finanziell mit rund 640.000 Euro unterstützt, und der mögliche Zeitraum für diese Finanzspritze endete im August. Insgesamt wurde das rund 2,6 Millionen Euro teure Programm zu 85 Prozent aus dem Strukturfonds der Europäischen Union finanziert.

**Einführung per
Gesetz beschlossen**

In Zukunft ist die Frage nach der laufenden Finanzierung eine der drängendsten. Die Regierung sieht vor, dass alle Anbieter von Gesundheitsleistungen eine Gebühr an die Systemadministratoren zahlen. Die Leistungserbringer sperren sich dagegen und verlangen, dass der Staat die gesamten Kosten der Implementierung und Nutzung trägt.

Um die Einführung der Datenbank zu gewährleisten, hat sich die Regierung per Gesetz abgesichert. Das Parlament hat Ende 2007 eine Ergänzung zum Gesetz über die Organisation von Gesundheitsleistungen verabschiedet. Darin wurden die Notwendigkeit eines Gesundheitsinformationssystems verankert und alle Leistungserbringer in Estland verpflichtet, sich dem Informationssystem anzuschließen.

**Ärzte befürchten
Kontrolle**

Während die Regierung die EHIS-Einführung konsequent vorantreibt, fallen die Meinungen der anderen Interessenvertreter unterschiedlich aus. Die Leistungserbringer wehren sich dagegen, dass ihre Leistungen über das Online-Portal kontrollierbar werden. Sie sind auch nicht glücklich über zu große Transparenz gegenüber den Patienten – was sich in der neuen Gesetzgebung niedergeschlagen hat: Ärzte können ihren Patienten für sechs Monate den Zugang zu gespeicherten Informationen versagen, wenn sie diese als Bedrohung für Leben oder Wohlbefinden des Patienten einschätzen.

Die Unterstützung oder die Ablehnung des Gesundheitsinformationssystems durch die Leistungserbringer mag auch davon abhängen, ob die jeweilige Institution zum Beirat der koordinierenden Stiftung gehört oder nicht. Der Verband der Mediziner, die Estnische Ärztekammer beispielsweise, ist nicht EHF-Mitglied und kritisiert das Vorgehen scharf. Sie befürchtet, dass die Ärzte die Pflege der Daten übernehmen müssen, und erwartet, dass dies Arbeitszeit bindet und die Qualität der Versorgung sinken lässt. Die Estnische Krankenhausgesellschaft wiederum gehört dem EHF-Beirat an und unterstützt das Projekt. Dennoch kritisiert sie die schnelle Einführung und sorgt sich, ob das Personal ausreichend für den Umgang mit dem System geschult ist.

Estlands Krankenversicherungen unterstützen als EHF-Mitglieder die Implementierung nachdrücklich. Sie versprechen sich vor allem mehr Transparenz über erbrachte Leistungen. Auch Patienten und Versicherte stehen dem neuen Informationssystem positiv gegenüber. Bei einer Befragung meinten 75 Prozent der Bevölkerung, das Gesundheitsinformationssystem würde voraussichtlich die Koordination zwischen verschiedenen Sektoren und Leistungserbringern verbessern, Abläufe beschleunigen und Behandlungsfehler reduzieren.

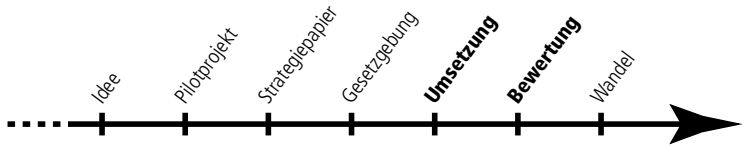
Trotz der Hürden steht Estland bei der eHealth europaweit an der Spitze und ist mit seinen Planungen anderen Staaten wie etwa Deutschland weit voraus.

**Krankenversicherer
erwarten mehr
Transparenz**

Literatur und Links

Läanelaid, Siret, und Ain Aviksoo. »National Health Information System in Estonia«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/ee/a11/4.

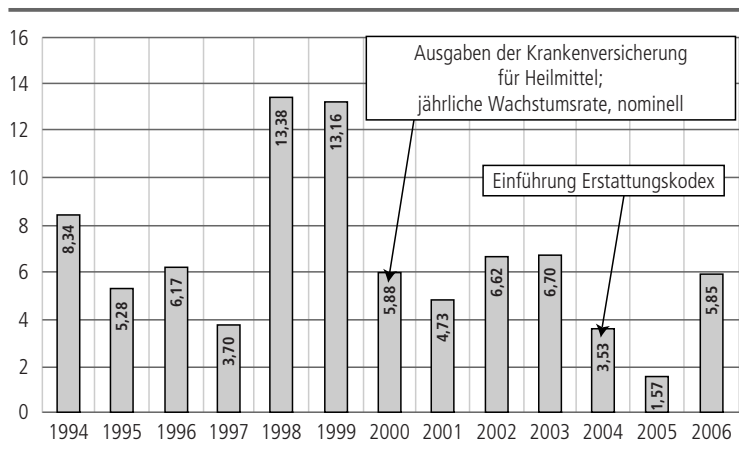
Österreich: Erstattungskodex dämpft Anstieg der Arzneimittelausgaben



**EKO erreicht
seine Ziele**

Österreichs Bemühungen, die Ausgaben für Arzneimittel einzudämmen, waren von Erfolg gekrönt. Zwischen 2000 und 2006 lag die jährliche Steigerungsrate im Schnitt bei 4,8 Prozent. In absoluten Zahlen stiegen die Arzneimittelausgaben damit von 1.644 Millionen Euro in 2000 auf 2.180 Millionen Euro in 2006. Zieht man die Arzneimittel-Inflationsrate, die neben verschreibungspflichtigen Medikamenten allerdings auch OTC-Produkte, nicht verschreibungsfähige und homöopathische Mittel einbezieht, ab, stiegen die Ausgaben für Arzneimittel jährlich sogar nur um durchschnittlich zwei Prozent. 2004 war das Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex (EKO) abgelöst und damit die

Abbildung 1: Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung, jährliches nominales Wachstum



Alle Angaben in Prozent

Quelle: Bittschi et al. 2008

Kostenübernahme von Medikamenten und Generika neu geregelt worden. Hintergrund waren die drastisch gestiegenen Arzneimittelausgaben. Sie beliefen sich 1990 noch auf 715,4 Millionen Euro und stiegen bis 1999 auf 1.552,5 Millionen Euro – und somit mehr als das Doppelte. Ziel der Gesundheitspolitik war es daher, die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate von neun Prozent in etwa zu halbieren.

Besonders der EKO hat die Kosten entscheidend eingedämmt: 2005 und 2006 stiegen die Ausgaben nominal nur noch um 2,9 Prozent pro Jahr und blieben somit unterhalb der von der Politik avisierten jährlichen Zuwachsrates zwischen drei und vier Prozent. Darüber hinaus wurde auch das zweite politische Ziel eingelöst, nämlich den Verbrauch von Generika auf etwa 20 Prozent zu steigern.

