

Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8

Im Blickpunkt: Prävention,
Gesundheit im Alter,
neue Berufe für neue Bedarfe

| **Verlag BertelsmannStiftung**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2007 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Precision Editorial Services, Valkenburg, NL*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

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

ISBN 978-3-89204-961-6

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	9
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	11
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung	13
Auswahlkriterien	13
Politikbewertung	15
Projektmanagement	16
Von der Idee zur Umsetzung	19
<i>Niederlande</i> : Gesundheitsreform 2006 – Was lange währt, wird endlich gut, oder gezielte Salami-Taktik?	23
<i>Österreich</i> : »Strukturplan Gesundheit« stärkt die Länder	31
<i>England und Wales</i> : Zehn Jahre Labour – Mehr Markt, mehr Wahl auch im Gesundheitswesen	37
<i>Finnland</i> : Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch	41
Bedarfsorientierte Versorgung	45
<i>England</i> : Praxiseigene Budgets für Hausärzte	51
<i>England und Wales</i> : Das zwölfte NICE-Arbeitsprogramm – Bewertung von Public-Health-Programmen und neuen Technologien	54
<i>Kanada</i> : Nationale Strategie für psychische Gesundheit	57
<i>Israel</i> : Behandlung von psychischen Störungen in der Primärversorgung	60
<i>Israel</i> : E-Learning für Ärzte zum Thema Frauengesundheit	64
<i>Singapur</i> : Ambulante DMPs für chronisch Kranke	68

Zugang zum Gesundheitssystem	73
<i>Finnland</i> : Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene	78
<i>Japan</i> : Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen	80
<i>Neuseeland</i> : Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche	82
<i>Singapur</i> : Reform der Hochrisikoversicherung Medishield	84
<i>Australien</i> : Produktausweitung der privaten Krankenversicherung	86
<i>USA</i> : Preisnachlässe auf verschreibungspflichtige Medikamente für unversicherte Kalifornier	89
<i>USA</i> : Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten	91
<i>USA</i> : CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen	96
Kranken- und Pflegeversicherung	99
<i>USA</i> : Massachusetts – Krankenversicherung für alle	105
<i>Spanien</i> : Nationale Pflegeversicherung	107
<i>Singapur</i> : Finanzierung ambulanter Disease-Management-Programme	111
<i>Frankreich</i> : Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige – bisher ein mäßiger Erfolg	113
<i>Slowenien</i> : Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen	116
Patientenorientierung	119
<i>England</i> : Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit	122
<i>Estland</i> : Hausarzt-Hotline 24/7	124
<i>Israel</i> : Informationsbroschüre zur Pflegeversicherung kommt mit der Zeitung	126
<i>Österreich</i> : Gesetz zum Schutz des eigenen Willens	128
<i>Frankreich</i> : Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen	130
<i>Finnland</i> : Krankenhausbewertungen für höhere Kosten-Effektivität	133

Gesundheit im Alter	137
<i>Niederlande</i> : Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen	141
<i>Singapur</i> : Integration stationärer Leistungen von Akutversorgung bis Reha	144
<i>Neuseeland</i> : Ageing in Place – Projekte und Evaluation	146
<i>Israel</i> : Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere	152
 Fachkräfteentwicklung	159
<i>Neuseeland</i> : Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung ...	165
<i>Japan</i> : Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte	169
<i>Kanada</i> : Personalmangel im Gesundheitswesen erzwingt neue Maßnahmen	172
<i>Frankreich</i> : Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel ...	175
<i>Australien</i> : Maßnahmen gegen langjährige Fehl- steuerungen in der Personalplanung	177
<i>Slowenien</i> : Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern	179
<i>England und Wales</i> : Neues Vergütungssystem für Zahnärzte	181
<i>Singapur</i> : Outsourcing von Röntgendiagnostik nach Indien	183
 Arzneimittelpolitik und Preisbildung	187
<i>USA</i> : Medicare Part D eingeführt	192
<i>Spanien</i> : Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs	196
<i>Polen</i> : Mehr Transparenz bei der Arzneimittelvergütung	198
<i>Spanien und USA</i> : Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln	201
<i>Neuseeland</i> : Weiterhin uneingeschränkte Werbung bei Arzneimitteln?	205
 Prävention und Gesundheitsförderung	207
<i>Südkorea</i> : Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin	211
<i>Australien</i> : Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahre	213
<i>Neuseeland</i> : Let's Beat Diabetes	215
<i>Neuseeland</i> : Suizid-Präventionsstrategie 2006–2016	217

<i>Schweiz</i> : Präventionsgesetz soll für Transparenz und Gleichheit sorgen	219
<i>Israel</i> : Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention	222
Fortschritte im Nichtraucherschutz	225
<i>Finnland</i> : Rauchverbot in Kneipen und Restaurants	230
<i>Österreich</i> : Preispolitik, Rauchverbot und Telefon-Hotline zur Reduktion des Tabakkonsums	232
Reformverzeichnis	237

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die jüngste Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« ist besonders gewichtig geraten. Damit liegt sie zwar durchaus im Trend der allgemein grassierenden Dickleibigkeit. Wichtiger war uns aber, Ihnen ein Kompendium in die Hand zu geben, das die »Großbaustellen« gesundheitspolitischer Reformanstrengungen quer durch die 20 Länder des Internationalen Netzwerks nachzeichnet. Dass sich die Herausforderungen – Langlebigkeit, Lebensstil, chronische Erkrankungen gleichsam als Errungenschaften von Wohlstand, Bildung und medizinischem Fortschritt – gleichen, ist hinlänglich bekannt. Dass sich hingegen auch die Lösungsansätze immer mehr ähneln, wie Sie gleich selbst feststellen werden, mag die eine oder den anderen vielleicht doch überraschen – zu unterschiedlich, so hieß es lange Zeit, seien die historisch gewachsenen Strukturen und die Mechanismen des Ausbalancierens zahlreicher und mächtiger gesundheitspolitischer Akteure in den einzelnen Ländern. Aber man hört immer öfter von Systemkonvergenz, von Hybridsystemen in der Systemstruktur sowie im Versorgungsalltag von mobilen Patienten, fliegenden Ärzten und von Pandemien, die allesamt an Grenzen nicht haltmachen. Der Blick über den Tellerrand ist also gleich aus mehreren Gründen nicht mehr ein exotisches Hobby neben dem Tagesgeschäft, das uns alle in Atem hält, sondern er ist geradezu geboten, weil globale Probleme gemeinsamer strategischer Lösungen bedürfen. Was wir auch überall beobachten: Die soziale und die solidarische Dimension von Gesundheitsversorgung und sozialem Schutz rücken wieder stärker ins Bild – und werden mit Qualität, Wahlmöglichkeiten und Mitsprache für

Patienten ebenso wie mit Eigenverantwortung und Effizienz in der Behandlung geschickt kombiniert.

Die umfassende Doppelausgabe 7/8 befasst sich also mit den dicksten Brettern, die überall gebohrt werden. Diese sind:

- Bedarfsorientierte Versorgung und Zugang
- Krankenversicherungsschutz
- Patientenorientierung, Mitsprache und Wahlmöglichkeiten
- Gesundheit im Alter, Versorgung in den eigenen vier Wänden, Pflege
- Fachkräfteentwicklung
- Arzneimittelpolitik und Preisbildung
- Prävention und Gesundheitsförderung.

Das einleitende Kapitel »Von der Idee zur Umsetzung« betrachtet zudem erstmals die Entwicklung gesundheitspolitischer Ideen in ausgewählten Ländern zusammenhängend über einen längeren Zeitraum. Es analysiert die großen strukturellen Reformen in den Gesundheitssystemen der Niederlande, Österreichs, Großbritanniens und Finnlands – von der Entstehung der Reformidee bis hin zu ihrer tatsächlichen Umsetzung. Beim Vergleich der Reformen in diesen Ländern lässt sich die bereits oben angesprochene Systemkonvergenz, ein Trend hin zur Angleichung staats- und sozialversicherungsfinanzierter Gesundheitssysteme, erkennen: So werden in den sozialversicherungsfinanzierten Ländern die Einflussmöglichkeiten des Staates gestärkt, wie beispielsweise die Einführung landesweiter Krankenhauspläne in Österreich oder die faktische Abschaffung der Selbstverwaltung in den Niederlanden zeigen. Im staatsfinanzierten britischen System erlangen marktwirtschaftliche Elemente größere Bedeutung: Patienten erhalten mehr Wahlmöglichkeiten, und es treten vermehrt private Anbieter von Gesundheitsleistungen auf den Plan. In allen Systemen ist überdies die Tendenz zu beobachten, dass planerische und finanzielle Verantwortung an regionale Instanzen delegiert werden, um die Versorgung flexibler, d.h. bedarfsgerechter und bevölkerungsnäher, gestalten zu können. In Österreich werden dafür Gesundheitsplattformen auf Ebene der neun Bundesländer eingerichtet, die über sukzessiv steigende Finanzmittel auch die integrierte Versorgung fördern sollen. In England erhalten Primary Care Trusts (PCTs) Mittel zur Koor-

dinierung und Steuerung der Primärversorgung sowie der fachärztlichen Versorgung am Krankenhaus. In Finnland findet man das Pendant zu diesem Trend – hier werden gesundheits-, sozialpolitische und pflegerische Kompetenzen von den Kommunen auf etwas größere regionale Instanzen übertragen – so lassen sich allzu kleinteilige Aktivitäten besser bündeln und koordinieren; es kommt zu Synergieeffekten und mehr Effizienz in den öffentlichen Versorgungsangeboten.

Sollten Sie an bestimmten Ländern bzw. Lösungsansätzen besonderes Interesse haben, können wir jederzeit für Sie Kontakte herstellen oder mit weiterem Material helfen. Wir wünschen Ihnen anregende Lektüre und viele gewinnbringende globale Ein-, Durch- und Ausblicke.

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

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

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

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

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

Tabelle 1: Partnerinstitutionen

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

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

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

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

Auswahlkriterien

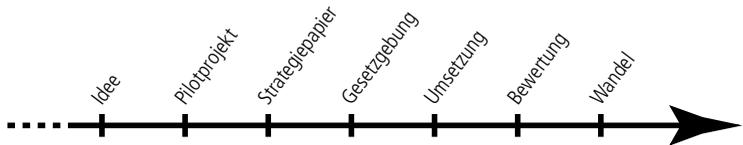
Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner über bis zu fünf aktuelle gesundheitspolitische Reformthemen. Kriterien für die Wahl der Berichtsthemen sind:

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

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

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

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



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

Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best practice« sein.

- »Bewertung« benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes evaluiert werden. Hier beschriebene Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussevaluierung erfolgen.
- »Wandel« schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

Politikbewertung

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

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

Die folgende Grafik illustriert beispielhaft eine Reform, deren Struktureffekt der Experte für allenfalls marginal hält, was mit

einer nur geringen Medienpräsenz einhergeht, die er jedoch für bedingt übertragbar auf andere Gesundheitssysteme hält:



Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht. Unser besonderer Dank gilt Matthias Dehn und Sabine Meissner (beide TU Berlin) für ihre Hilfe bei der Erstellung des ersten Entwurfs sowie Kerstin Blum, Melanie Lisac, Ines Galla (alle Bertelsmann Stiftung) und Marco Schäfer (TU Berlin) für ihre Unterstützung bei Redaktion, Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Die Ergebnisse der siebten und achten halbjährlichen Befragungen, die den Zeitraum Oktober 2005 bis Oktober 2006 umfassen, werden in diesem Band dargestellt. Von den 137 Reformmeldungen wurden 55 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.

Seit Ausgabe 5 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« setzen wir den Schwerpunkt auf eine länderübergreifende Analyse von Reformenentwicklungen. Die Einführung der Kapitel zu jedem Thema bietet einen umfassenden Überblick über international gemeinsame oder gegenläufige Trends. Dies ermöglicht die Einordnung der im Anschluss berichteten Reformentwicklungen in einzelnen Ländern.

Sämtliche Reformberichte aller acht Befragungsrunden können auf der Website des Netzwerks, www.healthpolicymonitor.org, recherchiert und eingesehen werden. Dort ist auch das unveröf-

fentlichte Arbeitspapier »Gesundheitspolitik in Industrieländern« 1/2003 erhältlich. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und geben nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung wieder.

Unser Dank gilt allen Experten aus den Partnerinstitutionen und ihren externen Koautoren:

Autoren: Ain Aaviksoo, Tit Albrecht, Yael Ashkenazi, Toni Ashton, Netta Bentur, Andreas Birner, Iva Bolgiani, Yann Bourgueil, Shuli Brammli-Greenberg, Karine Chevreul, Janet Clinton, Janet Fanslow, Carine Franc, Gerhard Fuelöp, Ewout van Ginneken, Margalit Goldfracht, Revital Gross, Stuart Guterman, Marion Haas, Jane Hall, Maria M. Hofmarcher, Phuong Trang Huynh, Wendy Keter, Agris Koppel, Iwona Kowalska, Soonman Kwon, Nicky Liebermann, Miika Linna, Hans Maarse, Faith Mahoney, Esther Martinez, Tom McIntosh, Carol Medlin, Lim Meng Kin, Anna Mokrzycka, Adam Oliver, Karen Pak Oppenheimer, Zeynep Or, Marc Perronnin, Emmi Poteliakhoff, Carol Ramage, Shirli Resnizky, Gerald Röhrling, Bruce Rosen, Michael Rosenbluth, Lacey Roth, Elvira Sánchez, Masayo Sato, Elisabeth Savage, Anke Therese Schulz, Gerald Sirlinger, Elizabeth L. Speaker, Renée C. Torgerson, Sirje Vaask, Kees van Gool, Lauri Vuorenkoski, Lisa Walton, Cheryl E. Weinstein, Eeva Widström, Laura Wilkinson-Meyers und Nili Ben Zvi.

Kommentare und Anregungen zur Doppelausgabe 7/8 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschläge.

Reinhard Busse, Sophia Schlette

Von der Idee zur Umsetzung

Grundlegende strukturelle Reformen und Entwicklungen der nationalen Gesundheitssysteme werden in vielen Ländern diskutiert. Von der Diskussion darüber, was mit welchem Ziel verbesserungsfähig ist, über das eigentliche Reformkonzept bis hin zu ihrer tatsächlichen Umsetzung ist es jedoch zumeist ein langer Weg, der gegebenenfalls durch eine sich anschließende Evaluation der Effekte der Reform noch länger dauert. Diesen prozesshaften Charakter von Gesundheitsreformen abzubilden und zu verfolgen, war und ist auch eine der grundlegenden Intentionen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik, dessen Buchreihe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« – und natürlich der sie untermauernden Webseite »Health Policy Monitor«. Die meisten Berichte stellen allerdings doch nur Momentaufnahmen von bestimmten Schritten bzw. Phasen dar – wie an den jeweiligen Pfeilen mit Kennzeichnung der entsprechenden Reformphase(n) deutlich wird. Die halbjährliche Berichterstattung ermöglicht jedoch darüber hinaus, die weitere Entwicklung von Reformen – oder auch ihr Scheitern – in einzelnen Fällen über längere Zeit zu verfolgen und zu analysieren.

Vier Beispiele langfristiger Strukturreformen sollen in diesem Kapitel näher vorgestellt und beleuchtet werden: die großen Reformen in den Niederlanden, Österreich, Großbritannien und Finnland – in zwei Ländern mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und zwei mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen. Diese Beispiele sollen zur Illustration von zwei Fragen dienen: 1. Unterscheiden sich die beiden immer noch gern genutzten Systemtypen hinsichtlich ihrer Reformfähigkeit? 2. Führen die Reformen zu einer Angleichung der Systeme, und zwar dadurch, dass die Systeme jeweils Charakteristika des jeweils ande-

**Systemkonvergenz
durch Reformen?**

ren Typus einbauen, d.h. Wahl und Wettbewerb wird in steuerfinanzierte Systeme eingebaut, während zentrale Planung in GKV-Ländern verstärkt wird?

**Dauert es länger,
GKV-Systeme zu
reformieren?**

Systeme mit gesetzlicher Krankenversicherung bauten traditionell eher auf die Delegation von Aufgaben an nichtstaatliche Akteure (besonders die Krankenkassen, aber auch Verbände von Leistungserbringern), wodurch die Möglichkeit des Parlaments bzw. der Regierung, das System grundlegend zu reformieren, systematisch schwächer sein sollte als in zentral gesteuerten Systemen. Zumindest die Niederlande und Österreich bestätigen diese Einschätzung – den nunmehr durchgeführten Reformen ging eine jahrzehntelange Diskussion der Probleme, die es zu lösen gibt, und der Lösungsmöglichkeiten voraus. Dabei bestand im Kern in beiden Ländern Einigkeit über das zugrunde liegende Problem: die Zersplitterung des Gesundheitssystems.

**Niederlande:
Systemverein-
heitlichung nach
30 Jahren
umgesetzt**

Die Grundidee der 2006er Reform in den Niederlanden ist über 30 Jahre alt: 1974 war zum ersten Mal quasi regierungsamtlich der Plan entstanden, die unterschiedlichen Systeme der Krankenversicherungen für akute Leistungen – d.h. das Krankenkassensystem, die private Krankenversicherung (PKV) und das System für den öffentlichen Dienst – in einem einheitlichen Regelwerk zusammenzufassen. Dies ist seit 2006 nunmehr der Fall. Dazwischen gab es etliche Vorschläge für eine »große« Reform und – immer wieder – teilweise sehr unterschiedliche oppositionelle Koalitionen um die machtvolle Kerngruppe aus Arbeitgebern, Ärzten und privaten Krankenversicherern. Währenddessen fanden allerdings zahlreiche kleinere Reformen statt, die sich zwei großen Strängen zuordnen lassen – beides wichtige Pfeiler der nunmehr erfolgten großen Reform: Ein seit den 80er Jahren verfolgter Reformstrang ist die angestrebte Erhöhung der Gerechtigkeit im System durch schrittweise Reformen im PKV-System (z.B. Einführung eines Basistarifs) bzw. die Angleichung des Zugangs zu den Systemen (z.B. Einbeziehung von Selbstständigen mit niedrigem Einkommen in die GKV).

**Schritt für Schritt
zum großen Ziel**

Der andere, seit Anfang der 90er Jahre sichtbare Strang ist die Einführung von Wettbewerbselementen, d.h. die landesweite Öffnung der Kassen, die Einführung von kassenunterschiedlichen Prämienzuschlägen und das selektive Kontrahieren. Dieser Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen Leistungserbringern war

mit einem Zurückfahren bzw. Abschaffen der Selbstverwaltung und der gleichzeitigen Stärkung der staatlichen Steuerung und Supervision verbunden. Betrachtet man die Entwicklung retrospektiv, könnte man fast den Eindruck eines Stufenplans – mit allerdings vielen Stufen und langen Zwischenzeiträumen – gewinnen, was so natürlich nicht stimmt, aber doch als Beleg des langen Atems der verschiedenen Regierungen gegenüber den Reformgegnern gelten kann.

Anfang der 90er Jahre war die Ausgangsposition in Österreich bezüglich der Leistungserbringer und der Kassen nicht grundlegend anders als in den Niederlanden oder in Deutschland: Die Leistungserbringerseite war durch eine deutliche Trennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor mit unterschiedlicher Leistungsplanung und -vergütung gekennzeichnet. Die größeren Kassen waren regional orientiert, daneben gab (und gibt) es aber eine Reihe kleinerer Kassen (für Betriebe, Landwirte etc.), die oftmals landesweit operieren, womit es in jedem Bundesland eine Reihe von Kassen gibt. Zwar konnten (und können) die Österreicher ihre Kasse nicht wählen, aber trotzdem sind die meisten Probleme ähnlich wie in Ländern mit parallel operierenden wählbaren Kassen: Eine unterschiedliche Risikostruktur der Kassen erfordert ein finanzielles Ausgleichssystem entweder über einen Risikostrukturausgleich (den es in Österreich nicht gibt) oder über gezielte Subventionen. Der bevölkerungsweite Bedarf an medizinischen Leistungen muss kassenübergreifend ermittelt, und die Leistungsplanung sowie Verträge mit den Leistungserbringern müssen zwischen den Kassen entweder koordiniert oder dem Wettbewerb zwischen den Kassen anheimgestellt werden.

