

A world map with a dashed white line across the equator. Five rectangular boxes are placed along this line, highlighting specific countries: the United States, the United Kingdom, France, Germany, and Japan.

*Reinhard Busse,  
Sophia Schlette (Hrsg.)*

A light blue outline of a world map.

**Gesundheitspolitik in Industrieländern –  
Trends und Analysen 1/2003**

Verlag  
Bertelsmann  
Stiftung

# Inhaltsverzeichnis

Einführung .....	2
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik .....	2
Netzwerkvorbereitung und Vorgehensweise .....	3
Auswahlkriterien.....	4
Politikbewertung.....	5
Projektmanagement.....	6
Überblick.....	8
Finanzierung von Gesundheitssystemen.....	8
Verbesserung der Qualität.....	9
Integrierte Versorgung .....	10
Ausblick.....	10
Finanzierung und Vergütung .....	12
Österreich: Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge .....	13
Japan: Anhebung der prozentualen Zuzahlungen.....	14
Neuseeland: Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung .....	14
Australien: Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge .....	15
Niederlande: Rationierung von Gesundheitsleistungen .....	16
Singapur: ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung .....	18
Singapur: Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield .....	19
Schweiz: Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung .....	20
England: Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens .....	21
England: Stärkung der privaten Sektors .....	22
Dänemark: Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung - Krankenhäuser, Landkreise und Anreizsysteme.....	23
Finnland: Reform der Krankenhausfinanzierung .....	24
England: Neue Formen stationärer Versorgung .....	25
Qualitätsverbesserung und -sicherung.....	26
Kanada: Saskatchewan - unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung .....	27
Deutschland: Die Debatte um ein Zentrum für Qualität in der Medizin .....	28
Finnland: Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung .	30
Niederlande: Obligatorische Qualitätssicherung .....	31
Spanien: Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung.....	32
Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed Care Unternehmen .....	33
Integrierte Versorgung.....	36
Kanada: Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge.....	36
Frankreich: Reform der häuslichen Krankenpflege .....	37
Spanien: Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien.....	38
Bevölkerungsgesundheit („Population Health“).....	40
Frankreich: Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit .....	40
Neuseeland: Primary Health Organisationen .....	42
Spezialbericht: Pläne und Vorschläge zur Verringerung von Versicherungslücken in den USA.....	44
USA: Pläne für die Reform der staatlichen Krankenversicherungen Medicaid und SCHIP .....	44
Steuergutschriften zum Erwerb Krankenversicherung für Nicht-Versicherte	47
Kalifornien: Managed Care Träger für arbeitgebergebundene allgemeine Krankenversicherung.....	48
Hawaii: Neuerlicher Gesetzentwurf für eine allgemeine Krankenversicherungspflicht.....	49

## **Einführung**

Vergleichende Forschung zu Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik ist kein neues Unterfangen. Internationale Organisationen wie OECD, WHO, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Weltbank sowie einschlägige Forschungsinstitute widmen sich diesem Thema seit geraumer Zeit. Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich typischerweise mit dem Vergleich und der Analyse quantitativer Daten sowie mit Strukturen und Leistungsangebot der unterschiedlichen Systeme. Oftmals geschieht dies innerhalb einer Region oder zwischen Ländern mit vergleichbaren sozioökonomischen und organisatorischen Strukturen.

Die Themen auf der Agenda gesundheitspolitischer Reform gleichen sich überall in den Industrieländern: Demographische Entwicklung, Alterung und längere Lebensdauer, medizintechnischer Fortschritt und (Bio)Technologie, Koordination, Transparenz und Effizienz der Versorgung, Qualität und Kosten, Zugang zum System sowie dessen Finanzierung – all dies sind große Herausforderungen, denen sich Gesundheitspolitiker stellen müssen. Dennoch funktioniert der Transfer von Wissen und Evidenz aus Forschung und empirischer Erfahrung in die Gesundheitspolitik bestenfalls schleppend, hinken innovative Reformansätze den vergleichenden Analysen von Gesundheitspolitik erheblich hinterher.

Die Bertelsmann Stiftung beschäftigt sich traditionell mit vergleichender Politikanalyse und mit der Berichterstattung über sozialpolitische Reformen in Industrieländern. Der vor fünf Jahren initiierte Internationale Reformmonitor Sozialpolitik – Arbeitsmarktpolitik – Tarifpolitik ([www.reformmonitor.org](http://www.reformmonitor.org)) ist ein gutes Beispiel für die Expertise der Stiftung auf diesem Gebiet, ebenso wie die Acht-Länder-Studie „Reformen im Gesundheitswesen“ [Esche, Böcken, Butzlaff (Hrsg.): 2000] anlässlich des Projekts “Carl-Bertelsmann-Preis” 2000.

Der Erfolg beider Projekte unterstrich den Bedarf und die potenzielle Nachfrage nach kontinuierlicher und zeitnaher Information über Themen der Gesundheitspolitik in Ländern vergleichbarer sozioökonomischer Struktur. Zu diesem Zweck entwickelte die Stiftung einen weiteren Monitor, das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik ([www.healthpolicymonitor.org](http://www.healthpolicymonitor.org)).

## **Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik**

Seit 2002 bringt das Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus weltweit 15 Ländern zusammen, die über beginnende und laufende Gesundheitsreformthemen berichten. Ziel des Netzwerkes ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik über zeitnahe Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewährt hat und was nicht, zu verringern.

Die Länderauswahl erfolgte aus deutscher Perspektive. Kriterium für die systematische Betrachtung im Rahmen des Netzwerks waren einschlägige gesundheitspolitische Reform Erfahrungen oder Innovationen, die die deutsche Debatte bereichern könnten.

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

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Finnland	STAKES, National Research and Development Center for Welfare and Health, Helsinki
Frankreich	CREDES, Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Paris
Großbritannien	LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science (LSE)
Japan	National Institute of Population and Social Security Research (IPSS), Tokio
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Schweiz	Abteilung für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ), Universität Basel
Singapur	Department of Community, Occupational & Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut; CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona
USA	The Commonwealth Fund, New York
	Institute for Global Health (IGH), University of California Berkeley / San Francisco

## Netzwerkvorbereitung und Vorgehensweise

Themen für die Berichterstattung wurden anhand der eingeschätzten Dringlichkeit für Reformen gemeinsam identifiziert und in folgende Gruppen eingeordnet:

- *Nachhaltige Finanzierung* von Gesundheitssystemen (*Finanzierung und Pooling von Finanzmitteln, Vergütung und Bezahlung der Leistungsanbieter*);
- *Personalentwicklung*;
- *Qualitätsthemen*;
- *Leistungskatalog und Prioritätensetzung*;
- *Zugang zum Gesundheitssystem*;

- *Patientenorientierung des Systems und Stärkung der Patienten;*
- *politischer Kontext, Dezentralisierung und öffentliche Verwaltung,*
- *Organisation des Gesundheitssystems und Integration der Versorgung;*
- *Pflege chronisch Kranker und älterer Menschen;*
- *Rolle der Privatwirtschaft;*
- *neue Technologien.*

Wenn ein Thema in keine dieser Gruppen fiel, konnten die ExpertInnen eine neue Kategorie bilden.

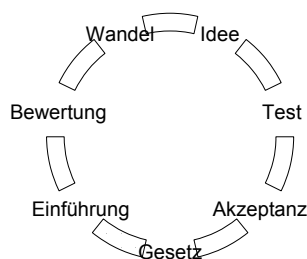
## Auswahlkriterien

Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner in der Regel über fünf aktuelle gesundheitspolitische Themen. 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 die Dynamik des Entwicklungsprozesses zu beschreiben und zu bewerten. Am Ende jedes Fragebogens geben unsere Berichterstatter zu den erwarteten Ergebnissen der Reform ihre Expertenmeinung ab. Abschließend nehmen sie eine prospektive Einschätzung der beschriebenen Politik hinsichtlich Systemkonformität respektive Übertragbarkeit auf andere Systeme vor.

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses. Eine Reformidee oder -politik muss nicht notwendigerweise alle Stadien durchlaufen. Auch kann eine Reform innerhalb des Beobachtungszeitraumes je nach der Dynamik des Prozesses einzelne Phasen überspringen.



- Unter *Idee* werden neue oder erneut aufgegriffene Ansätze gefasst, die zunächst in Fachkreisen (Universität, Qualitätszirkel, Fachgesellschaften) 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 ihrem Verschwinden oder ihrer Verwerfung über Zeit und Raum hinweg zu beobachten (z.B. *Medical Saving*

*Accounts* in der gesundheitspolitischen Debatte in Australien, oder *Primary Care Trusts* in England).




- *Test* steht für Innovationen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden (z.B. integrierte Versorgung in Katalonien).
- *Akzeptanz* umfasst formale politische Statements, Eckpunkte oder Weissbücher. Hierunter verstehen wir auch die Phase wachsender “Salonfähigkeit” gesundheitspolitischer Ideen innerhalb einschlägiger Verbände, politischer Gremien oder Lobbies wie z.B. der verfassten Ärzteschaft.
- Der Kurzbegriff *Gesetz* steht repräsentativ für alle Stufen der Gesetzgebung - von der Eingabe eines Gesetzentwurfes, über die parlamentarische Debatte, Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und Interessengruppen und sonstiger treibender Kräfte, bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.
- *Einführung* beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Umsetzung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von „best practice“ sein.
- *Bewertung* benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes zwischenbewertet oder evaluiert werden. Hier erwähnte Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussevaluierung erfolgen.
- *Wandel* oder Abschaffung schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

## **Politikbewertung**

Eine zweite Grafik illustriert die wesentlichen Merkmale der beschriebenen Politik. Für den vorliegenden Bericht wurden drei Bewertungskriterien ausgewählt – Innovation, strukturelle Wirkung und Übertragbarkeit.

- *Innovation* ist ein Gradmesser, der die Reformidee vor dem Hintergrund der aktuellen Situation des jeweiligen Landes einschätzt. Eine Reformidee kann gänzlich neu oder aber aus einem anderen Kontext übertragen worden sein. Die Endpunkte der Skala reichen von „traditionell“ bis „innovativ“.
- *Strukturelle Wirkung* – dieses Kriterium beschreibt die strukturell-systemische Reichweite und Bedeutsamkeit der Reform. Die Endpunkte der Skala sind mit „marginal“ bzw. „fundamental“ bezeichnet.
- *Übertragbarkeit* – dieses Merkmal zeigt an, ob bzw. in wie weit eine Reform in einen anderen Kontext übertragbar ist. Die Bewertung durch die Experten erfolgt als Einschätzung zwischen den Polen „stark systemabhängig“ und „systemneutral“ bzw. prinzipiell übertragbar.

Die folgende Grafik illustriert beispielhaft eine Reform, die der Experte für wenig innovativ (traditionell), mit allenfalls marginaler struktureller Wirkung, jedoch für bedingt übertragbar auf andere Gesundheitssysteme erachtet:

<b>Innovation</b>	traditionell		innovativ
<b>Strukturelle Wirkung</b>	marginal		fundamental
<b>Übertragbarkeit</b>	systemabhängig		systemneutral

## Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen (siehe Anhang). Die Abteilung Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des halbstandardisierten Fragebogens; Susanne Weinbrenner und Kerstin Lipperheide erstellten und bearbeiteten diesen zusammenfassenden Bericht.

Die Ergebnisse der ersten halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum September 2002 bis März 2003 abdeckt, werden in diesem Band dargestellt. Von 77 Reformmeldungen wurden 29 für den vorliegenden Bericht ausgewählt. Alle Reformen können auf der Homepage des Netzwerks [www.healthpolicymonitor.org](http://www.healthpolicymonitor.org) recherchiert und eingesehen werden. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Homepage als auch diese Broschüre stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und reflektieren nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung.

Unser Dank gilt den Autoren und Autorinnen in den Partnerinstitutionen, die an der Erstellung der 77 Originalberichte mitgewirkt haben: Toni Ashton, Mickael Bech, Ortrud Biersack, Jan Böcken, Terkel Christiansen, Agnès Couffinhal, Han van Dijk, Isabelle Fabricotti, Cathy Fooks, Tom van der Grinten, Marion Haas, Jane Hall, Jan-Kees Helderma, Maria M. Hofmarcher, Nobuyuki Izumida, Jaume Puig i Junoy, Ilmo Keskimäki, Meng Kin Lim, Esther Martínez García, Lisa Maslove, Katsuaki Matsumoto, Carol Medlin, Fabienne Midy, Kjeld Møller Pedersen, Robin Osborn, Valérie Paris, Dominique Polton, Kim Puffers, Monika Riedel, Ray Robinson, Masayo Sato, Elizabeth Savage, Peter Sawires, Wim Schellekens, Jürg H. Sommer, Karen White.

Ganz besonderer Dank gilt all denen, die mit uns ihre Zeit, ihre Überlegungen und ihre Fragen geteilt haben, um dieses Projekt konzeptionell von Anfang an mit zu gestalten und auf den Weg zu bringen: Orvill Adams, Andreas Esche, Pam Garside, Sheila Leatherman,

Rudolf Klein, Julian LeGrand, Antonia Maioni, Kieke Okma, John Wyn Owen und Marc Roberts. Der Dank gilt natürlich auch allen Expertinnen und Experten unserer Partnerinstitutionen.

Kommentare und Anregungen zu diesem „experimentellen“ ersten Halbjahresbericht sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Mit der Zeit wird der Bericht sich entwickeln, ändern und, wie wir hoffen, verbessern. Deshalb sind alle Vorschläge hilfreich.

Reinhard Busse  
Sophia Schlette



## Überblick

Die erste Ausgabe von „Gesundheitspolitik – Trends und Analysen“ betrachtet 29 der 77 Reformen über den Zeitraum September 2002 bis März 2003 im Detail. Die hier beispielhaft für die derzeitigen Diskussionen und Entwicklungen dargestellten Reformen drehen sich um vier Hauptthemen, die länder- und gesundheitsystemunabhängig von übergreifendem Interesse sind:

- Finanzierung und Vergütung
- Qualitätssicherung und -verbesserung
- Integrierte Versorgung
- Bevölkerungsgesundheit

In Anbetracht der Kontinuität und Sonderstellung des Themas Versicherungsschutz in den USA haben wir zudem die aktuellen Reformoptionen zur Überbrückung von Versicherungslücken in den USA in einem separaten Kapitel zusammengestellt:

- Spezialbericht: Pläne und Vorschläge zur Verringerung von Versicherungslücken in den USA

## Finanzierung von Gesundheitssystemen

Die Gesundheitssysteme vieler Industriestaaten sind mit anhaltenden Finanzierungsproblemen konfrontiert. Wie wird diese Aufgabe in den unterschiedlichen Ländern bewältigt? Welche Lösungsansätze und politische Handlungsoptionen gibt es? Antworten reichen von Rationierung über unterschiedliche Mischformen öffentlich-privater Finanzierung bis hin zum Ruf nach strukturellen Reformen der gesamten Finanzierung (z.B. Vorschlag für ein Single-Payer System in Hawaii).

**Fallstudie Schweiz**

Die Schweiz ist eine exzellente Fallstudie: Beim Referendum am 18. Mai 2003 stand das komplette Finanzierungssystem zur Disposition. Mit geringer Aussicht auf Erfolg – im Schnitt ist lediglich eines von zehn Referenden in der Alpenrepublik erfolgreich. Die Schweizer Wähler lehnten die „Gesundheitsinitiative“ der Sozialdemokraten ab. Europas teuerstes Gesundheitssystem steht jedoch auch weiterhin auf dem Prüfstand. Das – nunmehr bestätigte - Finanzierungssystem, das auf Kopfprämien mit Subventionen für Bevölkerungsgruppen mit niedrigen Einkommen beruht, wird z.B. für seine regressive Finanzierung (d.h. dass einkommensstarke und vermögende Bevölkerungsgruppen prozentual weniger als Geringverdiener belastet sind) kritisiert.

Kopfprämien und hohe Zuzahlungen belasten die unteren Einkommensschichten unverhältnismäßig und beeinträchtigen somit sowohl die Nachfrage als auch die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Das abgelehnte Referendum sah vor, eine durchgreifende Wende in Richtung Einkommens- und Vermögensorientierung des Finanzierungssystems zu vollziehen, ähnlich einem System Bismarck'scher Prägung.

Andernorts werden Options- und *opting-out*-Modelle – ein Begriff, der oftmals den Ausschluss öffentlich finanzierter Leistungen kaschiert –

oder Rationierungen in Form von Einschränkungen des Leistungskataloges vorbereitet oder eingeführt, so dass die Verantwortung für die Wahl eines umfassenderen Versicherungsschutzes dem Einzelnen überlassen bleibt. Demgegenüber gibt es aber auch Länder, die – entgegen dem Zeitgeist – das Spektrum der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen in ihrem Leistungskatalog noch ausdehnen.

Viele der hier berichteten Finanzierungsreformen könnten auch unter einem anderen Aspekt betrachtet werden: oftmals geht es bei diesen Reformen um die Aufteilung der Kompetenzen zwischen unterschiedlichen Ebenen öffentlicher Verwaltung oder Regierungen.

***Dezentralisierung versus  
Zentralisierung***

Befürworter und Gegner der Dezentralisierung kommen sowohl von regionaler als auch von zentralstaatlicher Ebene - mit guten Argumenten: Mehr Autonomie, höhere Akzeptanz und höhere Verantwortlichkeit einerseits; bessere Qualität, höhere Wirksamkeit, gerechtere Verteilung der Ressourcen und Leistungen andererseits. Dänemark, Finnland und Spanien sind gute Beispiele für diese Debatte.

### **Verbesserung der Qualität**

Mit wachsender Besorgnis und steigendem Druck der Öffentlichkeit für mehr Qualität und Transparenz, sind auch Themen wie Verantwortlichkeit und Partizipation der Bevölkerung sowie Prävention und öffentliche Gesundheitsprogramme auf der politischen Agenda weiter nach oben gerückt.