Die Einführung des EKO 2004 war das zentrale Projekt der vergangenen Jahre. Das Regelwerk ordnete die Medikamente nach einem Farbkodex und entschied so über deren Erstattungsfähigkeit. Die »Green Box« enthält seither alle Medikamente, die in jedem Fall erstattet werden. In die »Yellow Box« werden Arzneien aufgenommen, die einen zusätzlichen therapeutischen Nutzen zu den herkömmlichen Methoden versprechen. Sie ist nochmals unterteilt: In die »Dark Yellow Box« gehören Medikamente, die nur erstattet werden, wenn der verantwortliche Mediziner der Krankenversicherung vorab zugestimmt hat. Die »Light Yellow Box« enthält Präparate, die immer erst nach der Therapie geprüft werden müssen. Die »Red Box« nimmt alle Medikamente auf, deren Erstattung beantragt, aber noch nicht entschieden worden ist. Und schließlich gibt es auch die »No Box«: Sie enthält in Österreich zugelassene Medikamente, deren Kosten die Krankenversicherung jedoch nicht übernimmt (vgl. dazu auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 2*, S. 50 f.).

Die Entscheidung, welche Arznei in welche Farbbox eingeordnet wird, ist vor allem mit ökonomischen Kriterien begründet. Innovationen werden meist in die »Dark Yellow Box« eingeordnet. Der EU-Durchschnittspreis bietet in der Preispolitik die Orientierung: Produkte der »Yellow Box« dürfen auf keinen Fall teurer sein, und jene der »Green Box« müssen sogar unter dem EU-Durchschnittspreis liegen. Über die Generika wird nach einem abgestuften Verfahren entschieden, das ebenfalls in erster Linie die wirtschaftliche Effizienz prüft. So muss der Preis für das erste

Ampel für Erstattungsfähigkeit

Wirtschaftliche Effizienz ist entscheidend

Nachahmerprodukt 48 Prozent unter dem des Originalpräparats liegen. Mit jedem folgenden Generikum ist der Preis weiter zu senken – zunächst um 15 Prozent, dann um zehn Prozent, immer im Vergleich zum Vorläuferpräparat.

**Zuzahlungen
wurden ebenfalls
begrenzt**

Die privaten Zuzahlungen summieren sich inzwischen auf etwa 20 Prozent der Arzneimittelkosten. In absoluten Zahlen bedeutet das: 2006 haben die Bürger aus eigener Tasche für 371 Millionen Euro Arzneimittel gekauft oder Zuzahlungen geleistet. Im Jahr 2000 belief sich die Summe noch auf 271 Millionen Euro. Dieser Anstieg hatte zur Folge, dass die Gesundheitspolitiker die Zuzahlungen zum Januar 2008 begrenzt haben. Sie dürfen nun nicht über zwei Prozent des jeweiligen Jahreseinkommens steigen, und die Rezeptgebühr wurde pro Medikament auf 4,80 Euro festgelegt. Damit will die Politik dafür sorgen, dass die Verteilungsgerechtigkeit in der Versorgung gewahrt bleibt.

**Debatte um
Mehrwertsteuer
auf Medikamente**

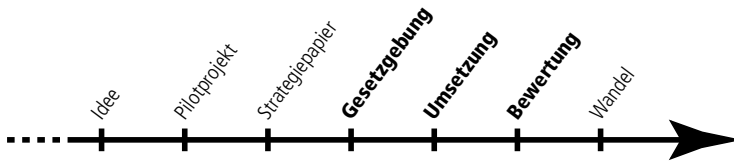
Zuletzt stand die Mehrwertsteuer auf Medikamente im Fokus der Diskussion über Arzneimittelausgaben. Sowohl die Krankenkassen als auch die Österreichische Apothekerkammer empfanden den Steuersatz von 20 Prozent als zu hoch und plädierten für eine Absenkung auf 10 Prozent. Im Vergleich mit anderen EU-Ländern lagen die Mehrwertsteuersätze für verschreibungspflichtige Medikamente nur in Dänemark (25 Prozent) und Bulgarien (20 Prozent) höher als in Österreich. Deutschland lag mit seinen 19 Prozent geringfügig darunter (Europäische Kommission 2008). Am 24. September 2008 wurde im Nationalrat die Senkung der Mehrwertsteuer auf Medikamente beschlossen. Sie trat am 1. Januar 2009 in Kraft.

Literatur und Links

Bittschi, Benjamin, Maria H. Hofmarcher und Markus Kraus. »Pharmaceutical Price Policy – Follow-up Report«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/at/a11/3.

Europäische Kommission. »Die Mehrwertsteuersätze in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft«. Brüssel 1. Juli 2008. DOK/2441/2008 – DE.

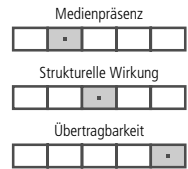
USA: Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung



Medicare, das staatliche Krankenversicherungsprogramm der USA für über 65-Jährige, hat jüngst seine Initiativen des »Pay for Performance« (P4P) erweitert. Die neuen Regelungen betreffen vor allem Kliniken: Gemäß des Gesetzes zur Reduzierung des Defizits (Deficit Reduction Act, DRA) von 2005 bezahlt Medicare von Oktober 2008 an keine Kosten mehr, die sich aufgrund von vermeidbaren Komplikationen im Krankenhaus ergeben haben.

Der DRA hat auch die Anreize zur Lieferung von Qualitätsdaten durch die Krankenhäuser gesteigert. Krankenhäuser müssen Einkommenseinbußen hinnehmen, wenn sie ihre Daten nicht veröffentlichen: Bis 2007 wurden in diesen Fällen von der jährlichen Steigerungsrate der Medicare-Mittel für Krankenhäuser 0,4 Prozent abgezogen, von 2008 an ist dieser Abschlag auf zwei Prozent erhöht worden. Das DRA hat die Zentren für Medicare und Medicaid (CMS) zudem angewiesen, einen Einkaufsplan für den Krankensektor zu entwickeln, der sich an diesen Qualitätsdaten orientiert und 2009 in Kraft tritt. Die Qualitätsdaten werden zudem auf Hospital Compare veröffentlicht, der Vergleichsliste für Krankenhäuser im Internet, die unter Federführung von Medicare entstanden ist (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 5, S. 71). Die neuen Initiativen bedeuten, dass Medicare zunehmend eine Führungsposition innerhalb der P4P-Bewegung übernimmt.