Während die Niederlande und Deutschland sich für letzteren Weg entschieden, setzte Österreich auf eine verstärkte kassenübergreifende Planung und Steuerung. Zunächst verloren die Kassen 1978 durch den Österreichischen Krankenhausplan und den nationalen »Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds« de facto ihre Planungs- und Vertragskompetenzen im stationären Sektor. Der ursprüngliche Vorschlag zur 2005er Reform sah dann eine Ausweitung der zentralisierten Steuerung auf alle Sektoren vor; eine 1:1-Umsetzung dieser Idee hätte die Kassen de facto zu Beitragseinzugstellen eines nationalen Gesundheits-

**Österreich:
Ähnliche
Probleme, ...**

**... aber andere
Lösung**

wesens gemacht – praktisch das Spiegelbild des ursprünglichen Vorschlages zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, den Beitragseinzug zu zentralisieren, aber den Kassen das Ausgestalten der Verträge mit den Leistungserbringern zu lassen.

**Gewinner im Streit
Bund – Krankenkassen sind
die Länder**

Obwohl also auch Österreich sich schrittweise dem heutigen Status genähert hat, lag der Entwicklung kein ursprünglicher Masterplan zugrunde. Vielmehr darf die jetzt erreichte starke Regionalisierung des Gesundheitswesens fast als Nebeneffekt des Konfliktes zwischen Wien und den Krankenkassen gelten; im föderalen System ließen sich staatliche Planung und Steuerung nur im Verein mit den Ländern durchsetzen, die sich am Ende einen großen Teil der Kompetenzen durch die geschaffenen Gesundheitsplattformen auf Länderebene selbst zuschrieben.

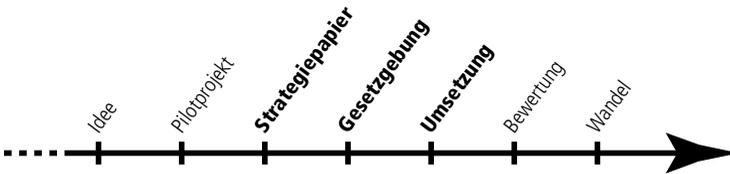
**Unterschiedliche
Akteurskonstellationen
in staatlichen
Systemen**

Steuerfinanzierte Systeme gelten dagegen als staatlich leichter lenk- und damit reformierbar. Dass dies insgesamt tatsächlich der Fall ist, zeigen die Beispiele Großbritannien und Finnland. Besonders in Großbritannien können Reformen schnell umgesetzt werden, da weder langwierige Gesetzgebungsprozesse notwendig sind noch anderweitig existierende Akteure als Zahler oder Leistungseinkäufer im System auftreten. Im Gegensatz zu den skandinavischen und südeuropäischen Ländern, in denen Regionen, Provinzen oder Kommunen mit jeweils eigenen gewählten Parlamenten als Zahler agieren, werden die Health Authorities bzw. jetzt die »Primary Care Trusts« (PCTs) durch den nationalen Gesundheitsdienst NHS geschaffen. Anders als Krankenkassen haben sie wenige Gestaltungsspielräume und sind viel stärker weisungsgebunden. Wie machtvoll der NHS gegenüber seinen Untereinheiten ist, belegt auch deren Anzahl: Aus zuletzt ca. 100 Health Authorities wurden zunächst 500 PCTs, ehe deren Zahl wieder auf rund 100 reduziert wurde. Dies illustriert den großen Gestaltungsspielraum, den das Gesundheitsministerium bzw. der NHS hat – und der auch weidlich genutzt wird, wie die Kette von Reformmaßnahmen zeigt.

Etwas anders sieht die Situation in Finnland aus: Hier obliegt die Gesundheitsversorgung den Kommunen, sodass die Regierung auf ihre Mitwirkung angewiesen ist. Allerdings ist der Spielraum der Kommunen begrenzt: Gerade erst hat Dänemark eine große Verwaltungsreform durchgeführt (siehe die Berichte in »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 3 und 4), durch

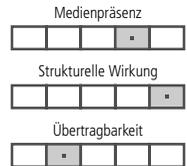
die die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung von den – jetzt aufgelösten – Landkreisen mit eigener Steuerkompetenz auf neu geschaffene, größere Regionen ohne eigene Steuern übertragen wurde. Mit Blick auf die dänischen Erfahrungen hat die finnische Regierung ihren Kommunen im Jahr 2005 erstmals ähnliche Vorschläge unterbreitet – sicherlich nicht zufällig zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kommunen die Gesundheitsreform mit den Wartezeitengarantien umsetzen mussten. Helsinki argumentiert dabei mit dem Hauptziel des Abbaus von medizinisch nicht gerechtfertigten Unterschieden bei Leistungszugang und -erbringung.

Niederlande: Gesundheitsreform 2006 – Was lange währt, wird endlich gut, oder gezielte Salami-Taktik?



Nach einer 30 Jahre währenden Diskussion wurde in den Niederlanden mit Wirkung zum 1. Januar 2006 ein neues Krankenversicherungssystem eingeführt (siehe auch »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 6).

Bereits 1974 wurde mit dem »Hendriks-Plan« das erste Regierungsdokument veröffentlicht, in dem eine einheitliche Krankenversicherung vorgeschlagen wurde. Damit wollte die Regierung die doppelte Trennung des niederländischen Systems beseitigen, die als Ursache für Ungerechtigkeiten bei Finanzierung und Zugang empfunden wurde. Einerseits existierte eine Trennung zwischen dem bevölkerungsweiten System zur Versorgung mit sogenannten außergewöhnlichen Leistungen und dem System der »normalen« Krankenversicherungsleistungen. Andererseits gab es innerhalb des Krankenversicherungsbereichs eine Aufteilung zwischen Krankenkassen, privaten Krankenversicherern und der Versorgung des öffentlichen Dienstes. Es sollten aber noch einmal zehn Jahre verstreichen, bevor erste Reformen erfolgten.



Idee der einheitlichen Krankenversicherung ist über 30 Jahre alt

**PKV-Reformen
verringern
Zugangsprobleme**

Diese betrafen das System der privaten Krankenversicherung (PKV), das einerseits – wie in Deutschland – als Ganzes von einer im Vergleich zu den Krankenkassen besseren Risikostruktur seiner Versicherten profitierte, auf der anderen Seite aber chronisch kranken und/oder älteren Gutverdienern Versicherungsschutz nur gegen sehr hohe Prämien anbot. Gegen beide Verwerfungen schritt der Gesetzgeber ein: So verlangte er ab 1986 einerseits einen Prämienzuschlag (MOOZ) für alle Privatversicherten, die in den Fonds der Krankenkassen floss (zuletzt 10 Euro pro Monat). Andererseits wurde ein PKV-Basistarif für alle PKV-Versicherten geschaffen, die von risikoabhängigen Prämien überfordert waren – ein Problem, das man in den Niederlanden anders als in Deutschland bewusst nicht auf die Krankenkassen abwälzen, sondern innerhalb des PKV-Systems lösen wollte. Der Basistarif wurde mithilfe eines zweiten Prämienzuschlags subventioniert (zuletzt über 30 Euro pro Monat). Diese Zuschläge betrugten also – vor der 2006er Reform – mehr als 500 Euro pro Jahr und Versichertem.

**Die 80er: Such-
bewegungen bei
Beiträgen und
Wettbewerb**

Bereits 1987 regte auch die »Dekker-Kommission« wieder an, die doppelte Trennung des niederländischen Gesundheitssystems aufzuheben. Sie schlug stattdessen einen einheitlichen, einkommensabhängigen Versicherungsbeitrag mit einer kleinen zusätzlichen Kopfprämie vor, die vom Krankenversicherer festgelegt wird. Zudem sollte es möglich sein, Zusatzversicherungen für nicht in der Grundversicherung enthaltene Leistungen abzuschließen. Die Umsetzung gelang damals nicht; allerdings wurden in den Folgejahren schrittweise Veränderungen vor allem im System der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen, die Elemente des Dekker-Plans aufgriffen.

So wurde 1989 eine kleine Zusatzprämie zum lohnabhängigen Beitrag eingeführt, die ab 1991 zwischen den Kassen variierte. Sie trug anfangs weniger als 10 Prozent zu den Ausgaben bei, wuchs aber in ihrer Bedeutung. Außerdem wurde der Leistungskatalog zwischen dem Gesetz über außergewöhnliche Leistungen und dem Krankenkassensystem neu verteilt, da Ersteres auf der Idee bevölkerungsweiter Planung und Letzteres auf Wettbewerb beruhen sollte. So wurden alle psychiatrischen Leistungen 1989 in den »wettbewerbsfreien« Bereich der außergewöhnlichen Leistungen verschoben. Hilfsmittel, Arzneimittel und Re-

habilitation wurden ebenfalls zunächst dem Wettbewerb entzogen, später jedoch wieder dort angesiedelt.

Nach einem Regierungswechsel wurden weitere Änderungen als »Simons-Plan« bekannt. Ab 1992 bestand freie Wahl zwischen allen Kassen, eine prospektive risikobezogene Verteilung der Gelder an die Kassen wurde eingeführt und die Kontrahierungspflicht der Kassen mit allen Leistungserbringern schrittweise zurückgenommen. Kassenwahlfreiheit und prospektive Mittelallokation in Form des Risikostrukturausgleiches wurden noch im selben Jahr in Deutschland in das Gesundheitsstrukturgesetz übernommen.

Da die »große« Reform der Verschmelzung beider Krankenversicherungssysteme sich nicht durchsetzen ließ – u. a. da Ärzte Einkommensverluste bei einer Honorarangleichung befürchteten, Arbeitgeber anführten, dass höhere Beiträge für ihre besser verdienenden Mitarbeiter ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit verschlechterten, und private Krankenversicherer einen Autonomieverlust vermeiden wollten –, konnte auch hier nur schrittweise vorgegangen werden. 1994 wurde einkommensschwachen Pensionären erlaubt, sich im Krankenkassensystem zu versichern; 2000 folgten Selbstständige mit niedrigen Einkünften.

Parallel erfolgte eine Neuverteilung der Macht zwischen Staat und Selbstverwaltung. Letztere wurde abgeschafft und durch zwei Koordinations- bzw. Aufsichtsgremien für die Kassen ersetzt. Damit waren um die Jahrtausendwende innerhalb des Krankenkassensystems die wesentlichen Elemente des Dekker-Plans umgesetzt – aber die Trennung in die verschiedenen Systeme bestand fort, sodass die (nie ganz abgeebbte) Diskussion um die »große Reform« mit Berichten und Empfehlungen mehrerer Kommissionen 2001 erneut aufflammte.

Während über das Ziel einer einheitlichen Versicherung nunmehr weitgehend Einigkeit bestand, gab es doch sehr unterschiedliche Vorstellungen zur Finanzierung – sollte es eine Ausweitung des Krankenkassensystems der lohnabhängigen Beiträge oder ein Pauschalprämienmodell geben? Am Ende lief es auf eine Kombination hinaus. Die Niederländer diskutierten zudem über die Rechtsform der Versicherer im fusionierten System: Auch hier gab es mit privatrechtlichen Versicherern unter staatlicher Regulierung einen Kompromiss.

**Kassenwahlfreiheit
und risiko-
orientierte
Ressourcen-
verteilung**

**Ärzte und Arbeit-
geber fürchten
einheitliche
Versicherung**

**Abschaffung der
Selbstverwaltung
ebnet den Weg**

**Finanzierungsmix
aus Beitrag und
Prämie**

**Ziele des
neuen Systems:
finanzielle Fairness,
mehr Effizienz**

Ziel des neuen Krankenversicherungsgesetzes (Zorgverzekeringswet, ZVW) – in Kraft seit 1. Januar 2006 – ist es, Ungerechtigkeiten beim Krankenversicherungsschutz zu vermeiden. Einkommen, Alter und Gesundheitsstatus sollen nicht länger einen dominierenden Einfluss auf die Art der Krankenversicherung, die Höhe der Versicherungsprämien und den Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Die Einführung eines Pauschalprämien-systems in Kombination mit einem Risikostrukturausgleich für alle Versicherten und die Versicherungspflicht für alle Einwohner der Niederlande sind Elemente des neuen Gesetzes. Zweites Ziel ist es, die Kosten des Gesundheitswesens einzudämmen und die Effizienz zu steigern. Höhere Effizienz soll durch die Ausweitung der Kompetenzen der Krankenversicherungen im Hinblick auf eigenständige, selektive Verträge mit Leistungserbringern und damit stärkeren Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen erreicht werden. Drittens soll das neue System die Transparenz im Vergleich zu dem bisherigen System steigern.

**Zentrales Element:
Kranken-
versicherungs-
pflicht für alle**

Seit Inkrafttreten des ZVW müssen alle Einwohner der Niederlande krankenversichert sein. Versicherte sind frei in der Wahl der Krankenversicherung und können den Anbieter jährlich wechseln. Die bisherige Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung (sowie das Sondersystem für den öffentlichen Dienst) gibt es nicht mehr. Unabhängig von Einkommen, Alter und Gesundheitsstatus zahlen alle Einwohner der Niederlande ab ihrem 18. Lebensjahr eine Pauschalprämie, die von Versicherung zu Versicherung variiert, aber für alle Versicherten bei einem Versicherer gleich ist. Diese im Mittelpunkt des nationalen wie internationalen Interesses stehende Finanzierungsquelle macht etwas über 40 Prozent der Versicherungseinnahmen aus, wohingegen einkommensabhängige Beiträge – die nunmehr auch von den ehemals privat versicherten Personen zu zahlen sind – 50 Prozent beisteuern. Dazu kommen Steuerzuschüsse.

Das eigentliche Krankenversicherungsgesetz wurde durch andere Gesetze im Reformpaket flankiert, nämlich das Versorgungszuschlaggesetz (Wet op de Zorgtoeslag) und das Gesundheitsmarktstrukturgesetz (Wet Marktordering Gezondheidszorg).

Versicherte mit niedrigen Einkommen können einen Zuschuss erhalten, der für Alleinstehende bis zu maximal 400 Euro/Jahr und für Verheiratete bis zu 1.155 Euro/Jahr betragen kann. Der

Zuschuss wird von einer neuen Organisation verwaltet, die mit den Finanzämtern verbunden ist, und er wird auf Basis des Einkommens der letzten Jahre und des erwarteten Einkommens des folgenden Jahres berechnet und gewährt.

Mit dem Gesundheitsmarktstrukturgesetz ändern sich die bisherigen Strukturen im Gesundheitswesen. Ein wesentliches Element ist die wettbewerbsorientierte Steuerung der Beziehung zwischen den wesentlichen Akteuren, z. B. durch die Förderung marktwirtschaftlicher Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Auch nach dem Inkrafttreten des Gesetzes wurde der Krankenversicherungsmarkt zunächst noch durch das niederländische Kartellamt (Nederlandse Mededijningsautoriteit, NMa) kontrolliert. Anfang 2007 hat die im November 2006 neu geschaffene Niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) diese Funktion übernommen. Die NZa ist – laut Gesundheitsmarktstrukturgesetz – Regulierer und Aufsichtsbehörde.

**Neue Regulierungs-
behörde für
neue Wettbewerbs-
struktur**

Unerwartet harsche Kritik wurde während der Reformverhandlungen von einer Allianz aus Arbeitgebern, privaten Versicherern, Krankenhäusern und Verbänden psychisch Kranker in einem gemeinsamen Positionspapier vom November 2004 geübt. Zwar befürworteten sie grundsätzlich die Reform, prognostizierten aber eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge um 20 bis 30 Prozent, steigende administrative Kosten und eine zunehmende Komplexität des Systems. Zudem äußerten sie Zweifel, ob die Reform genug Möglichkeiten schaffen werde, in wettbewerbliche Beziehungen zu treten.

**Reform gegen
Widerstand der
traditionellen
Verbände**

Auch der Berufsverband der Allgemeinmediziner machte Bedenken geltend. Er monierte, dass u. a. der Schutz von Patientendaten, das Berufsgeheimnis der Allgemeinärzte, der Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen und die Finanzierung in der Reform nicht genug Beachtung gefunden hätten.

Patientengruppen befürworteten die Reform. Sie sahen z. B. die erweiterten Wahlmöglichkeiten als Chance für die Patienten. Gleichzeitig wiesen sie jedoch auf die Risiken hin, z. B. im Hinblick auf die Qualität der Versorgung und den Wettbewerb. Durch ihr Lobbying haben sie ermöglicht, dass nicht nur Arbeitgeber, sondern auch Patientengruppen Verträge mit Versicherungen schließen können.

**Patientengruppen
können mit
Versicherungen
verhandeln**

Sozialdemokratische Opposition	Die sozialdemokratische Opposition äußerte vor allem Kritik an der geänderten Finanzierung. Obwohl sie den Bedarf einer Reform (an-)erkannte, war sie mit der Ausgestaltung der Reform nicht einverstanden.
Gleich drei Evaluationsinstrumente	Das neue Krankenversicherungsgesetz sieht die Beurteilung der Effektivität und der Auswirkungen des Gesetzes innerhalb der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten sowie die jährliche Evaluation des Risikostrukturausgleichs vor. Nach zwei und nach fünf Jahren soll zudem eine Evaluation durch ein internationales Expertenteam erfolgen.
Prämien zu Kampfpreisen	Der Übergang in das neue System ist deutlich glatter verlaufen als von vielen befürchtet. So lag der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag im ersten Jahr niedriger als selbst von der Regierung erwartet. Allerdings dürfte dies teilweise darauf zurückzuführen sein, dass die Versicherer zur Gewinnung von Marktanteilen die Prämien für 2006 so niedrig kalkuliert hatten, dass sie nicht kostendeckend waren. Lag 2006 die Prämie im Mittel noch bei 1.050 Euro, so stieg sie in diesem Jahr bereits um 9 Prozent auf 1.142 Euro. Die Bereitschaft der Versicherten, den Krankenversicherungsanbieter zu wechseln, war mit etwa 25 Prozent höher als erwartet – allerdings hatten Medienberichterstattung und Werbung für viel Öffentlichkeit gesorgt und die Wechselwilligkeit angekurbelt. Weiterhin ist auf administrativer Ebene das von den Reformkritikern erwartete Chaos ausgeblieben. Auch die finanziellen Probleme, die seitens der Leistungsanbieter befürchtet worden waren, sind nicht eingetreten.
Säumige Zahler = Nichtversicherte?	Es sieht so aus, als ob die Reform insgesamt Bürger und Patienten stärkt. Der einzelne Versicherte hat mehr Wahlmöglichkeiten und muss von jeder Versicherung angenommen werden. Chronisch Kranke mit hohem Einkommen müssen sich nicht länger gegen hohe Prämien privat versichern, für sie gelten jetzt die gleichen Prämien wie für alle anderen Versicherten auch. Unter dem neuen Gesetz kann erstmalig säumigen Zahlern seitens der Versicherung gekündigt werden. Die Liste möglicher säumiger Zahler ist lang. Sie umfasst beispielsweise Arbeitslose, Analphabeten, Drogenabhängige, aber auch Studierende, Ältere und Selbstständige. Manche Experten schätzen, dass es zwischen 500.000 und 800.000 unversicherte Personen gibt – mehr als in Deutschland! Ob das neue System ausreichend Ausgleich für

Gruppen mit niedrigerem Einkommen schafft, wird noch lange diskutiert werden. Schließlich ist noch offen, wie die Versicherungen mit zahlenmäßig großen Veränderungen in ihrem Versichertenbestand umgehen werden. Probleme können hierbei hinsichtlich der administrativen Kapazität, der Finanzierung und der Vertragsgestaltung mit Leistungsanbietern entstehen.

Langfristig wird sich zeigen, ob mehr Wettbewerb dazu beitragen wird, finanzierbare Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Werden Versicherer im echten Wettbewerb tatsächlich die Bedürfnisse der Versicherten berücksichtigen oder werden sie in einen reinen Preiswettbewerb um die günstigsten Prämien treten, zulasten der Versorgungsqualität?

Viele Ärzte fürchten die zunehmende Einmischung der Krankenversicherungen in ihre ärztliche Tätigkeit, eine Folge der Reform, die die Versicherer kategorisch bestreiten. Ein Versicherer hat aber beispielsweise finanzielle Anreize für Ärzte eingeführt, falls sie – wann immer möglich – die preiswertesten Medikamente verschreiben. Diese Vorgehensweise ist zwar höchst umstritten, aber bisher hat der Versicherer alle Rechtsstreite gewonnen.