In der kanadischen Provinz Saskatchewan mündete die Diskussion um das Thema Qualität in die Gründung eines Rates für Qualitätsverbesserung in der Krankenversorgung. Eine Institution wurde ins Leben gerufen, die “unabhängig vom Staat” aus Repräsentanten der Öffentlichkeit, Gesundheitsdienstleistern, gesundheitspolitischen Experten und Regierungsmitgliedern besteht.

In Deutschland waren die öffentliche Debatte über Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung sowie die Forderung nach mehr Verantwortlichkeit und Transparenz bei Regierungsentscheidungen treibende Kräfte für die Etablierung eines “unabhängigen” deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin. Darüber hinaus sind im Gesetzesentwurf zum „Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz“ Patientenrechte und garantierte Partizipationsmöglichkeiten, d.h. die Mitwirkungspflicht der Patienten an der Verbesserung ihrer Gesundheit, ausdrücklich verankert.

In vielen Ländern lassen sich Initiativen zu einer stärkeren Bevölkerungsorientierung der Gesundheitspolitik (in Bezug auf Qualität und Bedarf) anstelle einer institutionellen Orientierung feststellen. Einerseits führt eine bedarfsorientierte Versorgung zu einer besseren Integration der Versorgung (Managed Care-Organisationen in den USA, Gesetzgebung in Deutschland). Andererseits wird ein Schwerpunkt auf die Teilhabe des

***Verantwortlichkeit /  
Bevölkerungsgesundheit***

*expert patient* gelegt. Die Einbeziehung der Patienten gewinnt im Rahmen des medizinisch unterstützten lebenslangen Selbstmanagement von Patienten mit chronischen Erkrankungen, das sich deutlich vom Management akuter Erkrankungen unterscheidet, an Bedeutung. Gleichzeitig wird der Lobbyismus der korporatistischen Interessengruppen zunehmend als Hindernis für zügige Reformen betrachtet.

In Süd-Australien hatte die Bevölkerung im Rahmen eines regionalen generationsübergreifenden Beratungs- und Prüfprozesses zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung einen aktiven Anteil. Dabei wurden mehr bevölkerungsbezogene Dienstleistungen gefordert und für eine stärker bedarfsorientierte Versorgung plädiert.

In der kanadischen Provinz Saskatchewan ist es das Ziel, eine unabhängige, nicht politisierte Institution ins Leben zu rufen, die bezüglich der Reformen des Gesundheitssystems eine leitende Rolle übernimmt.

In Spanien wird erwartet, dass der „Interterritoriale Rat des Nationalen Gesundheitssystems“ durch Beteiligung der regionalen Regierungen mehr Einfluss auf gesundheitspolitische Themen gewinnen wird. Jedoch bestehen Bedenken, dass diese Kompetenzerweiterung auf einzelne Themen der öffentlichen Gesundheit beschränkt bleiben wird, da die Zentralregierung weiterhin die Kontrolle über wesentliche Aspekte des nationalen Gesundheitssystems behalten will.

### **Integrierte Versorgung**

Unabhängig vom jeweils vorherrschenden Finanzierungs- und Vergütungssystem sind Mangel an Koordination bzw. fehlende sektorübergreifende Integration der Krankenversorgung ein in vielen Ländern verbreitetes Problem. Defizite zeigen sich an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Spanien) oder zwischen stationärer Akutversorgung und Rehabilitation (Kanada). Andere Länder berichten über Bemühungen, die Koordination zwischen verschiedenen Säulen des Sozialsystems zu verbessern. So wurden beispielsweise in Frankreich Pflegepläne eingeführt, die neben den Leistungserbringern aus dem Gesundheitssektor auch Dienstleister und Fachkräfte aus dem Sozial- und Pflegebereich einbeziehen. Umfassender Integration der Versorgung wird ein großes Potenzial zur Verbesserung von Qualität und Kosteneffektivität zugeschrieben.

### **Ausblick**

Wie versuchen Politiker, den zahlreichen Herausforderungen zu begegnen? Oft suchen Regierungen den Rat von Experten. Ad-hoc oder kontinuierlich arbeitende Kommissionen zu Reformen im Gesundheitssystem existieren in fast allen Ländern. Patienten- und Verbraucherorganisationen fordern unabhängige Foren und eine Beteiligung der Öffentlichkeit. Dennoch werden „unabhängige“ Beratergremien oft von der jeweiligen Regierung ernannt. Die Rolle dieser Gremien kann erheblich variieren, ebenso wie deren

**Mehr Kommissionen?**

Möglichkeiten, auf die Politik tatsächlich Einfluss zu nehmen oder Anliegen der Nutzer zum Ausdruck zu bringen. Im Moment ist es jedoch noch zu früh, um den Einfluss verschiedener Beraterstäbe, Kommissionen oder Verbraucherorganisationen auf den gesundheitspolitischen Reformprozess einzuschätzen.

Einige Beispiele: Im November 2002 berief die wieder gewählte deutsche Regierung eine Ad-hoc-Kommission– benannt nach dem Vorsitzenden der Kommission, dem Wirtschaftsprofessor Bert Rürup. Die Rürup-Kommission hatte den Auftrag, Strategien zu entwickeln, um die Sozialversicherungssysteme für zukünftige Generationen zu erhalten. Tief gespalten präsentierten die 25 Berater aus Wissenschaft und öffentlichem Leben am 25. März 2003 zwei in ihrem Kern grundverschiedene und miteinander unvereinbare Modelle für eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Nachricht: Kommissionen können politische (Richtungs)Entscheidungen vorbereiten, aber nicht treffen. Also landete der Ball erneut bei der Politik.

In Großbritannien hatte die neue “Kommission zur Beteiligung der Öffentlichkeit und der Patienten“ noch keine Gelegenheit, ihre Daseinsberechtigung unter Beweis zu stellen. Mancher Beobachter hegt die Befürchtung, dass lediglich eine weitere bürokratische Institution geschaffen wurde, die nur wenig Einfluss auf die Versorgungswirklichkeit hat.

Finanzierung, Politikstile, die Debatte um Subsidiarität und geeignetste Ebene gesundheitspolitischer Entscheidungskompetenz, Verbraucherperspektive und öffentliche Gesundheit – dies alles sind Themen, die es in den kommenden Halbjahresberichten zu beleuchten gilt.

***Chronometer gesundheits-  
politischer Entwicklungen***

## Finanzierung und Vergütung

Bei der Finanzierung von Gesundheitssystemen geht es gegenwärtig im Wesentlichen um zwei Themen: Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit. Das Dilemma politischer Entscheidungsträger besteht darin, zwischen diesen beiden Zielen Abwägungen treffen zu müssen. Viele der Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, den öffentlichen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens sicher zu stellen, haben zur Folge, dass der privat finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben steigt — zu Lasten der vertikalen Gerechtigkeit, d.h. zwischen Bürgern unterschiedlichen Einkommens.

Vor diese Wahl gestellt haben politische Entscheidungsträger eine Reihe von Handlungsoptionen:

- Die Erhöhung des Anteils am jeweiligen Hauptfinanzierungsmechanismus, d.h. eine Anhebung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. des Steuersatzes in staatlich finanzierten Systemen (z.B. NHS –staatlicher Gesundheitsdienst in England) – siehe z.B. die gegenwärtigen Pläne in Österreich;
- eine Verbreiterung der Basis der Haupteinnahmequelle, z.B. durch die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf Kapitaleinkünfte (vgl. Schweizer Gesundheitsinitiative);
- die Einführung oder Erhöhung von festen oder prozentualen Zuzahlungen oder Selbstbehalten und damit die Verlagerung eines Teils der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen in die private Finanzierung — Beispiele für diese Politik sind die Krankenversicherung für Arbeitnehmer in Japan und der eigenwillige Vorstoß eines einzelnen Allgemeinmediziners in Neuseeland;
- die Einführung bzw. Förderung (freiwilliger) Zusatzversicherungen, z.B. durch steuerliche Erleichterungen und damit eine Verschiebung der öffentlich-privaten Finanzierungsanteile, wie das Beispiel von Australien zeigt;
- die Reduzierung des Leistungskatalogs, d.h. der Ausschluss gegenwärtig erstatteter Leistungen aus der öffentlichen Finanzierung. Dies hat im wesentlichen zur Folge, die Bezahlung dieser Leistungen auf den privaten Geldbeutel zu verlagern — der mittlerweile verworfene Vorschlag der niederländischen Regierung, die allgemeinärztliche Behandlung auszuschließen, ist ein Beispiel für dieses Konzept.

Die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gerät zunehmend unter Druck, wenn Politiker das Ziel der horizontalen Gerechtigkeit, d.h. zwischen unterschiedlich Erkrankten, verfolgen und neue Leistungen in den Katalog aufnehmen (Pflegeleistungen wie in Singapur oder Kanada; zahnärztliche Behandlung wie in Finnland und Spanien) oder aber die Kassen für neue Bevölkerungsgruppen öffnen, um den Zugang für alle Bedürftigen zu fördern.

In anderen Ländern steht das gesamte Finanzierungssystem zur Diskussion: Die "Gesundheitsinitiative" in der Schweiz verfolgte — mit Blick auf Deutschland — das Ziel, die gegenwärtigen Pro-Kopf-Prämien durch einkommens- und vermögensbezogene Beiträge zu ersetzen. In Großbritannien werden in Forschungskreisen – nicht jedoch in der „offiziellen“ Politik - Alternativen zum gegenwärtig steuerfinanzierten Gesundheitssystem erörtert.

## **Österreich: Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge**

Wie in vielen anderen Ländern stellt ein zunehmendes Finanzdefizit die Krankenversicherungen auch in Österreich vor ein großes Problem. Schätzungen zufolge wird dieses Defizit von 350 Millionen € im Jahr 2003 auf 900 Millionen € im Jahr 2005 ansteigen. Um die Einnahmen der Krankenversicherungen zu erhöhen, plant die gegenwärtige Regierung eine Erhöhung der Einnahmen durch diverse Anpassungen bei den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Regierungsprogramm für die jetzige Legislaturperiode enthält folgende Vorschläge:

- Vereinheitlichung der Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 7,3 % für Arbeiter und Angestellte. Gegenwärtig betragen die Beiträge für Arbeiter ca. 7,6 % und für Angestellte 6,9 %. In der österreichischen sozialen Krankenversicherung unterliegen etwa 80 % der Bevölkerung (hauptsächlich Arbeiter und Angestellte) dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Da zu diesen 80 % mehr Angestellte als Arbeiter gehören, werden durch die Angleichung des Beitragssatzes die Gesamteinnahmen steigen. Erwartet werden Mehreinnahmen von ca. 90 Millionen € pro Jahr.
- Um alle Unfälle außer Arbeitsunfällen (d.h. im Haushalt und in der Freizeit) abzudecken soll der Beitragssatz für alle Krankenversicherten um 0,1 Prozentpunkte angehoben werden. Die „Freizeitunfallabgabe“ soll ca. 116 Millionen € pro Jahr zusätzlich einbringen. Zusatzbeiträge für die Abdeckung von Freizeitunfällen sind schon seit mehreren Jahren Bestandteil öffentlicher Diskussionen. Das vorgeschlagene Programm zur Freizeitversicherung scheint älteren Ansätzen überlegen zu sein. Diese enthielten keine Anreize für gesunden Lebensstil, sondern sahen Abgaben für Sportausrüstungen vor. Darüber hinaus deckten die früheren Konzepte Haushaltsunfälle nicht mit ab.
- Der Beitragssatz für Rentner soll bis 2006 durch jährliche Steigerung um 0,25 Prozentpunkte von 3,75 % auf 4,75 % angehoben werden. Diese Maßnahme soll zu Mehreinnahmen in Höhe von 103 Millionen € im Jahr 2004 und weiteren 210 Millionen € im Jahr 2003 führen. Wahrscheinlich können die angehobenen Beitragssätze für Rentner als ein Schritt in Richtung risikoangepasster Beiträge betrachtet werden, die im österreichischen Gesundheitswesen keine Tradition haben.

***Angleichung der  
Beitragssätze  
überfällig***

***Unfallabgabe ist  
Malus-Idee überlegen***

***Erhöhung des  
Krankenversicherungs-  
beitrages für Senioren***

Da der Beitragssatz gesetzlich festgelegt ist, muss das allgemeine Sozialversicherungsgesetz dementsprechend geändert werden. Die Chancen zur Umsetzung des Regierungsprogramms sind hoch, zumal das Thema derzeit noch kaum öffentlich diskutiert wird. Da es jedoch erst im März 2003 verabschiedet wurde, könnten Diskussionen und öffentlicher Druck noch immer auftreten.

### **Japan: Anhebung der prozentualen Zuzahlungen**

Um die japanische Wirtschaft angesichts der gegenwärtigen strukturellen Stagnation anzukurbeln, ist Ministerpräsident Koizumis Regierung bemüht, die Staatsausgaben, das Steuer- und Finanzsystem sowie die Aufsichtsbehörden zu reformieren. In diesem Zusammenhang kündigte Koizumi im Februar 2002 an, die prozentualen Zuzahlungen für alle Mitglieder der Krankenversicherung für Arbeitnehmer von 20 % auf 30 % anzuheben.

Das japanische Gesundheitswesen finanziert sich hauptsächlich aus Beiträgen zur Pflichtversicherung, Steuern sowie prozentualen Zuzahlungen. Es gibt drei Zweige der Pflichtversicherung:

- die staatliche Krankenversicherung für Selbständige und ältere Versicherte (SKV),
- die Krankenversicherung für Arbeitnehmer (KVA) und
- die Krankenversicherung für spezielle Berufsgruppen einschließlich Beamter und Privatschullehrer.

Am 1. April 2003 trat die Anhebung der prozentualen Zuzahlungen von KVA-Mitgliedern in Kraft. Damit verbunden war eine Angleichung der Zuzahlungen für Mitglieder der KVA an das Niveau der SKV, für die die Zuzahlungen schon vor einiger Zeit auf 30 % festgesetzt worden waren.

**Seit 1.4.2003 gleiche Zuzahlungsprozente für KVA und SKV**

Die parlamentarische Opposition und die japanische Ärztekammer hatten sich gegen die Erhöhung der Zuzahlung ausgesprochen, da diese Maßnahme zwar zu einer finanziellen Entlastung der KVA, gleichzeitig jedoch auch zu höheren Selbstbeteiligungen der Versicherten führen würde.

**Die Nachteile: höhere Selbstbeteiligung und regressive Effekte**

### **Neuseeland: Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung**

Einen eigenwilligen Weg zur Sicherung zusätzlicher finanzieller Einkünfte beschritt ein Allgemeinmediziner in Neuseeland.

**Clubgebühr?**

In einem Schreiben an 700 seiner Patienten lud dieser Arzt dazu ein, zusätzlich zu den obligatorischen Zuzahlungen für Arztbesuche eine jährliche Gebühr von 225 € zu entrichten, um im Gegenzug eine bessere Behandlungsqualität und mehr Service zu erhalten. Zuzahlungen für Arztbesuche werden in Neuseeland von jedem Allgemeinmediziner individuell festgelegt, sie liegen im Schnitt bei etwa 21,50 € pro Konsultation.

Als Gegenleistung für die Jahresgebühr bietet nun dieser Arzt u. a. garantierte Pünktlichkeit bei Behandlungsterminen, Erreichbarkeit über das Mobiltelefon, Hausbesuche und längere Konsultationen an. Wohl wissend, dass er auf diese Weise Patienten verlieren wird, verbindet der Arzt mit der Einführung der Gebühr nichtsdestoweniger die Hoffnung, seine Energie ganz auf die Patienten richten zu können, die bereit sind, mehr für seine Dienste zu zahlen.

Im offenen Widerspruch zum staatlichen Ziel der Reduzierung von Ungleichheiten bei Zugang und Inanspruchnahme des Versorgungssystems zog sein Alleingang unweigerlich die Kritik des Gesundheitsministers und der öffentlichen Beobachter auf sich. Gleichwohl gibt es auch Unterstützung für die Ansicht "Lassen wir den Markt entscheiden, ob sich die Idee durchsetzt oder nicht."

***Der Markt soll entscheiden***

### **Australien: Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge**

In Australien besteht grundsätzlich politischer Konsens darüber, dass sowohl die Finanzierung des Gesundheitssystems als auch die Leistungserbringung idealer Weise auf einem öffentlich-privaten Mix basieren sollten. Die gegenwärtige Regierung fördert die private Gesundheitsindustrie als potentielle Finanzquelle und hat deshalb ein Anreizsystem zur Förderung privater Krankenversicherungsverträge eingeführt.

Obwohl Premierminister Howard und seine Regierung sich zum nationalen Krankenversicherungssystem Medicare bekennen, erklärte das australische Gesundheitsministerium (Commonwealth Department of Health and Aged Care), einer seiner Aufträge bestehe in der Sicherstellung "einer lebensfähigen privaten Gesundheitsindustrie zur Verbesserung der Auswahl an medizinischen Leistungen für Australier". So gab es seit 1997 eine Reihe politischer Veränderungen auf nationaler Ebene zur Förderung der privaten Krankenversicherung (PKV):

- direkte Subventionierung privater Krankenversicherungsprämien;
- Einführung von Abgaben für Gutverdiener ohne PKV (Singles mit Einkommen von mehr als €28.000 und Familien mit Einkommen über €56.000);
- die Abschaffung von Selbstbeteiligungen für privat Versicherte, die ärztliche Leistungen in Privatkliniken in Anspruch nehmen;
- die Einführung altersabhängiger Prämiendifferenzierung (Lifetime Health Cover im Jahr 2000).

***Förderung der privaten Krankenversicherung durch die Politik***

Bis 2000 waren die PKV-Prämien einheitlich. Heute gibt es eine Grundprämie für diejenigen, die der Versicherung bis zum Alter von 30 Jahren beitreten. Wer dann ab dem 30. Lebensjahr fortlaufend privat krankenversichert ist, zahlt die Grundprämie auch weiterhin. Versicherte, die zum Zeitpunkt des Beitritts älter als 30 Jahre sind, bezahlen zusätzlich zur Grundprämie eine altersabhängige Prämie.