Eines der zentralen Themen in der US-Gesundheitspolitik ist nach wie vor die Frage, wie die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessert werden kann. Jedes Jahr werden Tausende von Behandlungsfehlern sowie vermeidbare Todesfälle dokumentiert. Nur etwa jeder zweite erwachsene Patient erhält eine evidenzbasierte Behandlung. Bekannt ist auch, dass die Versorgung von Bundesstaat zu Bundesstaat sehr unterschiedlich ist – das bestehende Abrechnungssystem bietet bislang kaum Anreize, die Qua-



Qualitätsdaten werden strukturiert erhoben und veröffentlicht

Qualität der Leistung mit finanziellen Anreizen verknüpfen

lität der bereitstehenden Leistungen zu verbessern. Mit »Pay for Performance« (P4P) sollen Anbieter von Gesundheitsleistungen über finanzielle Zu- oder Abschläge angeregt werden, die Qualität ihrer Angebote fortlaufend zu verbessern. Diese Verknüpfung von Qualität und Geld ist auch die Basis der Medicare-Initiativen (siehe Fenley 2006).

P4P seit 2002

2002 waren im US-Bundesstaat Kalifornien erste P4P-Initiativen vertraglich besiegelt worden. Die Beteiligten – Kostenträger, Ärztgruppen, Forscher sowie Experten aus der Industrie – hatten zuvor einheitliche Ergebnisparameter ausgehandelt. Neben Daten zur klinischen Leistungsqualität waren auch die Bewertungen von Patienten darin einbezogen. Diese Vereinbarung diente als Basis für die spätere finanzielle Zuwendung (siehe *Gesundheitspolitik in Industrieländern 1*, S. 33–35).

**Etwa 60 Prozent
der HMOs
nutzen P4P**

P4P ist inzwischen weit verbreitet: Etwa 60 Prozent aller privaten Health Maintenance Organisations (HMOs) verfügen über ein P4P-Programm. Kalifornien ist bis heute der Vorreiter in der P4P-Bewegung und verfügt dazu über umfassende Kooperationen von Einkäufern (health plans), Leistungserbringern und Arbeitgebern. Aber auch andere Länder experimentieren mit der qualitätsorientierten Vergütung (zu Estland siehe Koppel et al. 2007, zu Großbritannien siehe Oliver 2007).

2004 und 2007 waren die Initiativen der ersten P4P-Generation evaluiert worden. Sie zeigten, dass vor allem Bonusprogramme aufgelegt worden waren, um die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung anzuregen. Auch hatten die ersten Programme nur einzelne Parameter in der Gesundheitsversorgung – wie etwa Impfraten – gemessen. 2007 war daraufhin der Kriterienkatalog erweitert worden: Nun gehören Behandlungsergebnisse, Kosteneffizienz, Patientenzufriedenheit und der Einsatz von Informationstechnologie mit dazu. Zu Beginn richteten sich die Programme in erster Linie an Ärzte in der Primärversorgung, später wurden auch Fachärzte – vor allem in Gemeinschaftspraxen – eingebunden.

**Hohe Erwartungen
wurden nicht
immer erfüllt**

Nur sieben Prozent der P4P-Projekte sind bislang hinsichtlich der angestrebten Qualitätsverbesserung evaluiert worden: In 38 Prozent der untersuchten Fälle konnte eine Qualitätsverbesserung erreicht werden, in 42 Prozent gab es gemischte Effekte, und bei 20 Prozent zeigte sich keine Veränderung. Die Auswertung von

P4P im Rahmen des Premier Hospital Incentive Programm von Medicare zeigte jedoch verbesserte Qualitätsindikatoren bei allen untersuchten fachärztlichen Diagnosen.

Unterm Strich ist allerdings einzugestehen, dass die P4P-Vorhaben bislang nicht die Qualität der Versorgung in dem Maße verbesserten, wie dies vor fünf Jahren erwartet worden war. Die Auswertungen der ersten P4P-Generation lassen jedoch Schlussfolgerungen zu, wie die Programme wirkungsvoller gestaltet und verknüpft werden könnten. Folgende Handlungsfelder ergeben sich daraus:

Drei Handlungsfelder für Verbesserungen

- Erstens: Die Leistungserbringer erhalten einen Bonus auf Basis von absoluten oder relativen Qualitätsdaten. Jene Versorger, die bereits den absoluten Grenzwert überschritten haben, können sich daher den Bonus einfach sichern, indem sie ihre Prozesse und Abläufe in gewohnter Weise beibehalten – sie müssen also nicht weiter in die Qualitätsverbesserung investieren. Der Anreiz zur fortlaufenden Qualitätsverbesserung greift aber auch nicht bei jenen Anbietern, die unter dem Grenzwert liegen und nicht über die Ressourcen verfügen, diesen jemals zu überschreiten (Rosenthal et al. 2007). Die Orientierung an relativen Werten wiederum sorgt zwar für mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern, aber es bestärkt diese nicht, ihre Erkenntnisse auszutauschen und gemeinsam effektive Programme zu entwickeln. Selbst Verfahren, die die Verbesserungen belohnen, haben ihre Tücken: Oft schaffen es sogar Top-Anbieter nicht, dermaßen an der Qualität zu arbeiten, dass sie einen ansehnlichen Bonus erhalten (Rosenthal et al. 2006).
- Zweitens: Die Höhe des Bonus variiert stark und hat daher nicht unbedingt einen signifikanten Einfluss auf das Einkommen des Leistungserbringers. Zudem arbeiten viele Anbieter mit unterschiedlichen Kostenträgern zusammen, sodass P4P-Regelungen oft nur wenige Patienten in einem der Programme betreffen und damit auch mögliche Bonuszahlungen nahezu bedeutungslos werden lassen (Trude, Au und Christianson 2006).
- Drittens: Die Kostenträger arbeiten in ihren Programmen mit sehr unterschiedlichen Qualitätsindikatoren. Die Leistungserbringer beklagen sich häufig, dass sie sich in sehr unter-

schiedliche Messmethoden und Anreizsysteme einarbeiten müssen, was wiederum den Verwaltungsaufwand erhöht. Sie berichten auch von widersprüchlichen Ergebnissen der unterschiedlichen Programme trotz gleicher Rahmenbedingungen (Trude, Au und Christianson 2006, Mehrotra et al. 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass P4P zunehmend als erster, notwendiger Schritt angesehen wird, das gesamte Abrechnungssystem zu reformieren. Viele Akteure im Gesundheitswesen verfolgen sehr genau, wie Medicare das neue Instrument einsetzt. Dem staatlichen Versicherungssystem kommt eine Führungsrolle zu, da es weite Teile der Gesundheitsversorgung abdeckt und private Kostenträger oftmals später ähnliche Verfahren übernehmen.

Literatur und Links

Petigara, Tanaz, und Gerard Anderson. »Pay for Performance in the U.S. – An Update«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/us/a11/2.

Deficit Reduction Act of 2005. S. 1932 Section 5001 Public Law No. 109–171.

Fenley, Jennifer A. »Medicare ›Pay-for-Performance‹ Initiatives«. *Health Policy Monitor*. 12/04/2006. www.hpm.org/survey/us/b7/2.