Gesundheitspolitiker vieler Industrieländer blicken bei den eigenen Reformbemühungen in die Niederlande. Auch in Deutschland hat die Strukturreform der Krankenversicherungen im Nachbarland die Diskussion über die Einführung von Wettbewerb bzw. wettbewerblichen Elementen in das Gesundheitswesen beeinflusst. Vergessen werden dürfen dabei aber nicht die spezifisch niederländischen Ausgangsbedingungen, das politische »Fenster der Gelegenheit«, das nach jahrelangem Tauziehen schließlich Beschluss und Umsetzung des Reformwegs möglich machte, sowie die Tatsache, dass auch in den Niederlanden nach der Reform vor der Reform ist: So hat die neue Regierung gerade beschlossen, die umstrittene Beitragsrückzahlung für Versicherte ohne Leistungsanspruchnahme zum 1. Januar 2008 zu streichen und durch einen verpflichtenden Selbstbehalt von 150 Euro pro Jahr zu ersetzen.

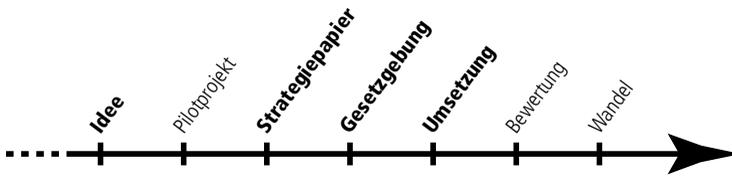
**Mehr Wettbewerb
= nachhaltige
Finanzierbarkeit +
gute Qualität?**

**Reform in den
Niederlanden –
Vorbild für andere?**

Literatur und Links

- Maarse, Hans. »Health Insurance Reform 2006«. *Health Policy Monitor*. März 2006. www.hpm.org/survey/nl/a7/1.
- Van Ginneken, Ewout. »Health Insurance Reform in the Netherlands«. *Health Policy Monitor*. März 2006. www.hpm.org/survey/de/a6/1.
- Den Exter, André, Herbert Hermans, Milena Dosljak und Reinhard Busse. »Health care systems in transition: Netherlands«. Hrsg. Reinhard Busse, Ewout van Ginneken, Jonas Schreyögg und Wendy Wisbaum. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Kopenhagen 2004. www.euro.who.int/Document/E84949.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. A question of demand. The Netherlands 2002. www.minvws.nl/images/broch-question-demand_tcm11-45284.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006. The Netherlands 2005. www.minvws.nl/images/health-insurance-in-nl_tcm11-74566.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. Supplement: The new health insurance system in brief. The Netherlands 2005. www.minvws.nl/images/health-insurance-system_tcm11-62646.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. The new health insurance system in brief. The Netherlands 2004. www.minvws.nl/images/The%20new%20health%20insurance%20system%20in%20brief_tcm11-56142.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. Transitional arrangements for introduction of the Health Insurance Act and Health Care Allowance Act on 1st January 2006. The Netherlands 2005. www.minvws.nl/images/transitional-arrangements_tcm11-74568.pdf.
- Van Ginneken, Ewout, Reinhard Busse und Christian Gericke. »Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden – erste Erfahrungen mit der Mischung aus Kopfpauschalen, Bürgerversicherung und einem zentralen Fonds«. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 60 (7/8) 2006. 10–18.

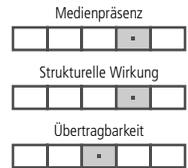
Österreich: »Strukturplan Gesundheit« stärkt die Länder



Mit dem Ziel, das österreichische Gesundheitswesen zu modernisieren und effizienter zu gestalten, hat die Regierung zusammen mit den Bundesländern ein Konzept zur Neustrukturierung der Versorgung entwickelt und 2006 eingeführt: Der »Österreichische Strukturplan Gesundheit« (ÖSG) soll die bislang geltende Kapazitätsplanung im stationären Bereich bis 2010 durch eine integrierte Leistungsplanung ablösen. Der ÖSG wird vorerst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich enthalten. Zudem soll in diesem ersten Schritt eine Bestandsaufnahme über ambulante ärztliche Versorgung, Rehabilitation sowie Alten- und Langzeitversorgung erfolgen, soweit dies die derzeitige Datenverfügbarkeit ermöglicht. Zur Planung im Rahmen des ÖSG wurden 32 Versorgungsregionen festgelegt.

Die im ÖSG 2006 enthaltenen Planungen ermöglichen erstmals einen Überblick über die gesamte Versorgungssituation in den Regionen und damit die Identifikation von Unter- und Überversorgung. Dies ist ein wichtiger Schritt, um sektoral unterschiedliche Regulierungskompetenzen zu überwinden. Darüber hinaus wird durch den ÖSG die Koordination im Gesundheitswesen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern forciert.

Durch die Kompetenzverteilung im österreichischen Gesundheitswesen war eine bevölkerungsweite Versorgungsplanung, die auch die Versorgung außerhalb der Krankenhäuser mit einbezog, immer schwierig. Die Kostenentwicklung im stationären Sektor stellte darüber hinaus eine immer stärkere budgetäre Belastung für die Krankenkassen dar, die etwa die Hälfte der Krankenhauskosten finanzieren. Um die Versorgungsplanung optimieren und die Kostenentwicklung besser kontrollieren zu können, wurden aber bereits früh Maßnahmen getroffen. In den 1980er Jahren entwickelte man erste österreichweite Krankenhauspläne, die jedoch keine Verbindlichkeit erlangten. Eine Reihe strukturpolitischer



**Stationärer Sektor
Vorreiter für
Zentralisierung**

Maßnahmen zur koordinierten Entwicklung im Krankenhaussektor bewirkte u. a. den kontinuierlichen Abbau von Akutbetten. Die Schaffung des sogenannten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), in den alle Krankenkassen einzahlten und aus dem die Krankenhäuser finanziert wurden, war ein erster wichtiger Schritt zur Kontrolle der Kostenentwicklung im Krankenanstaltensektor. Durch die landesweiten Krankenhauspläne und die Schaffung des KRAZAF verloren die Krankenkassen somit schon früh Einfluss auf die Versorgungsplanung und Vertragsgestaltung im stationären Sektor.

**Krankenhaus- und
Großgeräteplanung
in Österreich**

In den 90er Jahren wurde der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) entwickelt und im Zuge der Gesundheitsreform 1997 als verbindliche Grundlage für Planungen und Maßnahmen im Akutbereich der rund 150 öffentlich finanzierten Krankenhäuser von Bund und Ländern einvernehmlich beschlossen und seitdem mehrfach aktualisiert und erweitert. Die eigentliche Finanzierung ging im Gegenzug auf die neu geschaffenen Landesgesundheitsfonds über. Kern des ÖKAP/GGP war die verbindliche Festlegung von Krankenhausstandorten, die Vorgabe von Bettenzahlen für die Krankenhäuser sowie ihrer Fachrichtungsstruktur mitsamt maximaler Bettenzahl. Die Ziele waren, eine regional ausgewogene Krankenhausversorgung zu gewährleisten und die Fachrichtungsstruktur den Erfordernissen der Zukunft entsprechend zu entwickeln. Sowohl zur Qualitätssicherung als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten wurden erstmals Abteilungsgrößen und Erreichbarkeitsrichtwerte verbindlich gemacht. Darüber hinaus wurde der Aufbau fehlender Versorgungsbereiche (z. B. Akutgeriatrie, Palliativmedizin) forciert und die Dezentralisierung und Enthospitalisierung der psychiatrischen Versorgung vorangetrieben. Der Großgeräteplan legte die maximale Anzahl von Geräten im stationären sowie im ambulanten Bereich fest, um regionale Über- und Unterversorgung auszugleichen.

**Ziel: Planung und
Qualitätsstandards
verknüpfen**

Der ÖKAP/GGP allein genügte den komplexen Anforderungen an eine effiziente und effektive Steuerung der gesamten Gesundheitsversorgungsstruktur bald nicht mehr. Dies umso weniger, als Österreich nach einigen Diskussionen in den 90er Jahren im Gegensatz zu Nachbarländern wie der Schweiz oder Deutschland von wettbewerbsorientierten Reformen Abstand nahm. Re-

formen im österreichischen Gesundheitswesen konzentrieren sich seither verstärkt auf die Planung der Versorgung. Daher beschloss Bund und Länder für die Jahre 2001 bis 2004 die gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung prinzipiell aller Sektoren, Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung einschließlich der Schnittstellen zum Pflegebereich. Erstmals erfolgte eine Verknüpfung der Planungen mit Qualitätsstandards. 2006 folgte schließlich der Österreichische Strukturplan Gesundheit, der die integrierte Gesundheitsplanung weiter stärken soll.

Trotz vergleichsweise marginaler Finanzierungsbeteiligung hat der Bund somit spätestens seit 1997 verstärkt begonnen, die Rolle eines zentralen Koordinators für strukturpolitische Maßnahmen und die eines Initiators von Strukturveränderungen zu übernehmen. Er entwickelt Standards für die stationäre Versorgung, legt diese im Einvernehmen mit den Ländern fest und kann Sanktionen setzen, wenn Akteure Vereinbarungen nicht einhalten. Dabei standen bisher vor allem die Planung der stationären und der spitzenmedizinischen Versorgung und die daraus abgeleiteten Vorgaben für die Krankenhäuser im Vordergrund. Die stärkere Regulierungsmacht des Bundes hatte aber einen »Autonomiegewinn« der Bundesländer als politischen Preis und leistete der Dezentralisierung Vorschub. Im föderalen österreichischen System pochten die Länder auf ihr Recht, in die Planung im Gesundheitswesen mit einbezogen zu werden. Die von der schwarz-blauen Nationalregierung vorangetriebene Gesundheitsreform 2005 knüpft an diese Entwicklung an. Auf Landesebene sollten bis Ende 2005 »Gesundheitsagenturen«, später umbenannt in »Gesundheitsplattformen«, eingerichtet werden, die die regionale Versorgung steuern sollen.

Mit dem Ziel, die Gesamtverantwortung für die Leistungsanbieter und die Krankenversicherer wahrzunehmen, haben die neun österreichischen Bundesländer die Gesundheitsplattformen mittlerweile errichtet. Diese arbeiten eng mit der ebenfalls neu geschaffenen Bundesgesundheitsagentur zusammen. Vertreten in den Plattformen sind Länder und die Sozialversicherung (zu je gleichen Teilen) sowie der Bund. Eine Kernaufgabe der Landesgesundheitsplattformen ist die Koordination und Steuerung der ambulanten und der stationären Versorgung. Eine weitere Kernaufgabe ist die Errichtung von Schnittstellen zwischen den bei-

**Der Spagat
zwischen
Regulierung und
Dezentralisierung**

**Gesundheits-
plattformen auf
Länderebene**

den Versorgungsbereichen, um integrierte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Doppeluntersuchungen und Wartezeiten sollen in Zukunft vermieden werden (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 4).

**Reformpool für die
Finanzierung von
IV-Projekten**

Die finanziellen Mittel zur besseren Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung werden in einem sogenannten Reformpool zur Verfügung gestellt und umfassen zunächst ein Prozent der Gesamtmittel für die ambulante und stationäre Versorgung, d.h. rund 120 Millionen Euro für die Jahre 2005 und 2006. Für die Jahre 2007 und 2008 wird der Pool auf 240 Millionen Euro verdoppelt. Die Gelder werden überwiegend für Modellprojekte der integrierten Versorgung aufgewendet – eine Anlehnung an das 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz in Deutschland ist unverkennbar –, allerdings geht Österreich weiter, indem es durch die Verdoppelung der finanziellen Mittel sehr viel stärkere Anreize für Strukturveränderungen setzt.

Qualitätskontrolle

Mit der verstärkten Angebotsplanung durch die Gesundheitsplattformen sollen Leistungen der Gesundheitsversorgung definiert werden, die einerseits bedarfsorientiert sind und andererseits definierte qualitative Voraussetzungen erfüllen. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 hat die neu geschaffene Bundesgesundheitsagentur landesweit gültige Qualitätskriterien entwickelt, die sich an der Versorgungsebene, der personellen und infrastrukturellen Ausstattung und der Mindestmenge von Leistungen orientieren. Die Kriterien unterstützen das Ziel der sektorübergreifenden Zusammenarbeit.

**Länder als
Gewinner der
Gesundheits-
reform 2005**

Die größten Gewinner der 2005er Reform waren sicherlich die Länder, die nunmehr endgültig zu entscheidenden Akteuren der Gesundheitsversorgung geworden sind. Im Verlauf der Verhandlungen um die Reform konnten aber letztlich auch die Gebietskrankenkassen ihre Autonomie bei den Vertragsverhandlungen um Leistungen zum Teil erhalten. Sie sind in den Gesundheitsplattformen vertreten und haben bei Beschlussfassungen, die den ambulanten Bereich betreffen, die Mehrheit in diesem Gremium. Auch die Ärztekammern erstritten während der Verhandlungen das Recht, an den Gesundheitsplattformen teilzuhaben. Trotzdem sind sie mit dem Ergebnis der Reform nicht zufrieden.

Sie warnen davor, dass Krankenkassen und Krankenhäuser intensiv Preis-Dumping-Strategien zulasten der ambulant tätigen

Ärzte verfolgen. Als Beispiel wird die Ablehnung neuer koloskopischer Untersuchungen bei präventiven Untersuchungen genannt. Die Ärztekammer war nicht bereit, die Gebührenordnung der Krankenkassen zu akzeptieren. Daher haben die Krankenkassen den Krankenhäusern Angebote unterbreitet. Da die Grenzkosten der Krankenhäuser aufgrund vorhandener Kapazitäten geringer sind als die der (niedergelassenen) Praxen, erhielt der stationäre Sektor den Zuschlag.

Im Hinblick auf den Reformpool haben die Ärztekammern Projekte zur Finanzierung von Weiterbildungen und die Gründung von Gemeinschaftspraxen, bestehend aus Allgemeinmedizinern und Fachärzten, forciert. Diese Praxen sollen außerhalb der regulären Öffnungszeiten die erste Anlaufstelle für Patienten sein und die teureren Ambulanzen in Krankenhäusern entlasten.

Der Präsident der Tiroler Ärztekammer Artur Wechselberger begrüßt das zunehmende »Outsourcing« von Krankenhausleistungen an niedergelassene Ärzte, vermisst aber weiterreichende Regelungen. So sollten seiner Ansicht nach neue Formen der Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Ärzten gesetzlich erlaubt werden, z. B. die Gründung von ärztlichen GmbHs. Weiterhin fehlen seiner Meinung nach gesetzliche Regelungen zur Finanzierung von Bereitschaftsdiensten und institutioneller Langzeitpflege. Darüber hinaus kritisiert der Ärztekammerpräsident die Dominanz der Vertreter des Landes, der Krankenkassen und der Krankenhäuser in den Gesundheitsplattformen, wohingegen Ärztekammer und Patienten dort nur jeweils einen Vertreter hätten.

Konrad Köck, Generaldirektor der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, hat die Gesundheitsplattformen begrüßt. Besonders positiv hebt er die Suche nach neuen Kooperationsformen hervor, von denen auch die Ärzte profitieren. Ein Projekt, über dessen Umsetzung er sich sehr freuen würde, ist das von der Kasse bereits erarbeitete Disease-Management-Programm zu Diabetes mellitus Typ 2. Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse erwarten, dass die neue Organisationsstruktur den Beweis erbringen kann, dass niedergelassene Ärzte mit gleicher Qualität, aber kosteneffizienter arbeiten als ihre Kollegen in den Krankenhausambulanzen. Sie sind der Meinung, der Erfolg der Strukturreform werde maßgeblich durch die Projekte des Reformpools bestimmt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Öffnung der

**Ärztekammern
gegen niedrige
Gebühren**

**Zuspruch der
Krankenkassen**

Erstmals sektor-
übergreifende
Planung

Krankenhäuser für niedergelassene Ärzte, die nun z. B. Magnet-Resonanz-Tomografen oder Operationssäle mitnutzen können.

Trotz Zugeständnissen an Krankenkassen und Länder ist mit der Errichtung der Bundesgesundheitsagentur, den Gesundheitsplattformen auf Länderebene und dem ÖSG ein entscheidender Paradigmenwechsel in der Gesundheitsplanung eingeleitet worden: Die herkömmliche Kapazitätsplanung nur der stationären Versorgung wird durch eine gemeinsame, einheitliche Rahmenplanung abgelöst, die auf der Methodik der Leistungsangebotsplanung basiert. Die Planung umfasst erstmals das gesamte Gesundheitswesen und erfolgt integriert. Doppeluntersuchungen und unnötiger Mehraufwand können besonders durch einheitliche Patientenakten vermieden werden. Der integrierte Ansatz ist eine entscheidende Weichenstellung für politisch gewollte und fachlich sinnvolle Leistungsverlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems, etwa vom stationären in den ambulanten Bereich, und bildet damit die Basis für die Umsetzung in den Landesgesundheitsplattformen und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Literatur und Links

Hofmarcher, Maria M., Gerald Röhrling, Andreas Birner und Gerhard Füllöp. »Integration of care after the 2005 health reform«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/at/a7/1.

Hofmarcher, Maria M., Josef Probst und Romana Ruda. »New rules for preventive health check-ups«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2005. www.hpm.org/survey/at/a6/2.

Hofmarcher, Maria M., und Gerald Röhrling. »Integration of care after the 2005 health reform«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/at/a7/1.

Hofmarcher, Maria M. »Austrian Health Reform 2005: Agreement reached«. *Health Policy Monitor*. November 2004. www.hpm.org/survey/at/a4/1.

Hofmarcher, Maria M., und Monika Riedel. »The Austrian Health Reform 2005«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2004. www.hpm.org/survey/at/a4/4.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. »ÖSG – der neue Weg in der Gesundheitsstrukturplanung«. www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0037/CMS1136983382893/oeshg_der_neue_weg.pdf.

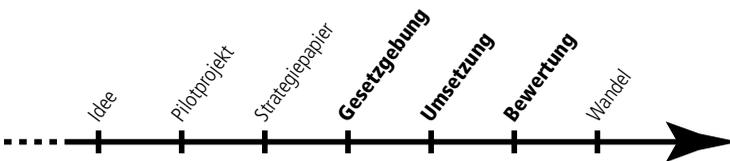
Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen. »Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006 – ÖSG 2006«. Wien 2006. www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0037/CMS1136983382893/oeshg2006_280606.pdf.

Hofmarcher, Maria, und Herta Rack. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Berlin 2006.

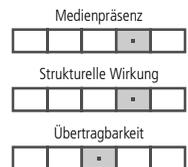
Medizin Medien Austria. »Tiroler Gesundheitsplattform konstituiert – Papiertiger oder Reformmonitor?« *Medical Tribune* 10 2006. www.medizin-medien.info.

Republik Österreich. Bericht über Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege. ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/hc_ltc2005_at_de.pdf.

England und Wales: Zehn Jahre Labour – Mehr Markt, mehr Wahl auch im Gesundheitswesen



Der nationale Gesundheitsdienst NHS gilt in Großbritannien als eine der größten Errungenschaften der Nachkriegszeit. Das Prinzip der Gleichheit – medizinische Betreuung muss allen Menschen entsprechend ihrem Bedarf und nicht nach der Größe ihres Geldbeutels offenstehen – ist heute noch immer so populär und wichtig wie zur Zeit der Gründung des NHS. Trotz – oder wegen? – dieser Popularität und Sichtbarkeit wird der NHS permanent reformiert.



**Modernisierung
ohne Wertewandel**

Nach ihrer Amtsübernahme im Jahr 1997 hatte die Labour-Regierung die Reform des Gesundheitswesens zu einem zentralen Thema ihrer politischen Agenda gemacht. Im Health Plan 2000 beschrieb die Regierung die Reformziele, wobei die Gründungsmaximen des NHS – »universell, umfassend und kostenlos am Punkt der Leistungserbringung« – erhalten bleiben sollten. Vorrangiges Reformziel war die Reduzierung langer Wartezeiten. Weitere Reformbestrebungen betrafen die Verbesserung der Behandlungsqualität sowie die Reduzierung sozialer Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die einzelnen Reformmaßnahmen konnte die Labour-Regierung dank ihrer großen Parlamentsmehrheit in den ersten beiden Legislaturperioden leicht durchsetzen.

**Fit für das
21. Jahrhundert**

Die britische Regierung war und ist sich bewusst, dass der NHS nicht in allen Bereichen mit den Veränderungen in der Gesellschaft Schritt gehalten hat und dass Reformen notwendig sind. Vor allem die Finanzierung des NHS ist hinter die Finanzierung der Gesundheitssysteme vergleichbarer Länder zurückgefallen. Nach Ansicht vieler Experten war in den vergangenen Jahrzehnten zu wenig in den NHS investiert worden. Dies führte dazu, dass Patienten zum Teil zu lange auf bestimmte Behandlungen warten mussten und nicht alle Erwartungen an die gesundheitliche Betreuung erfüllt wurden. Die Blair-Regierung führt daher seit 2000 unter dem Titel »The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform« das größte Reform- und Investitionsprogramm in der Geschichte des NHS durch, das den NHS für das 21. Jahrhundert fit machen soll.