Ziele der PKV-Förderung durch öffentliche Subventionen sind:

- Erhöhung des privaten Krankenversicherungsschutzes in der Bevölkerung;
- Förderung der Nutzung privater Einrichtungen;
- breitere Verfügbarkeit der privaten Krankenversicherungen und damit für mehr Versicherte freie Arzt- und Krankenhauswahl.

Die geschilderten Veränderungen sind Ausdruck der Erwartung einiger Politiker, dass eine starke private Gesundheitsindustrie einschließlich privater Krankenversicherer das staatliche Gesundheitswesen entlasten könne.

**Private Krankenversicherung soll staatliches System entlasten**

Über viele Jahre entwickelten sich die privaten Versicherer zu einer mächtigen Interessengruppe, die von ebenso mächtigen ärztlichen Organisationen unterstützt wird. Die Einkünfte vieler Ärzte sind von einer lebensfähigen privaten Gesundheitsindustrie abhängig; viele Ärzte sind an Privatkliniken beteiligt. Unterstützung für die private Krankenversicherungsindustrie kommt auch von marktorientierten *think tanks*.

Die öffentliche Förderung privater Versicherer findet jedoch nicht nur Unterstützung. Ärzte- und andere Interessengruppen, z.B. die Public Health Association, haben sich dagegen ausgesprochen. Dennoch war eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung von vornherein wahrscheinlich, da aufgrund der attraktiven Subventionen in Höhe von 30 % die Kosten der PKV deutlich gesenkt wurden.

Bislang können folgende Auswirkungen der PKV-Förderung konstatiert werden:

**Folgen der PKV-Förderung**

- Zunahme des Anteils der privat Krankenversicherten von 32 % auf 44 %;
- starker Anstieg der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen (zahnärztliche Behandlung, augenärztliche Behandlung) und infolge dessen eine Zunahme von PKV-finanzierten Versicherungsleistungen;
- verringerte Selbstbeteiligungen der Versicherten;
- steigende Kosten für den Staat und damit für die Steuerzahler;
- keine nennenswerten Auswirkungen auf Wartelisten in öffentlichen Krankenhäusern; eine Veränderung dort ist hauptsächlich auf ambulante Operationen zurückzuführen;
- unverminderter Druck auf die weiter steigenden Versicherungsprämien.

## **Niederlande: Rationierung von Gesundheitsleistungen**

Eine der Strategien zur Kostendämpfung im niederländischen Gesundheitswesen war die Begrenzung des Leistungskatalogs. Nach einigen politischen Auseinandersetzungen gelang es, eine Reihe von Leistungen aus dem Grundleistungskatalog auszuschließen. Fachliche Kriterien wie Effektivität, Effizienz und Bezahlbarkeit (für den Einzelnen) hatten Vorrang vor einer normativen Debatte.

Das jüngste Vorhaben der beiden Ministerien für Gesundheit und Finanzen vom Februar 2003, weitere Leistungen aus dem Basispaket auszuschließen, könnte die kollektive Belastung bis 2007 um 930 Millionen € reduzieren.

Rationierung im Gesundheitswesen ist in den Niederlanden eng mit dem Dunning-Report (1991) und dessen wesentlichen politischen Vorschlägen verknüpft:

- Bewertung des Kernleistungskataloges,
- Aufnahme (neuer) Verfahren in den Leistungskatalog,
- Anreize zur angemessenen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und
- Regulierung von Wartelisten.

**Dunning Report 1991**

Das Dunning-Komitee entwarf ein aus vier Kriterien bestehendes Filtersystem: Notwendigkeit, Effektivität, Effizienz, Eigenverantwortung. Zusätzlich wurde danach gefragt, ob alles, was in der Gesundheitsversorgung möglich ist, auch tatsächlich angeboten werden müsse, und falls ja, bis zu welchem Umfang diese Leistungen öffentlich zu finanziert seien.

**Bedarf,  
Effektivität Effizienz,  
Eigenverantwortung**

Dabei ließ sich das Dunning-Komitee von folgenden Grundprinzipien leiten:

- Die Gewährleistung einer Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen für alle ist fairer als eine Rundumversorgung für einen kleinen Teil der Bevölkerung.
- Eindeutige und öffentlich nachvollziehbare Entscheidungen sind besser als versteckte Rationierung.
- Bei der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung müssen soziale Werte mit professionellen Urteilen und Expertenmeinungen in Einklang gebracht werden. Nur so kann entschieden werden, welche medizinische Behandlung sinnvoll ist und welche nicht.

**Grundprinzipien  
der Rationierung**

Die Anwendung dieser Kriterien führte zum Ausschluss mehrerer Leistungen aus dem Kernleistungskatalog. 1995 wurde die zahnärztliche Behandlung für Erwachsene ausgeschlossen, 1997 teilweise wieder aufgenommen. Die langfristige physiotherapeutische Behandlung wurde ausgeschlossen, und die Versorgung mit Hilfsmitteln wie Inkontinenzeinlagen, Kolostomiebeuteln und Hörapparaten wurde stark eingeschränkt.

**Leistungsausschlüsse**

Obwohl der Plan der Ministerien für Gesundheit und Finanzen vom Februar 2003, die allgemeinärztliche Behandlung aus dem Kernleistungskatalog komplett herauszunehmen, wenig aussichtsreich war, ist bemerkenswert, dass sich diese Idee in einem Regierungsdokument findet. Der Vorschlag spiegelte die aktuelle Krisenstimmung bezüglich der Position und der Arbeitsweise von Hausärzten im Gesundheitswesen wider - zurückzuführen auf den alarmierenden Mangel an Hausärzten und die Entstehung von alternativen Versorgungsangeboten, wie zum Beispiel Krankenhäusern, die ihre Grundversorgungsleistungen erweitern.

**Ausschluss  
hausärztlicher  
Leistungen - Vorschlag  
wenig aussichtsreich**

### **Erweiterungen des Leistungskatalogs**

Wie in den Niederlanden sind viele Regierungen darauf bedacht, aufgrund des allgemeinen Konjunkturrückgangs medizinische Leistungen einzuschränken. Vor diesem Hintergrund ist erwähnenswert, dass einige Länder ihre Leistungskataloge nicht einschränken, sondern sogar noch erweitern:

- In **Kanada** wird ein Entwurf diskutiert, der vorsieht, den Umfang des allgemeinen Versicherungsschutzes auf die poststationäre Pflege in den eigenen vier Wänden auszudehnen (s. S. 36).
- **Finnland**: Seit Dezember 2002 gilt ein erweiterter, staatlich finanzierter Leistungsumfang in der zahnärztlichen Versorgung. Eine zahnärztliche Grundversorgung steht allen Versicherten unabhängig vom Alter oder Wohnsitz offen.
- **Spanien**: Ein Gesetzentwurf von März 2003 schlägt die Erweiterung des landesweit geltenden Kernleistungskatalogs vor. Dazu gehören zum Beispiel zahnärztliche Behandlung, psychologische Behandlung und Versorgungsangebote für Behinderte (s. S. 32).
- **Schweiz**: Im ersten Gesetzesentwurf des Krankenversicherungsgesetzes von 1991 war die Erweiterung der Liste erstattungsfähiger Leistungen (z.B. um Pflegeleistungen, häusliche Pflege, Prävention, Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel) erklärtes Ziel - nicht deren Reduktion.

**Der entgegengesetzte  
Ansatz: Mehr, nicht  
weniger Leistungen**

### **Singapur: ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung**

Die Finanzierung des Gesundheitssystems von Singapur erfolgt durch ein Mischsystem, das eine Kombination von Steuern, Arbeitgeberleistungen, Pflicht-Sparbüchern, Versicherungen und Zuzahlungen umfasst. Kernstück ist das 3-M-System: *MediSave* sind individuell abzuschließende Krankheitskosten-Sparbücher zur Abdeckung der Kosten medizinischer Akut-Versorgung im Krankheitsfall, *MediShield* ist ein kostengünstiges Krankenversicherungsprogramm für schwere bzw. chronische Erkrankungen, die von *MediSave* nicht abgedeckt werden können — und *MediFund* ein Sicherheitsnetz zur Unterstützung mittelloser Patienten.

ElderShield soll das 3-M-System zukünftig ergänzen. Das Konzept von ElderShield als erschwingliche Zusatzversicherung wurde vom Premierminister im August 2001 angekündigt und im Juni 2002 eingeführt.

**Singapurs 3-M-System:  
*MediSave*,  
*MediShield*, *MediFund***

ElderShield wurde entwickelt, um ältere Versicherte in Singapur mit Hilfe eines finanziellen Basisschutzes vor Aufwendungen zu schützen, die bei Pflegebedürftigkeit fällig werden und nicht durch das 3-M-System abgedeckt sind. Alle Krankenversicherungen sind verpflichtet, im Rahmen des ElderShield-Programms gleichartige Leistungen anzubieten. Die Prämienzahlung kann über das *MediSave*-Sparbuch des Versicherungsnehmers oder eines Angehörigen bzw. durch private Direktzahlungen erfolgen.

ElderShield bietet zwei Prämienpläne an, darunter,

- ein regulärer Prämienplan, bei dem der Versicherungsnehmer eine altersabhängige jährliche Prämie bis zum Alter von 65 Jahren zahlt
- ein einmaliger Prämienplan, bei dem der Versicherungsnehmer bei Eintritt einen Pauschalbetrag zahlt.

Für die Einführungsphase beschloss die Regierung den automatischen Versicherungsbeitrag mit *Opting-Out*-Möglichkeit. Vorteil dieses Verfahrens ist, dass Antragsteller automatisch ohne medizinische Vorsorgeuntersuchung aufgenommen werden – auch bei Vorerkrankungen wie Diabetes oder Hypertonie oder bei Pflegebedürftigkeit (Einschränkungen bei messbaren täglichen Aktivitäten, Versicherte hingegen, die die ElderShield-Pflegeversicherung nicht wünschen, müssen explizit ihren Austritt erklären.

**Versicherungsschutz  
ohne Gesundheitsprüfung**

Man hoffte, mit diesem Verfahren möglichst viele Versicherte in das ElderShield-Programm aufzunehmen und um die Bezahlbarkeit der Prämien zu gewährleisten war MediShield im Jahr 1990 auf dieselbe Weise eingeführt worden, mit dem Ergebnis, dass mehr als 90 % der Arbeitnehmer bei MediShield oder bei einem von MediSave zugelassenen Versicherungsprogramm versichert sind.

Sobald ein Versicherungsnehmer die erste Prämienzahlung für ElderShield leistet, hat er Anspruch auf Geldleistungen. Diese Leistungen erfolgen in Form von monatlichen Barauszahlungen von ca. 154 € pro Monat bis zu 60 Monaten maximal (die durchschnittlichen Kosten für ein Pflegeheim betragen pro Monat 154 € bis zu 257 €.). Zwar ist dies kein hoher Betrag, aber für viele ältere Menschen, die durch schwere Behinderung finanziell stark belastet sind, ist er eine große Hilfe. Für Personen mit geringem Einkommen subventioniert die Regierung bis zu 75 % der Kosten des Pflegeheims.

**Lebenslanger  
Versicherungsschutz**

ElderShield hatte nicht den von der Regierung erwarteten durchschlagenden Erfolg. Die Bürger waren von dem neuen Konzept nicht überzeugt, und bis Dezember 2002 machten etwa ein halbe Million Personen, d.h. 30 % der Leistungsberechtigten von ihrer Austrittsmöglichkeit Gebrauch. Im Januar 2003 reagierte der Gesundheitsminister auf die weit verbreitete Skepsis, indem er die Möglichkeit von Nachbesserungen nicht ausschloss.

**Mäßiger Erfolg**

## **Singapur: Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield**

Gegenwärtig ist die Höhe der Kostenerstattung bei MediSave und MediShield von der Dauer des stationären Aufenthaltes und den angewandten therapeutischen Verfahren abhängig. Darüber hinaus ist eine feste Zuzahlung durch den Patienten erforderlich, um eine kostenbewusste Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung zu fördern.

Angesichts des jüngsten Anstiegs der Krankenhauskosten gab es in der Öffentlichkeit die Forderung nach einer Überprüfung der Erstattungs- bzw. Auszahlungsgrenzen. Das Gesundheitsministerium kündigte an, die bislang geltenden gesetzlichen Regelungen der Kostenerstattung durch MediSave und MediShield zu ändern. Begründet wird die geplante Reform der Auszahlungsmodalität mit der Annahme, dass Fallpauschalen (DRG) anstelle von Tageskostenpauschalen flexibler und gerechter seien, weil sie die Komplexität bzw. den Schweregrad der Erkrankung berücksichtigen.

**Neue Auszahlungsformel:  
fairer und flexibler**

Seit 1999 dient das DRG-System in den staatlichen Krankenhäusern Singapurs als Grundlage der Berechnung der medizinischen Behandlungskosten und jetzt auch als Methode zur Ermittlung von Preisen oder zur Kostenerstattung.

### **Schweiz: Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Seit das überarbeitete Krankenversicherungsgesetz 1996 in Kraft getreten ist, gibt es in der Schweiz eine obligatorische Krankenversicherung für alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz. Diese versichern sich bei Krankenkassen bzw. Krankenversicherern, deren Prämien pro Kanton einheitlich sind. Am 18. Mai 2003 haben die Schweizer Bürger per Referendum einen Reformvorschlag zurückgewiesen, dieses System grundlegend zu ändern.

Die von der sozialdemokratischen Partei (SP) im Juni 1999 initiierte Gesundheitsinitiative sah vor, die Krankenversicherung durch einkommens- und vermögensabhängige Beiträge sowie durch eine ergänzende zweckgebundene steuerliche Abgabe zu finanzieren. Anders ausgedrückt schlug die Gesundheitsinitiative vor, das gegenwärtige System der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kopfpauschalen und einem abhängigen Prämienverbilligungssystem (PVS) (für den Fall, dass Prämien einen gewissen Prozentsatz des Einkommens übersteigen), zusammen mit dem System der Selbstbeteiligung und Zusatzkrankenversicherung abzuschaffen.

**„Gesundheit muss  
bezahlbar bleiben“**

Bei Erfolg hätte die Initiative dazu geführt, dass gut verdienende und vermögende Versicherte stärker zur Finanzierung beigetragen hätten und so Versicherte mit geringen Vermögenswerten und niedrigem bzw. durchschnittlichem Einkommen entlastet worden wären. Die SP begründete ihr Konzept mit Verweis auf das Beispiel anderer Länder mit einkommensbasierten Finanzierungssystemen (explizit z.B. Deutschland).

**Fortschritt?...**

Der Bundesrat, die Rechtsparteien, der Verband der Schweizer Pharmagesellschaften und der Verband der Krankenkassen ("santésuisse") kritisierten das geplante neue Finanzierungssystem als Rückschritt in der Entwicklung des Gesundheitswesens, da Ziele der Umverteilung und der Budgetzuordnung vermischt würden. Anreize für Versicherte, sich kostenbewusst zu verhalten, würden beeinträchtigt, weil das Prinzip des

**oder Rückschritt?**

Versicherungsmarktes aufgegeben würde. So würde sich das Problem des subjektbezogenen Risikos für die Versicherung verschärfen. Bei staatlicher Festsetzung der Beitragssätze würde ferner der Wettbewerb zwischen den Versicherern untergraben. Die Auswirkungen der Umverteilung auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips wären darüber hinaus nicht sehr transparent.

## **England: Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens**

Es ist bekannt, dass der NHS zu mehr als 90% durch allgemeine Steuern finanziert wird. Die Debatte um den NHS konzentrierte sich in den letzten 25 Jahren zu einem großen Teil auf die Unterfinanzierung des Systems und gab den Impuls, alternative Finanzierungsmethoden zu entwickeln. Eine der Hypothesen dabei war, dass ein steuerbasiertes Finanzierungssystem ungeeignet sei, ein angemessenes Finanzierungsniveau zu schaffen.

Mehrere Regierungen hatten Änderungen an der Finanzierung vorgenommen, allerdings keine grundsätzlichen. So stiegen die Gebühren für Arzneimittel sowie für augenärztliche und zahnärztliche Behandlung. In den 90er Jahren bot man älteren Versicherten Steuervorteile beim Erwerb privater Versicherungspolice, und es gab Nutzergebühren für ambulante und stationäre soziale Betreuung. Es gab jedoch keine Pläne für eine umfassendere Reform.

Gegenwärtig gibt es in Großbritannien eine florierende *Think Tank Community*, die ein weites politisches Spektrum abdeckt. Viele dieser Einrichtungen werden mit neuen Ideen in Verbindung gebracht – oder sie haben vorhandene Ansätze über Gesundheitsfinanzierung recyclet. Die meisten dieser Ansätze machen nur für kurze Zeit Schlagzeilen – ohne wirklich Einfluss auf die Politik auszuüben. Die Finanzierungsvorschläge fallen in vier Kategorien:

- Wechsel zu steuerlichen Subventionen oder Vergünstigungen,
- Einführung verschiedener Formen von sozialer Krankenversicherung,
- stärkere Finanzierung von Gesundheitsleistungen über Nutzergebühren,
- stärkere Rolle von privaten Krankenversicherungen

Etwa 11% der englischen Bevölkerung sind in irgendeiner Form zusätzlich privat krankenversichert. Erwerbsgebundene private Krankenversicherung ist der am schnellsten wachsende Marktsektor, und es gab die Forderung nach Steuervorteilen für Firmen, um diesen Markt weiter auszuweiten.

**private  
Zusatzversicherung**

Vorschläge für Finanzierungsmethoden, die privaten Versicherungsanbietern eine größere Rolle einräumen würden - entweder durch private Versicherung an sich oder als Träger von Sozialversicherung, stützen sich auf Studien, die die private Versicherungsindustrie gefördert hat, z.B. die „Norwich Union“.