Koppel, Agris, Ain Aaviksoo und Gerli Paat. »Performance payment for Family Doctors – follow up«. *Health Policy Monitor*. 12/10/2007. www.hpm.org/survey/ee/a10/4.

Lindenauer, Peter K., Denise Remus, Sheila Roman et al. »Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement«. *New England Journal of Medicine* (356) 5 2007. 486–496.

Mehrotra, Ateev, Steven D. Pearson, Kathyryn L. Coltin et al. »The Response of Physician Groups to P4P Incentives«. *The American Journal of Managed Care* (13) 5 2007. 249–255.

- Oliver, Adam. »Update on the performance of payment by results«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/uk/a11/4.
- Rosenthal, Meredith B., G. Richard, R.G. Frank, Li Zhongze und Arnold M. Epstein. »Early Experience with Pay for Performance: From Concept to Practice«. *Journal of the American Medical Association* (294) 14 2005. 1788–1793.
- Rosenthal, Meredith B., Bruce E. Landon, Sharon-Lise T. Norman et al. »Pay for Performance in Commercial HMOs«. *New England Journal of Medicine* (355) 18 2006. 1895–1902.
- Rosenthal, Meredith B., Bruce E. Landon, Katherine Howitt et al. »Climbing up the Pay-for-Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters Now?«. *Health Affairs* (26) 6 2007. 1674–1682.
- Trude, Sally, Melanie Au und Jon B. Christianson. »Health Plan Pay-for-Performance Strategies«. *The American Journal of Managed Care* (12) 9 2006. 537–542.
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services. Report to Congress: Plan to Implement a Medicare Hospital Value Based Purchasing Program. November 21, 2007.
- Valuck, Thomas B. »Medicare Value-Based Purchasing: Non-Payment for Selected Hospital-Acquired Conditions«. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (133) 2008. 140–143.

USA: Rettung des »Oregon Health Plan«?

Die Regierung des US-Bundesstaates Oregon hat im Januar 2008 einen weiteren Versuch gestartet, das Problem der Nichtversicherten in den Griff zu bekommen und den Oregon Health Plan (OHP) zu retten. Dabei kämpft der »Vater« des Oregon-Modells John Kitzhaber darum, das ambitionierte und weithin beachtete Versicherungsprogramm für Arme und Geringverdiener zu retten.

**Wieder breite
Unterstützung
für OHP**

Kitzhaber, Arzt und früherer demokratischer Gouverneur von Oregon, hat seinerzeit den OHP eingeführt und engagiert sich heute erneut stark für eine Reform des Gesundheitswesens in Oregon. Dazu hat er die Archimedes-Bewegung gegründet, eine Art Lobby unter dem Dach der Stiftung für Medizinische Exzellenz. Zu den weiteren Interessenvertretern gehören aktuelle und frühere OHP-Versicherte, Krankenhäuser und Managed-Care-Gesellschaften, Steuerzahler, Vertreter von Wohlfahrtsverbänden und Regierungen. Auffallend ist, dass sich viele unterschiedliche Interessenvertreter an dem politischen Prozess beteiligen und die Neuordnung stark unterstützen. Neben John Kitzhaber sind dies der gegenwärtige Gouverneur Ted Kulongoski, die Senatoren Alan Bates und Ben Westlund – alle drei Mitglieder der Demokraten – sowie die Vertreter von Organisationen der Nichtversicherten und von verschiedenen Beratergremien.

**Oregon: Pionier
des allgemeinen
Versicherungsschutzes**

1989 war es dem Westküstenstaat als erstem US-Bundestaat erlaubt worden, das nationale Medicaid-Programm zu verändern und es unter dem Namen Oregon Health Plan (OHP) neu aufzulegen. Rund 120.000 Geringverdiener wurden aufgenommen, und die Zahl der Nichtversicherten sank von 18 Prozent in 1994 auf zehn Prozent in 1998. Oregon galt fortan als Pionier unter den US-Bundesstaaten, der es geschafft hatte, den Zugang zum Versicherungsschutz zu verbessern. In der Folge aber musste OHP fortlaufend reformiert werden, um die Finanzbasis für das Programm zu sichern. Auch politisch verlor das OHP-Programm am Ende der 90er Jahre an Unterstützung.

**Einschränkungen
ab 2003**

Mit dem Beginn der Wirtschaftskrise wurde von 2003 an das Leistungspaket schrittweise eingeschränkt (siehe auch *Gesundheitspolitik in Industrieländern 3*, S. 70). Der Staat erhöhte den Beitragssatz, führte eine Zuzahlungsregelung für die Versicherten ein und strich verschiedene Leistungen wie etwa zahnärztliche Versorgung und Behandlung bei psychischen Beschwerden. Dieser abgespeckte Versicherungsplan erhielt den Namen OHP 2 und wurde später wiederum in OHP Plus und OHP Standard aufgeteilt. OHP Plus richtete sich an die Anspruchsberechtigten von Medicaid und ist von den Neuordnungen weitgehend verschont geblieben. OHP Standard wurde für all jene aufgelegt, die ursprünglich über die ausgeweiteten Kriterien des ersten Oregon Health Plans erreicht worden waren. Das sind in der Regel jene, die an der

Armutsgrenze leben, deren Einkommen aber zu hoch ist, als dass sie Zugang zum bundesweiten Medicaid-Programm hätten.

Die monatlichen Beiträge für den Krankenschutz im Rahmen von OHP Standard lagen zwischen sechs und 20 US-Dollar, auch gab es Ausnahmeregelungen für Arbeits- wie auch Obdachlose – dennoch überstiegen die Kosten das Budget vieler Bürger in Oregon. Darüber hinaus waren ab 2003 Zuzahlungen zu leisten, mindestens fünf Dollar für einen Arztbesuch, höchstens 250 Dollar für einen stationären Aufenthalt. Wer eine Zahlung versäumte, musste sechs Monate lang warten, bevor das Programm ihn wieder aufnahm. Ärzte und Apotheker durften außerdem ihre Dienstleistungen verweigern, wenn die Patienten keine Zuzahlung leisten konnten.

Die Folge der radikalen Maßnahmen: 2008 waren erneut rund 615.000 Bewohner in Oregon ohne Krankenschutz. Das entspricht einem Anteil von etwa 17 Prozent der Bevölkerung. Die Zahl derjenigen, die über OHP Standard versichert waren, fiel über die Jahre hinweg dramatisch: Waren es im März 2003 noch rund 89.000 Versicherte, zählte das Programm Anfang 2008 nur noch 18.000 (siehe Tabelle 1). Studien des Oregon Instituts für Gesundheitsforschung und Evaluation (Oregon Health Research and Evaluation Collaborative, OHREC) belegen, dass Einschnitte im OHP oftmals gravierende Folgen für die ehemals Versicherten hatten. Sie hatten daraufhin kaum Zugang zur Gesundheitsversorgung, große finanzielle Schwierigkeiten, und nicht zuletzt verschlechterte sich auch ihr Gesundheitszustand.