**Mehr Mittel,
weniger
Wartezeiten**

Die Verringerung von Wartezeiten im NHS erreichte die Regierung u. a. durch die Aufstockung des Gesundheitsetats von 6,8 Prozent (1997) auf 7,7 Prozent (2002) des Bruttoinlandsproduktes. Die bis dato äußerst niedrigen Gesundheitsausgaben sollten schrittweise an den Durchschnitt der EU-Staaten angeglichen werden. Die Gelder wurden zu großen Teilen für mehr Personal ausgegeben, da die Wartezeiten häufig auf Personalmangel zurückgeführt wurden. Neben den Krankenhäusern profitierten besonders die Hausärzte durch Bonuszahlungen für qualitätsorientierte Versorgung (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 4).

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität der Versorgung und besserer Effizienz und Beschaffenheit des NHS schuf die Regie-

nung bereits 1999 das Nationale Institut für Gesundheit und Qualität (NICE). Die Aufgaben des NICE sind die Identifikation von geografischen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie besonders die Prüfung neuer Behandlungsmethoden. NICE untersucht Behandlungen – vor allem Arzneimitteltherapien – auf ihren klinischen Nutzen und ihre Kosteneffektivität und empfiehlt ihre (Nicht-)Nutzung im NHS (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 2).

**NICE setzt
Qualitäts- und
Kosteneffektivitäts-
standards**

Mit der Einführung eines Fallpauschalensystems (Healthcare Resource Groups, HRGs) wurde versucht, in den NHS-Krankenhäusern die bereits kurze Verweildauer weiter zu reduzieren und Produktivität und Qualität der Leistungen zu erhöhen. Die Reformen haben tatsächlich zu einer Verringerung der Wartezeiten beigetragen (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 6). Ob aber durch die HRGs eine Qualitätssteigerung erreicht wird, ist fraglich, da passende Qualitätsindikatoren fehlen und die Gefahr besteht, dass Patienten zu früh entlassen werden.

**Höhere
Produktivität durch
Fallpauschalen**

Ein weiterer Reformbaustein war die Einführung von Leistungskriterien in Krankenhäusern, was zu einer besseren Produktivität beitragen soll. Bei Nicht-Erreichen der Kriterien kann der NHS das Management einer Einrichtung entlassen. Sind die Kriterien aber erfüllt, erhält das Management durch die Umwandlung der Krankenhaus-Trusts in einen »Foundation Trust« mehr unternehmerische Entscheidungsspielräume sowie ein größeres Jahresbudget (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 4). Durch die Vergabe von Sternen für Krankenhäuser soll Transparenz für Patienten hergestellt werden. Die Bewertung orientiert sich an Wartezeiten, behandlungsspezifischen Daten und dem finanziellen Management des Krankenhauses. Experten bezweifeln aber, dass Patienten mit den angegebenen Daten im Ranking in der Lage sind, eine richtige Wahl für ihre individuelle Behandlung zu finden.

**Führt Krankenhaus-
Ranking zu
mehr Qualitäts-
transparenz für
Patienten?**

Weiteres marktorientiertes Element der Reform im Krankenhaussektor sind größere Wahlfreiheiten für Patienten (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 3). Sie bekommen nun vom Hausarzt die Möglichkeit, zwischen vier bis fünf Krankenhäusern zu wählen und werden nicht mehr direkt in ein bestimmtes Krankenhaus eingewiesen.

**Mehr Wahl-
möglichkeiten für
Patienten**

Stoff für fachpolitische und grundsätzliche Diskussionen lieferte vor allem auch das neugestaltete Verhältnis zwischen staat-

Was bringen Outsourcing und Verträge mit privaten Dienstleistern?	lichem NHS und privaten Akteuren: Zunächst wurde mit der »Private Finance Initiative« ein Instrument geschaffen, mithilfe dessen private Investoren Krankenhäuser für den NHS bauen, die dieser zu festen Konditionen langfristig nutzt. Neuerdings schließt der NHS darüber hinaus auch Verträge mit privaten Leistungserbringern, besonders mit ambulanten Diagnostik- und Therapiezentren. Die Nutzung privater Anbieter, so Experten, kann den NHS allerdings teurer zu stehen kommen als die Finanzierung neuer öffentlicher Einrichtungen.
Trotz Reformen: Zugang bleibt einkommensabhängig	Auch wenn die Wartezeiten bei der Behandlung einiger Indikationen in den letzten Jahren zurückgegangen sind, ist nicht deutlich, ob sich der Zugang der Gesamtbevölkerung zum Gesundheitswesen verbessert hat. Studien, die Morbidität als Bedarf annehmen und Inanspruchnahme von Leistungen als Parameter für Zugang nehmen, zeigen Unterschiede beim Zugang verschiedener Einkommensgruppen, wobei mit dem Einkommen der Zugang steigt. Diese Ergebnisse widersprechen den Zielen der Labour-Regierung.
Geld alleine reicht nicht aus	Fraglich ist auch, ob Budgetausweitungen als Hauptanreiz reichen, um den NHS zu verbessern. Experten zufolge haben die Reformmaßnahmen der vergangenen neun Jahre nicht die Strukturen des NHS modernisiert. Unzureichend aufeinander abgestimmte Einzelreformen zur Einführung marktwirtschaftlicher Elemente haben den Grundwerten des NHS eher entgegengewirkt. Die positiven Effekte bei der Verringerung der Wartezeiten sind größtenteils den Budgetausweitungen zu danken, nicht aber der strukturellen Modernisierung des NHS.
Grundwerte des NHS bedroht	Wissenschaftler fürchten, dass ein erhöhtes Budget und die wettbewerbsorientierten Reformen dem NHS langfristig sogar schaden könnten, da die Strukturen des NHS nicht grundlegend verändert wurden, sondern durch Marktelemente ins Wanken gerieten. Wenn in den kommenden Jahren die Aufstockung des jährlichen Gesundheitsbudgets wieder abnimmt, könnten die alten Probleme bald wieder zurückkehren.

Literatur und Links

Oliver, Adam. »Progress on Waiting Times (April-August 2006)«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/uk/a8/4.

Oliver, Adam. »Health care reform in England: progress and plans«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/uk/a7/2.

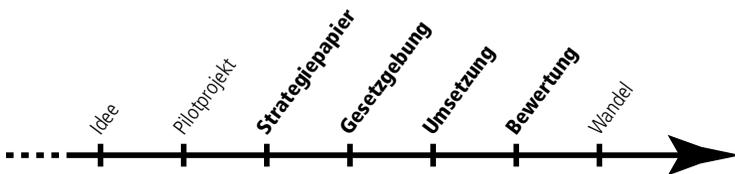
The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform, www.nhs.uk/nhsplan.

Department of Health. »2006 – A year of Transition, a Year of Reform«. London 2006. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4126157&chk=NVWlq%2B.

NHS. »About the NHS – How the NHS works«. www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Default.cmsx.

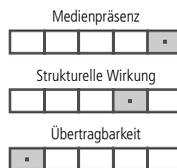
Oliver, Adam. »The English National Health Service: 1979–2005«. *Health Economics* 14 (S1) 2005. S75–S99.

Finnland: Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch



Im Jahr 2001 erschienen die steigenden Kosten für das Gesundheitswesen sowie die Probleme bei der Bereitstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung – eingeschränkt besonders durch lange Wartelisten in manchen Landesteilen – nicht zuletzt aufgrund eines zehnwöchigen Ärztestreikes wieder sichtbar auf der politischen Tagesordnung.

In der Folge veröffentlichte die Regierung den Nationalen Aktionsplan für das Gesundheitswesen 2002-2007 und übertrug die Ausarbeitung dem Sozial- und Gesundheitsministerium. Die Emp-



Finnland: Aktionsplan 2002–2007

fehlungen sollten in Zusammenarbeit mit regionalen und kommunalen Behörden, regierungsunabhängigen Organisationen und anderen Beteiligten umgesetzt werden.

Der Aktionsplan ist sehr umfangreich und enthält u. a. folgende Elemente:

1. Zugang zu Behandlung: Die Behandlung von Patienten soll binnen maximaler Wartezeiten gewährleistet werden, d.h. medizinische Grundversorgung innerhalb von drei Tagen, Zugang zu einem Spezialisten binnen drei Wochen und Behandlung innerhalb von drei bis sechs Monaten.
2. Kommunale Dienste: Die kommunalen Gesundheitsdienste sollten auf regionaler Ebene zu größeren funktionalen Einheiten zusammengefasst werden (siehe hierzu den Bericht in »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 3). Die Leistungen sollten gemeinsam mit denen der Sozialdienste erbracht werden, wobei in dünn besiedelten Gebieten eine regionenübergreifende Zusammenarbeit möglich ist.
3. Spezialisierte Gesundheitsversorgung: Krankenhausbezirke sollten zusammengefasst oder ihre Zusammenarbeit erweitert werden, um ein gemeinsames Angebot spezialisierter Gesundheitsversorgung vorzuhalten.
4. Strukturreform: Die Reform des Gesundheitssystems sollte in Zusammenarbeit zwischen dem Sozial- und Gesundheitsministerium und der Finnischen Vereinigung der Kommunen und Regionen entwickelt und schrittweise eingeführt werden.
5. Arbeitskräftemangel: Um den Ärztemangel zu beheben, sollten die medizinischen Fakultäten die Aufnahme von Studienanfängern von 550 im Jahre 2002 auf jährlich 600 erhöhen. Ärzte sollten mindestens neun Monate in Gesundheitszentren praktizieren und die entsprechende Gesetzgebung zu Ausbildung und Qualifikationen soll ergänzt werden.
6. Gehaltssysteme: Diese sollten durch ein Vergütungssystem ersetzt werden, das Anreize setzt und die Effizienz fördert.

**Wartezeiten im
Mittelpunkt des
Interesses**

Viele Jahre war der Zugang zur Primärversorgung mit langen Wartezeiten verbunden. Hauptgrund der Wartelisten war Personalmangel an primären Versorgungszentren und Krankenhäusern v.a. in entlegenen Kommunen. Im Jahr 2001 hatte die Regie-

rung in ihrem Projekt zum Schutz der zukünftigen Gesundheitsversorgung angekündigt, die Überwindung geografischer Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung gesetzlich zu regeln und den Zugang für die ländliche Bevölkerung zu verbessern. Eine Arbeitsgruppe des Sozial- und Gesundheitsministeriums erhielt den Auftrag, entsprechende Vorschläge zur Verringerung der Wartezeiten zu erarbeiten. Heraus kam eine Mischung von allgemeinen und indikationsspezifischen maximalen Wartezeitgarantien (s.o.). Sollte die stationäre Behandlung innerhalb der gesetzten Fristen nicht möglich sein, ist die Behandlung entweder in einem anderen Krankenhausbezirk oder von einem privaten Krankenhaus ohne Extrakosten für den Patienten durchzuführen.

Um den Spagat zwischen einer allgemeinen Garantie, die im Einzelfall nicht angemessen ist, und indikationsspezifischen Garantien, die dazu führen können, dass Patienten mit anderen Diagnosen ggf. länger warten müssen, zu umgehen, wurden insgesamt 193 indikationsspezifische Garantien entwickelt, die 80 Prozent aller Nicht-Notfall-Patienten berücksichtigen. Dabei wurden bestehende, aber nicht verbindliche Leitlinien zur Grundlage gemacht.

Die Aussicht, von der nationalen Regierung verpflichtende Vorgaben für ihre ureigene Zuständigkeit der Gesundheitsversorgung zu erhalten, machte die Kommunen zu Gegnern des Gesetzes. Für eine veritable Opposition reichte es allerdings nicht, da die Kommunen erstens inhaltlich schlecht gegen eine Verringerung von Ungleichheiten argumentieren konnten und zweitens mit dem vollständigen Verlust ihrer Gesundheitskompetenzen wie in Dänemark bedroht waren. Die privaten Gesundheitseinrichtungen hingegen unterstützten das Gesetz, erhofften sie sich doch mehr Patienten, da die öffentlichen Krankenhäuser die Zeiten nicht würden einhalten können. Wie im Aktionsplan vorgesehen, trat das verpflichtende Gesetz zur Verringerung der Wartelisten im März 2005 in Kraft.

Anfang 2006 wurden die Auswirkungen des Gesetzes zur Verringerung der Wartelisten erstmals evaluiert. Danach führten die gesetzlich festgelegten zeitlichen Behandlungsgarantien zu signifikanten Verbesserungen beim Zugang zur Primärversorgung, auch wenn nicht alle Ziele erreicht wurden. Im Februar 2006 lebten 80 Prozent der Bevölkerung in Kommunen ohne Zugangs-

Allgemeine und indikationsspezifische Wartezeiten

Kommunen dagegen, private Leistungserbringer dafür

Evaluation zeigt deutlich verbesserten Zugang

schwierigkeiten zur Primärversorgung – Anfang 2005 waren dies lediglich 37 Prozent. Betrachtet man die tatsächlichen Patienten, wurde sogar bei 96 Prozent das Limit von maximal drei Werktagen eingehalten – im Januar 2005 war dies nur bei 49 Prozent der Fall.

**Wartezeiten bei
Spezialeingriffen
halbiert,
Personalmangel
weiter akut**

Warteten Anfang 2005 noch 41.000 Patienten länger als sechs Monate auf eine spezielle Behandlung, betrug diese Zahl im Dezember 2005 nur noch knapp 20.000.

Die kommunalen Gesundheitseinrichtungen sind trotz der Ergebnisse mit der Reform nicht zufrieden. Sie beklagen weiterhin akuten Personalmangel und verweisen vielfach an private Krankenhäuser, die von der Reform profitieren. Die Regierung wird sich in Zukunft mit Personalmangel in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen beschäftigen müssen, da die Verlagerung der Patienten vom öffentlichen in den privaten Sektor das grundlegende Problem nicht gelöst hat.

Literatur und Links

Vuorenkoski, Lauri. »Centralizing supervision of health services«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/fi/a7/2.

Vuorenkoski, Lauri, Ilmo Keskimäki. »Ensuring access to health care«. *Health Policy Monitor*. April 2004. www.hpm.org/survey/fi/a3/3.

Ministry of Social Affairs and Health. »Decisions in Principle by the Council of State on securing the future of health care«. Helsinki 2002. www.pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/bro02_6/bro02_6.pdf.

Ministry of Social Affairs and Health. »Access to treatment«. www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/healt/access/index.htx.

Ministry of Social Affairs and Health. »Health Care Services are improving: Timeframes for access to non-emergency treatment«. www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3524/index.htx.

Bedarfsorientierte Versorgung

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) definiert Bedarf an medizinischer Versorgung »als ein[en] Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt«. Dabei ist Bedarf von Nachfrage zu unterscheiden. Nachfrage, auch subjektiver Bedarf bzw. Bedürfnis genannt, ist in diesem Kontext der subjektive Wunsch nach einer Behandlung bzw. Leistungsanspruchnahme. Gibt es auf eine Nachfrage noch kein Angebot (keine Behandlungsmöglichkeit), existiert definitionsgemäß auch kein Behandlungsbedarf. Man spricht dann von latentem Bedarf, der im Falle einer neuen Therapie zum objektiven Bedarf wird. Objektiver Bedarf entsteht, wo subjektiver Bedarf professionelle, also ärztliche Bestätigung findet und eine Krankheit, eine Funktionseinschränkung oder deren möglicher Eintritt festgestellt wird. Objektiver Bedarf, dem keine Inanspruchnahme folgt, bezeichnet man ebenfalls als »latenten« Bedarf (SVR 2000/2001).

Der Versorgungsbedarf eines Gesundheitssystems orientiert sich nicht am individuellen objektiven Bedarf, sondern am Bedarf von Versichertenpopulationen bzw. definierten Patientengruppen – z. B. allen Personen mit einer bestimmten Indikation. Für die Feststellung des Bedarfs solcher Zielgruppen werden z. B. epidemiologisch geschätzte Vorkommenshäufigkeiten und -ausprägungen zugrunde gelegt (SVR 2000/2001). Bedarfsbestimmungen können sich auch, wie im englischen Gesundheitsdienst NHS, an Mortalitätsdaten orientieren. Für präzisere Schätzungen des objektiven Bedarfs werden dort seit Mitte der 90er Jahre auch Indikatoren wie der Anteil chronisch Kranker, die Arbeitslosenquote und der Anteil an Ein-Personen-Haushalten als bedarfs erhöhend berücksichtigt (Schwartz und Busse 2003: 528).

Bedarf einer Zielgruppe relevant

**Bedarfsgerechte
Versorgung**

Eine Versorgung ist nicht bedarfsgerecht, wenn Über-, Unter- oder Fehlversorgung bestehen. Werden Versorgungsleistungen gewährt, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinausgehen und keinen oder keinen hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen haben, spricht man von medizinischer »Überversorgung«. Wird eine Behandlung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf verweigert oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichem Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind, spricht man von »Unterversorgung«. »Fehlversorgung« ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotenzial ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen (SVR 2000/2001: 50–51).

**Lücke zwischen
Bedarf und
Nachfrage**

Ziel einer bedarfsorientierten Versorgung ist es, die Gesundheitsversorgung optimal am objektiven Bedarf einer Bevölkerung, also dem medizinisch festgestellten Bedarf, für den Behandlungsmöglichkeiten vorliegen, auszurichten. Die Hürde, die zwischen dem objektiven Bedarf und der tatsächlichen Nachfrage nach einer Gesundheitsleistung bestehen kann, wird auch als Maß für Bedarfsgerechtigkeit (»equity«) bezeichnet. Der Idealzustand von »equity« wäre dann erreicht, wenn alle Personen bei vergleichbarem Gesundheitszustand unabhängig von Geschlecht, Alter, Beruf, Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit und Religion die gleichen Gesundheitsleistungen nachfragen können (Schwartz und Busse 2003: 528–529). Die in diesem Kapitel beschriebenen Projekte zielen unter anderem darauf ab, diese Hürde zu verringern.

**Frauen in Israel
schlechter gestellt**

So soll z. B. in Israel ein innovatives, interaktives E-Learning-Programm für Ärzte der Primärversorgung die Gesundheitsversorgung von Frauen im israelischen Gesundheitssystem verbessern helfen. Eine nationale Studie des Jahres 1998 ergab, dass das israelische Gesundheitssystem Frauen speziell bei psychosozialen Fragen und in der Prävention keine adäquate Versorgung bietet. Außerdem ist ihr Gesundheitszustand relativ schlechter – und zwar sowohl im Vergleich zu israelischen Männern als auch im Vergleich zu Frauen in anderen westlichen Ländern. Diese Studie deckte somit einen objektiven Bedarf auf, dem keine ange-

messene adäquate Versorgung gegenüberstand. Es handelt sich dabei um Unter- bzw. Fehlversorgung. Ein großes Förderprojekt der Jüdischen Vereinigung Cleveland hat zum Ziel, diese Unter- bzw. Fehlversorgung für Frauen in Israel abzubauen. Als Teilprojekt entwickelte der größte israelische Krankenversicherer Clalit ein innovatives Schulungsprogramm für Ärzte der Primärversorgung. Darin wird den Ärzten Wissen in Themen wie »geschlechtsspezifische Gesundheit«, »Pubertät«, »Wechseljahre« und »Osteoporose« mittels einer interaktiven E-Learning-Methode vermittelt.

Die Versorgung psychisch Kranker ist in vielen Ländern noch unzureichend. Wir berichten exemplarisch über Ansätze in Kanada und Israel, die Unterversorgung auf diesem Gebiet zu beseitigen. In Kanada waren die Versorgungsmöglichkeiten von psychischen und Sucht-Erkrankungen bisher über das Land verstreut; viele Patienten erhielten keine angemessene Behandlung (siehe den Bericht aus Kanada, S. 57). Mittels einer nationalen Strategie will man psychischen Erkrankungen und Drogenabhängigkeit vorbeugen und die Integration der verschiedenen Leistungsanbieter vorantreiben, um so langfristig eine bessere Versorgung zu sichern. Dabei soll unter anderem der Bedarf verschiedener Bevölkerungsgruppen (wie der Ureinwohner Kanadas, der Kinder, Immigranten und Senioren) berücksichtigt werden.