Ein Gutachten im Auftrag des Finanzministers, bekannt als Wanless Report, lehnte alternative Finanzierungsmethoden jedoch ab und stellte fest, dass ein steuerfinanziertes System die effizienteste und gerechteste Form sei, die Finanzmittel des NHS zu steigern.

**Wanless Report:  
Steuerfinanziertes  
System ist  
effizient und gerecht**

Oppositionsparteien ziehen Alternativen in Betracht, verfügen jedoch momentan nicht über fundierte Alternativen. Argumente gegen das gegenwärtige System haben es schwer, da das vom Finanzminister für das Budget im Jahre 2002 angekündigte zukünftige Finanzierungsniveau die Diskussion um die Unterfinanzierung zumindest für die nächsten fünf Jahre entschärft hat. Innerhalb dieses Zeitraums soll das NHS-Budget von 93,5 Milliarden € im Jahre 2003/04 auf 151 Milliarden € im Jahr 2007/08 anwachsen.

### **England: Stärkung der privaten Sektors**

Das Ziel der Regierung, dafür zu sorgen, dass der NHS größeren Gebrauch von Angeboten des privaten Sektors macht, steht im Gegensatz zu ihrer ablehnenden Haltung gegenüber privater Finanzierung. Um die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen, fördert die Regierung zwei Hauptinitiativen:

- Die *private Finanzierungsinitiative (PFI)* hat zum Ziel, sich auf die Finanzierung und die Verwaltungskompetenz des privaten Sektors zu stützen, um NHS-Kapitalprojekte, vor allem neue Krankenhäuser, zu finanzieren, zu bauen, zu betreiben und zu verwalten. Im Haushaltsjahr 2003/04 soll die PFI 22,2% der NHS-Investitionsausgaben ausmachen. Die Regierung beabsichtigt, diesen Anteil noch zu steigern und zunehmend auf Investitionen in der medizinischen Grundversorgung auszudehnen.
- Der Umfang von Partnerschaften des öffentlichen mit dem privaten Sektor (PPP), d.h. die durch den NHS finanzierte Leistungserbringung im privaten Sektor, soll ausgeweitet werden. Im Jahr 2000 unterzeichnete der Gesundheitsminister eine Übereinkunft mit der „Independent Healthcare Association“ (dem Verband NHS-unabhängiger Anbieter von Gesundheitsleistungen). Seither ist geplant, u. a. größere NHS-Verträge mit Privatkliniken abzuschließen.

**Public-private  
partnerships**

Die neue Labour-Regierung kam mit dem Versprechen an die Macht, die staatlichen Dienstleistungen durch die Schaffung eines "dritten Weges" zwischen Regulierung, Kontrolle und Systemen privater Marktwirtschaft zu reformieren. Sie stieß auf Widerstand von Seiten der Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes, welche eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen befürchteten.

**Widerstände**

NHS-Manager, die die Verantwortung für die Umsetzung dieser Strategie tragen, reagierten unterschiedlich. Sie betrachten Partnerschaften eher als ein kurzfristiges Mittel zur Leistungssteigerung und nicht, wie von der Regierung geplant, als eine langfristige Strategie.

**- Notlösung oder  
langfristige Strategie?**

Viele Beobachter halten mehr Pluralismus bei den staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen wünschenswert. Entwicklungen in anderen Sektoren deuten darauf hin, dass diese Tendenz auch im NHS an Bedeutung gewinnen wird. Eine Schlüsselfrage dabei ist, ob sich diese Entwicklung auf die Leistungserbringung beschränken wird oder ob sich auch größere private Finanzierungen abzeichnen.

## **Dänemark: Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung - Krankenhäuser, Landkreise und Anreizsysteme**

Trotz eines recht gut funktionierenden Gesundheitswesens in Dänemark wirft die Unzufriedenheit z.B. mit Wartelisten ständig die Frage nach Reformen auf. Auch steht die zukünftige Rolle der Landkreise im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Besonderen auf dem Prüfstand, d.h. es muss geklärt werden, ob die herkömmliche dezentralisierte Organisation des Staatswesens weiterhin Unterstützung findet.

Im Spätherbst 2001 bildete die neue Regierung ein Beratungskomitee für den Gesundheitssektor. Das Komitee aus unabhängigen Experten erhielt den Auftrag, nach gangbaren Wegen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen zu suchen. Im Februar 2002 veröffentlichte das Komitee seinen ersten Bericht über mögliche Hindernisse (insbesondere Tarifverträge und Gesetze) bei der Umsetzung effizienterer Arbeitsverfahren in den Krankenhäusern.

***Tarifverträge und  
Gesetze als  
Effizienzhindernisse***

Das Beratungskomitee beschloss, sich in einem zweiten Bericht mit dem breiteren Thema "Landkreise und Gesundheitsversorgung" zu beschäftigen. Nach Recherchen in Norwegen, Finnland und Frankreich sowie Literaturstudien wurde der 2. Bericht auf einer vom Gesundheitsminister einberufenen Pressekonferenz am 8. Januar 2003 vorgestellt. Das Komitee befürwortete Reformen in der Leitung, im Management und in der Finanzierung:

***Landkreise und  
Gesundheitsversorgung***

- Größere Unabhängigkeit für Krankenhäuser auf der Grundlage des Selbständigkeitsprinzips;
- die Möglichkeit der Einrichtung privater Abteilungen in staatlichen Krankenhäusern;
- eine "entspanntere" Einstellung zur Beteiligung von Privatkliniken an der Erbringung staatlich finanzierter Krankenhausleistungen;
- die obligatorische Akkreditierung von Krankenhäusern;
- erhöhte Nutzung der fallbezogenen Kostenerstattung in Krankenhäusern, d.h. weniger Vertrauen auf gedeckelte Budgets und mehr Vertrauen auf DRG-gestützte Finanzierung;
- Steigerung der Befugnisse der staatlichen Gesundheitsbehörde, um eine professionelle und umsetzbare Entwicklung des Gesundheitswesens sicherzustellen.

Die meisten Empfehlungen wurden vom Gesundheitsminister positiv aufgenommen. Er sicherte zu, dass er, mit Ausnahme der Dezentralisierungsfrage, die Planung maßgeblicher Initiativen in Bewegung setzen



würde. Auch die meisten politischen Parteien und Interessengruppen äußerten sich positiv. Die Aufgabe des Zusammenschlusses der Kreise ist an ein Sonderkomitee delegiert worden, das seinen Bericht Ende 2003 veröffentlichen soll.

## **Finnland: Reform der Krankenhausfinanzierung**

Im Zusammenhang mit der Reform der Gemeindefinanzierung durch die Zentralregierung im Jahre 1993 erhielten Kommunen und kommunale Krankenhausverbände (Krankenhausbezirke) größere Entscheidungsfreiheit über Maßnahmen im Gesundheitswesen. In der Praxis führte dies u. a. dazu, dass Preisgestaltungssysteme und Preise in den einzelnen Krankenhausbezirken und Krankenhäusern verschieden und nicht miteinander vergleichbar sind.

Ein weiteres Problem liegt darin begründet, dass für viele kleine Gemeinden (durchschnittlich etwa 5000 Einwohner) die jährlichen Krankenhausausgaben aufgrund zufälliger Schwankungen in der Krankenhausbehandlung nicht vorhersehbar sind.

***Krankenhausausgaben  
nicht vorhersehbar***

Daher beauftragte das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit im Rahmen des „Nationales Projektes zur Sicherung der Zukunft der Gesundheitsdienstleistungen“ zwei Experten, zu untersuchen, wie das Abrechnungssystem der Krankenhäuser so gestaltet werden kann, dass die Kommunen mehr Befugnisse erhalten, um die Krankenhausleistungsstrukturen zu steuern, und die Krankenversorgung effizienter zu machen.

***Reform des Krankenhaus-  
finanzierungssystems***

In ihrem Memorandum unterbreiteten die Experten folgende Vorschläge:

- Bis 2005 ein neueres, effektiveres Verfahren einzuführen, um große Unterschiede in den Krankenhausausgaben zwischen den Gemeinden innerhalb der Krankenhausbezirke auszugleichen. Dies würde eine Anpassung des Gesetzes über medizinische Spezialversorgung erfordern;
- In allen Krankenhausbezirken bis 2005 die DRG-Abrechnung einzuführen, um die Vergleichbarkeit und Transparenz von Leistungspreisen in den einzelnen Krankenhausbezirken zu verbessern;
- Dieselben Kriterien auf Krankenhausabrechnungen anzuwenden, unabhängig davon, ob der Patient aus einer dem Krankenhausbezirk zugehörigen Gemeinde kommt oder nicht;
- Bis 2005 Abschlagszahlungen (Sanktionen) in allen Krankenhausbezirken einzuführen, die von den Heimatgemeinden für Patienten bezahlt werden, für die es vor Ort keine weiterführenden allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten gibt;
- Aufwändige Behandlungskosten für bestimmte Patientengruppen sollten statt von den Gemeinden von der Zentralregierung übernommen werden.

Wenn das finnische Sozial- und Gesundheitsministerium diesen Vorschlag annimmt, ist die Umsetzung letztlich von der Zustimmung der Krankenhausbezirke und der dazugehörigen Gemeinden abhängig. Da

die Probleme des gegenwärtigen Krankenhausfinanzierungs- und Abrechnungssystems allgemein bekannt sind, werden die Gemeinden sehr wahrscheinlich die Empfehlungen umsetzen. Fraglich ist jedoch, ob sie das Effizienz-Problem bei der Krankenhausführung lösen können - aufgrund der geringen Größe der meisten Gemeinden haben diese oft nicht die nötigen Ressourcen und Sachkenntnisse, um die Krankenhausleistungen effektiv zu managen.

### **England: Neue Formen stationärer Versorgung**

Das 10-Jahres-Programm zur Reform und Sanierung des NHS ("NHS-Plan" vom Juli 2000 und "Erfüllung des NHS-Plans" vom Juli 2002) der Blair-Regierung sieht u.a. die Einführung neuer stationärer Organisationsformen innerhalb des NHS vor, sog. NHS Foundation Trusts.

Dieser neue Status betrifft in erster Linie die NHS-Krankenhäuser, es ist aber beabsichtigt, ihn auch auf die „Primärversorgungsgesellschaften“ (*Primary Care Trusts*) auszudehnen.

NHS-Trusts werden als unabhängige Körperschaften öffentlichen Rechts gegründet. Sie werden Teil des NHS sein und seiner Kontrolle unterliegen, werden aber dem Gesetz nach unabhängig von der Führung des Ministeriums sein. Zu den spezifischen, neuen Befugnissen werden die Einbehaltung von Einnahmen aus Grundstücksverkäufen, die Festsetzung eigener Investitionspläne, Beschaffung von Investitionsmitteln sowie die Möglichkeit gehören, den Mitarbeitern zusätzliche leistungsabhängige Prämien zu zahlen.

***NHS Foundation Trust***

Neue Formen der Verwaltung durch Aufsichtsräte und Vorstände sollen die Rechenschaftspflicht gegenüber der Zentrale durch eine größere Rechenschaftspflicht gegenüber lokalen Gemeinden ergänzen.

Durch die Auslagerung dieser „Stiftungen“ aus der Linienführung und zentralen Kontrolle erwartet die Regierung mehr Unternehmertum und die Einführung von Neuerungen, wobei die lokale Rechenschaftspflicht sicherstellt, dass die Werte des öffentlichen Sektors beachtet werden.

Leistungsstarke Einrichtungen sollen mehr Freiheiten erhalten, um ihre eigenen Angelegenheiten außerhalb der zentralen Kontrolle verwalten zu können. Einrichtungen, die bei den jährlichen Leistungseinschätzungen durch das Gesundheitsministerium eine 3-Sterne-Bewertung erreichen, sollen sich um den Status einer „Stiftung“ bewerben können.

***„Verdiente Autonomie“  
für gute Leistung***

Im Dezember 2002 gab das Gesundheitsministerium einen umfassenden "Leitfaden für NHS-Trusts" heraus. Die erste Gruppe von Bewerbern um den Status eines NHS-Trusts wird im Juli 2003 als „Schattengruppe“ aufgestellt und im April 2004 nach der Verabschiedung der entsprechenden Gesetze vollständig einsatzbereit sein.

Es gab verschiedene Vorläufer des Konzepts. Die internen Markt-reformen von 1991 führten zum Beispiel NHS-Trusts ein. Dabei handelte es sich um Krankenhäuser und andere Leistungserbringer, die als freie Organisationen innerhalb des NHS eingerichtet wurden. Sie sollten eine Vielzahl derselben Befugnisse wie die NHS-Trusts erhalten, beispielsweise hinsichtlich der Kapitalausgaben und der Arbeitsverträge. Diese Befugnisse wurden jedoch nur in beschränktem Umfang verwirklicht, da die NHS-Trusts gegenüber dem Minister rechenschaftspflichtig waren.

Erfahrungen aus Dänemark, Schweden und anderen nordischen Ländern, in denen die dezentrale, demokratische Eigentümerschaft von Einrichtungen des Gesundheitswesens sehr verbreitet ist, haben bei den Vorschlägen zu den NHS-Trusts eine Rolle gespielt. Außerdem ist ein Einfluss durch die spanischen "fundaciones"-Krankenhäuser möglich, die ihrerseits ein Versuch Spaniens waren, die englischen Krankenhaus-Trusts zu kopieren.

*Einfluss aus nordischen Ländern ...*

*... und Reimport aus Spanien*

Das Konzept der NHS Foundation Trusts hat Unterstützer und Kritiker innerhalb und außerhalb der Regierung. Innerhalb der traditionellen Arbeiterbewegung gibt es ebenfalls Widerstand gegen das Konzept, da es Krankenhäuser benachteilige, die keine NHS-Trusts seien, was zu einer Zweiklassenmedizin führe. Es wird zum Beispiel beklagt, dass NHS-Trusts in der Lage seien, ihrem Personal bessere Gehälter und Arbeitsbedingungen zu bieten. Das führe in einer Zeit schweren Pfl egenotstands dazu, dass Krankenhäuser Personal verlieren würden.

Für das Konzept sind teilweise gesetzliche Grundlagen erforderlich und gegenwärtig in Vorbereitung. Es bestehen Zweifel, ob lokale Unabhängigkeit in einem zentralisierten System tatsächlich geboten wird, zumal dieses System steuerfinanziert und über den Gesundheitsminister dem Parlament gegenüber verantwortlich ist. Die politische Rechenschaftspflicht führte bereits zu unangemessenen Eingriffen in den internen Markt und könnte, trotz der geplanten Sicherheitsvorkehrungen, auch in die Stiftungen eingreifen. Die ausgeklügelten Mechanismen für lokale Rechenschaftspflicht können das Unternehmertum vor Ort auch ersticken.

## **Qualitätsverbesserung und -sicherung**

Qualitätsverbesserung, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung werden in vielen Ländern mit wachsender Dringlichkeit gefordert. Hauptgründe sind die wachsende Besorgnis um Patientenrechte und Patientensicherheit und darüber hinaus das Potential zur Kostendämpfung durch Verbesserung der Kostenwirksamkeit. Einige Länder wie Deutschland und Kanada (Provinz von Saskatchewan) folgen dem Beispiel Englands und planen die Einführung einer unabhängigen Institution für Qualitätssicherung, die mehr oder weniger dem „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) entspricht. Andere Länder ziehen eine Regulierung der Leistungserbringung in Betracht (bis hin zu einem rechtsverbindlichen Qualitätsmanagement wie in den Nieder-

landen) oder planen Kompetenzzentren, um diesen Bereich zu fördern (Finnland, Spanien).

### **Kanada: Saskatchewan - unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung**

Obwohl in Kanada das öffentliche Bewusstsein für Qualität und Effizienz zugenommen hat - seit 2000 haben vier regionale und zwei staatliche Berichte Empfehlungen für systematisches Qualitätsmanagement formuliert -, sind nur wenige Anstrengungen unternommen worden, ein Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungssystem einzuführen.

Eine davon ist die Gründung eines regierungsunabhängigen Qualitätsremiums in der Provinz Saskatchewan, bestehend aus Vertretern der Öffentlichkeit, Anbietern medizinischer Leistungen, Experten für Gesundheitspolitik und aus Regierungsvertretern. Im Dezember 2002 wurde dieser Qualitätsrat aus einem bereits existierenden Forschungsinstitut heraus (HSURC - Health Service Utilization and Research Commission) gebildet. Die zugrunde liegende Autorisierung wurde durch die Provinzgesetzgebung mittels des Gesundheitsqualitätsgesetzes von 2002 vorgenommen.

**Unabhängiger Rat für  
Qualitätsverbesserung**

Ziel war die Schaffung einer unabhängigen, nicht regierungsgesteuerten Institution, die die Führung bei Gesundheitsreformen und insbesondere die Förderung der Qualitätsverbesserung im gesamten Gesundheitswesen dieser Provinz übernehmen sollte.

**Öffentlichkeit als  
treibende Kraft**

Wachsende öffentliche Besorgnis um die Qualität der medizinischen Versorgung und die Forderung nach einer erhöhten Rechenschaftspflicht und mehr Transparenz für staatliche Entscheidungen waren treibende Kräfte bei diesem Prozess.

Während seiner ersten Sitzung formulierte der neu geschaffene Qualitätsrat sein Arbeitsprogramm. Danach wird der Rat verschiedene Funktionen ausüben:

- Entwicklung und Zusammenstellung von Leistungsindikatoren zur Finanzierung und Erbringung medizinischer Betreuung;
- Entwicklung und Zusammenstellung von Indikatoren für den Gesundheitszustand der kanadischen Bevölkerung;
- Formulierung evidenzbasierter Standards für verschiedene Leistungen;
- Beratung der Regierung zu Themen mit struktureller Wirkung auf das Gesundheitswesen, wie z.B. die Reform der Primärversorgung und die Steuerung der Humanressourcen im Gesundheitswesen;
- Berichterstattung an die Öffentlichkeit über diese Leistungen; und
- Bereitstellung einer Plattform für öffentliche Eingaben.