**Höhere Beiträge
und Zuzahlungen**

**Auch in Oregon
wieder mehr
Unversicherte**

Tabelle 1: Zahl der Versicherten im OHP Standard 2003–2008

Monat/Jahr	Versicherte OHP Standard
03/2003	88.874
09/2003	50.000
10/2004	46.520
Anfang 2005	38.000
Ende 2007	19.000
Anfang 2008	18.000

Quelle: Conis 2008

**Beratergremium
soll nachhaltige
Konzepte
entwickeln**

Neue Konzepte sind dringend erforderlich. Oregon hat dazu 2006 ein neues Gremium ins Leben gerufen. Der Rat für den Oregon Gesundheitsfonds (Oregon Health Fund Board) soll einen Plan entwickeln, wie die Kosten reduziert und die Qualität gesichert werden können und wie zumindest ein grundlegender Versicherungsschutz für alle Bewohner von Oregon aufgelegt werden könnte. Das Gremium ist derzeit damit beschäftigt, die Positionen der verschiedenen Behörden einzuholen und sich in öffentlichen Treffen mit der Meinung der Bevölkerung auseinanderzusetzen.

**Versicherungs-
schutz per
Losverfahren**

Im Januar 2008 hat die Regierung beschlossen, OHP Standard für neue Mitglieder zu öffnen. 3.000 neue Versicherte sollen im März, weitere 3.000 im April über ein Losverfahren ausgewählt werden. Die Hoffnung, mit einem Krankenschutz die eigene soziale Lage zu verbessern, ist offenbar weit verbreitet: Mehr als 83.000 Bewohner von Oregon haben einen entsprechenden Antrag gestellt.

Literatur und Links

Conis, Elena, und Carol Medlin. »Update on Oregon Health Plan (OHP) Restructuring«. *Health Policy Monitor*. April 2008. www.hpm.org/survey/us/c11/2.

Colburn, Don. »Panel Keeps \$6 Health Plan Fee«. *The Oregonian*. January 7, 2005.

Colburn, Don. »Thousands Enter Health Plan Drawing«. *The Oregonian*. January 29, 2008.

Healthy Oregon Act. www.hopeforahealthyoregon.com/overview.php.

LeCouteur, Gene, Michael Perry, Samantha Artiga und David Rousseau. *The Impact of Medicaid Reductions in Oregon: Focus Group Insights*. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. December 2004.

Mann, Cindy, und Samantha Artiga. *The Impact of Recent Changes in Health Care Coverage for Low-Income People: A First Look at the Research Following Changes in Oregon's Medicaid Program*. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. June 2004.

Oregon Progress Board. Health Insurance. www.oregon.gov/DAS/OPB/2005report/obm54.shtml

Wright, Bill J., et al. *Impact of Changes to Premiums, Cost-sharing, and Benefits of Adult Medicaid Beneficiaries: Results from an Ongoing Study of the Oregon Health Plan*. The Commonwealth Fund. July 2005.

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

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

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

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

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
Estland	PRAXIS, Center for Policy Studies, Tallinn
Finnland	National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Helsinki
Frankreich	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris
Großbritannien	LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science
Israel	Smokler Center for Health Policy Research, The Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem
Japan	Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University, Kyoto
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ), Faculty of Health Sciences, University of Maastricht
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Polen	Institute of Public Health, Faculty of Healthcare, Medical College, Jagiellonian University, Krakau
Schweiz	Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Slowenien	Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona
Südkorea	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
USA	Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco; Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

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

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

Auswahlkriterien

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

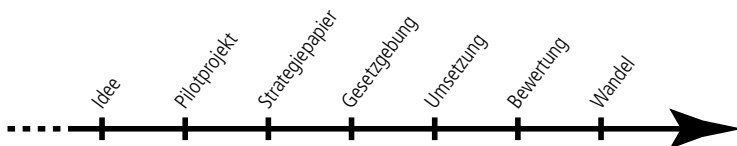
- Bedeutung und Reichweite
- Auswirkung auf den Status quo
- Innovationsgrad (im nationalen und internationalen Vergleich)
- Medienpräsenz/öffentliche Aufmerksamkeit.

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

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

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses.

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



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

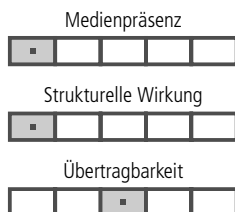
- »Umsetzung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Implementierung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best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

Politikbewertung

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

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

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



Projektmanagement

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

Sämtliche Reformberichte der letzten neun Befragungsrunden können auf der Website des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik, www.healthpolicymonitor.org, recherchiert und eingesehen werden. Dort ist auch das unveröffentlichte Arbeitspapier *Gesundheitspolitik in Industrieländern 1/2003* erhältlich. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und geben nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung wieder.

Reformverzeichnis nach Ländern

Land, Thema, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Arzneimittelpolitik

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

Preisreform schafft zwei Klassen von Arzneimitteln; X, 114

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation von HealthConnect; VI, 24

Einführung von HTA auf lokaler Ebene; XI, 63

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

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

Finanzierung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Produktausweitung der privaten Krankenversicherung; VII/VIII, 86

Zurück zu öffentlicher Finanzierung zahnärztlicher Versorgung; IX, 84

Informationstechnologien

Health Connect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Integrierte Versorgung

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

Change Management für Hausärzte; III, 32

Chronic Care Collaboratives; VI, 49

Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Psychische Gesundheit

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

Public Health und Prävention

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77
Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahren; VII/VIII, 213
Bundesstaaten zahlen freiwillig für Public Health; IX, 108
Mehr Information soll Zahl der Kaiserschnitte reduzieren; XI, 73

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

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

Vergütung

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Dänemark

Alternde Gesellschaft

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation des DRG-Systems; VI, 37

Finanzierung

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Informationstechnologien

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

Krankenhausreform

Konkurrenz für öffentliche Krankenhäuser; X, 130

Organisationsreform

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

Patientenorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

Primärversorgung

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

Public Health und Prävention

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Keine Wartezeiten und bessere Versorgung für Krebspatienten; X, 60

Weiterentwicklung der Leistungsmessung; XI, 70

Estland

Informationstechnologien

Nationales Gesundheitsinformationssystem; VI, 75

Nationales Gesundheitsinformationssystem startet; XI, 97

Patientenorientierung und Partizipation

Hausarzt-Hotline 24/7; VII/VIII, 124

Primärversorgung

Neue Zentren übernehmen Primärversorgung; XI, 25

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

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

Zugang zum Gesundheitssystem

Zahntourismus und EU-Steuern verteuern Zahnversorgung; IX, 89

Finnland

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112

Raucherkaugummi einzig sichtbarer Erfolg der Arzneimittelreform; X, 117

Evaluation im Gesundheitswesen

Mehr Kooperation bei Beurteilung medizinischer Methoden; XI, 67

Finanzierung

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

Kaum Nachfrage nach Versorgungsgutscheinen; X, 134

Informationstechnologien

Patient bleibt Herr seiner Daten; IX, 113

Krankenhausreform

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Organisationsreform

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Gemeindeverbände übernehmen Primärversorgung; IX, 71