Auch in Israel soll die Qualität der Versorgung von Menschen, die an psychischen Erkrankungen oder Sucht leiden, verbessert werden (siehe den Bericht aus Israel, S. 60). Die Versorgung psychischer Erkrankungen ist in Israel nicht Teil des Leistungskataloges der Krankenkassen, sondern wird direkt vom Gesundheitsministerium bereitgestellt. Dieser Bereich ist seit jeher durch lange Wartezeiten und Unterversorgung gekennzeichnet. Der dramatische Anstieg von psychischen Erkrankungen in Israel bedingt einen steigenden Bedarf. Dem steht ein seit Jahren stockender Reformprozess gegenüber, dessen Ziel es ist, die Zuständigkeit für die Versorgung psychisch Kranker an die vier Krankenkassen zu übertragen (Rosen 2003: 125). Eine Krankenkasse bereitet sich auf die neue Zuständigkeit schon vor, indem sie die Primärärzte in der Diagnose und Behandlung von psychisch Erkrankten schult.

Israel hat erkannt, dass bedarfsgerechter Versorgung immer auch Überlegungen bezüglich der Strukturqualität von Ärzten

**Unterversorgung
psychisch Kranker**

**Schulungs-
programm für
Primärärzte**

Strukturqualität = Teil der Bedarfs- orientierung	<p>und Einrichtungen vorausgehen müssen. Hohe Strukturqualität ist dort vorhanden, wo die Qualität der Versorgung gesundheitliche Vorteile für die nachfragende Bevölkerung nach sich zieht. Erst wenn die Ärzte ausreichend Kenntnisse in einem Fachgebiet haben und die entsprechende diagnostische Infrastruktur vorhanden ist, können sie einschätzen, ob der subjektive Bedarf eines Patienten dem tatsächlichen, objektiven Bedarf entspricht, und somit, ob eine Therapie nötig ist und erstattet werden muss (SVR 2000/2001: 59).</p>
Nicht Gießkannen-, sondern Bedarfsprinzip	<p>Immer wieder wird in England der Zustand des Gesundheitswesens bezogen auf Ungleichheit, Chancengleichheit und Gerechtigkeit analysiert. Ein Bericht von Sir Acheson (1998) zu sogenannten Gerechtigkeitsüberprüfungen (»equity audits«) wurde für Planungen des Nationalen Gesundheitsdienstes verbindlich. Seither müssen für klar definierte Bevölkerungsgruppen »Ungleichheiten bei Krankheitsursachen, im Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlung systematisch überprüft« werden. Dabei ist das Ziel, dass die Mittel nicht gleich, sondern nach Bedarf verteilt werden (Schwefel 2006: 75–76). Wir stellen zwei Projekte aus England und Wales vor, die genau das verdeutlichen (siehe die Berichte aus England, S. 51, und aus England und Wales, S. 54).</p>
NICE dämmt »Verschreiben nach Postleitzahlen« ein	<p>Das britische NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ist für die Bewertung von Technologien zuständig. Fällt eine Entscheidung positiv aus, ist die Erstattung dieser Technologie für den NHS verbindlich. Ein Ziel des 12. NICE-Arbeitsprogramms ist es, dass Leistungen im ganzen Land verfügbar sind und nicht, wie bisher üblich, in manchen Regionen erstattet werden und in anderen nicht. Das »Verschreiben nach Postleitzahlen« soll durch die NICE-Bewertungen eingedämmt werden. Hingegen soll in allen Regionen, in denen objektiver Bedarf besteht, das entsprechende Leistungsangebot zugänglich sein.</p>
Bedarf abhängig von verfügbaren Mitteln	<p>NICE-Bewertungen dienen auch dem Ziel, die Bevölkerung nur mit medizinisch wirksamen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen zu versorgen. Entspricht eine Technologie diesen Kriterien nicht, wird sie aus der Erstattung des NHS ausgeschlossen. Den verschiedenen Gesundheitssystemen weltweit ist gemein, dass sie mit knappen Ressourcen umfassende Versorgung leisten müssen. Budgetbedingte Leistungseinschränkungen sollten sich an eindeutigen, medizinisch und ökonomisch nachprüf-</p>

baren Kriterien orientieren. Der objektive Bedarf hängt somit auch in bestimmtem Maße von den verfügbaren Mitteln ab (SVR 2000/2001: 44). Das NICE ist darum bemüht, seine Entscheidungen anhand von medizinisch und ökonomisch nachprüfbaren Kriterien zu treffen.

Auch in Deutschland haben Versicherte nur auf Leistungen Anspruch (§ 11 SGB V), die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind (§ 12 SGB V). Qualität und Wirksamkeit dieser Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 SGB V). Ob eine Behandlung den genannten Kriterien entspricht, müssen die Ärzte selbst entscheiden, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien keinen generellen Leistungsausschluss oder indikationsbezogene Einschränkungen beschlossen hat. Die Bestimmung der Krankheit und ihrer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung durch den Arzt entspricht der objektiven Bedarfsbestimmung (SVR 2000/2001: 45–46). In Gesundheitssystemen, in denen die erstattungsfähigen Leistungen definiert sind, findet also eine Abgrenzung des Bedarfs statt. In einem solchen Falle besteht »sozialrechtlicher Bedarf« nur für die definierten Leistungen (Schwartz und Busse 2003: 526).

Um die Versorgung der Bevölkerung in England und Wales besser auf den Bedarf abzustimmen, hat man in der Primärversorgung praxiseigene Budgets eingeführt. Ziel ist es, dass Ärzte durch die Übernahme finanzieller Verantwortung ihre Versorgung nicht nur wirtschaftlicher, sondern auch bedarfsorientierter für die regionale Bevölkerung erbringen. Einsparungen sollen in die Verbesserung der Versorgung reinvestiert werden. 70 Prozent der Einsparungen verbleiben beim Arzt – dieser darf sie jedoch nur zweckgebunden für seine Praxis und für die Erweiterung seines Leistungsangebotes verwenden. Auch hier soll langfristig das Angebot an den Bedarf angepasst werden.

Auch die Organisation der Kostenträgerseite kann in einem Gesundheitssystem zu Fehlversorgung führen. Ein Beispiel hierfür ist die mangelnde Flexibilität in der Verwendung von Gesundheitssparkonten in Singapur. Dort konnte über die Gesundheitssparkonten bisher nur die stationäre Versorgung bezahlt werden. Gerade chronisch Kranke – in Singapur ein Viertel

Leistungen müssen zweckmäßig und wirtschaftlich sein

Einsparungen für die Leistungs- ausweitung verwenden

Singapurs Spar- konten decken nun auch ambulante DMPs

der Bevölkerung – hatten daher hohe Kosten in der ambulanten Versorgung zu tragen. Ärzte berichteten, dass Patienten mangels finanzieller Leistungsfähigkeit trotz objektivem Bedarf keine oder nur eingeschränkt Leistungen in Anspruch nahmen. Um derartige Fehl- bzw. Unterversorgung chronisch Kranker und damit vermeidbare Schäden zu verhindern, hat Singapur für ausgewählte Krankheiten Disease-Management-Programme (DMP) eingeführt und mit dem finanziellen Anreiz verbunden, dass die Gesundheitssparkonten auch in der ambulanten Versorgung genutzt werden können (siehe den Bericht aus Singapur, S. 68).

**Gesünder durch
DMP**

Auch in Deutschland werden DMPs – sogenannte strukturierte Behandlungsprogramme – zur Optimierung der Versorgung von chronisch Kranken eingesetzt. Bisher kann jedoch noch wenig über die wirkliche Verbesserung der Versorgung gesagt werden. Ein vor kurzem erschienener Zwischenbericht des AOK-Bundesverbandes zur Auswertung von strukturierten Behandlungsprogrammen zeigte jedoch, dass DMP-Teilnehmer gesünder leben. So hat sich z.B. der Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c) nach anderthalb Jahren Teilnahme an dem Programm für Typ-2-Diabetiker in Rheinland-Pfalz von 7,0 auf 6,8 Prozent verringert. Ein großer Erfolg ist auch, dass die Raucherquote unter den 36.000 Teilnehmern um 27 Prozent gesunken ist und ein Wiederanstieg nicht zu verzeichnen war. Der Mitte 2007 erscheinende Endbericht soll weitere Erkenntnisse liefern und auch Kostenanalysen enthalten (AOK Bundesverband 2007).

Literatur und Links

AOK Bundesverband. »Gesünder durch DMP«. Presseinformation. 16.01.07. www.aok-bv.de/presse/infos/index_10323.html.

Rosen, Bruce. *Health care systems in transition: Israel*. Hrsg. Sarah Thomson und Elias Mossialos. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen 2003.

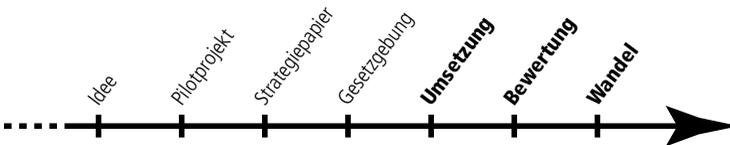
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und*

Fehlversorgung. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Baden-Baden 2002.

Schwartz, Friedrich Wilhelm, und Reinhard Busse. »Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung«. *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen.* Hrsg. Friedrich Wilhelm Schwartz et al. München und Jena 2003. 518–545.

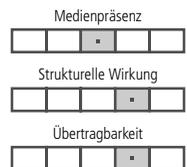
Schwefel, Detlef. »Gerechtigkeit und Gesundheit«. *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit.* Hrsg. Oliver Razum, Hajo Zeeb und Ulrich Laaser. Bern 2006. 65–78.

England: Praxiseigene Budgets für Hausärzte



Hausärzte (»general practitioners«) haben eine Schlüsselrolle im englischen Gesundheitssystem. Als unabhängige Vertragspartner des nationalen Gesundheitsdienstes NHS erbringen sie einerseits die Primärversorgung, andererseits sind sie – in lokalen Gruppen, den sogenannten »primary care trusts« (PCTs) – Auftraggeber für die Sekundärversorgung. Seit April 2005 ist es ihnen möglich, ein praxiseigenes Budget (»practice-based commissioning«) von den PCTs zu erhalten. Im Rahmen dieser Budgets müssen sie sowohl ihre eigenen Leistungen erbringen als auch Krankenhausleistungen einkaufen.

Die Ärzte sind damit für die Versorgung ihrer Patienten finanziell verantwortlich. Als Anreiz können sie 70 Prozent der Einsparungen, die sie in ihrer Praxis erzielen, einbehalten. Einbehaltene Einsparungen müssen sie jedoch in ihre Praxisräume oder in die Erweiterung der angebotenen Leistungen investieren. Die Budgets sind binnen drei Jahren auszugleichen, d. h. die teil-



Hausärzte finanziell verantwortlich

nehmenden Hausärzte haben finanziellen Spielraum für die Verwendung der verfügbaren bzw. eingesparten Mittel. Erreichen die Hausärzte innerhalb dieses Drei-Jahres-Zeitraums hingegen keinen Ausgleich, verirken sie die Genehmigung zum Practice-based Commissioning.

**Zweifelhafte
Neuaufgabe**

Bereits in den 90er Jahren waren Praxisbudgets von der Thatcher-Regierung eingeführt und 1997 mit Regierungsantritt von Tony Blair wieder abgeschafft worden. Obwohl es wenig Anhaltspunkte dafür gibt, dass diese Politik in der Vergangenheit erfolgreich war, führte Labour 2005 die Praxisbudgets erneut ein.

**In Beweisnot:
Sparen Praxis-
budgets wirklich
Geld?**

Die Regierung erwartet, dass Praxisbudgets genügend Anreize setzen, Hausärzte zu einer medizinisch wirksameren und wirtschaftlicheren Versorgung zu motivieren, die zudem den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung besser entspricht. Die Vorbehalte sind jedoch die gleichen wie vor zehn Jahren: Auch wenn durch Praxisbudgets eventuell kurzfristige Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können (z. B. durch Hausärzte, die kürzere Krankenhausaufenthalte oder ambulante Operationen verlangen und ihr eigenes Verschreibungsverhalten von Arzneimitteln umsichtiger gestalten), fehlt bislang der Nachweis, dass Praxisbudgets in der Primärversorgung langfristig zu Einsparungen und zu einer besseren Versorgung führen.

**Gefahr der
Leistungs-
einschränkung**

Eine Gefahr besteht darin, dass Hausärzte ihr Leistungsangebot einschränken, um ihr Praxisbudget zu unterschreiten und Einsparungen zu erzielen. Ob dies passiert, ist aber noch nicht untersucht worden. Dagegen spricht, dass die PCTs und die Healthcare Commission als zentrale Aufsichtsbehörde für die Überwachung der Hausärzte zuständig sind und daher Hausärzte jederzeit damit rechnen müssen, kontrolliert zu werden.

**Umstrittenes
Konzept**

Außerhalb der Regierung gehen die Meinungen über das Praxisbudget weit auseinander. Kritiker sagen, dass Hausarztpraxen zu klein seien, um Leistungen von großen Krankenhäusern günstig einzukaufen. Andere sagen, dass der NHS unzureichende Kapazitäten besitze, um Wirtschaftlichkeitsreserven auf Hausarzt-ebene durch Praxisbudgets zu heben. Wiederum andere behaupten, dass der NHS nicht die institutionellen Voraussetzungen erfüllt, damit marktwirtschaftliche Anreize funktionieren könnten.

Nahmen im Mai 2006 noch 3.454 von 8.433 Hausärzten in England (41 Prozent) teil, waren es im August 2006 schon 74 Pro-

zent. Die Anreize scheinen zu wirken. Im Juli 2006 wurde zudem berichtet, dass aufgrund von Praxisbudgets einige PCTs Einsparungen in Höhe von je einer Million Pfund Sterling erzielen konnten. Diese Einsparungen wurden in eine Reihe von neuen Leistungen investiert, darunter den Ausbau ambulanter Kliniken für Dermatologie, Diabetes, Orthopädie und DMPs, die Anschaffung neuer Geräte zur Behandlung von grünem Star sowie die Beratung der ambulant tätigen PCT-Ärzte durch Krankenhausärzte via Telefon oder E-Mail.

Das Gesundheitsministerium berichtet regelmäßig über die Entwicklungen des Practice-based Commissioning. Die offiziellen Pressemitteilungen berichten aber in der Regel nur die positiven Entwicklungen, wie z. B. Einsparungen der PCTs. Wissenschaftliche Berichte und Artikel, die definitive Rückschlüsse über Erfolg oder Misserfolg von Praxisbudgets in der Primärversorgung zulassen, werden wohl frühestens in ein paar Jahren erscheinen. Es bleibt also abzuwarten, ob dieses Projekt langfristig die Wirtschaftlichkeit des NHS und den Zugang zu weiteren Leistungen in der Primärversorgung verbessert.

**74 Prozent
aller Hausärzte
nehmen teil**

**Entwicklung bleibt
abzuwarten**

Literatur und Links

Oliver, Adam. »Developing Practice-Based Commissioning«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/uk/a8/2.

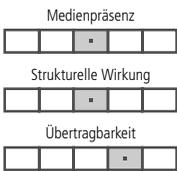
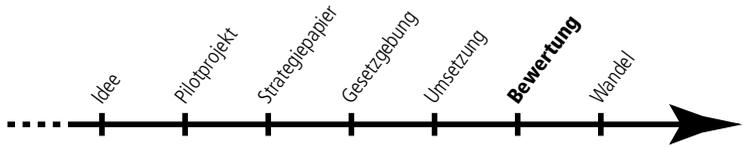
Oliver, Adam. »Empowering GPs: a return to fundholding«. *Health Policy Monitor*. März 2005. www.hpm.org/survey/uk/a5/1.

Department of Health. www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/fs/en.

Government News Network. www.gnn.gov.uk/environment/fullDetail.asp?ReleaseID=212418&NewsAreaID=2&NavigatedFromDepartment=False.

National Health Service. www.primarycarecontracting.nhs.uk.

England und Wales: Das zwölfte NICE-Arbeitsprogramm – Bewertung von Public-Health-Programmen und neuen Technologien



Im August 2006 hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in seinem zwölften Arbeitsprogramm bekannt gegeben, welche Technologien in den nächsten Monaten bewertet werden sollen. Das Programm erläutert das Vorhaben, auch Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung von psychischer Gesundheit zu bewerten. Ziel ist es, die Effektivität und Effizienz medizinischer Leistungen und Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zu steigern und das »Verschreiben nach Postleitzahlen« einzudämmen.

**NHS muss
NICE-Leistungen
finanzieren**

NICE ist die zentrale Institution für Health Technology Assessment (HTA) in England und Wales. Technologien werden von den knapp 60 NICE-Mitarbeitern auf medizinische Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft. Fällt eine Bewertung bezüglich dieser Kriterien positiv aus, muss der nationale Gesundheitsdienst NHS die betreffende Leistung in allen Teilen des Landes zur Verfügung stellen und finanzieren. Dieses Vorgehen soll dem »Verschreiben nach Postleitzahlen« entgegenwirken, bei dem bestimmte Leistungen in manchen Teilen des Landes erbracht und finanziert werden und in anderen nicht. Technologien mit negativer Bewertung können zwar weiterhin verschrieben bzw. erbracht werden, bedürfen aber einer gesonderten Begründung.

**Bewertung von
Aufklärungs- und
Präventions-
programmen**

Das 12. NICE-Arbeitsprogramm stellt sich die Aufgabe, Public-Health-Programme und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu bewerten, so z. B. Programme der Rauchprävention unter Kindern und Jugendlichen, der Aufklärung in Schulen zu Alkoholkonsum und Sexualverhalten, der Beratung zu körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz, in Schulen und in der Gemeinde sowie der Beratung in Schulen und Pflegediensten in Fragen psychischer

Gesundheit. Auch das wachsende Problem der Fettleibigkeit wird in vielen dieser Maßnahmen thematisiert.

Die klinische Bewertung umfasst ein breites Spektrum. Geplant ist z. B. die Bewertung von Idaraparinum Natrium zur Prävention von Schlaganfällen, Abatacept und Rituximab gegen Gelenkrheumatismus, Alteplase gegen akuten ischämischen Schlaganfall sowie die Bewertung von Cochlea-Implantaten bei schwerer Gehörlosigkeit.

Zur schnelleren Bewertung ausgewählter Technologien sieht das 12. Arbeitsprogramm das »Single Technology Appraisal« (STA) vor, mit dem die Bewertung neuer Behandlungsverfahren für einzelne Krankheiten beschleunigt werden kann. Dieses Verfahren wurde in Abstimmung der Regierung mit NICE gestartet, um eine schnellere Zulassung von Technologien zu ermöglichen und Patienten, die darauf angewiesen sind, Zugang dazu zu verschaffen.

Während das NICE international als Vorbild einer HTA-Institution gilt (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Nr. 2, S. 52), wird es in Großbritannien nach anfänglich ebenfalls positiver Bewertung durchaus kontrovers diskutiert. Sein Einfluss auf den NHS gilt als begrenzt. Bisher hat NICE hauptsächlich positive Bewertungen herausgegeben. Politisch gesehen ist es äußerst schwierig für NICE, negative Bewertungen abzugeben, da gerade die pharmazeutische Industrie eine mächtige Lobby darstellt und von Negativentscheidungen (»Rationierung«) betroffene Patienten auf ein starkes Medienecho treffen. Auch sind die ökonomischen Evaluationsmethoden, derer sich NICE bedient, nicht unumstritten. Das Hauptanliegen von NICE wird jedoch überwiegend begrüßt.

Der NHS hat zwar ein starkes Interesse daran, dass unwirksame und unwirtschaftliche Leistungen von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden; da jedoch die meisten Bewertungen positiv ausfallen, gibt es zunehmende Schwierigkeiten, die Leistungen zu finanzieren. Zudem sehen sich die einzelnen Ärzte dem »Individuum Patient« gegenüber, dem sie eventuell eine Leistung verweigern müssen. Mögliche Folge ist, dass Patienten den Rechtsweg einschlagen, da die Rechtmäßigkeit von negativen NICE-Empfehlungen nach wie vor nicht klar ist. Die pharmazeutische Industrie war von Anfang an prinzipiell gegen die

**Breites Spektrum
klinischer
Bewertungen**

**Verkürztes
Bewertungs-
verfahren**

**Negative
Bewertungen
politisch
schwierig**

**Nicht alles kann
finanziert werden**

NICE-Bewertungen, da sie eine weitere, »vierte« Hürde zwischen Entwicklung und Versorgung der Patienten darstellten. Da bisher jedoch hauptsächlich positive Bewertungen abgegeben wurden, profitieren die Arzneimittelhersteller von der Kostenübernahme durch den NHS für viele Präparate.