## **Deutschland: Die Debatte um ein Zentrum für Qualität in der Medizin**

In Deutschland haben die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung verschiedene Ursachen. Ein Grund könnte das eher mittelmäßige Abschneiden des deutschen Gesundheitswesens im Rahmen des WHO-Rankings von 2000 sein. Andere Gründe sind das Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Bericht des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen vom Jahr 2000/2001, der wegen Problemen der Unter-, Über- und Fehlversorgung verstärkte Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung empfiehlt.

Der Vorschlag, eine (unabhängige) staatliche Institution zu gründen, die Qualitätsstandards für die klinische Praxis, z.B. durch die Einführung Evidenz basierter Behandlungsrichtlinien, Festlegung von Mindestzahlen für chirurgische Eingriffe pro Leistungserbringer, festlegt, wurde zuerst von einer Beratergruppe der sozialdemokratischen Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) im April 2002 vorgelegt.

Der Beraterkreis der FES empfahl noch vor einem Jahr ausdrücklich die Gründung eines *staatlichen* Instituts für Qualität in der Medizin, mit der Hauptaufgabe standardisierte Anforderungskriterien für medizinische Leistungserbringer als Voraussetzung für Verträge mit den Kassen festzulegen. Die Beratergruppe schlug darüber hinaus die Schaffung einer weiteren staatlichen Institution vor, die die Effektivität und Kostenwirksamkeit neuer Arzneimittel genau analysiert, bevor sie in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Das englische „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) wird dabei ausdrücklich als Institution mit Vorbildfunktion genannt. Unterstützung für ein staatsnahes deutsches NICE kam von bekannten Gesundheitspolitikern in der sozialdemokratischen Fraktion.

**Ein deutsches NICE - ...**

Das Konzept eines nationalen, öffentlichen oder staatlichen Instituts — die Bezeichnungen variierten — unterscheidet sich deutlich von den im Februar 2003 vorgestellten Eckpunkten des Gesundheitsministeriums sowie vom Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums, in dem explizit von einer unabhängigen staatsfreien Einrichtung die Rede war.

Ärzte und vor allem deren Verbandsvertreter fürchten den Verlust von Therapiefreiheit und werfen der Regierung die Einführung von „Staatsmedizin“ vor. Sie demonstrieren kein großes Vertrauen in eine neue, vom Gesundheitsministerium geschaffene Institution, sondern argwöhnen, dass diese Institution keineswegs unabhängig sein wird, sondern ein Instrument, um „Staatsmedizin“ einzuführen. Auch wird gegen das Qualitätszentrum vorgebracht, dass es etliche Institutionen gibt, die bereits die Arbeit tun, die das Zentrum übernehmen soll.

**... Staatsmedizin und  
Ende der  
Therapiefreiheit?**

Die Ärzte sind darüber hinaus besonders gegen jede Art der obligatorischen Rezertifizierung niedergelassener Ärzte, die laut Gesetzesentwurf eine der Aufgaben des zukünftigen Qualitätszentrums sein wird. Die deutschen Ärzte haben allerdings in den letzten 10-20 Jahren wenig zur Einführung zuverlässiger und objektiver Werkzeuge für

das Qualitätsmanagement beigetragen, wenn man von lokalen Qualitätszirkeln absieht.

Hinter dem heftigen Widerstand der Ärztschaft gegen ein Qualitätszentrum stecken mannigfache verborgene Ängste: Transparenz könnte dürftige medizinische Praktiken offen legen und Ärzte für Behandlungsfehler, Unwirtschaftlichkeit, schlechtes Praxismanagement und Verschwendung verantwortlich machen.

**Ärztlicher Widerstand:  
Furcht vor Transparenz?**

Die gegenwärtige deutsche Regierung plant eine Organisationsreform des deutschen Gesundheitswesens. Hierzu ist ein Gesetz in Planung – das GMG (Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems). Ein besonderes Charakteristikum dieses Gesetzes ist das Qualitätszentrum. Im Entwurf des GMG (Stand: 18. März 2003) sind die Aufgaben dieser Institution wie folgt festgelegt:

**GMG-Entwurf von  
März 2003**

- Bereitstellung von Informationen für die Versicherten bezüglich Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl im Krankenhausbereich als auch im ambulanten Sektor;
- Informationen über die besten vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse bezüglich Diagnostik und Therapie;
- Entwicklung Evidenz basierter Behandlungsleitlinien und Pflegestandards für ausgewählte Erkrankungen;
- Untersuchung und Berichterstattung über die Qualität von Leistungen, die von der GKV erstattet werden;
- Empfehlungen an bestehende Komitees und die gesetzliche Krankenversicherung bezüglich der Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog;
- Empfehlungen von Qualitätsmaßnahmen;
- Bewertung medizinischer Technologien;
- Klassifizierung der neuer Arzneimittel entsprechend ihrem Innovationsgrad und ihrer Wirksamkeit - falls die Wirksamkeit Produkten entspricht, die bereits auf dem Markt sind, wird das neue Produkt sofort in das Festbetragssystem eingeordnet;
- Empfehlungen für kontinuierliche medizinische Fortbildung für ambulant tätige Ärzte;
- Vorschläge an das Gesundheitsministerium zur Aufnahme geeigneter Erkrankungen für Disease Management Programme sowie für Anforderungen an dieselben; und
- Veröffentlichung von Berichten über diese Themen.

Sollte das GMG verabschiedet werden, wäre dies ein weiterer Schritt in Richtung Erleichterung vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern sowie zur Förderung der „integrierten Versorgung“ und zur Überwindung der Fragmentierung des Leistungsangebots im deutschen Gesundheitswesen. Letztlich würden so die Qualität der Versorgung und die Organisation von Leistungen verbessert. Hiervon würden vor allem chronisch Kranke profitieren.

## **Finnland: Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung**

Die finnische medizinische Gesellschaft Duodecim (eine wissenschaftlich orientierte Fachgesellschaft) und die Finnische Akademie veranstalteten im Januar 2003 eine Konsenskonferenz zur Zentralisierung in der fachärztlichen Versorgung als Weg zur Qualitätsverbesserung.

Das Gremium war der Auffassung, dass man die Kosteneffektivität und die Qualität von Leistungen in vielen Fällen verbessern könne, wenn spezialisierte diagnostische Leistungen und die Behandlung von bestimmten Patientengruppen zentralisiert würden. Zu den Vorteilen zählen:

- Konzentration medizinischer Spitzenkompetenz,
- verbesserte Möglichkeiten, um die Ergebnisse zu analysieren und aus schlechten Ergebnissen zu lernen,
- verbesserter Zugang zu hochmodernen diagnostischen Leistungen und
- die Möglichkeit, Zweitmeinungen einzuholen.

***Vorteile der Zentralisierung***

Den Vorteilen der Zentralisierung stehen auch Nachteile gegenüber:

- Längere Anfahrtswege der Patienten und
- Qualität und Kontinuität der Behandlung werden als schlechter empfunden.

***Nachteile der Zentralisierung***

Das Expertengremium verabschiedete keine organisatorischen Empfehlungen, gab aber Ratschläge zu verschiedenen Themen: Ausweitung der Erforschung von Ergebnisparametern und Kosteneffektivität, verbesserte Dokumentation von Patientendaten und Entwicklung von Praxisleitlinien und Patiententransportleistungen.

Die Experten empfahlen ferner, Zentralisierungsbedarf zu ermitteln und etwaige Entscheidungen zur Zentralisierung partizipativ zu treffen. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit hat 2001 eine Direktive zur Zentralisierung von anspruchsvollen fachärztlichen Dienstleistungen herausgegeben. Diese Direktive ist rechtlich unverbindlich und es gibt noch keine Daten darüber, wie sie sich ausgewirkt hat. Aufgrund der Tatsache, dass bereits zuvor eine Empfehlung ausgesprochen worden ist, ist es sehr wahrscheinlich, dass der Staat auch weiterhin die Zentralisierung durch freiwillige Vereinbarungen zwischen den Krankenhausverbänden fördern wird.

***Verhandlungslösungen und mehr Evidenz vonnöten***

### **Krankenhausverbände entscheiden**

Entscheidungen über die Zentralisierung der fachärztlichen Versorgung obliegen den 20 Krankenhausbezirken. Diese Bezirke sind unabhängige Gemeindeverbände; sie unterscheiden sich hinsichtlich der Zusammensetzung der Bevölkerung und des Leistungsangebots. Demzufolge gibt es in Bezug auf die Zentralisierung unterschiedliche Standpunkte. Die Krankenhäuser sind häufig große Arbeitgeber und eine Steuereinnahmequelle. Eine stärkere Zentralisierung bedroht einerseits die Existenz von kleinen Krankenhausbezirken und die regionale Ausgewogenheit der

***Kleine Krankenhäuser In Existenznöten***

fachärztlichen Versorgung, andererseits bietet sie großen Bezirkskrankenhäusern neue Entwicklungsoptionen.

Mit der Zentralisierung anspruchsvoller fachärztlicher Versorgung würden sich vermutlich die Qualität der Versorgung sowie die Kosteneffektivität der Leistungen verbessern. Demgegenüber könnte sich der Zugang zu den spezialisierten Leistungen in entlegenen Gebieten verschlechtern.

**Balance zwischen  
Qualität und  
regionaler  
Ausgewogenheit**

## **Niederlande: Obligatorische Qualitätssicherung**

Qualitätssicherung ist eines der Hauptthemen rund um die Reformen des Gesundheitssystems in den Niederlanden, zumindest seit den späten 80er- und frühen 90er-Jahren aufgrund der Empfehlungen der Dekker-Kommission. Dennoch besteht noch keine lückenlose Abdeckung des gesamten Systems mit Qualitätssicherungsmaßnahmen.

In einem Schreiben an das Parlament von Dezember 2002 verkündete der Gesundheitsminister, dass Leistungserbringer zukünftig die Qualität der Patientenversorgung systematisch zu messen, verbessern oder neu zu gestalten und zu kontrollieren hätten. Diese Aufgabe sei durch Anwendung eines strukturierten und geplanten Qualitätssystems zu erreichen und nunmehr Pflicht für jede Gesundheitsversorgungseinrichtung in den Niederlanden.

Diese Initiative geht auf ein Gesetz zur Qualität der Gesundheitsversorgung für Gesundheitseinrichtungen aus dem Jahre 1996 zurück. Eine Auswertung dieses Gesetzes ergab, dass die Implementierung systematischer Qualitätssysteme kaum Fortschritte gemacht hatte. Aus diesem Grund beschloss die holländische Regierung, dieses Verfahren vorzuschreiben und zu kontrollieren, anstatt es bei einer freiwilligen Regelung zu belassen.

Die Kontrolle der Implementierung soll der holländischen Aufsichtsbehörde für Gesundheitsversorgung obliegen, eine vom Ministerium unabhängige Institution, die u.a. die Aufgabe hat, Qualität und Zugangsmöglichkeiten im holländischen Gesundheitssystem zu überwachen. Die Regierungsinitiative war kein völlig neuer Ansatz - das Gesundheitsqualitätsgesetz ist immer noch der Rahmen - vielmehr handelt es sich um eine Modifizierung in der Anwendung dieses Gesetzes.

**QM: Anwendung  
wird Pflicht**

Hauptakteur ist der Gesundheitsminister, der unter dem Druck von Parlamentariern, Patientenorganisationen und Medien handelte. Das Interesse der Medien an der Qualitätsfrage in der Gesundheitsversorgung war und ist überwältigend, aber es lässt sich nur schwer sagen, welchen Einfluss dies auf konkrete politische Entscheidungen hat.

**Beachtliches Medieninteresse  
an Qualitätsthemen**

Einige Krankenhäuser haben bereits viel versprechende Qualitätssysteme entwickelt. Dazu zählen u.a. Entwicklung und Einsatz von Zertifizierungs- und Akkreditierungssystemen sowie die



Veröffentlichung ihrer Leistungsdaten. Man könnte sie als Vorbilder für die Verbreitung von Innovationen verwenden.

Die nationalen Verbände der Leistungserbringer und Gesundheitsberufe reagierten anfangs eher defensiv. Mittlerweile wird das Konzept von den wichtigsten Interessengruppen jedoch akzeptiert. Diese Interessengruppen werden nicht nur von der Gesetzesänderung betroffen sein - sie werden sie auch ausführen müssen.

***Von Skepsis  
zu Akzeptanz***

Trotz der Suche nach klar definierten Zuständigkeiten für staatliche und private Akteure in der Gesundheitsversorgung ist die Regierung nach wie vor stark auf die Zusammenarbeit mit (privaten) Leistungserbringern angewiesen. Weitere Interessengruppen sind die Forschungseinrichtungen der Leistungserbringer, Krankenversicherer, Patientenorganisationen und die Aufsichtsbehörde für die Gesundheitsversorgung.

Der Implementierung dieser Politik stehen nach wie vor substantielle Hindernisse im Weg. So ist beispielsweise die Fähigkeit der Leistungserbringer zur Verbesserung oder Umgestaltung von Behandlungsverfahren nur schwach ausgeprägt. Qualitätssicherungssysteme sind noch nicht entwickelt, und das System beginnt gerade erst mit der Formulierung zuverlässiger und brauchbarer Leistungsindikatoren.

***Leistungserbringer  
ohne  
Managementkompetenz***

Die Aufsichtsbehörde für Gesundheitsversorgung wird bei der Überwachung der Einhaltung des Gesetzes mit Hilfe von staatlichen und nichtstaatlichen Forschungsinstitutionen die Führungsrolle übernehmen. Es herrscht allgemeiner Konsens in Bezug auf die Notwendigkeit, dass die Gesundheitseinrichtungen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung neue Wege beschreiten müssen.

***Bedarf an QM-Systemen  
weithin anerkannt***

## **Spanien: Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung**

Die Reform des spanischen Gesundheitssystems findet im Kontext anderer Reformen statt, die sich auf die Verteilung und Vereinheitlichung von Zuständigkeitsbereichen konzentrieren (z.B. Bildung, finanzpolitische Stabilität). Neben der Qualitätsfrage gibt es weitere Themen, wie etwa einen landesweiten Mindestleistungskatalog und gleicher Zugang zum Gesundheitssystem in ganz Spanien.

Der Entwurf für das „Nationale Gesundheitssystemgesetz“, auf den hier Bezug genommen wird, wurde im März 2003 im Parlament debattiert. Das Gesetz ordnet nach der Dezentralisierung von Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung im Jahre 2002 die Verantwortlichkeiten für alle regionalen Behörden (autonome Regierungen) neu. Sieben von 17 autonomen Regionen hatten diese Zuständigkeiten bereits früher erhalten; sie werden jetzt auf die verbleibenden Regionen ausgedehnt. Neben der Dezentralisierung der Kompetenzen wurde die Finanzierung der regionalen Gesundheitsdienste dahin gehend modifiziert, dass sie in

***Dezentralisierung  
gesundheits-  
politischer Kompetenzen***

das allgemeine Finanzierungssystem der Regionalregierungen aufgenommen wurden.

Die Hauptziele des Gesetzentwurfs sind:

- Koordinierung und Standardisierung der Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens in allen Regionen
- Qualitätsverbesserung
- Garantie des gleichen Zugangs zu Gesundheitsdiensten auch über Regionen hinweg.
- Erstellung eines verbindlichen Mindestleistungskatalogs, der von den regionalen Gesundheitsbehörden erweitert werden kann. Die Leistungen, die neu in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen, müssen zunächst einer Effizienzprüfung unterzogen werden.

Die Zentralregierung wird einen Fonds für die Bezahlung der medizinischen Behandlung von Personen über alle Regionen finanzieren. Die Koordinierung des nationalen Gesundheitssystems wird hauptsächlich vom „Interterritorialen Rat für das Nationale Gesundheitssystem“ übernommen. In diesem Rat sind alle regionalen Gesundheitsbehörden sowie die Gesundheitsbehörde der Zentralregierung vertreten.

**Regionaler  
Risikoausgleichsfonds**

Es ist zu erwarten, dass der interterritoriale Rat an Einfluss gewinnen wird und die Regionalregierungen somit stärker an Fragen der Gesundheitspolitik mitwirken werden. Andererseits gibt es jedoch Befürchtungen, dass dieser Einfluss auf Public Health - Grundsatzfragen beschränkt bleiben wird: Denn die Zentralregierung behält sich nach wie vor die Kontrolle über jene Bereiche vor, die das nationale Gesundheitssystem betreffen.

#### **Die wichtigsten Qualitätsfragen im Gesetz**

- Ärztliche Zweitmeinung
- Garantiertes Mindestleistungskatalog
- Garantierte maximale Wartezeit
- Integration der Informationen
- Ständige Weiterbildung für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Viele Regionalregierungen sind skeptisch, da das Gesetz als potenzieller Weg zur (Re-)Zentralisierung der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen gesehen wird. Außerdem erwarten die Regionalregierungen von Madrid mehr Garantien für die Finanzierung von neuen Leistungen, die sie jetzt in ihren Gesundheitsdiensten aufnehmen und anbieten müssen.

#### **Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed Care Unternehmen**

Das Krankenversicherungssystem in den Vereinigten Staaten unterscheidet sich deutlich von den europäischen Systemen: Es ist aufgrund der verschiedenen Finanzierungs- und Vergütungsquellen noch stärker zersplittert und kennt keine Krankenversicherungspflicht. Trotzdem haben Qualitätsaspekte schon sehr früh Interesse geweckt. Bereits 1989 wurde die Behörde für Gesundheitspolitik und -forschung

(Agency for Health Care Policy and Research) gegründet, mit der ausdrücklichen Aufgabe, Leitlinien sowie Empfehlungen für deren Umsetzung und Beurteilung zu entwickeln.

Die hier skizzierte Reform, Pay for Performance, ist eine Kooperation im US-Bundesstaat Kalifornien, um finanzielle und nichtfinanzielle Anreize zur Verbesserung der Qualität auf der Ebene von Ärztegruppen zu schaffen.