Primärversorgung

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117

Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch; VII/VIII, 41

Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen; XI, 22

Public Health und Prävention

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

Rauchverbot in Kneipen und Restaurants; VII/VIII, 230

Entwicklungsplan für Wohlstand und Gesundheit; XI, 88

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung; I, 30

Krankenhausbewertung für höhere Kosten-Effektivität; VII/VIII, 133

Zugang zum Gesundheitssystem

Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene; VII/VIII, 78

Frankreich

Alternde Gesellschaft

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

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

Arzneimittelpolitik

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Fachkräfteentwicklung

Ärztmangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94

Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel; VII/VIII, 175

Pflegekräfte werden aufgewertet und besser verteilt; X, 132

Nationale Empfehlungen für einen Fachkräftemix; XI, 38

Finanzierung

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

»Schutzschild« gegen zu hohe Zuzahlungen; X, 75

Integrierte Versorgung

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Informationstechnologien

Elektronische Arzneimittelakte für Patienten; XI, 81

Krankenhausreform

»Hôpital 2007«; V, 37

Krankenhausreform mit Nebenwirkungen; IX, 73

Medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

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

Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82

Jugendliche auch bei Gratisversorgung schwer erreichbar; IX, 86

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen; VII/VIII, 130

Vergütung

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72

Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen; V, 40

Zugang zum Gesundheitssystem

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80

Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28 und VII/VIII, 113

Großbritannien

Alternde Gesellschaft

Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik

Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Arzneimittelpreise sollen sich am Wert orientieren; X, 110

Bedarfsorientierte Versorgung

Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51

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

Fachkräfteentwicklung

Hausärzte und Gesundheitserzieher für unterversorgte Regionen; VI, 102

Finanzierung

Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens; I, 21

Stärkung des privaten Sektors; I, 22

Integrierte Versorgung

Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28

Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

Krankenhausreform

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

Patientenorientierung und Partizipation

Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Organisationsreform

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

Primärversorgung

Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47

Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51

Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit; VII/VIII, 122

Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung; XI, 24

Psychische Gesundheit

Angebotsvielfalt für psychisch Kranke; IX, 51

Public Health und Prävention

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

Nationales Screeningprogramm für Darmkrebs; V, 89

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

NHS Foundation Trusts; IV, 59

Vergütung

Neues Vergütungssystem für Zahnärzte; VII/VIII, 181

Zugang zum Gesundheitssystem

Zähneknirschende Patienten; IV, 42

Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten; VI, 115

Israel

Alternde Gesellschaft

Informationsbroschüre zur Pflegeversicherung kommt mit der Zeitung; VII/VIII, 126

Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere; VII/VIII, 152

Pflegeleistungen werden ausgeschrieben; X, 29

Evaluation im Gesundheitswesen

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Fachkräfteentwicklung

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Informationstechnologie

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

Integrierte Versorgung

Ein Duo ersetzt den allein praktizierenden Arzt; X, 39

Organisationsreform

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

Palliative Versorgung

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

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Psychische Gesundheit

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

Public Health und Prävention

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

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Japan

Alternde Gesellschaft

Pflegestützpunkte als Pflichtleistung; X, 25

Fachkräfteentwicklung

Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte; VII/VIII, 169

Finanzierung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14
Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen; VII/VIII, 80
Dezentrale Beiträge und ein neues Versicherungssystem für Hochaltrige; X, 79

Integrierte Versorgung

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

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Primärversorgung

»Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?; XI, 41

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

Kanada

Fachkräfteentwicklung
Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96
Personalmangel im Gesundheitswesen erzwingt neue Maßnahmen; VII/VIII, 172

Integrierte Versorgung
Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36
Hausarztnetze in Ontario; III, 33
Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54

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

Psychische Gesundheit
Nationale Strategie für psychische Gesundheit; VII/VIII, 57

Public Health und Prävention
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

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

Zugang zum Gesundheitssystem
Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung?; IV, 39

Neuseeland

Alternde Gesellschaft
Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31
Aging in Place – Projekte und Evaluation; VII/VIII, 146

Arzneimittelpolitik
Weiterhin Direktwerbung; II, 63
Weiterhin uneingeschränkte Werbung bei Arzneimitteln?; VII/VIII, 205

Evaluation im Gesundheitswesen
Auf dem Weg zur Gesundheitsfolgenabschätzung; IX, 37

Fachkräfteentwicklung

Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung; VII/VIII, 165

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Finanzierung

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Informationstechnologien

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes; VI, 82

Organisationsreform

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung;

III, 58

Primärversorgung

Primary-Health-Organisationen; I, 41

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

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

Psychische Gesundheit

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Nationaler Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87

100 Prozent rauchfrei; V, 108

Let's beat Diabetes; VII/VIII, 215

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

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit; X, 62

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

Qualitätsparameter orientiert am Patienten; X, 92

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen;

VII/VIII, 141

Fachkräfteentwicklung

»Nurse practitioners«; II, 78

Finanzierung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Krankenversicherungsreform; VI, 107

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

Krankenversicherungssystem 2006 – erste Ergebnisse; IX, 16

Patientenorientierung und Partizipation

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

Patientenerfahrungen fließen in Qualitätsportal ein; XI, 77

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Schneller ist nicht immer besser; X, 98

Zugang zum Gesundheitssystem

Zahl der unabhängigen Behandlungszentren steigt; XI, 94

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

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

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Erstattungskodex dämpft Anstieg der Arzneimittelausgaben; XI, 100

Finanzierung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Informationstechnologien

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Organisationsreform

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

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

Mit Länderinitiativen zu mehr Koordination und Bürgernähe; IX, 28

Patientenorientierung

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

Primärversorgung

Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren; XI, 28

Public Health und Prävention

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

Polen

Arzneimittelpolitik

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

Evaluation im Gesundheitswesen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30
Herausforderung HTA; XI, 61

Krankenhausreform

200 Krankenhäuser sollen aufgegeben werden; IX, 64

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Evaluation im Gesundheitswesen

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26
Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Finanzierung

Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen
Krankenversicherung; I, 20
Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65
Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71
Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77
Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämiensystem; V, 33

Informationstechnologie

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

Krankenhausreform

Auf dem Weg zu einem nationalen Krankenhauswesen; IX, 67

Organisationsreform

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52
Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

Public Health und Prävention

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

Singapur

Alternde Gesellschaft

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

Fachkräfteentwicklung

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Finanzierung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18

Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield; I, 19

Finanzierung ambulanter Disease-Management-Programme; VII/VIII, 111

Medisave muss nachsteuern; IX, 100

Das teuerste Gesundheitswesen ist gerade gut genug; X, 127

Informationstechnologien

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116

Outsourcing von Röntgenbefundnahme nach Indien; VII, 183

Integrierte Versorgung

Ambulante DMPs für chronisch Kranke; VII/VIII, 68

DMPs für Chroniker erfolgreich; XI, 50

Medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Organisationsreform

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

Zugang zum Gesundheitssystem

Reform der Hochrisikoversicherung Medishield; VII/VIII, 84

Slowenien

Evaluation im Gesundheitswesen

Erste Schritte zum Health Technology Assessment; XI, 58

Fachkräfteentwicklung

Unabhängige Fachärzte; VI, 100

Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern; VII/VIII, 179

Finanzierung

Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen; VII/VIII, 116

Pflegeversicherung steht vor der Tür; IX, 105

Spanien

Alternde Gesellschaft

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

Nationale Pflegeversicherung; VII/VIII, 107

Arzneimittelpolitik

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56

Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem; V, 58

Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs; VII/VIII, 196

Reform scheitert an der Pharma-Industrie; X, 119

Finanzierung

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Informationstechnologien

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Integrierte Versorgung

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38

Das Denia-Modell; VI, 51

Neue Versorgungsmodelle werden verglichen und evaluiert; X, 46

Organisationsreform

Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Public Health und Prävention

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Zugang zum Gesundheitssystem

Verbesserter Zugang zu fachärztlichen Diensten und

Medikamenten für illegale Einwanderer; IV, 33

Südkorea

Arzneimittelpolitik

Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln; II, 60

Finanzierung

Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

Informationstechnologien

Mehr Übersicht über den Arzneimittelverbrauch; XI, 80

Organisationsreform
Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Alternde Gesellschaft
Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik
Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente; IV, 80
Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53
Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108
Medicare Part D eingeführt; VII/VIII, 192

Fachkräfteentwicklung
Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

Finanzierung
Steuergutschriften zum Erwerb der Krankenversicherung für Nicht-Versicherte;
I, 47
Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten; VII/VIII, 91
Medicare-Prämie jetzt einkommensabhängig; IX, 103

Informationstechnologien
Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Integrierte Versorgung
Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker; VI, 46
Das »medizinische Zuhause« wird Wirklichkeit; X, 42

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Kalifornien: Geld folgt Leistung.
Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen; I, 33
Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66
»Hospital Compare«; V, 71
Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung; XI, 103

Zugang zum Gesundheitssystem

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

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

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

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz; II, 69

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

Kalifornien: Volksabstimmung zu Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig; IV, 35

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 18

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

CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen; VII/VIII, 96

Massachusetts – Krankenversicherung für alle; VII/VIII, 105

Lücken werden geschlossen – Pragmatismus statt Ideologie; IX, 20

Rettung des »Oregon Health Plan«; XI, 107

Reformverzeichnis nach Themen

Thema, Land, Titel, Ausgabe, Seite

Alternde Gesellschaft

Australien

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Dänemark

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Frankreich

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

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

Großbritannien

Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Israel

Informationsbroschüre zur Pflegeversicherung kommt mit der Zeitung;

VII/VIII, 126

Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere; VII/VIII, 152

Pflegeleistungen werden ausgeschrieben; X, 29

Japan

Pflegestützpunkte als Pflichtleistung; X, 25

Neuseeland

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

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

Niederlande

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen;

VII/VIII, 141

Österreich

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

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

Schweiz

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Singapur

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

Spanien

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

Nationale Pflegeversicherung; VII/VIII, 107

USA

Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik

Australien

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

Preisreform schafft zwei Klassen von Arzneimitteln; X, 114

Dänemark

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Finnland

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112

Raucherkaugummi einzig sichtbarer Erfolg der Arzneimittelreform; X, 117

Frankreich

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Großbritannien

Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Arzneimittelpreise sollen sich am Wert orientieren; X, 105

Neuseeland

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

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

Österreich

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50
Erstattungskodex dämpft Anstieg der Arzneimittelausgaben; XI, 100

Polen

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

Spanien

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

Südkorea

Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln; II, 60

USA

Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74
Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente; IV, 80
Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53
Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108
Medicare Part D eingeführt; VII/VIII, 192

Evaluation im Gesundheitswesen

Australien

Evaluation von HealthConnect; VI, 24
Einführung von HTA auf lokaler Ebene; XI, 63

Dänemark

Evaluation des DRG-Systems; VI, 37

Finnland

Mehr Kooperation bei Beurteilung medizinischer Methoden; XI, 67

Großbritannien

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

Israel

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Neuseeland

Auf dem Weg zur Gesundheitsfolgenabschätzung; IX, 37

Polen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30
Herausforderung HTA; XI, 61

Schweiz

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Slowenien

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

Fachkräfteentwicklung

Australien

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

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

Frankreich

Ärztmangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94

Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel; VII/VIII, 175

Pflegekräfte werden aufgewertet und besser verteilt; X, 132

Nationale Empfehlungen für einen Fachkräftemix; XI, 38

Großbritannien

Hausärzte und Gesundheitserzieher für unterversorgte Regionen; VI, 102

Israel

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Japan

Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte; VII/VIII, 169

Kanada

Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96

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

Neuseeland

Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung; VII/VIII, 165

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Niederlande

»Nurse practitioners«; II, 78

Singapur

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Slowenien

Unabhängige Fachärzte; VI, 100

Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern; VII/VIII, 179

USA

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

Finanzierung

Australien

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15
Produktausweitung der privaten Krankenversicherung; VII/VIII, 86
Zurück zu öffentlicher Finanzierung zahnärztlicher Versorgung; IX, 84

Dänemark

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Finnland

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37
Kaum Nachfrage nach Versorgungsgutscheinen; X, 134

Frankreich

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67
»Schutzschild« gegen zu hohe Zuzahlungen; X, 75

Großbritannien

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

Japan

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14
Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen; VII/VIII, 80
Dezentrale Beiträge und ein neues Versicherungssystem für Hochaltrige; X, 79

Neuseeland

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14
Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Niederlande

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Österreich

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Schweiz

Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; I, 20
Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65
Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71
Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77
Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämienystem; V, 33

Singapur

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

Slowenien

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

Spanien

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Südkorea

Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

USA

Steuergutschriften zum Erwerb der Krankenversicherung für Nicht-Versicherte; I, 47
Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten; VII/VIII, 91
Medicare-Prämie jetzt einkommensabhängig; IX, 103

Informationstechnologien

Australien

Health Connect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74
Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Dänemark