**Zügige Umsetzung
der Bewertungen**

Die Healthcare Commission, eine andere zentrale Behörde in England und Wales, überwacht, inwieweit lokale NHS-Kostenträger und -Leistungserbringer die NICE-Bewertungen anwenden. Bei negativen Entscheidungen ist die Umsetzung (wie bereits erwähnt) schwieriger und wird in den Medien kontrovers diskutiert, was auch in Zukunft bei der Bewertung von Programmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit der Fall sein wird.

**Datenlage noch
optimierbar**

Bei der Bewertung der Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit bleibt offen, ob die dafür notwendigen Daten bezüglich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung stehen. Nicht alle der Programme stützen sich auf eine ähnlich gute Datenbasis wie z.B. das Programm zur Raucherentwöhnung. Somit ist im Moment noch offen, welche Daten NICE für seine Bewertungen zugrunde gelegt wird.

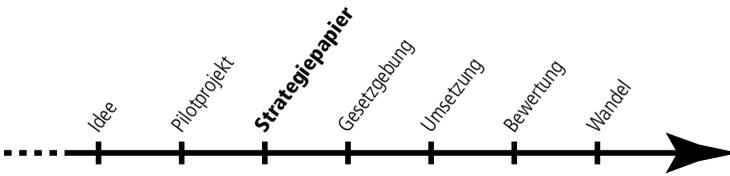
Literatur und Links:

Oliver, Adam. »The Twelfth NICE Work Programme«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/uk/a8/5.

National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.

Ray Robinson, London School of Economics and Political Science. »NICE – HTA: external evaluation report published«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2003. www.hpm.org/survey/uk/a2/1.

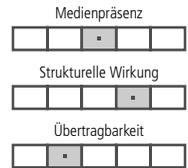
Kanada: Nationale Strategie für psychische Gesundheit



Im Mai 2006 hat das Kanadische Komitee für Soziale Angelegenheiten, Naturwissenschaft und Technologie einen Bericht vorgelegt, der eine nationale Strategie für psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Sucht in Kanada skizziert. Das Komitee empfiehlt in seinem Bericht die Einrichtung einer permanenten Kommission und eines speziellen Fonds für psychische Gesundheit, und es plädiert für die verstärkte Erforschung psychischer Erkrankungen, die Evaluation von Programmen und die Verbesserung des Zugangs zu öffentlichen Leistungen. Die Strategie soll patienten- und familienbezogen sein, ein breites Spektrum an Themen wie z. B. psychische Gesundheit am Arbeitsplatz abdecken und die Bedürfnisse von verschiedenen Bevölkerungsgruppen (wie den Ureinwohnern Kanadas, Kindern, Immigranten und Senioren) berücksichtigen.

Obwohl psychische und Sucht-Erkrankungen Kanada jährlich ca. 33 Milliarden Kanadische Dollar (knapp 22 Milliarden Euro) kosten, hinkt es bei der Entwicklung einer nationalen Strategie für psychische Gesundheit anderen G8-Staaten hinterher. Die Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen und Sucht sind ungleich über das Land verteilt; viele Patienten erhalten keine angemessene Versorgung. Ziel des Strategiepapiers ist es, sowohl die Prävention von psychischen und Sucht-Erkrankungen als auch die Integration der verschiedenen Leistungsanbieter voranzutreiben, um langfristig die Versorgung zu verbessern und Behandlungskosten sowie durch psychische Erkrankungen bedingte Produktivitätsverluste zu reduzieren.

Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker schlug der Bericht eine unabhängige Kanadische Kommission für psychische Gesundheit vor, deren Gründung im März 2007 durch Finanzminister Jim Flaherty verkündet wurde. Die Kommission soll als Informationszentrum (Knowledge Exchange Centre) für



**Hohe Kosten
psychischer
Erkrankungen**

**Kanadische
Kommission für
psychische
Gesundheit**

psychische Gesundheit fungieren, die strategische Planung von Kanadas Leistungen im Bereich psychischer Gesundheit und Sucht übernehmen und die Verbindung zwischen den verschiedenen Akteuren dieser Bereiche herstellen. Weiterhin soll es Aufgabe der neuen Kommission sein, die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen aufzuklären, zu informieren und regelmäßig Berichte zu erstellen.

**Fonds für
psychische
Gesundheit**

Durch einen neuen Fonds für psychische Gesundheit sollen Steuergelder zum Ausbau der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker in die kanadischen Provinzen geleitet werden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Förderung von neuen, bezahlbaren und angemessenen Wohnungseinheiten und Mietzuschüssen für Bürger mit psychischen Erkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Unterstützung der Gesundheitsbehörden auf Ebene der Provinzen bei der Entwicklung eines umfangreichen Angebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sowohl die 2006 gewählte konservative Regierung als auch alle Anspruchsberechtigten unterstützen die Grundsätze und Empfehlungen des Berichts zur Einführung einer nationalen Strategie für psychische Gesundheit. Manche Gruppen bemängeln jedoch, dass der Bericht noch große Lücken hat.

**Frauen nicht
berücksichtigt**

Eine Arbeitsgruppe für die psychische Gesundheit von Frauen weist darauf hin, dass der Bericht »gender-blind« sei. Der Bericht berücksichtige nicht, dass die Mehrzahl der Patienten und auch der bezahlten wie unbezahlten Leistungserbringer weiblich ist. Die Arbeitsgruppe befürchtet zudem, dass Krankheitsbilder wie Depression und traumatisch bedingte Erkrankungen, die vor allem Frauen betreffen, vor Krankheiten wie Schizophrenie und der manisch-depressiven Krankheit in den Hintergrund geraten. Kritisiert wird auch, dass der Bericht zu Themen wie Gewalt gegen Frauen schweigt und Themen wie Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit zu kurz kommen.

**Zuviel Medizin, zu
wenig Prävention**

Die Psychologische Vereinigung Kanadas kritisiert, dass der Bericht aus einer zu traditionellen Sicht interpretiert werden könnte, die sich durch den Fokus auf ein medizinentriertes System, öffentlich getragene Leistungen und »Krankheitsbehandlung« anstelle von Prävention und Gesundheitsförderung auszeichnet.

Vorgeschlagen wird, dass die Kanadische Kommission für psychische Gesundheit die einschlägigen Daten und Informationen

sammelt und anderen zur Verfügung stellt. Da sich jedoch der Bereich »psychische Gesundheit« mit der Zuständigkeit des Kanadischen Gesundheitsrates überschneidet – der Rat überwacht die Leistungsfähigkeit des kanadischen Gesundheitssystems insgesamt –, soll die neu gegründete Kommission diesbezüglich keine Überwachungskompetenz erhalten. Vielmehr soll die Kommission ihre eigenen Aktivitäten systematisch evaluieren und darüber berichten, um deren Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen und die Glaubwürdigkeit der Kommission gegenüber der Regierung zu erhalten.

**Kommission
evaluiert eigene
Aktivitäten**

Literatur und Links

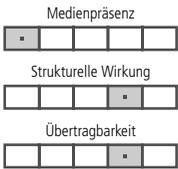
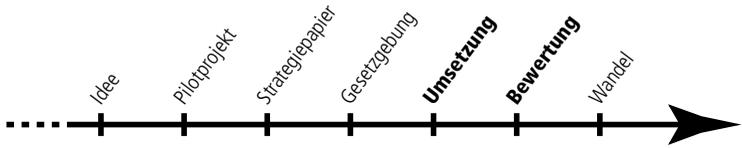
Torgerson, Renée C. »National Mental Health Strategy«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/ca/a8/3.

Canadian Psychological Association. *A Review of the Final Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*. Ottawa 2006. www.cpa.ca.

Kirby, Michael (Senator). *Out of the Shadows at Last: The Way Forward in Mental Health Reform*. Presentation for the 2006 Thelma Cardwell's Lecture, Faculty of Medicine, University of Toronto 2006.

The Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Ottawa 2006. www.parl.gc.ca/39/1/parl_bus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/rep02may06-e.htm.

Israel: Behandlung von psychischen Störungen in der Primärversorgung



In Israel ist die Behandlung von psychischen Erkrankungen nicht Teil des Leistungskataloges der Krankenkassen, sondern fällt direkt unter die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums, das mittels eines zweckgebundenen Budgets die Leistungserbringung sicherstellt. Lange Wartelisten und Unterversorgung sind die Folge (Rabinowitz et al. 1999). Gleichzeitig stieg die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen von 28 Prozent im Jahre 1997 auf 39 Prozent im Jahre 2005 (Gross et al. 2006). Seit Jahren werden Pläne diskutiert, um die Verantwortung für die Versorgung psychisch erkrankter Patienten auf die vier Krankenkassen zu übertragen (Rosen 2003: 125). Dies sollte eigentlich zum 1. Januar 2007 geschehen sein, verzögert sich nun allerdings erneut um mindestens sechs Monate.

Clalit ergreift Initiative

Der größte israelische Krankenversicherer und gleichzeitig größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, Clalit, reagierte bereits 2005 mit der Einführung eines Programms zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen in der Primärversorgung. Ziel war es, das Wissen der Leistungserbringer über psychische Störungen zu erweitern und ihre Diagnose- und Behandlungsfähigkeiten in Bezug auf Depression und Angstzustände zu verbessern.

Trainingsprogramme und Leitlinien, Unterstützung der Pharmaindustrie

Zur Erreichung dieses Zieles wurden 2005 verpflichtende Trainingsprogramme für Mitarbeiter der Primärversorgung als Teil eines Programms zur kontinuierlichen medizinischen Fortbildung eingeführt. Außerdem wird seit 2006 die Verbreitung von Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen vorangetrieben. Zwei pharmazeutische Unternehmen unterstützen das Projekt finanziell, wodurch die Entwicklung des Trainingsprogramms und der notwendigen Ausstattung möglich war.

Clalit verspricht sich von der Einführung des Schulungsprogramms mehr Versorgungsqualität und Kostenersparnis besonders für die Behandlung von Patienten, bei denen bisher über lange Zeit Symptome behandelt wurden, die auf unerkannte psychische Erkrankungen zurückzuführen waren. Außerdem bereitet sich Clalit somit auf die anstehende Reform und die damit verbundenen Aufgaben vor. Die Anreize für das Personal in der Primärversorgung, an den Programmen teilzunehmen, sind nicht finanzieller Art, sondern bestehen z. B. in der beruflichen Motivation, qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, sowie in der Einsicht, dass die angemessene Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen die Anzahl der Arztbesuche und somit die Arbeitsbelastung verringern kann.

**Verbesserung
der Qualität,
Reduzierung der
Kosten**

Während der Umsetzung traten folgende Hindernisse auf:

Hindernisse

- Überschneidung mit parallel eingeführten Qualitätsverbesserungsprogrammen (z. B. Diabetesbehandlung)
- starke Arbeitsbelastung in der Primärversorgung und knapp bemessene Zeit pro Arztkontakt (7–10 Minuten)
- Zurückhaltung der Leistungserbringer bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen, die u. a. durch Vorurteile gegenüber psychisch Kranken begründet ist
- fehlende psychiatrische Einrichtungen, in die Patienten gegebenenfalls überwiesen werden können
- hohe Einführungskosten eines Trainingsprogramms für alle Mitarbeiter der Primärversorgung
- interprofessionelles Kompetenzgerangel bezüglich der Zuständigkeit bei der Behandlung psychischer Störungen.

Clalit führt eine interne Evaluation des Programms anhand von Struktur- (Teilnahme, Zufriedenheit mit dem Training), Prozess- (Veränderungen in Einstellung und Wissen) und Ergebnisindikatoren (Verschreibung von Antidepressiva und Benzodiazepinen vor und nach dem Training) durch.

Interne Evaluation

Die bisherige Evaluation ergab, dass 90 Prozent der Teilnehmer das Trainingsprogramm als hilfreich einschätzten. Außerdem fühlten sie sich um 7 Prozent besser informiert und besser ausgebildet, um Patienten mit psychischen Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Im gleichen Maß nahm die Wahrnehmung von Hindernissen (wie z. B. der hohen Arbeitsbelas-

**90 Prozent fühlen
sich besser
ausgebildet**

tung) ab. Unverändert blieb der Anteil von 20 Prozent der Teilnehmer, die von mangelndem Selbstvertrauen in Bezug auf Gespräche mit Patienten, die unter Depression und Angstzuständen leiden, berichten. Sowohl Verschreibungen von Antidepressiva als auch die Defined Daily Doses (DDD) nahmen 2004 und 2005 um 15 Prozent zu. Die Einnahme von Benzodiazepinen blieb unverändert.

**Weiterentwicklung
des Trainings-
programms**

Gestützt auf die Evaluation wurden die Trainingsinhalte weiterentwickelt und umfassen nun die drei Folgeeinheiten:

1. Benutzung des »mood ruler« (Leitlinien zur Behandlung von psychischen Störungen)
2. Medikation bei Depression und Angstzuständen und Erhöhung der Patienten-»compliance«
3. Umgang mit psychischen Schwierigkeiten von Leistungserbringern bei der Behandlung von Patienten mit Depression und Angstzuständen.

**Gute
Übertragbarkeit
des Programms**

Das Trainingsprogramm wird auf die bestehenden Versorgungsstrukturen stark einwirken, da die sektorübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern bei der Behandlung von psychischen Störungen aufgebaut wird. Auch ist das Trainingsmodul zu psychischer Diagnostik und Therapie leicht übertragbar, da die Leitlinien und didaktischen Prinzipien in anderen Ländern praktisch ohne große Anpassungen übernommen werden können. Die israelischen Medien schenken dem Programm keine Aufmerksamkeit, da Erprobung und Evaluierung nicht in der Öffentlichkeit publiziert wurden.

**Qualitäts-
verbesserung noch
nicht sichtbar**

Erst nach einer Laufzeit von vier bis fünf Jahren und der Entwicklung von Qualitätsverbesserungsindikatoren wird man die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bewerten können. Auch über die Kosteneffizienz kann man zu diesem Zeitpunkt wenig sagen, da Einsparungen oder ein Rückgang der Inanspruchnahme noch nicht zu beobachten waren. Die Fairness in der Versorgung hat jedoch schon zugenommen, da der Zugang zur Gesundheitsversorgung bei psychischen Störungen erheblich verbessert wurde.

**Hausärzte als
Anlaufstelle**

Allgemeinmedizinische Praxen sind oft erste Anlaufstellen für Menschen mit psychischer Erkrankung. Auch in Deutschland werden mehr als ein Drittel dieser Patienten vom Allgemeinarzt

beraten. Dabei wird von bewährten pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien nur in den wenigsten Fällen Gebrauch gemacht. So erhalten nur 10 Prozent der Patienten mit depressiven Episoden Antidepressiva, weniger als 5 Prozent eine systematische Psychotherapie. Ein Grund: Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen haben in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Deutschland keinen hohen Stellenwert.

Literatur und Links

Goldfracht, Margalit, Nicky Liebermann und Revital Gross. »Treating mental distress by primary care staff«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/is/a8/3.

Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner und Kevin Grumbach. »Improving primary care for patients with chronic illness«. *JAMA* (288) 14 2002. 1775–1779.

Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner und Kevin Grumbach. »Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model«. *JAMA* (288) 15 2002. 1909–1914.

Goldfracht, Margalit. *Improving mental health care in Clalit Health Care Services*. Abstract for EQUIP conference. Barcelona 2006 (Englisch).

Goldfracht, Margalit, Ofra Peled, Hanan Munitz, Diane Levin, Chani Shalit, Mireille Danon, Aviv Yaari, Leah Noy, Nicky Lieberman und Dorit Weiss. *Mental distress – knowledge and attitudes of primary care providers*. Clalit health care services Internal report 2006. (Hebräisch)

Goldfracht, Margalit, Avi Porath und Nicky Liebermann. »Diabetes in the community: a nationwide diabetes improvement programme in primary care in Israel«. *Quality in Primary Care* (13) 2 2005. 105–112.

Goldfracht, Margalit, und Avi Porath. »Nationwide program for improving the care of diabetic patients in Israeli primary care centers«. *Diabetes Care* (23) 44 2000. 495–499.

Gross, Revital, Shuli Brammli-Greenberg und Ronit Matzliach. *Public perceptions of the health care system*. Myers-JDC-Brookdale Institute Jerusalem 2006 (Hebräisch mit englischem Abstract).

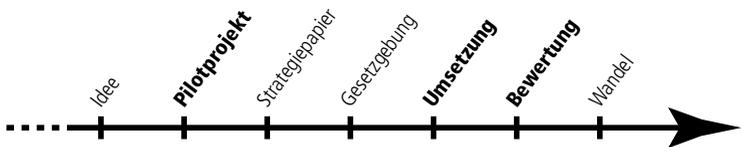
Maier, Wolfgang, Michael Linden und Norman Sartorius. »Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer WHO-Studie«. *Deutsches Ärzteblatt* 1996; 66: A 1202–1206 [Heft 18].

Rabinowitz, Jonathan, Revital Gross und Dina Feldman. »Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help«. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (34) 1999. 141–146.

Rosen, Bruce. *Health care systems in transition: Israel*. Hrsg. Sarah Thomson und Elias Mossialos. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen 2003.

Stern, Ervin, Carlos A. Benbassat und Margalit Goldfracht. »Impact of a two-arm educational program for improving diabetes care in primary care centers«. *International Journal of Clinical Practice* (59) 2005. 1126–1130.

Israel: E-Learning für Ärzte zum Thema Frauengesundheit



Medienpräsenz	□	□	■	□	□
Strukturelle Wirkung	□	□	□	■	□
Übertragbarkeit	□	□	□	■	□

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen hat Clalit, der größte israelische Krankenversicherer und gleichzeitig größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, 2004 ein Pilotprojekt zur interaktiven internet-basierten Schulung von Ärzten begonnen. Im Rahmen eines Förderprojektes der Jüdischen Vereinigung Cleveland in Zusammenarbeit mit dem Myers-JDC-Brookdale Institute beschloss Clalit nach erfolgreicher Erprobung

des Schulungsansatzes in zwei Testregionen die landesweite Einführung des Programms in seinen Kliniken.

Das Programm beruht auf einer äußerst innovativen E-Learning-Methode, die E-Learning mit dem Lernen vor Ort in kleinen Arbeitsgemeinschaften verbindet. Ärzte der Primärversorgung werden durch das Programm vor Ort in den jeweiligen Primärkliniken über die speziellen Fragen der weiblichen Gesundheit geschult. Die Kursinhalte des Pilotprojektes umfassen die »geschlechtsspezifische Gesundheit«, »Pubertät«, »Wechseljahre« und »Osteoporose«.

Ziel ist es, Wahrnehmung, Wissen und Selbstbewusstsein der Ärzte in der Primärversorgung bezüglich der Gesundheit von Frauen zu fördern und eine (messbare) Verbesserung der Behandlung von Frauen zu erreichen. Außerdem soll interaktives E-Learning als Schulungsmethode in die Fortbildungsstrukturen von Kliniken der Primärversorgung integriert und das Lernen vor Ort in Arbeitsgemeinschaften gefördert werden. Man erhofft sich darüber hinaus generelle Auswirkungen auf die Fortbildungspraxis innerhalb von Primärversorgungseinrichtungen.

Ärzte haben vor allem intrinsische Anreize, an dem Programm teilzunehmen, da sie ihre beruflichen Fähigkeiten ausbauen, neue Lernmethoden kennenlernen und vom fachlichen Austausch mit Kollegen profitieren können. Auch anderes Gesundheitspersonal kann aus diesen Gründen an den Kursen teilnehmen. Zudem kommen externe Anreize zur Wirkung, wie z. B. die Erwartung des Arbeitgebers und die Anerkennung von Fortbildungspunkten für das Programm durch verschiedene Universitäten und Institute. Die Ärzte erkennen auch, dass das Programm zur Stärkung von Clalits Wettbewerbsposition beiträgt.

Bei allen beteiligten Gruppen erfreut sich das Projekt breiter Unterstützung. Die Ärzte profitieren von der fachlichen Fortbildung, und weibliche Patienten erhoffen sich eine bessere Versorgung. Das Management von Clalit kann sich einer wirtschaftlichen Methode zur ärztlichen Fortbildung bedienen. Diese geht zwar mit hohen Anfangsinvestitionen in Infrastruktur und Curriculum-Entwicklung einher, kann dann jedoch ohne große Zusatzkosten weit verbreitet werden. Die Primärkliniken unterstützen die Einführung von E-Learning unter anderem auch, weil die technische Ausstattung als Grundlage für weitere Kurse dient.