**Monetäre und  
nichtmonetäre Anreize zur  
Qualitätsverbesserung in  
Gruppenpraxen**

Ziel ist es, Ärztegruppen für Leistungsqualität in der klinischen Versorgung sowie für Patientenbewertungen (*patient experience*) zu belohnen. Grundlage dafür sind eine Liste mit klar definierten Erwartungen der Zahler bzw. Einkäufer (im Weiteren unübersetzt „Health Plans“ genannt), der Gebrauch gemeinsamer Indikatoren, sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse.

*Pay-for-performance* orientiert sich an folgenden zwei Grundsätzen:

- Einheitliche Ergebnisparameter für Ärztegruppen. Die Indikatoren wurden gemeinsam von Health Plans, Ärztegruppen, Forschern und anderen Experten aus der Industrie entwickelt,
- Bedeutende finanzielle Zuwendungen der Health Plans auf Basis der so definierten und gemessenen Leistungen, wobei jeder Plan eigenständig die Quelle, den Betrag und die Zahlungsmethode für ihr Anreiz-Programm festlegt.

**Geld folgt Leistung**

Am 15. Januar 2002 gaben sechs kalifornische Health Plans (mit zusammen mehr als 8 Millionen Mitgliedern) ihre gemeinsame Initiative „Geld für Leistung“ offiziell bekannt.

1. Der Verband für Integrierte Versorgung (Integrated Health Care Association, IHEA) veröffentlichte im Oktober 2002 die Parameter zur Beurteilung der Ärztegruppen.
2. Die Parameter wurden aus drei Schlüsselbereichen ausgewählt: klinische Qualität, Patientenzufriedenheit und Investitionen in Informationstechnologie.
3. *Klinische Parameter*—machen 50% der Gesamtpunktzahl für die Ärztegruppe aus. Die Leistung wird für das Management von drei chronischen Erkrankungen gemessen: Asthma, Diabetes und koronare Herzerkrankung. Auch drei Präventionsmaßnahmen werden berücksichtigt: Kinderimpfungen, Brustkrebs-Screening und Gebärmutterhalskrebsvorsorge.
4. *Patientenzufriedenheit*—hier macht die Punktzahl 40% des Gesamtscores aus. Die Leistungsbewertung basiert auf der Zufriedenheit des einzelnen Patienten in vier gleich gewichteten Bereichen: Kommunikation mit dem Arzt, erhaltene fachärztliche Versorgung (*specialty care received*), zeitnahe Versorgung und Leistungserbringung sowie eine Gesamtbeurteilung der Versorgung.

**Outcome Parameter**

5. *IT-Investitionen*—machen die verbleibenden 10% des Punktesystems aus. Bei diesem Parameter wird die Fähigkeit einer Ärztegruppe beurteilt, Daten auf Gruppenebene zusammen zu führen oder den Ärzten die Daten am Ort der Versorgungserbringung zur Verfügung zu stellen.
6. *Pay for Performance* hat keine Vorläufer. Gegner argumentieren, dass die Vergütungserhöhung, die sie ohnehin erhalten hätten, durch das leistungsorientierte System jetzt gefährdet sei. Außerdem würde die Belastung für Datenerhebung und IT-Investitionen die kleineren und finanziell weniger stabilen Ärztegruppen ungleich härter treffen. Schließlich hatte man seitens vieler Ärztegruppen Angst, Informationen über Ergebnisse und Patientenzufriedenheit zu veröffentlichen.
7. Hintergrund dieser Initiative ist der in Kalifornien für die nächsten drei Jahre prognostizierte weitere Anstieg der Health Plan-Prämien im hohen einstelligen Bereich. Diese Situation bot ganz aktuell die Chance, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu entwickeln, das zum Teil aus den erwarteten Mehreinnahmen finanziert werden kann.
8. Die Pläne für dieses Vorhaben wurden von einer führenden Gruppe kalifornischer Health Plans, Ärztegruppen und Gesundheitssystemvertretern entwickelt. Der Verband zur Integrierten Versorgung (*Integrated HealthCare Association, IHA*) setzt sich vor allem aus Akademikern, Leistungseinkäufern, Verbrauchern und aus Vertretern der Pharmabranche zusammen. Ziel der IHA ist es, die Entwicklung der integrierten Versorgung zu fördern, unterstützt durch finanzielle Maßnahmen, die die Anreize für Einkäufer, Kassen, Leistungserbringer und Verbraucher bündeln. Dies gilt als bester Weg, um Verbesserungen für die Patienten und für die Öffentlichkeit im Allgemeinen zu erzielen.
9. Das erste vollständige „Geld für Leistung“-Jahr wird Daten aus dem Jahr 2003 einbeziehen, verbunden mit Health Plan Ausgaben bis Mitte 2004.
10. Health Plans werden die Hauptquelle für überprüfte Verwaltungsdaten sein. Die Ärztegruppen können ebenfalls geprüfte klinische Daten sowie Informationen über die Einhaltung der IT-Vorgaben einsenden. Der im gesamten Bundesstaat aktive Anbieter, der die Verbraucherbefragung managt, wird die Patientenzufriedenheitsdaten zur Verfügung stellen. Leistungsergebnisse werden jedes Jahr auf einer Art gemeinschaftlicher Wertungsliste präsentiert, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und weithin verteilt wird.

**Hohe Belastungen  
für kleine Gruppenpraxen**

**Premium increases  
as funding source**

**Eine Initiative des  
privaten Sektors**

**Zuviel Transparenz?**

11. Die Evaluation von Pay-for-Performance wird von unabhängigen Forschern von RAND, einer non-profit Politikforschungsorganisation – und von der University of California Berkeley durchgeführt.

## **Integrierte Versorgung**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Aspekt der Integration medizinischer Versorgung. Ungeachtet des vorherrschenden Finanzierungs- und Vergütungssystems ist die mangelnde Integration der Versorgungsbereiche in den Gesundheitssystemen vieler Länder ein Problem. Koordinierungsdefizite treten an den Schnittstellen zwischen z.B. stationärem und ambulantem Sektor oder zwischen stationärer Akutversorgung und Rehabilitationsbehandlung auf. Man nimmt daher an, dass die Integration des Gesundheitswesens ein großes Potential zur Verbesserung von Qualität und Kostenwirksamkeit birgt.

## **Kanada: Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge**

Die Integration der Nachsorgebehandlung in die medizinische Versorgung hat in Kanada zwei Dimensionen: die Integration der Versorgung über die Sektoren hinweg und die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die häusliche Akutpflege.

Im November 2002 empfahl die „Commission on the Future of Health Care in Canada“, das kanadische Gesundheitsgesetz zu ändern, um die Erweiterung des Versicherungsschutzes gesetzlich zu verankern, durch die die häusliche Pflege unmittelbar nach einem Klinikaufenthalt einbezogen wird. Aufgrund technologischer Veränderungen im Gesundheitswesen haben sich die Klinikaufenthalte verkürzt, und die Anzahl tagesklinischer Behandlungen ist gestiegen.

**„Commission on  
the Future of  
Health Care in  
Canada“**

Das Gesetz benennt genau die Voraussetzungen, die von den Versicherungsplänen der Provinzen erfüllt werden müssen, um den vollen Anteil an der Bundesfinanzierung zu erhalten. Die Abdeckung der häuslichen Pflege ist nach diesem Gesetz gegenwärtig nicht vorgeschrieben. Die Verlagerung einiger Leistungen vom Krankenhaus auf die häusliche Umgebung hat zu einem De-facto-Ausschluss dieser Leistungen aus dem Leistungskatalog geführt.

Auf ihrem Treffen im Februar 2003 (Health Accord) einigten sich die Bundesregierung und die Regierungen der Provinzen zunächst auf das allgemeine Ziel des Sofort-Versicherungsschutzes (*first-dollar coverage*) anstelle einer Gesetzesreform zur Aufnahme der häuslichen Nachsorgebehandlung in den allgemeinen Leistungskatalog der kanadischen Krankenversicherung. Alle Versicherungspläne auf Provinzebene decken gegenwärtig zumindest irgendeine Form von häuslichen Pflegeleistungen ab. Es gibt jedoch große Unterschiede im Versicherungsschutz hinsichtlich der Art der Leistungen und der berechtigten Patienten. Daher stellte

**Sofort-  
Versicherungsschutz  
für häusliche  
Post-Akut-Pflege**

der Bundeshaushalt den Provinzen im Februar Geldmittel zur Verfügung, um diese und andere Gesundheitsreformen umzusetzen.

Während das Ziel der Bundesregierung ist, Gelder für die häusliche Pflege über die nächsten fünf Jahre an die Provinzen zu überweisen, haben die Provinzen beträchtlichen Spielraum bei der Entscheidung, wofür diese Gelder aufgewendet werden. Das heißt in der Praxis, dass diese Gelder möglicherweise keine besonders starke Motivation darstellen.

Wichtigste treibende Kraft für die Reform war die Öffentlichkeit, die die häusliche Pflege zunehmend als einen wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung betrachtet, aber vom Flickwerk der im Land angebotenen häuslichen Pflegeleistungen enttäuscht ist. Gleichzeitig wächst die Zahl der Nachweise, die die Kostenwirksamkeit der häuslichen Nachsorge als Ersatz für stationäre Pflege belegen.

**Öffentlichkeit als  
treibende Kraft**

Der nächste Schritt für die Gesundheitsminister des Bundes und der Provinzen ist die Festlegung eines Kernleistungskatalogs bis zum 30. September 2003. Kernfrage dabei ist, ob die Provinzen zu der Überzeugung gelangen, dass die Vereinbarung ihnen ausreichende Flexibilität bietet, um ihre eigenen Prioritäten zu verfolgen, oder ob sie sich an den Verhandlungen darüber beteiligen, welche Leistungen der Kernleistungskatalog enthalten soll und wie und von wem die Erfüllung der Anforderungen kontrolliert wird.

### **Frankreich: Reform der häuslichen Krankenpflege**

Auch in Frankreich gibt es Beispiele für integrierte Versorgung. Die folgende Strategie führte einen Pflegeplan ein, der nicht nur die medizinische, sondern auch die soziale Betreuung mit einbindet.

Kernidee des Pflegeplans ist es, die Rolle selbständiger Pflegekräfte bei der Führung und Koordinierung der Betreuung pflegebedürftiger Patienten zu stärken.

Hat der Arzt einen Pflegeplan, den so genannten DSI (Démarche de soins infirmiers), verschrieben, beurteilt die Pflegekraft den Gesundheitszustand und die sozialen Bedürfnisse des Patienten und definiert die Pflegeziele. Die Pflegekraft entscheidet, wie die Ziele mit Hilfe einer Kombination aus Pflege sowie persönlicher und sozialer Betreuung durch sie selbst oder durch andere erreicht werden sollen. Wenn der Plan vom Arzt bestätigt wird, wird er anschließend von der Pflegekraft unmittelbar umgesetzt. Es gibt etwa 350.000 Patienten, die von solchen Plänen profitieren könnten.

Das Hauptziel für Pflegekräfte ist es, sich bei ihrer Arbeit verstärkt auf klinische Aspekte zu konzentrieren und andere Aspekte der Betreuung zu delegieren und zu beaufsichtigen. Darüber hinaus soll die Betreuung durch eine engere Koordination verschiedener Berufsgruppen, vor allem die Koordination medizinischer und sozialer Dienste, verbessert werden.

Schließlich soll die Entwicklung der häuslichen Pflege gefördert werden, und die Folgen des Mangels an Pflegekräften sollen dadurch begrenzt werden.

Die im Rahmen eines DSI-Plans erbrachten Leistungen wurden ausdrücklich in die Gebührenordnung einbezogen. Seit 2002 ist der DSI Teil des nationalen Vertrages für Pflegekräfte (Abkommen über die Gebührenordnung, die verbindliche Festlegung der Pflegeorganisation und die Einhaltung der Richtlinien) als optionale, zielgerichtete Vereinbarung über eine optimale Betreuung (*AcBUS - Accord de Bon Usage des Soins*). Während der politischen Verhandlungen wurde eine beträchtliche Steigerung aller Pflegesätze erreicht, und im Februar 2003 wurde der Vertrag dahingehend geändert, dass die neuen Vertragsinstrumente (AcBUS und Zusatzvereinbarung zur Verbesserung der Berufsausübung) fest eingeschlossen wurden. Wenn Pflegekräfte sich im Rahmen ihrer „Nationalen Vereinbarung“ dem Vertrag über die Berufsausübung anschließen, erhalten sie eine Pauschalzahlung von 600 € im Jahr.

**Leistungskatalog  
auf häusliche  
Krankenpflege erweitert**

Einige Pflegekräfte argumentieren, dass ihr Einkommen sinken ihre und Rolle in der häuslichen Pflege unbedeutender würden. Außerdem kritisieren sie die stärkere Kontrolle durch Ärzte und die zusätzliche Arbeitsbelastung durch den administrativen Mehraufwand. Auch die Räte der *Départments* (territoriale Gemeinschaften mit einem gewählten Verband – dem Generalrat, der in den Bereichen der medizinischen und sozialen Betreuung Weisungsbefugnis hat), die die Finanzierung der sozialen Betreuung unterstützen, werden voraussichtlich Bedenken äußern, dass die Einführung des DSI ihre Ausgaben erhöhen könnte.

**Weniger Lohn,  
mehr Bürokratie?**

Die an der Umsetzung des Vorhabens beteiligten Hauptakteure sind offensichtlich die Pflegekräfte, ihre Verbände und die staatlichen Krankenkassen, die sowohl die allgemeinen Ergebnisse als auch die Leistungen der Pflegekräfte kontrollieren werden, die den Zusatzvertrag über die Berufsausübung unterschreiben.

Eine der Schwächen dieser Reform ist, dass sie nicht sektorübergreifend, sondern ausschließlich innerhalb des Gesundheitssektors ausgearbeitet wurde. Möglich ist, dass der ohnehin personell unterbesetzte soziale Sektor die erwarteten Leistungen nicht erbringen kann. Welchen Erfolg der DSI haben wird, und ob die finanziellen Anreize ausreichen, um die Betreuungspraxis zu verändern, ist schwer vorauszusagen.

**Mangelnde  
Interdisziplinarität**

## **Spanien: Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien**

Katalonien - eine der 17 autonomen Regionen Spaniens, die für das Gesundheitswesen zuständig sind - betreibt eine wegweisende Reform hin zu neuen Organisations- und Managementstrukturen.

Hauptziel dieser Politik ist die Schaffung eines öffentlichen Einkaufssystems für integrierte und koordinierte medizinische Versorgung der Bevölkerung auf der Basis von Kopfpauschalen für die Vertragspartner.

Das Vorhaben wird als Pilotprojekt in fünf Gebieten Kataloniens umgesetzt; Zielgruppe sind 450.000 Einwohner bzw. 7,5% der katalonischen Gesamtbevölkerung. Die Vertragspartner der integrierten medizinischen Versorgung müssen als Mindestanforderung die Primärversorgung und die stationäre Betreuung anbieten. In allen beteiligten Regionen gibt es mehrere Anbieter mit unterschiedlichen Trägern (staatlich, gemeinnützig/nicht gewinnorientiert, privat/gewinnorientiert).

**Leistungskomplex  
Integrierte Versorgung**

Die katalanische Gesundheitsbehörde (maßgeblicher Einkäufer) hat einen Jahresvertrag über die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Anbietern in jedem Gebiet unterzeichnet. Dieser Vertrag schreibt folgende Punkte vor: Enthaltene Leistungen, am Vertrag beteiligte Anbieter, versicherte Bevölkerung, Koordinationsziele hinsichtlich der medizinischen Leistungen und Leistungserstattung durch die öffentliche Hand.

Das Vergütungssystem basiert auf Kopfpauschalen auf Grundlage der adjustierten Durchschnittskosten öffentlicher Gesundheitsausgaben pro Person in Katalonien. Die Vergütung der Vertragspartner berechnet sich aus der Anzahl der Einwohner eines Gebietes multipliziert mit der Kopfpauschale auf Grundlage der abgeglichenen staatlichen Durchschnittskosten pro Person in Katalonien.

**Kopfpauschalen**

Das wichtigste erwartete Ergebnis ist die verbesserte Integration und Koordination zwischen primärmedizinischen Leistungserbringern und Krankenhäusern unterschiedlicher Träger. Die Hauptmotivation dürfte darin liegen, dass die diversen Anbieter ein Gesamtbudget teilen und verteilen müssen, das alle Gesundheitskosten der Einwohner abdeckt.

**Anreiz:  
regionales  
Gesamtbudget**

Das Konzept wurde im öffentlichen Gesundheitswesen Kataloniens entwickelt und vorgelegt. Zuerst wurde es vom Gesundheitsministerium Kataloniens und der sehr mächtigen Gesellschaft staatlicher Leistungsanbieter ("Consorti Hospitalari de Catalunya") präsentiert. Andere öffentliche Einrichtungen ("Institut Català de la Salut") sowie einige einflussreiche gemeinnützige und private Krankenhäuser unterstützen diese Politik nur in geringem Umfang.

Es gibt weder ein politisches Strategiepapier, das Ziele und Verfahren dieser Politik festlegt, noch eine verbindliche Regelung, diese Politik in allen Gebieten Kataloniens umzusetzen. Im Mai 2002 wurde lediglich ein Gesetz zur Durchführung eines Pilotprojekts verabschiedet.

In der frühen Phase der Umsetzung sind beträchtliche Investitionen in die Koordinierung verschiedener und unzusammenhängender Gesundheitssysteme erforderlich. Dennoch herrscht offenkundig ein Mangel an Investitionen in diesen und andere kritische Bereiche. Finanzielle Anreize für die Integration medizinischer Leistungen sind

**Hohe Investitionen  
zu Beginn**



eher gering, solange der öffentliche Geldgeber finanzielle Mittel weiterhin zumeist rückwirkend an einzelne Anbieter vergibt.