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

Estland

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

Finnland

Patient bleibt Herr seiner Daten; IX, 103

Frankreich

Elektronische Arzneimittelakte für Patienten; XI, 81

Israel

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

Neuseeland

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes; VI, 82

Österreich

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Schweiz

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

Singapur

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116

Outsourcing von Röntgenbefundnahme nach Indien; VII/VIII, 183

Spanien

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Südkorea

Mehr Übersicht über Arzneimittelverbrauch; XI, 80

USA

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Integrierte Versorgung

Australien

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

Change Management für Hausärzte; III, 32

Chronic Care Collaboratives; VI, 49

Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Frankreich

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Großbritannien

Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28

Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

Israel

Ein Duo ersetzt den allein praktizierenden Arzt; X, 39

Japan

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

Kanada

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54

Singapur

Ambulante DMPs für chronisch Kranke; VII/VIII, 68

DMPs für Chroniker erfolgreich; XI, 50

Spanien

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38

Das Denia-Modell; VI, 51

Neue Versorgungsmodelle werden verglichen und evaluiert; X, 46

USA

Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker; VI, 46

Das »medizinische Zuhause« wird Wirklichkeit; X, 42

Krankenhausreform

Dänemark

Konkurrenz für öffentliche Krankenhäuser; X, 130

Finnland

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Frankreich

»Hôpital 2007«; V, 37

Krankenhausreform mit Nebenwirkungen; IX, 73

Großbritannien

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

Polen

200 Krankenhäuser sollen aufgegeben werden; IX, 64

Schweiz

Auf dem Weg zu einem nationalen Krankenhauswesen; IX, 67

Leistungskatalog, siehe Finanzierung

Medizinische Ethik

Frankreich

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Singapur

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Organisationsreform

Dänemark

Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung –

Krankenhäuser, Landkreise und Anreizsysteme; I, 23

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

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

Finnland

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Gemeindeverbände übernehmen Primärversorgung; IX, 71

Großbritannien

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

Israel

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66

Eine fünfte Krankenkasse für wechselnde Zwecke; X, 83

Japan

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Neuseeland

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Niederlande

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Krankenversicherungsreform; VI, 107

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

Krankenversicherungssystem 2006 – erste Ergebnisse; IX, 16

Österreich

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

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

Mit Länderinitiativen zu mehr Koordination und Bürgernähe; IX, 28

Schweiz

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52

Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

Singapur

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell; IV, 75

Spanien

Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Südkorea

Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Palliative Versorgung

Israel

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112

Große Nachfrage nach Kursen in Palliativversorgung; IX, 115

Patientenorientierung und Partizipation

Dänemark

Der Patient zuerst; III, 19

Estland

Hausarzt-Hotline 24/7; VII/VIII, 124

Großbritannien

Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Kanada

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III, 25

Visionen für das Gesundheitswesen der Zukunft; IX, 34

Niederlande

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

Österreich

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

Pflege, siehe Alternde Gesellschaft

Primärversorgung

Dänemark

Allgemeinmedizin wird aufgewertet; XI, 18

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

Estland

Neue Zentren übernehmen Primärversorgung; XI, 25

Finnland

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117

Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch; VII/VIII, 41

Neuordnung der kommunalen Dienstleistungen; XI, 22

Frankreich

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Großbritannien

Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47

Praxiseigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51

Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit; VII/VIII, 122

Gesetz zur Gesundheits- und Sozialversorgung; XI, 24

Israel

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Japan

»Allgemeinmediziner« als neue Berufsgruppe?; XI, 41

Neuseeland

Primary-Health-Organisationen; I, 41

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

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

Österreich

Fehlstart der ambulanten Versorgungszentren; XI, 28

Psychische Gesundheit

Australien

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

Psychotherapie wird erstattet; IX, 54

Großbritannien

Angebotsvielfalt für psychisch Kranke; IX, 51

Israel

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

Tauziehen um Psychiatrie-Ambulanzen; IX, 47

Kanada

Nationale Strategie für psychische Gesundheit; VII/VIII, 57

Neuseeland

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Australien

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77

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

Bundesstaaten zahlen freiwillig für Public Health; IX, 108

Mehr Information soll Zahl der Kaiserschnitte reduzieren; XI, 73

Dänemark

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

Finnland

Rauchverbot in Kneipen und Restaurants; VII/VIII, 230

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

Entwicklungsplan für Wohlstand und Gesundheit; XI, 88

Frankreich

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

Großbritannien

Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien; III, 39
Nationales Screeningprogramm für Darmkrebs; V, 89

Israel

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

Japan

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

Kanada

HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Neuseeland

Nationaler Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87
100 Prozent rauchfrei; V, 108
Let's beat Diabetes; VII/VIII, 215
Suizid-Präventionsstrategie 2006–2016; VII/VIII, 217
HPV-Impfungen Sache der Allgemeinheit?; X, 62

Österreich

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

Schweiz

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

Spanien

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Südkorea

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

USA

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Australien

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

Dänemark

Keine Wartezeiten und bessere Versorgung für Krebspatienten; X, 60

Weiterentwicklung der Leistungsmessung; XI, 70

Estland

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

Finnland

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung; I, 30

Krankenhausbewertung für höhere Kosten-Effektivität; VII/VIII, 133

Frankreich

Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen; VII/VIII, 130

Großbritannien

NHS Foundation Trusts; IV, 59

Kanada

Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27

Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Institut für Patientensicherheit; V, 69

Gesundheitsrat gibt Qualitätsempfehlungen; X, 94

Neuseeland

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

Qualitätsparameter orientiert am Patienten; X, 92

Niederlande

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Schneller ist nicht immer besser; X, 98

Patientenerfahrungen fließen in Qualitätsportal ein; XI, 77

Spanien

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Südkorea

Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Kalifornien: Geld folgt Leistung.

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

Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66

»Hospital Compare«; V, 71

Evaluation der qualitätsorientierten Vergütung; XI, 103

Vergütung

Australien

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Finnland

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Frankreich

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72

Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen; V, 40

Großbritannien

Neues Vergütungssystem für Zahnärzte; VII/VIII, 181

Zugang zum Gesundheitssystem

Estland

Zahntourismus und EU-Steuern verteuern Zahnversorgung; IX, 89

Finnland

Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene; VII/VIII, 78

Frankreich

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80

Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28 und VII/VIII, 113

Großbritannien

Zähneknirschende Patienten; IV, 42

Fortschritte bei der Verkürzung von Wartezeiten; VI, 115

Israel

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Kanada

Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung?; IV, 39

Niederlande

Zahl der unabhängigen Behandlungszentren steigt; XI, 94

Singapur

Reform der Hochrisikoversicherung Medishield; VII/VIII, 84

Spanien

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

USA

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

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

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

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz; II, 69

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

Kalifornien: Volksabstimmung zu Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig; IV, 35

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 18

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

CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen; VII/VIII, 96

Massachusetts – Krankenversicherung für alle; VII/VIII, 105

Lücken werden geschlossen – Pragmatismus statt Ideologie; IX, 20

Rettung des »Oregon Health Plan«; XI, 107