**Interaktives
E-Learning zu
Frauengesundheit**

**Spezifische
Gesundheits-
versorgung von
Frauen**

**Anreiz zur
Partizipation**

**Breite
Unterstützung
des Projekts**

Hauptproblem ist Zeitmangel	Das Hauptproblem für die Kliniken sind die hohe Arbeitsbelastung und der Zeitmangel, da die Kurseinheiten während der Arbeitszeit stattfinden. Aus diesem Dilemma, gute Fortbildungen während des laufenden Versorgungsbetriebs durchführen zu müssen, kommen Clalit und die Ärzte in absehbarer Zeit nicht heraus. Weder die Bezahlung von Fortbildungszeit außerhalb der Arbeitszeit noch die Einstellung von Ärzten, die den Klinikablauf aufrechterhalten, wenn die Kollegen an Schulungen teilnehmen, sind aufgrund knapper finanzieller Ressourcen derzeit Lösungen für die Probleme.
Evaluation	Die wichtigsten Punkte der sowohl qualitativen als auch quantitativen Evaluation beziehen sich auf die Zufriedenheit der Kursteilnehmer mit den Kursinhalten, den Kursnutzen für die Teilnehmer und ihre Pläne, das Gelernte in die Praxis umzusetzen. Über 80 Prozent der Teilnehmer haben an mindestens sechs von sieben Kurseinheiten teilgenommen. In beiden Testregionen wurde eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich Kursinhalt und Präsentation des Kursmaterials gemessen. Der Wissenserwerb wurde etwas geringer eingeschätzt, war aber immer noch hoch. Fast alle Teilnehmer würden den Kurs weiterempfehlen. Mit der Methode des interaktiven E-Learnings waren die meisten Ärzte zufrieden und wünschten sich Kurse zu weiteren Themen. In beiden Regionen profitierten die Ärzte am meisten vom Thema »Pubertät«.
Schlauer nach dem Kurs	Ein Wissenstest vor und nach dem Kurs zeigte eine Verbesserung des Wissensniveaus auf. Die Ärzte schätzen außerdem ihre Fähigkeiten und ihr Selbstbewusstsein im Umgang mit häuslicher Gewalt, Symptomen der Wechseljahre, Depression und sexuellem Verhalten als besser ein. Der Wissenszuwachs bei Themen wie Osteoporose, Lifestyle und Essstörungen wurde weniger gut bewertet; es handelte sich hierbei jedoch um Themen, die vorher als unproblematisch beurteilt wurden. Die meisten Ärzte haben entweder schon Änderungen in der Behandlung von Frauen vorgenommen oder haben dies vor. Viele sehen jedoch ein Haupthindernis der Umsetzung in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit pro Patientenkontakt.
In unterschiedlichen Regionen anwendbar	Trotz der Unterschiede in Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsdichte zwischen den beiden Pilotregionen wurde das Projekt sehr gut angenommen und erzielte positive Ergebnisse. Da

durch werden auch die relativ hohe Systemneutralität und die damit verbundene gute Übertragbarkeit des Projektes auf andere Regionen und Länder begründet.

Nach der Evaluation kann man sagen, dass das Projekt seine Ziele zum Teil erreicht hat, so z.B. Wissenszuwachs der Ärzte über weibliche Gesundheit, gestiegenes Selbstvertrauen und Änderungen in der Behandlungspraxis. Das Ziel, interaktives Lernen einzuführen, wurde ebenfalls erreicht. Daten bezüglich tatsächlicher (beobachtbarer) Änderungen in der Behandlung von Frauen und der Einfluss auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten sind jedoch noch nicht verfügbar. Dafür sollen zukünftig Daten des Gesamtprojektes, Patientinnenbefragungen und Routinedaten ausgewertet werden.

Das Projekt könnte – bei allen positiven Ergebnissen – Opfer des eigenen Erfolgs werden. Positiv wäre zwar, wenn sich dank der besseren Behandlung von Frauen Arztkontakte reduzieren ließen. Problematisch aber wäre, wenn die Arbeitsbelastung der Ärzte durch die zusätzliche Behandlung von psychosozialen Problemen weiter zunähme. Folglich würde der Druck auf Clalit steigen, mehr Ärzte und mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Das verbesserte Angebot für Frauen könnte ebenfalls die Nachfrage nach einschlägig weiterqualifizierten Versorgern steigern und den Druck auf Ärzte und Krankenkassen weiter erhöhen. Die mögliche Folge: Frustration und Unzufriedenheit bei und mit den Ärzten und der Krankenkasse, wenn den Erwartungen nicht entsprochen werden kann.

**Enge finanzielle
Grenzen
erschweren
Roll-out**

Literatur und Links

Gross, Revital, Yael Ashkenazi, Nili Ben Zvi, Michael Rosenbluth, Cheryl E. Weinstein, Lacey Roth und Wendy Keter. »On site e-learning for training physicians«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/is/a8/5.

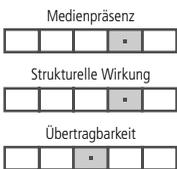
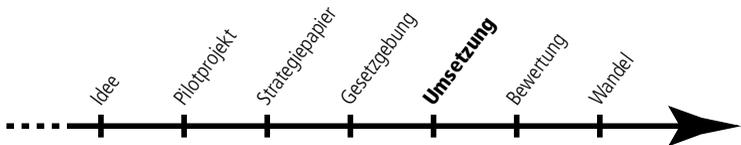
Ashkenazi, Yael, und Revital Gross. *Evaluation of ISHA pilot in Clalit Health Services Central district: Findings from post course questionnaires and analysis of pre-post*

changes. Myers-JDC-Brookdale Institute Jerusalem 2005 (interner Bericht auf Englisch).

Ashkenazi, Yael, und Revital Gross. *Evaluation of ISHA pilot in Clalit Health Services Northern district: Findings from post course questionnaires and analysis of pre-post changes*. Myers-JDC-Brookdale Institute Jerusalem 2006 (interner Bericht auf Englisch).

Rosenbluth, Michael. *Proposal for a training program in women's health for primary care physicians in Clalit health Services*. 2001 (intern, auf Englisch).

Singapur: Ambulante DMPs für chronisch Kranke



Zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit wird in Singapur die Benutzung von Medisave-Gesundheitskonten auf die ambulante Behandlung von chronischen Krankheiten im Rahmen von Disease-Management-Programmen ausgedehnt. An chronischen Krankheiten leiden eine Million Patienten oder ein Viertel der Bevölkerung Singapurs. Ziel ist es, Inanspruchnahme und finanzielle Belastung lebenslanger Behandlungen niedrig zu halten und chronische Krankheiten schon im Anfangsstadium in den Griff zu bekommen.

Strukturierte Behandlungs- programme

Das Gesundheitsministerium führte im Oktober 2006 DMPs für Diabetes mellitus und im Januar 2007 für die Krankheiten Hypertonie, Hypercholesterinämie und Schlaganfall ein. Für diese Krankheiten existieren evidenzbasierte Leitlinien, und der Behandlungserfolg kann anhand von Ergebnisparametern geprüft werden. Wer als Patient an den DMPs teilnimmt, kann die Medisave-Gesundheitsguthaben, die bisher nur für stationäre Behand-

lungen angespart wurden, auch für die ambulante Versorgung verwenden (siehe auch Seite 111).

Ausgangspunkt der Debatte war die Einsicht, dass Kosten in der ambulanten Behandlung für Patienten, vor allem für chronisch Kranke, zu finanziellen Problemen führen können. Diese können Patienten veranlassen, aus Mangel an Geld nötige Behandlungen aufzuschieben oder Medikationen nicht zu befolgen, wodurch nicht nur der Therapieerfolg gefährdet wird, sondern auch langfristig eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und ein Anstieg der Behandlungskosten zu erwarten sind. Medisave-Konten für die ambulante Behandlung heranzuziehen ist daher sinnvoll, um die finanzielle Belastung chronisch Kranker zu beschränken und den Therapieerfolg zu sichern.

Starke finanzielle Belastung

Chronisch kranke Patienten, die an einem DMP teilnehmen, haben seit letztem Herbst die Möglichkeit, von ihrem Medisave-Konto bis zu 300 Singapur-Dollar jährlich für ambulante Behandlungen abzuheben. Sie dürfen außerdem von einem oder allen Konten der Familie (Ehepartner, Kinder, Eltern) bis zu 300 Singapur-Dollar jährlich pro Konto (bis max. zehn Konten) abheben. Weiterhin selbst tragen müssen die Patienten einen Selbstbehalt von 30 Singapur-Dollar und eine Zuzahlung von 15 Prozent der Differenz zwischen Rechnungsbetrag und Selbstbehalt. Der Rest geht zulasten des Medisave-Kontos.

Konditionen der Medisave-Nutzung

Das Projekt geht mit einer Aufwertung der Allgemeinmedizin einher. Allgemeinmediziner können sich für die Versorgung von chronisch Kranken registrieren lassen. Voraussetzung ist die Teilnahme an speziellen Weiterbildungen. Ziel ist es, die Bevölkerung davon zu überzeugen, dass sie bei Allgemeinmedizinern in guter Behandlung sind und dass eine Überweisung zum Spezialisten nicht immer sein muss. Krankenhäuser sollen Patienten zur nachstationären Behandlung an eingeschriebene Allgemeinmediziner (bisher 150; Ziel sind 2000) überweisen. Dadurch sollen die Behandlungskosten niedrig gehalten, die Behandlung von chronisch Kranken nahtloser und das Ansehen der Allgemeinmedizin aufgewertet werden.

Aufwertung der Allgemeinmedizin

Die Umfrage einer Tageszeitung ergab, dass 69 Prozent der Befragten den Zugriff auf die Medisave-Konten in Höhe von 300 Singapur-Dollar als zu niedrig ansehen. Den Selbstbehalt von 30 Singapur-Dollar finden 76 Prozent angemessen. Das Gesundheits-

Bevölkerung wünscht höheren Betrag

ministerium hat daraufhin geäußert, dass in Zukunft unter Berücksichtigung der Inflation das Entnahme-Limit überprüft werden soll. Außerdem sollen zu gegebener Zeit weitere chronische Krankheiten (wie z.B. Asthma), für die es anerkannte Behandlungsleitlinien gibt, in das Programm aufgenommen werden.

**Große strukturelle
Wirkung und breite
Zustimmung**

Die Einführung von DMPs und die erweiterte Nutzung von Gesundheitskontengeldern für die ambulante Versorgung chronisch Kranker hat große Auswirkungen auf die Leistungserbringer- und Finanzierungsseite sowie auf Versorgungsqualität und Zugang zu notwendiger medizinischer Betreuung. Auch die Koordination der verschiedenen Akteure wird gestärkt. Die mediale Aufmerksamkeit ist groß, da ein Viertel der Bevölkerung und alle Hausärzte davon betroffen sind. Tageszeitungen berichten von Patienten, die ihre Gesundheitsausgaben bewusst niedrig halten, um Geld zu sparen und daher dankbar sind, in Zukunft ihre Gesundheitskonten auch in der ambulanten Versorgung verwenden zu können. Die einzige Befürchtung der Hausärzte ist, dass, wenn nicht alle Allgemeinmediziner sich registrieren lassen, ein Zwei-Klassen-System von Hausärzten entsteht – Teilnehmern und solchen, die nicht an den DMPs teilnehmen.

**Medisave-
Konten nicht
unerschöpflich**

Patienten und Vereinigungen fordern, die Medisave-Konten auf die gesamte ambulante Behandlung bzw. auf bestimmte, kostenintensive Behandlungsmethoden wie MRT auszudehnen. Die Regierung befürchtet jedoch, dass die Konten damit schnell erschöpft wären und die Ansparungen für künftige Krankenhausbehandlungen nicht ausreichen könnten. Diese Befürchtung ist Grund für die Begrenzung der Medisave-Kontennutzung auf die Behandlung chronischer Krankheiten und die Einführung von Selbstbehalt und Zuzahlung. Außerdem fürchtet sie einen Missbrauch durch Ärzte, die auf Kosten der Patienten bzw. Medisave-Konten unnötige Behandlungen anbieten. Mit regelmäßigen Überprüfungen soll dem vorgebeugt werden. Ein weiterer Kritikpunkt zielt darauf, dass ein im Voraus zu zahlender Selbstbehalt von 30 Singapur-Dollar für viele immer noch eine große finanzielle Belastung darstellt.

Literatur und Links

Lim, Meng Kin. »Medisave to cover cost for outpatient chronic care«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/sg/a8/5.

Lim, Meng Kin. »Liberalization of Medisave Use«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/sg/a7/2.

Lim, Meng Kin. »Disease Management«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/sg/a7/3.

Ministry of Health. »Medisave for Chronic Disease Management Programme«. www.moh.gov.sg/corp/financing/medisave/chronicdisease.do.

Ministry of Health und Health Promotion Board. »Chronic Disease Management«. www.hpb.gov.sg/chronicdisease/.

Zugang zum Gesundheitssystem

In den meisten hoch industrialisierten Ländern wird Zugang zu gesundheitlicher Versorgung als Grundrecht angesehen. Artikel 35 der EU-Grundrechte-Charta etwa lautet: »Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.«

Die genaue Bedeutung des Konzepts *Zugang zu gesundheitlicher Versorgung* ist jedoch klärungsbedürftig. Das Konzept kann verschiedene Dimensionen beinhalten und sich beispielsweise auf den Zugang zu Versorgung aus geografischer Perspektive (Erreichbarkeit von Krankenhäusern, Ärzten usw.; siehe hierzu z. B. Alber und Kohler 2004: 23–34) oder den Zugang von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern wie zum Beispiel Haus- oder Fachärzten beziehen (siehe hierzu z. B. Rothgang et al. 2005). Oft wird in Studien eine dieser Dimensionen ausgewählt und vertieft.

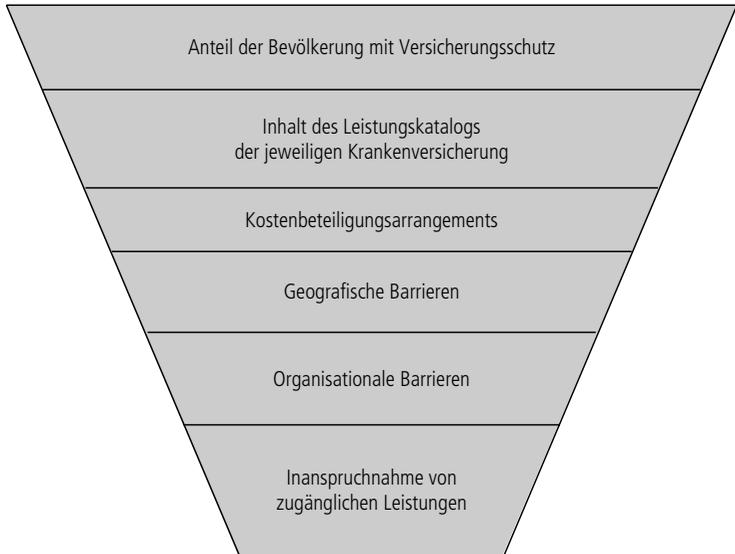
Hier beschreiben wir sechs unterschiedliche Zugangsdimensionen zu gesundheitlicher Versorgung, die man auch als Zugangsbarrieren auffassen kann (siehe Abbildung 1, siehe dazu auch Busse et al. 2006; Wörz et al. 2006). Diese Barrieren müssen beseitigt werden, wenn uneingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung gewährleistet sein soll. Die identifizierten Zugangsdimensionen helfen gleichzeitig, die in diesem Kapitel beschriebenen Reformmaßnahmen in Bezug auf Zugang besser zu verorten.

Die erste Dimension bezieht sich auf die Frage, ob universeller, d. h. bevölkerungsweiter Krankenversicherungsschutz besteht bzw. welcher Anteil der Bevölkerung krankenversichert ist. Die meisten europäischen Länder verfügen über öffentliche Kranken-

**Zugang zu
gesundheitlicher
Versorgung – ein
mehrdimensionales
Konzept**

**Anteil der
Bevölkerung mit
Versicherungsschutz**

Abbildung 1: Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung



Quelle: Wörz, Foubister und Busse 2006.

versicherungssysteme, in denen der Großteil der Bevölkerung versichert ist. Deutschland stellte bisher eine Ausnahme davon dar, da bei uns bislang nur ca. 75 Prozent der Bevölkerung in der GKV pflichtversichert sind. Zusammen mit den freiwillig GKV-Versicherten und den vollversicherten PKV-Mitgliedern ist zwar auch in Deutschland die ganz überwiegende Mehrheit krankenversichert, aber der Anteil der Nichtversicherten stieg seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich an: von etwa 105.000 im Jahr 1995 auf derzeit geschätzte 300.000 (siehe Greß et al. 2005; Hänel 2007). Diese Entwicklung war einer der Reformatreiber hinter dem Konzept der »Bürgerversicherung« und der Einführung der Versicherungspflicht durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.

Das einzige unter den hochindustrialisierten Ländern, das von einer nahezu vollständigen Abdeckung der Bevölkerung weit entfernt ist, sind die USA. Dort sind ständig ca. 45 Millionen Personen oder 16 Prozent der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz – Tendenz steigend. Um dennoch eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, versuchen einige US-Bundesstaaten den Zugang für Nichtversicherte zu Gesundheitsleistungen und

Medikamenten zu verbessern und erschwinglicher zu machen. In Kalifornien beispielsweise sollen Pharmahersteller per Gesetz dazu gezwungen werden, günstigere Medikamente für nicht versicherte Geringverdiener anzubieten (siehe den Bericht, S. 89).

Eine weitere Dimension des Konzepts Zugang ist der Umfang des Leistungskatalogs. Dieser bestimmt, zu welchen Leistungen theoretisch Zugang besteht. In vielen europäischen Ländern konnte man in den vergangenen Jahren einen Trend dahingehend beobachten, Leistungen der zahnärztlichen Versorgung aus dem staatlichen oder sozialgesetzlichen Katalog auszuschließen. Allerdings gab und gibt es auch die umgekehrte Tendenz. So hat Finnland im Jahr 2000 den Zugang zu staatlich finanzierter zahnärztlicher Versorgung wieder auf alle Altersgruppen ausgedehnt. Diese Reform ist jetzt evaluiert worden (siehe den Bericht aus Finnland, S. 78). Die große Koalition hat mit dem GKV-WSG ebenfalls den Katalog der GKV-Pflichtleistungen erweitert, indem u. a. Palliativversorgung, bestimmte Impfungen und Eltern-Kind-Kuren seit April 2007 (wieder) erstattungsfähig sind.

Manche Zugangsbarrieren sind eher statisch und andere eher dynamisch. So entwickeln sich der Krankenversicherungsschutz, aber auch die Leistungskataloge zumeist langsam und werden seltener durch Reformen modifiziert. Bei Kostenbeteiligungen, der dritten Hürde, handelt es sich hingegen um eine eher dynamische Zugangsbarriere, die durch gesundheitspolitische Reformen häufiger verändert wird. Dies zeigt sich auch in dieser Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«: Drei der acht in diesem Kapitel beschriebenen Reforminitiativen betreffen Zuzahlungsregelungen für medizinische Leistungen. Dabei zeichnet sich international keine einheitliche Entwicklung ab. So wurden in Japan zwar die Zuzahlungssätze für ältere Personen für ambulante und stationäre Leistungen denen der anderen Altersgruppen angeglichen, sprich erhöht (siehe den Bericht aus Japan, S. 80). In Neuseeland dagegen zielen Reforminitiativen darauf ab, die Zuzahlungen für Hausarztbesuche zu reduzieren (siehe den Bericht aus Neuseeland, S. 82), und auch in Singapur wurde die Höhe der Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte reduziert (siehe den Bericht aus Singapur, S. 84).

Geografische Zugangsbarrieren können eine vierte Hürde zu gesundheitlicher Versorgung darstellen. Hierunter fällt die Er-

**Inhalt des
Leistungskatalogs**

**Kosten-
beteiligungen für
Patienten**

**Geografische
Barrieren**

reichbarkeit von Anbietern von Gesundheitsleistungen, also beispielsweise die Nähe/Distanz zu Krankenhäusern und Hausärzten. Innerhalb eines Landes sind vor allem abgelegene Gegenden wie Grenzgebiete oder Inseln, aber auch ländliche Regionen von solchen Zugangshürden betroffen. Geografische Barrieren sind ebenfalls recht statisch und können durch Gesundheitsreformen nur in Maßen beeinflusst werden. Wir berichten über entsprechende Reforminitiativen im Kapitel »Fachkräfteentwicklung« (S. 159).