Das Pilotprojekt sieht eine Evaluierung vor, jedoch ist das Bewertungsverfahren noch unzureichend definiert. Ergebnisse liegen bislang nicht vor.

Die Maßnahme ist angemessen und versucht, Ineffizienzen durch verbesserte integrierte Versorgung zu reduzieren und finanzielle Anreize entsprechend der Größe der Bevölkerung zu setzen. Es wird erwartet, dass die Mittelzuweisung im Jahre 2003 auf Grundlage der adjustierten Bevölkerungszahl erfolgen und den Anbietern in Form eines prospektiven Globalbudgets zugewiesen werden wird.

## **Bevölkerungsgesundheit („Population Health“)**

Um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, werden mehr und mehr Anstrengungen auf bevölkerungsbezogener Basis unternommen. Dieses Ziel erfordert es, Einfluss auf eine Reihe von Themen zu nehmen, wie z.B. Gesundheit von Kindern, Zugang zur medizinischen Versorgung, Umweltmedizin, Managed Care, Public Health Infrastruktur, Krankheitsbekämpfung, Ungleichheit bei Gesundheitschancen, internationale Gesundheit und Kontrolle über Sucht erzeugende Substanzen.

Frankreich verfolgt mit der Planung eines umfassenden Gesetzes zur öffentlichen Gesundheit einen breit angelegten Ansatz. Dagegen konzentrieren sich die Anstrengungen in Neuseeland gleichermaßen auf den Zugang zur primärärztlichen Versorgung und auf deren Reorganisation mit Fokus auf bevölkerungsbezogene Massnahmen.

## **Frankreich: Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit**

Das französische Gesundheitssystem war lange Jahre an der kurativen und weniger an der präventiven Versorgung ausgerichtet. Seit Anfang der 90er-Jahre ist man bemüht, die Politik in Bezug auf die Bevölkerungs-Gesundheit zu verbessern.

Der 1991 gegründete Ausschuss für öffentliche Gesundheit (HCSP— *Haut Comité de Santé Publique*) führt regelmäßige Erhebungen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch, berät und unterstützt Entscheidungsprozesse im Bereich öffentliche Gesundheit. Sein erster Bericht, 1994 veröffentlicht, setzte eine Reihe von Prioritäten für Frankreich.

Auf Basis der jährlichen Berichte des HCSP und der regionalen Gesundheitskonferenzen findet seit 1996 jedes Jahr eine nationale Gesundheitskonferenz CNS (*Conférence Nationale de Santé*) statt, die für Regierung und Parlament Empfehlungen zu Prioritäten und Strategien ausarbeitet. Die CNS-Vorschläge finden auch Eingang im jährlichen Sozialversicherungsfinanzierungsgesetz (Anhang zur „Orientierung der

**Nationale  
Gesundheitskonferenz**

Gesundheits- und Sozialversicherungspolitik“). Der tatsächliche Einfluß auf nationale politische Entscheidungen zur öffentlichen Gesundheit blieb jedoch eher gering.

Effektiver im Sinne einer Public Health-orientierten Politik waren regionale Gesundheitspläne, in denen Prioritäten und mittelfristige Umsetzungs-Strategien auf regionaler Ebene definiert wurden sowie entsprechende Pläne des nationalen Gesundheitsministeriums (in den Jahren 2001-2002 16 Pläne in Bezug auf Asthma, Diabetes, Einsatz von Antibiotika, Ernährung, Alzheimer, Brustkrebs usw.).

#### **Regionale und nationale Gesundheitspläne**

Prävention und Gesundheitsförderung in Frankreich leiden insgesamt unter der Geldgebiervielfalt, der Verwässerung von Zuständigkeiten und der Zersplitterung der Akteure, wodurch die Wirksamkeit insgesamt beeinträchtigt wird.

Seit Oktober 2002 unterstützt eine aus 80 Experten bestehende nationale Fachgruppe den Generaldirektor für Gesundheit. Aufgabe dieser Gruppe ist es, alternative Strategien und Kriterien für die Auswahl von Gesundheitsprioritäten vorzuschlagen und die dabei entscheidenden Faktoren herauszuarbeiten, das heißt vor allem jene, bei denen erfolgreich interveniert werden kann. Weitere Aufgaben bestehen darin, operationalisierbare, quantifizierte Ziele zu empfehlen, die zu erreichen wären, Interventionen und Indikatoren herauszuarbeiten, die in regelmäßigen Abständen zu bewerten wären und schließlich, Interessengruppen zu finden, die aktiviert werden sollten, sowie mögliche Faktoren zu identifizieren, die für Erfolg oder Versagen von Bedeutung wären.

Die Gruppe setzte sich aus Vertretern der Regierung, aus Einrichtungen des Gesundheitssektors, von Forschungs- und Statistikinstituten sowie aus sonstigen Experten zusammen. Im März 2003 legte die Gruppe dem Generaldirektor für Gesundheit (Abteilungsleiter Gesundheit im frz. Gesundheitsministerium) den Entwurf ihres Berichts vor.

Die Regierung will dem Parlament im Juni 2003 einen Gesetzentwurf vorlegen, um Ziele für die öffentliche Gesundheit für die nächsten fünf Jahre zu definieren. Eine ganze Reihe von gesundheitsrelevanten Themen werden als Prioritäten angegeben. Für jedes dieser Gesundheitsthemen wird der Gesetzentwurf klare und realistische Ziele setzen, die innerhalb von fünf Jahren zu erreichen sind; weiterhin Public Health Strategien zur Erreichung dieser Ziele sowie eine Reihe von Indikatoren für jährliche Evaluierungen.

#### **Public Health - Ziele für fünf Jahre**

Von dem Gesetz wird außerdem erwartet, Klarheit in die Zielsetzungen der zahlreichen Institutionen zu bringen, die für die öffentliche Gesundheit verantwortlich sind (nationale vs. regionale Ebene, staatliche vs. nichtstaatliche Organisationen, z.B. Krankenkassen).

Alle betroffenen Akteure haben dieses Projekt unterstützt und gefördert. Der Generaldirektor für Gesundheit wird bei der Umsetzung des Gesetzes sicherlich eine zentrale Rolle spielen.

## **Neuseeland: Primary Health Organisationen**

Die berichtete Politik ist Teil der gesamten Gesundheitspolitik der aktuellen Regierung von Neuseeland. Hauptziel dieser Politik ist es, den Zugang zur Primärversorgung durch Senkung der Zuzahlungen zu verbessern. Das Hauptaugenmerk der Strategie scheint auf Alternativen zum traditionellen Allgemeinmediziner, wobei vor allem dem Pflegepersonal ein viel höherer Stellenwert zukommt, und insgesamt auf der Intensivierung von Präventivstrategien zu liegen.

Nach einer Phase öffentlicher Diskussionen und Eingaben wurde im Februar 2001 eine „Strategie für die primäre Gesundheitsversorgung“ (*Primary Health Care Strategy*) des Gesundheitsministers bekannt gegeben. 21 Bezirksgesundheitsämter (*District Health Boards*) werden die landesweite *Primary Health Care Strategy* durch die Basisgesundheitsorganisationen (*Primary/Basis Health Care Organisations*, kurz PHOs) umsetzen.

**Primärversorgungs-  
Organisationen**

Zentrale Funktionen der PHOs sind:

- Bevölkerungsbezogene präventive Dienste
- Individuelle allgemeinärztliche (Primär-)Versorgung
- Bevorzugung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und
- Gewährleistung der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern

**Partizipativer Ansatz**

Diese Funktionen sollen durch Teamarbeit, Koordination gemäß den Bedürfnissen der Bevölkerung und flexiblen Einsatz der Berufsgruppen (z.B. Pflegepersonal anstelle von Ärzten) umgesetzt werden.

Die PHOs werden gemäß einer Kopfpauschale finanziert. Sie müssen gemeinnützige Einrichtungen sein, auf die Bedürfnisse der von ihnen versorgten Bevölkerung eingehen und für die Verwendung von öffentlichen Geldern rechenschaftspflichtig sein. Zwischen Juli 2002 und Januar 2003 waren bereits acht PHOs gegründet. Diese kommunalen Leistungserbringer-Organisationen setzen sich zusammen aus Allgemeinärzten, Pflegepersonal und einer ganzen Reihe anderer Anbieter von Primärversorgung.

**Kopfpauschalen für PHOs**

Die Einschreibung der Patienten bei PHOs erfolgt freiwillig - ermäßigte Zuzahlungen bieten einen starken Anreiz. Der Anreiz für PHOs besteht darin, Mitglieder für ihre Organisationen zu werben, da sie auf Pro-Kopf-Basis finanziert werden.

**Zuzahlungen für Patienten**

Umgekehrt könnte sich aus der Pro-Kopf-Finanzierung im Zusammenwirken mit den geringeren Zuzahlungen und damit der erhöhten Nachfrage ein anderes Problem ergeben – Kopfpauschalen könnten einen Anreiz für kürzere Kontaktzeiten darstellen.

In der Gründungsphase wird den Organisationen mit Mitgliedern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen Priorität eingeräumt. Die Schlüsselgruppen, die anfangs Zugang zu PHOs haben werden, sollten daher Maori, Völker von den pazifischen Inseln und

**Priorität für benachteiligte  
Bevölkerungsgruppen...**

Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen im Einzugsbereich einer PHO sein. Letzten Endes wird die gesamte Bevölkerung betroffen sein, indem die Primärversorgung von einer anderen Art von Organisation als heute angeboten wird.

Allgemeinärzte, die ihre Dienste weiterhin außerhalb der PHOs anbieten, sind besorgt, dass ihre Patienten zu den preislich günstigeren PHOs wechseln werden. Diesen Ärzte und ihre Dachorganisationen befürchten, Patienten zu verlieren und aus dem Geschäft gedrängt zu werden.

Man könnte die Strategie der PHOs als “unfair” bezeichnen (zumindest in der Gründungsphase), weil für alle PHO-Patienten zusätzliche finanzielle Mittel bereit gestellt werden. So bekommen etwa wohlhabendere Menschen, die eine PHO in Anspruch nehmen, höhere Subventionen als ärmere, bedürftigere Menschen, die zu traditionellen Allgemeinärzten gehen.

*... aber trotzdem unfaire Effekte?*

Die Regierung testet derzeit in drei der neuen PHOs eine Alternativformel, die vom Verband unabhängiger Allgemeinärzte (Independent Practitioner Association Council) vorgeschlagen wurde. Nach dieser Formel werden Kopfpauschalen durch sozial abgestufte Subventionen ergänzt.

*Mehr Subventionen für Bedürftige*

Für das neue PHO-Modell war keine spezielle Gesetzgebung erforderlich; das Gesamtmodell blieb so wie ursprünglich vorgeschlagen. Das Gesundheitsministerium hat einen Vertrag zur Evaluierung von Gründung und Wirkung der PHOs abgeschlossen. Dazu sollen Zahlen über die Auswirkung auf Inanspruchnahme (nach ethnischer Zugehörigkeit und Alter), Leistungsangebote, erfasste Bevölkerung und berichtete Krankheitsfälle (Inzidenz) gehören.

Für die Einführung der PHOs hat der Staat über einen Zeitraum von drei Jahren ca. 186 Millionen € an zusätzlichen Mitteln zur Verfügung gestellt. Damit sollen die steigenden Patientensubventionen sowie die Startkosten abgedeckt werden. Da für die höheren Subventionen weitere staatliche Mittel in beträchtlicher Höhe erforderlich sind, wird die flächendeckende Einführung mit PHOs wahrscheinlich drei bis fünf Jahre in Anspruch nehmen. Sollten die Mittel nicht ausreichen, wird der Fehlbetrag vermutlich an die Patienten weitergereicht, indem die Zuzahlungen doch nicht im erwarteten Umfang gesenkt werden.

## **Spezialbericht: Pläne und Vorschläge zur Verringerung von Versicherungslücken in den USA**

Das Gesundheitswesen in den USA wird überwiegend aus freiwilligen privaten Krankenversicherungen für die erwerbstätige Bevölkerung (ca. 60 % der Bevölkerung sind krankenversichert) finanziert, die zumeist anteilmäßig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezahlt werden. Aber nicht alle Arbeitgeber bieten Krankenversicherungen an.

Senioren und behinderte Menschen (ca. 13 % der Bevölkerung) sind über *Medicare* versichert, ein dreistufiges Versicherungsprogramm, das medizinische Grundversorgung mit Selbstbehalt und/oder Zuzahlungen für einen verbesserten Versicherungsschutz anbietet.

Ca. 14 % der Bevölkerung sind über *Medicaid* versichert. Das ist das nationale Programm einer medizinischen Mindestversorgung für Bedürftige, die festgelegte Kriterien der Leistungsberechtigung erfüllen müssen. Die Festlegung von Versorgungsstandards unter *Medicaid* und Anspruchsvoraussetzungen liegen im administrativen Ermessen der Bundesstaaten. Darüber hinaus gibt es seit 1997 ein spezielles Versicherungsprogramm für Kinder in einkommensschwachen Haushalten.

Die Konstruktion des Systems setzt voraus, dass Versorgungslücken (z.B. bei Arbeitsplatzwechsel) durch private Versicherungen überbrückt werden. Diese sind für einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung jedoch oft kaum bezahlbar. Schätzungen zufolge sind deshalb ca. 15 % der US-amerikanischen Bevölkerung nicht versichert.

**15% der Bevölkerung  
nicht versichert**

Das Spektrum der derzeit diskutierten Reformvorschläge reicht von einer *Medicaid*-Systemreform, über Reformen spezieller Finanzierungsmethoden (Programme für Kinder), neue Finanzierungsmöglichkeiten wie Steuervergünstigungen für Nichtversicherte oder eine arbeitgeberabhängige medizinische Universalversorgung (diverse private und staatliche Zahler) bis hin zum Vorschlag der medizinischen Universalversorgung auf Hawaii (Einzelzahler-System).

**Breites Spektrum an  
Reformvorschlägen**

### **USA: Pläne für die Reform der staatlichen Krankenversicherungen Medicaid und SCHIP**

#### **Medicaid**

*Medicaid* wurde 1965 als ein gemeinsam finanziertes Projekt der Bundesregierung und der Regierungen der Bundesstaaten initiiert. Washington unterstützt seither die Bundesstaaten bei der Bereitstellung einer gesundheitlichen Mindest-Versorgung für Bevölkerungsgruppen unterhalb einer Einkommensgrenze. *Medicaid* ist das größte Programm, das medizinische und gesundheitsbezogene Leistungen für Amerikas ärmste Bevölkerungsschichten erbringt. Es versorgt ca. 40 Millionen Menschen. Medicaid basiert im wesentlichen auf einer staatlich / bundesstaatlichen Finanzteilung, bei der Gelder der Bundesstaaten (ca. 43 %) für *Medicaid*-Versicherte von der Bundesregierung bezuschusst

werden (ca. 57 %). Innerhalb der weitgefassten staatlichen Regulierung, die die Bundesregierung aufstellt, legt jeder Bundesstaat seine eigenen Maßstäbe für eine Anspruchsberechtigung an und setzt Art, Menge, Dauer sowie Umfang von Leistungen fest, bestimmt über den Vergütungssatz für Leistungen und verwaltet sein eigenes Medicaid-Programm. Ein bundesstaatliches *Medicaid*-Programm muss die medizinische Grundversorgung für die Bedürftigsten anbieten: stationäre und ambulante Versorgung im Krankenhaus, Mutterschaftsvorsorge, Kinderimpfungen, häusliche Pflege, etc.

Am 31. Januar 2003 legte das Weiße Haus einen Vorschlag vor, der den Bundesstaaten ermöglichen würde, ihre *Medicaid*- und *SCHIP*-Programme entweder weiterhin nach den geltenden Regeln oder nach Blocksubventionen, den so genannten *State Health Partnership Allotments* zu betreiben. In Bundesstaaten, die sich für die Blocksubvention entscheiden, würde der Zuschuss aus Washington für die *Medicaid*- und *SCHIP*-Programme durch zwei neue Budgetzuteilungen ersetzt eine für die Akutversorgung und eine für die Langzeitbehandlung. Ziel des Vorschlags sind steuerliche Erleichterungen für die Bundesstaaten, erhöhte Flexibilität in der Gestaltung des **Medicaid**-Leistungskatalogs sowie die Förderung von Innovation und Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf zusätzliche Bevölkerungsgruppen.

Dementsprechend würden diese Bundesstaaten im Jahr 2004 höhere Bundeszahlungen von 3 Milliarden € erhalten, um neue Programme zu finanzieren — und für die Dauer von sieben Jahren weitere 12 Milliarden €. In den drei Jahren danach würde die Bundesfinanzierung abnehmen, um die zusätzlichen Vorauszahlungen auszugleichen, so dass das Programm nach 10 Jahren kostenneutral für die Bundesregierung wäre. Die Bundesstaaten würden nicht länger feste Zusatzzahlungen aufbringen, sondern wären stattdessen verpflichtet, für eine Aufrechterhaltung der Leistungsanforderungen zu sorgen.

Kürzungen im *Medicaid*-Programm würden zu einer Reduzierung von Arbeitsplätzen führen und damit den Konjunkturrückgang noch verstärken. Die Demokraten im Kongress sowie Verbraucher- und Familienorganisationen sind deshalb gegen den Vorschlag. Sie geben zu bedenken, dass durch Kürzungen nahezu 12 Millionen "wahlweise Begünstigte" keinen Anspruch mehr auf Versorgung durch das *Medicaid*-Programm hätten. Die Zustimmung des Kongresses wird notwendig sein, so dass einzelne Bundesstaaten, die freiwillig teilnehmen, das *Medicaid*-Programm entsprechend ändern werden.

Die Durchführung der *Medicaid*-Reform wird für kostenneutrale Bundesausgaben für *Medicaid*-Leistungen sorgen und auf kurze Sicht die Flexibilität der Bundesstaaten steigern. Auf lange Sicht wird die Flexibilität aber wahrscheinlich reduziert, da die Zuschüsse in den Jahren nach 2010 sinken. Es ist zudem eher unwahrscheinlich, dass die Reform einen Versicherungsschutz für eine größere Anzahl von Nichtversicherten schafft bzw. die Weichen so stellt (stellen soll) dass ein langfristiges Überleben des *Medicaid*-Programms sichergestellt ist.

**Kurzfristige  
Flexibilisierung zulasten  
von Qualität und  
Versicherungsschutz**

Verstärkt wird die Problematik dann, wenn die Bundesstaaten anhaltenden Haushaltskrisen ausgesetzt werden und die Flexibilität der Blocksubvention nutzen, um den Versicherungsschutz für Nicht-Pflicht-versicherte zu beschneiden.

Die Qualität leidet, wenn die Leistungen beschnitten werden, und die Gerechtigkeit nimmt Schaden, wenn die Anzahl der Nicht-Versicherten auf lange Sicht wächst. Angesichts der erhöhten Flexibilität der Bundesstaaten wird es möglicherweise aber einige Neuerungen geben, die die Qualität in speziellen Bereichen verbessern.

## **SCHIP**

1997 waren mehr als 10 Millionen Kinder in den Vereinigten Staaten nicht versichert, d.h. ein Viertel aller Nicht-Versicherten oder 14% aller Kinder. 1987 hatte die Zahl der nicht versicherten Kinder noch 8,2 Millionen betragen. Der unzureichende Versicherungsschutz betraf vor allem Kinder von Bevölkerungsminderheiten.

**Krankenversicherungs-  
programm für  
unversicherte Kinder**

*SCHIP* wurde 1997 entwickelt, um Kindern einen Krankenversicherungsschutz zu bieten, deren Familien außerstande sind, sich eine private Krankenversicherung zu leisten, die aber gleichzeitig zuviel verdienen, um sich für das *Medicaid*-Programm zu qualifizieren. *SCHIP* stellte für mehr als 10 Jahre 44 Milliarden € zur Verfügung, die größte Investition im Gesundheitswesen für Kinder seit der Einführung des *Medicaid*-Programms. Die Bundesstaaten wurden aufgefordert, ebenfalls Gelder zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig wurde ihnen eine umfassende Flexibilität zugestanden, um das Programm auf ihre eigenen Bedürfnisse zuschneiden zu können. Die Bezuschussung der Bundesstaaten durch die Bundesregierung liegt mit 85 % noch deutlich höher als bei der bundesstaatlichen Unterstützung der Kosten für *Medicaid*.

Im Jahr 2001 erhielten die Bundesstaaten die Möglichkeit, den *SCHIP*-Versicherungsschutz auf Eltern mit geringem Einkommen auszudehnen, und im Jahr 2002 wurde den Bundesstaaten gestattet, den Versicherungsschutz auch für Mutterschaftsvorsorge und Geburtshilfe anzubieten - unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Mutter.

5,3 Millionen Kinder aus einkommensschwachen Familien konnten zusätzlich versichert werden, so dass der Anteil nicht versicherter Kinder von ca. 14 % im Jahr 1997 auf 10,8 % im Jahr 2001 zurück ging. In Anbetracht der Tatsache, dass ein Viertel aller Kinder unversichert bleibt, bei denen das Familieneinkommen unterhalb der 100 %-Armutsgrenze liegt, sind jedoch weiterhin kontinuierliche Bemühungen im Rahmen dieses Programms sehr wichtig.

**Weitere Anstrengungen  
nötig**

Eine Studie zeigt, dass sich ein Jahr nach Aufnahme des *SCHIP*-Programms der Prozentsatz der Kinder, die medizinisch unterversorgt oder zu spät medizinisch versorgt wurden, mehr als halbiert hat. Diese Resultate deuten auf eine verbesserte Kosten-Nutzenrelation sowie auf einen bedeutenden Qualitätsgewinn in der Versorgung. Obwohl *SCHIP* freiwillig ist, läuft das Programm in allen Bundesstaaten.

Der Vorschlag der Bush-Administration würde das *SCHIP*-Programm de-facto abschaffen, da durch die neue Blocksubvention die dem *SCHIP*-Programm gewidmeten Gelder und die erhöhten bundesstaatlichen Zuschüsse abgeschafft werden. Die Demokraten legten als politische Alternative einen Gesetzentwurf zur „Verbesserung der Familiensituation“ vor.

***SCHIP-Erfolge in  
Gefahr durch  
de-facto Abschaffung***

## **Steuergutschriften zum Erwerb Krankenversicherung für Nicht-Versicherte**

Bereits im Januar 2002 hatte Präsident Bush finanzielle Anreize vorgeschlagen, nicht versicherten Personen einen besseren Versicherungsschutz zu bieten. Dieser Vorschlag sah Steuergutschriften für nicht versicherte Personen und Familien vor. Der Steuergutschriften-Plan wird über 10 Jahre hinweg 81 Milliarden € kosten und Arbeitnehmer, die nicht über ihren Arbeitgeber krankenversichert sind, unterstützen, individuelle Krankenversicherungspolice zu erwerben. Ziel ist, dass davon bis zu sechs von ca. 41 Millionen nicht versicherten Amerikaner profitieren.

Da die *Medicaid*- und *Medicare*-Programme nicht erweitert werden sollen, erhalten nach dem Vorschlag die Nicht-Versicherten kleine, nicht Risiko adjustierte Steuergutschriften, um eine Versicherung zu erwerben. In Anbetracht der Tatsache, dass der Betrag gering ist, ist fraglich, für wie viele nicht versicherte Arbeitnehmer und Familien mit geringem Einkommen dieses Angebot tatsächlich interessant ist. Der oberste Rechnungshof berichtete beispielsweise, dass eine mittlere Krankenversicherungsprämie 1998 für eine Familie mehr als 6.650 € kostete, während die Steuergutschrift nur bis zu 2.700 € für die ärmsten Familien abdecken würde. Solche Prämien wären für Geringverdiener mit Einkommen unter 13.500 € unbezahlbar.

***Keine Ausweitung  
von Medicaid  
und Medicare, sondern  
kleine Steuergutschriften***

Zusätzlich zielt der Vorschlag darauf ab, junge, gesunde Männer für die Versicherungen zu gewinnen, um das Funktionieren eines Marktes zu verbessern, der von schweren Versicherungskrisen und hohen Prämien gezeichnet ist. Es ist ein neuer Ansatz, nicht versicherten Personen Steuergutschriften zu bieten, um sie zu ermutigen, einen individuellen Versicherungsschutz zu erwerben, aber das Konzept von Steuergutschriften oder Rabatten für die medizinische Vorsorge in Form von Krankenversicherung an sich ist nicht neu. Wenn arbeitgebergetragene Gruppenversicherungen gute Risiken an steuersubventionierte Individualversicherungen verlieren, steigen die Arbeitgeber-Prämien für Gruppenversicherungen – denn dort bleiben die kränkeren, älteren Arbeitnehmer zurück. Hohe Prämien wiederum könnten den Fortbestand der Versicherungen selbst und den arbeitsgebergetragenen Versicherungsschutz gefährden.

Gegner der Steuergutschriftenpläne (z.B. Demokraten und Forschungsinstitute für Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik) würden sich im Gegensatz zum individuellen Versicherungsmarkt einen Steuerkreditplan wünschen, der darauf abzielt, Unversicherte in

***Demokraten für Einbeziehung  
Nicht-Versicherter in  
Gruppenversicherungen***



den Gruppenversicherungsmarkt einzubeziehen, der im Gegensatz zum privaten Versicherungsmarkt das Risiko auf viele Schultern verteilt, um einige Preis- und Selektionsprobleme zu vermeiden.

Verbraucherschutzgruppen nehmen ebenfalls eine Schlüsselrolle ein, wenn es darum geht, den Vorschlag als ungenügend zu finden. Obwohl inzwischen viele unterschiedliche Vorschläge vorgelegt oder diskutiert wurden, die in irgendeiner Form Steuergutschriften vorsehen, um Nicht-Versicherte mit einem Versicherungsschutz zu versorgen, bleibt der Regierungsvorschlag im Wesentlichen unverändert.

### **Kalifornien: Managed Care Träger für arbeitgebergebundene allgemeine Krankenversicherung**

Der Hauptgeschäftsführer von Blue Shield, ein nicht gewinnorientierter Versicherer (*Health Plan*) mit mehr als 2 Millionen Mitgliedern in Kalifornien, unterbreitete vor kurzem den Vorschlag, allen Kaliforniern unabhängig von ihrer Stellung im Erwerbsleben ein Mindestleistungspaket anzubieten. So soll eine Verbindung zwischen den privaten und staatlichen Krankenversicherungssystemen geschaffen werden, um den 6 Millionen nicht versicherten Kalifornier einen Mindestversicherungsschutz anzubieten.

Arbeitgeber (außer sehr kleinen Firmen) müssten eine Krankenversicherung anbieten oder einen finanziellen Gegenwert entrichten, um für all ihre Beschäftigten ein Mindestleistungspaket anzubieten. Die Beschäftigten hätten die Wahl, sich für dieses Paket zu entscheiden oder aber eine individuelle Krankenversicherung zu erwerben. Die Regierung des Bundesstaates und der private Sektor würden zusammen arbeiten, um Kalifornier aufzunehmen, die an staatlichen Wohlfahrtsprogrammen teilnehmen.

Die *Health Plans* müssten zusichern, dass niemand aufgrund einer Vorerkrankung keinen Versicherungsschutz erhält. All jene, die die volle Versicherungsprämie nicht zahlen können, erhielten Zuschüsse. Ein Mindestleistungspaket, dessen Umfang von unabhängigen Ärzten festgelegt würde, definierte den Mindestversicherungsschutz. Als Methoden zur Finanzierung wären allgemeine Steuern, private Einkommensteuer, Umsatzsteuern, eine Steuer auf Krankenversicherungsprämien (*health insurance premium tax*), eine Gebühr für medizinische Versorgung oder eine sinnvolle Kombination daraus vorstellbar. Dieses Konzept der allgemeinen Krankenversicherungspflicht ist insofern innovativ, als das es sich dabei um den ersten *Health Plan* handelt, der darum bemüht ist, eine Lösung für das Problem zu präsentieren.

**Private Versicherer für  
Mindestversicherungsschutz**

Der Vorstoß erfordert eine beachtliche Koordinierung und Kooperation zwischen dem privaten und staatlichen Sektor des Gesundheitswesens. Das Konzept betrifft mehrere, z.T. sehr unterschiedliche Gruppen und Akteure: Geschäftsführer privater Versicherungen bei Gesundheitsmanagementorganisationen, nicht versicherte Personen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Kaliforniens Steuerzahler und Einwohner, Regierungsbeamte und –behörden sowie medizinische Leistungsanbieter.

**Staatlich-private  
Kooperation notwendig**

Einige Akteure, wie z.B. Krankenversicherungen und Vertreter der Nichtversicherten, stimmen dem Konzept zu. Bei Firmen und Arbeitgebern aber gibt es erheblichen Widerstand. Darüber hinaus sträuben sich möglicherweise bewusst oder ungewollt nicht versicherte Personen gegen die Vorschrift, einen Versicherungsschutz aus eigener Tasche zu bezahlen. Außerdem werden die Steuererhöhungen, die als Finanzierungsquelle des Programms dienen, von Steuerzahlern oder Firmen abgelehnt werden, für die sich die Steuererhöhungen negativ auswirken, weil damit ihre Waren teurer werden.

**Widerstand von  
Unternehmer-  
und Arbeitgeberseite**

### **Bedingungen für Umsetzung**

Die Realisierung des Plans erfordert die Eingabe und Verabschiedung des Gesetzes von beiden Kammern des kalifornischen Parlamentes sowie die Zustimmung des Gouverneurs von Kalifornien. Des Weiteren ist das Zusammenwirken und die Tatkraft aller kalifornischen „Health Plans“, Arbeitgeber und medizinischen Leistungsanbieter gefragt, um Beiträge auszuhandeln und Mitglieder aufzunehmen, die einen Mindestleistungsschutz benötigen.

Die Regierungsbehörden werden Ressourcen dafür zur Verfügung stellen müssen, und es ist wahrscheinlich, dass sie gegenwärtig nicht in ausreichendem Maß über Personal- oder Sachmittel verfügen. Auch die steigende Mitgliederzahl in staatlich finanzierten Krankenversicherungen kann das Gesundheitswesen insofern belasten, als dass es gegenwärtig wenige Ärzte gibt, die *Medi-Cal* (den kalifornischen *Medicaid*-Plan) akzeptieren.

Das Konzept der allgemeinen Mindestabsicherung erfuhr eine umfassende Unterstützung; Gesetzesentwürfe jedoch, die für ein Einzelzahler-System plädieren, sind bisher zurückgewiesen worden. Anders als ein Einzelzahler-System verteilt das neue Konzept die Last der Kosten für die medizinische Versorgung auf staatliche und private Sektoren Kaliforniens, so dass es möglicherweise für Verbraucher und Politiker annehmbarer ist. Hauptanreiz für alle Interessengruppen ist, dass eine Versicherung von Nichtversicherten die Kosten für die medizinische Versorgung allgemein senken würde, da das Versicherungsrisiko auf eine breitere Bevölkerung verteilt würde und teure Notfallbehandlungen für Nichtversicherte entfallen würden.

**Der Anreiz:  
Mindestversicherung  
senkt Kosten durch  
breitere Risikostreuung**

Unerwünschte Auswirkungen sind möglicherweise höhere Steuern und Kosten für Gutverdiener; Widerstand der Arbeitgeber, Versicherungen anzubieten und sinkende Einstellungsbereitschaft; eine stärkere Inanspruchnahme der zu geringen Preisen angebotenen Leistungen (*moral hazard*); oder Anbieter, die die Behandlung von Mitgliedern einer Niedrig-Kosten-Krankenversicherung ablehnen.

**Die Kehrseite:  
steigende Steuern,  
weniger Neueinstellungen,  
höhere Leistungs-  
inanspruchnahme**

### **Hawaii: Neuerlicher Gesetzentwurf für eine allgemeine Krankenversicherungspflicht**

Am 4. Februar wurde der am 24. Januar 2003 in die hawaiianische Gesetzgebung eingebrachte Gesetzentwurf zur Einführung einer

allgemeinen Krankenversicherung (HB 1617) nach Anhörung des mitberatenden parlamentarischen Ausschusses für Sozialfragen durch den federführenden Ausschuss für Gesundheit verabschiedet und an den Ausschuss für Arbeit und öffentliche Beschäftigung weitergeleitet. Dieser Ausschuss stellte den Entwurf am 12. Februar jedoch zurück – und hob ihn damit im Grunde genommen auf.

Die Bedeutung dieser Bemühungen geht deutlich über Hawaii hinaus, da dieser Gesetzesentwurf zu den erfolgreicherer Vorstößen in Richtung allgemeine Krankenversicherungspflicht in den USA zählt. Die einzigartige Lage Hawaiis, einer Insel mit geringer Bevölkerungszahl und wenigen Interessengruppen, macht sie zu einem interessanten Experimentierfeld für allgemeine Krankenversicherungspflicht in den Vereinigten Staaten und zu einem nützlichen Test, um zu untersuchen, welche Position die Interessengruppen hinsichtlich der allgemeinen Krankenversicherungspflicht beziehen.

***Hawaii als Test für  
Krankenversicherungspflicht  
in den USA***

Ah Quon McElrath, eine bekannte hawaiianische Sozialaktivistin, war die treibende Kraft bei den Bemühungen um die allgemeine Krankenversicherungspflicht. Gemeinsam mit dem Vorsitzenden des parlamentarischen Gesundheitskomitees, Dennis Arakakis (Demokrat), arbeitete sie an der Formulierung des Gesetzesentwurfes.

Mit der Einrichtung einer bundesstaatlichen Gesundheitsbehörde, die allen Einwohnern eine umfassende Krankenversicherung bietet und über Kosten und Finanzierung des Systems entscheidet, würde an die Stelle des vorhandenen Systems ein Einzelzahler-System treten: alle öffentlichen und privaten Versicherungen würden in einer bundesstaatlichen Gesundheitsbehörde aufgehen, die Einnahmen aus allen Quellen beziehen würde.

***Single Payer System***

Ziele des Gesetzesentwurfs waren:

- Gerechtere Verteilung der Versorgungsressourcen;
- Ausdehnung des Krankenversicherungsschutzes auf die Nichtversicherten und
- Stabilisierung der Kosten des Gesundheitswesens.

Hawaii hat wie die anderen Bundesstaaten eine Zunahme der Anzahl von Nichtversicherten zu verzeichnen; gegenwärtig sind 10 % der Hawaiianer nicht versichert. Hawaii hat gleichfalls eine Zunahme der Kosten für medizinische Versorgung zu verzeichnen, und die Urheber des Gesetzesentwurfs führen die steigenden Kosten als den Hauptgrund dafür an, dass Hawaii einen neuen Ansatz zur Gesundheitsversorgung braucht.

Vor allem die Krankenversicherungen wären von diesem Gesetzesentwurf maßgeblich betroffen gewesen, weil er den Bedarf an privaten Versicherungsgesellschaften entweder beseitigt hätte, oder weil er ein Arrangement getroffen hätte, das die Versicherungsgesellschaften zu Verträgen mit dem Staat verpflichtet hätte. Anbieter medizinischer Leistungen, wie Krankenhäuser und Ärzte wären ebenfalls betroffen gewesen, weil sie mit den staatlichen Behörden über die Leistungstarife

hätten verhandeln müssen. Einzelpersonen hätten die Änderung auf unterschiedliche Weise zu spüren bekommen, manche in positivem Sinne, andere vermutlich im negativen Sinne.

Es ist wahrscheinlich, dass Befürworter der allgemeinen Krankenversicherungspflicht ihre Bemühungen fortsetzen werden und versuchen werden, ein ähnliches Gesetz in künftige Parlamentssitzungen einzubringen.