**Organisatorische
Barrieren**

Selbst wenn die Krankenversicherung bestimmte Leistungen abdeckt, die Zuzahlungen moderat und Leistungsanbieter geografisch erreichbar sind, kann die Organisation der Leistungserbringung und/oder der Krankenversicherung (angemessenen) Zugang zu einer Leistung be- oder verhindern. Dies zeigt sich in Australien, wo das Nebeneinander von staatlicher und privater Krankenversicherung dazu führt, dass Patienten stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, obwohl ambulante Leistungen angemessener wären (siehe den Bericht aus Australien, S. 86).

**Inanspruchnahme
von zugänglichen
Leistungen**

Die letzte Zugangsdimension bezieht sich auf die grundsätzliche Unterscheidung zwischen der prinzipiellen Zugänglichkeit einer Leistung und der tatsächlichen Inanspruchnahme. In den USA deuten erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten darauf hin, dass ihre Inhaber notwendige Behandlungen verzögern, um ihr angespartes Guthaben nicht zu früh auszugeben (siehe den Bericht aus den USA, S. 91). Dieses Beispiel zeigt auch, dass die Grenzen zwischen den sechs hier beschriebenen Zugangsbarrieren fließend und Letztere nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar sind. Die Bezüge zu Kostenbeteiligungs- und Organisationsbarrieren liegen hier auf der Hand.

Um Kosten zu senken und die Qualität der Versorgung zu erhöhen, gibt es in vielen Ländern mittlerweile Initiativen, um die Inanspruchnahme von Leistungen stärker zu steuern. So veröffentlichten die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) in den USA regionale Preisdaten für verschiedene elektive Operationen (siehe den Bericht aus den USA, S. 96). Der Erfolg dieser Maßnahme ist allerdings umstritten, da die Preise für einzelne Anbieter nicht publik gemacht werden. Darüber hinaus werden keine Daten über die Qualität der Versorgung bereitgestellt.

Literatur und Links

Alber, Jens, und Ulrich Kohler. *Quality of life in Europe. Health and care in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2004.

Busse, Reinhard, Markus Wörz, Thomas Foubister, Elias Mossialos, Philip C. Berman et al. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues* (Health ACCESS) 2006. www.ehma.org/projects/default.asp?NCID=113&NID=106.

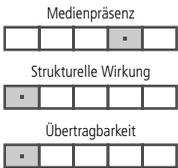
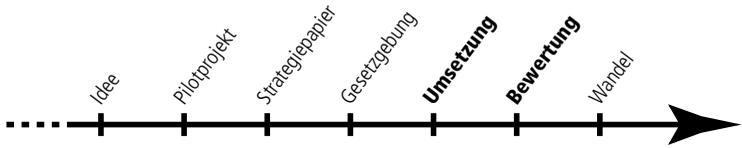
Greß, Stefan, Anke Walendzik und Jürgen Wasem. *Nicht-versicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten*. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 147, Oktober 2005.

Hänel, Sandra. »Bald soll jeder krankenversichert sein«. *Ärzte Zeitung*. 10.1.2007. www.aerztezeitung.de/docs/2007/01/10/003a0701.asp.

Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen und Claus Wendt: »The changing role of the state in healthcare systems«. *European Review* (13) 2005. 187–212.

Wörz, Markus, Thomas Foubister und Reinhard Busse. »Access to health care in the EU Member States«. *Euro Observer* (8) 2 2006. 1–4. www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_29.

Finland: Besserer Zugang zu zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene



Im Jahr 2000 schaffte die finnische Regierung Altersbeschränkungen für den Zugang zu öffentlicher zahnärztlicher Versorgung ab. Zudem wurden staatliche Zuschüsse für die privat erbrachte zahnärztliche Grundversorgung auf alle Altersgruppen ausgedehnt. Finnische Kommunen, verantwortlich für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, müssen seitdem für alle ihre Einwohner eine zahnärztliche Grundversorgung gewährleisten. Sie können Leistungen selbst anbieten oder andere Kommunen oder private Leistungserbringer mit der Erbringung beauftragen. Personen, die private zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, sind berechtigt, sich die Kosten von der öffentlichen Gesundheitsversicherung erstatten zu lassen.

Erhöhte Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen

Die Reform führte zu stärkerer Nachfrage nach öffentlichen zahnärztlichen Leistungen unter Erwachsenen. Daten des National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) und des nationalen Sozialversicherungsinstituts belegen dies: Im Jahr 2000 nahmen 21,6 Prozent der Erwachsenen öffentliche zahnärztliche Einrichtungen in Anspruch, 2004 waren es 23,5 Prozent. Der Prozentsatz der 0- bis 17-Jährigen, die im gleichen Zeitraum öffentliche zahnärztliche Einrichtungen in Anspruch nahmen, blieb dagegen konstant bei 76,2 Prozent. Die Anzahl der Personen, die sich die Kosten für private Behandlungen erstatten ließen, verdoppelte sich von 11,5 Prozent im Jahre 2000 auf 24,6 Prozent in 2004. Die Behandlungskosten für die gesamte zahnärztliche Versorgung in Finnland nahmen innerhalb dieses Zeitraums um 19 Prozent zu.

Zahnärztemangel erschwert Umsetzung der Reform

Größere Städte, deren öffentliche zahnärztliche Einrichtungen vorher wenig Erwachsene behandelt hatten, hatten Schwierigkeiten, die steigende Nachfrage zu befriedigen. Es kam zu längeren Wartelisten, obwohl das Personal der öffentlichen Zahnklien-

niken um ca. 10 Prozent aufgestockt wurde. Allerdings sehen sich manche Kommunen mit einem Zahnärztemangel konfrontiert, der zum einen auf einen Rückgang der Studierendenzahlen Mitte der 90er Jahre, zum anderen auf die Pensionierung vieler Zahnärzte zurückzuführen ist. Die Übertragung von Aufgaben auf Dentalhygieniker war daher ein wichtiges zusätzliches Instrument, um die gestiegenen Patientenzahlen zu bewältigen. Dennoch waren bis Ende 2005 ungefähr 20 Prozent aller Kommunen nicht in der Lage, die Reformpläne umzusetzen und für die steigende Zahl von Patienten eine zahnärztliche Grundversorgung sicherzustellen.

Die privaten Zahnärzte stehen der Reform eher negativ gegenüber. Sie betrachten die Kostenerstattungsätze der öffentlichen Gesundheitsversicherung als zu niedrig. Zudem befürchten die Zahnärzte eine Zunahme des Wettbewerbs zwischen den Sektoren.

Insgesamt verbesserte sich der Zugang zu zahnärztlicher Versorgung leicht. Die Zahl der von öffentlichen Leistungserbringern behandelten Erwachsenen sowie die Zahl der Personen, denen die Kosten für privat erbrachte Leistungen erstattet wurden, stiegen an. Zu bemerkenswerten Verbesserungen kam es bei der zahnärztlichen Akutversorgung. Alles in allem nahm die Inanspruchnahme jedoch nicht in dem Maße zu, wie die Regierung es vor der Reform erwartet hatte.

Private Leistungserbringer befürchten Umsatzeinbußen

Reform verbessert Zugang

Literatur und Links

Widström, Eeva. »Extension of publicly funded dental care to all«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/fi/a8/2.

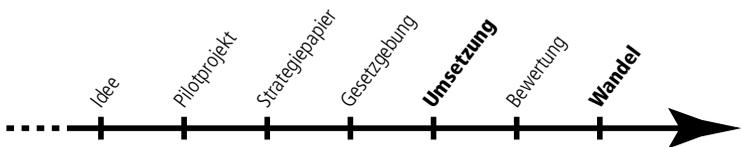
Suominen-Taipale, Liisa, und Eeva Widström. »Hammashoitoudistus ja hoitopalvelujen käyttö ja sisältö terveyskeskuksissa«. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* (43) 2006. 134–145. [Treatments provided in the Public Dental Services before and after a major health political reform. *Journal of Social Medicine* – Englische Zusammenfassung.]

Vesivalo, Arto, Eeva Widström, Hennemari Mikkola und Tiina Tampusi-Jarvala. »Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa«. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* (43) 2006. 146–156. [Aims and incentives in the implementation of Finnish dental care reform in the Public Dental Service. *Journal of Social Medicine* – Englische Zusammenfassung.]

Widström, Eeva, und Liisa Suominen-Taipale. »Aikuisten hammashoito terveyskeskuksissa vuonna 2003«. *Suomen Hammaslääkärilehti* (15) 2006. 810–814. [Adults' oral health care in the Finnish Public Dental Service in 2003. *Finnish Dental Journal* – Englische Zusammenfassung.]

Widström, Eeva. »Oral health care«. *Health in Finland*. Hrsg. Seppo Koskinen, Arpo Aromaa, Jussi Huttunen und Juha Teperi. Vammalan Kirjapaino Oy, 2006. 140–141.

Japan: Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen



Im Oktober 2006 wurden die Zuzahlungen für Patienten über 70 Jahre, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt, von 20 auf 30 Prozent erhöht. Die Einkommensgrenze beträgt 5,2 Millionen Yen (ca. 33.000 Euro) im Jahr für verheiratete Paare und 3,83 Millionen Yen (ca. 24.000 Euro) im Jahr für Alleinlebende. Die Zuzahlungshöhe für Personen über 70, deren Einkommen unter der festgelegten Grenze liegt, verbleibt bei 10 Prozent.

Das Hauptziel der Reform besteht darin, die Zuzahlungshöhe für medizinische Leistungen nach dem Einkommen zu bemes-

sen, unabhängig vom Alter der Patienten. Dieser Schritt ist nur einer in einer ganzen Reihe von Maßnahmen, die sukzessive die Zuzahlungsraten für Senioren von nahezu null auf 30 Prozent erhöht haben. Wie in vielen anderen Industrieländern haben in Japan die Ausgaben der Krankenversicherungen für die medizinische Versorgung älterer Menschen in den vergangenen Jahren konstant zugenommen. 2006 lag der Anteil dieser Ausgaben an den Gesamtausgaben bei 40 Prozent und führte bei manchen Versicherern zu finanziellen Schwierigkeiten. Auch in der deutschen GKV liegt der Anteil der Ausgaben für Versicherte im Rentenalter bei ca. 42 Prozent der Gesamtausgaben.

Japan ist eine der am stärksten alternden Gesellschaften der Welt. Die Weltbank schätzt, dass die Zahl der über 65-Jährigen von heute ca. 20 Prozent auf knapp 29 Prozent im Jahre 2030 steigen wird (Weltbank 2007) – und damit auch die Kosten für deren Gesundheitsversorgung. Angesichts dieser Entwicklungen scheinen neue Finanzierungsmodelle unumgänglich, wenn auch in Zukunft eine umfassende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleistet bleiben soll.

Steigende Ausgaben für die medizinische Versorgung Älterer

Höhere Kostenbeteiligungen in Zukunft unumgänglich?

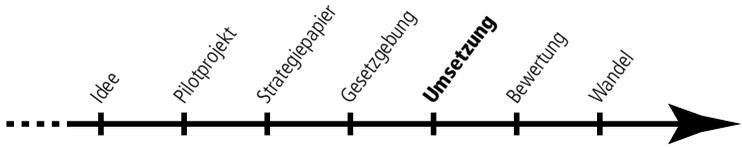
Literatur und Links

Sato, Masayo. »Increase of Co-Payment Rates for Elderly«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/jp/a8/2.

Kruse, Andreas. »Alter und Gesellschaft«. Vortrag am 10. Januar 2005 in Weimar vor dem Vorstand der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands. http://archiv.spd.de/servlet/PB/show/1043669/100105_kruse_vortrag_weimar.pdf.

Weltbank. »Demographic Projections for Japan«. Health, Nutrition and Population Statistics. http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HNPDemographic/year5/JPN_POP.xls.

Neuseeland: Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche



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

Das neuseeländische Gesundheitswesen wird überwiegend staatlich finanziert. Es existiert eine dem deutschen System ähnliche Trennung zwischen den Behörden, die das öffentliche Geld für Gesundheit verwalten und als Zahler auftreten, und den Leistungsanbietern. Letztere sind zumeist privat, und zwar sowohl gemeinnützig als auch gewinnorientiert. Der erste Kontakt mit dem Gesundheitssystem erfolgt üblicherweise über den Hausarzt, ein Notfallzentrum oder unabhängige Krankenschwestern. Es gibt Zuzahlungen für die hausärztliche Versorgung, die zwischen 35 und 65 neuseeländischen Dollar liegen (entspricht ca. 18 und 34 Euro). Die Hausarztpraxen können die Höhe der Zuzahlung dabei selbstständig festlegen. Die fachärztliche Versorgung erfolgt in Krankenhäusern und ist zuzahlungsfrei (Bramhall 2003).

**Mehr öffentliche
Gelder – weniger
private
Zuzahlungen**

Die neuseeländische Regierung hat während der letzten Jahre kontinuierlich ihre Subventionen für Hausarztbesuche erhöht mit der Zielsetzung, die Zuzahlungen für Patienten zu reduzieren. Die letzte Phase dieses Reformprozesses, die die Unterstützungszahlungen für Hausarztbesuche für Menschen zwischen 45 und 64 Jahren erhöhte, wurde mit der Auflage für Hausärzte verbunden, etwaige Zuzahlungserhöhungen anzugeben. Zudem erhöhte die Regierung die Zuschüsse für solche Hausarztpraxen, die geringe Zuzahlungen von ihren Patienten verlangen.

**Höhere
Subventionen
kommen gut an**

Patienten begrüßen die höheren öffentlichen Zuschüsse für Hausarztbesuche und die damit einhergehenden niedrigeren Zuzahlungen. Auch die Mehrzahl der Hausärzte unterstützt diese Maßnahmen, die den Zugang der Patienten zur hausärztlichen Versorgung erleichtern sollen. Die Auflage, dass alle Hausärzte, die die öffentlichen Zuschüsse erhalten, Erhöhungen ihrer Zuzahlungen angeben müssen, stieß jedoch auf Ablehnung. Praxen, die unverhältnismäßig hohe Zuzahlungen von ihren Patienten einfordern, sollen in Zukunft an einen Prüfungsausschuss

verwiesen werden. Dieser Ausschuss soll die Höhe der Zuzahlung überprüfen und gegebenenfalls eine Senkung durchsetzen. Praxen mit niedrigen Zuzahlungen begrüßen dagegen die Reform uneingeschränkt. Sie befinden sich überwiegend in sozial benachteiligten Gebieten.

Die Reform wird die soziale Gerechtigkeit innerhalb des Systems erhöhen, da sie die Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen für Niedrigverdiener erleichtert. Zusätzlich rechnet die Regierung mit Kosteneinsparungen, weil in Zukunft voraussichtlich mehr Menschen direkt den Hausarzt und nicht die für Patienten zuzahlungsfreien, aber insgesamt teureren Notfalldienste konsultieren werden. Auch erwartet man durch die Verringerung der finanziellen Zugangsbarrieren für Geringverdiener, dass die Kontakte mit den Hausärzten zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen, d. h. die Leistungen nicht nur günstiger, sondern auch effektiver erbracht werden können.

**Besserer Zugang
für Niedrig-
verdiener**

Literatur und Links

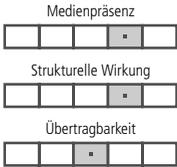
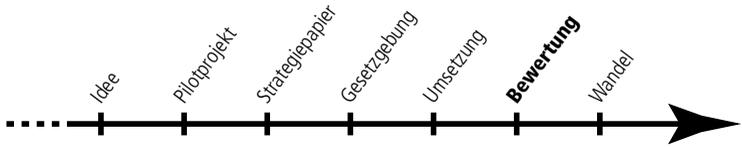
CHSRP, University of Auckland. »Reducing copayments for general practice (2)«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/nz/a8/1.

Bramhall, Stuart. »The New Zealand Health Care System«. www.pnhp.org/news/2003/january/the_new_zealand_heal.php.

Hodgson, Pete. »\$43 million invested in high needs practices«. www.beehive.govt.nz/Print/PrintDocument.aspx?DocumentID=26910.

www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/ec272299eccbf6e1cc256c4f00028d15/file/cabinetpaperlowcostaccess.pdf.

Singapur: Reform der Hochrisikoversicherung Medishield



Medishield ist eine staatlich verwaltete Versicherung für hohe Krankenhauskosten, deren Mittel als altersabhängige Kopfprämien aufgebracht werden. Neben den Prämien und Zuzahlungen müssen die Medishield-Versicherten einen gewissen Anteil der Krankenhauskosten selbst tragen. Zusammen mit privaten Hochrisikoversicherungen betragen die Ausgaben dieser Versicherung 7 Prozent der Gesundheitsausgaben (im Jahr 2000; Schreyögg 2003: 37). In Singapur liegt der Anteil der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben mit 43 Prozent recht hoch (im Jahr 2000; Schreyögg 2003: 37). Zum Vergleich: In Deutschland betrug dieser Anteil im Jahr 2000 lediglich ca. 12 Prozent (www.gbe-bund.de, eigene Berechnungen).

Patienten können im stationären Sektor zwischen verschiedenen Zimmerkategorien wählen. In den öffentlichen Krankenhäusern existieren für gewöhnlich fünf Klassen, die sich im Hinblick auf Komfort und Anzahl der Betten unterscheiden. So ist Klasse A ein Einzelzimmer mit Komfort auf Hotelstandard, d. h. mit Klimaanlage und Fernsehgerät. Die Kosten für diese Klasse werden nicht subventioniert, mithin tragen hier die Patienten die vollen Ausgaben. Die Bettenklasse B1 bietet Zweibettzimmer mit Klimaanlage und wird zu 20 Prozent subventioniert. In Klasse B1+ existieren Vier- bis Sechsbettzimmer in klimatisierten Räumen. Diese werden zu 50 Prozent subventioniert. Klasse B2 entspricht Klasse B1+, allerdings gibt es in diesen Räumen keine Klimaanlage, sondern nur Ventilatoren. Diese Räume sind zu 65 Prozent subventioniert. In Klasse C haben die Räume mehr als zehn Betten, es gibt nur Ventilatoren, und die Subventionshöhe beträgt 80 Prozent (Schreyögg 2003: 53).

**Geringere
Zuzahlungen bei
Medishield**

Bis zum Juli 2005 mussten Patienten, die Leistungen aus Medishield für Krankenhausaufenthalte beanspruchten, ca. 60 Prozent der Rechnung selbst bezahlen. Nach der grundlegenden Re-

form im Jahre 2005 (siehe dazu Lim 2005), die im Wesentlichen die Kopfprämien und die Leistungen erhöhte, reduzierte sich dieser private Anteil an den Kosten von 60 Prozent auf 40 Prozent. Zudem traten private Krankenversicherungen auf den Plan, die Produkte anboten, bei denen Medishield integriert ist – allerdings mit höheren Selbstbehalten für Patienten, die sich in privaten Krankenhäusern behandeln lassen: Diese betragen 3.000 Singapur-Dollar (1.500 Euro) im Vergleich zu 1.000 Singapur-Dollar (500 Euro) in öffentlichen Krankenhäusern für Krankenzimmer der Klasse C bzw. 1.500 Singapur-Dollar (750 Euro) für Krankenzimmer der Klasse B2.

Medishield erstattet nun einen höheren Anteil der Krankenhauskosten. Zudem stehen mehr Versicherungsangebote zur Verfügung: Es gibt in Singapur mittlerweile fünf Versicherungsunternehmen, die 18 Tarife anbieten – im Gegensatz zu den früheren drei Versicherungsunternehmen mit neun Tarifen. Das Gesundheitsministerium erachtet die gegenwärtige Zuzahlungshöhe von 40 Prozent dennoch weiterhin als zu hoch und strebt einen Anteil von künftig 20 Prozent an.

**Anteil von
Medishield soll
weiter wachsen**

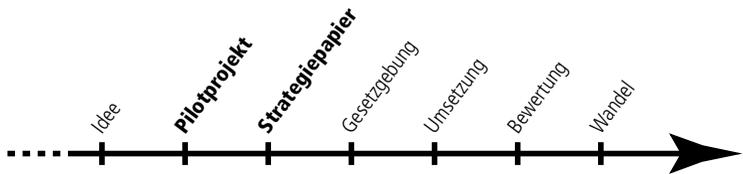
Literatur und Links

Lim, Meng Kin. »Medishield Refinements on the cards«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/sg/a8/3.

Lim, Meng Kin. »Upgrading family medicine«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2005. www.hpm.org/survey/sg/a6/4.

Schreyögg, Jonas. *Medical Savings Accounts. Eine ökonomische Analyse von Gesundheitssparkonten unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssystems in Singapur*. Baden-Baden 2003.

Australien: Produktausweitung der privaten Krankenversicherung



Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung				■	
Übertragbarkeit	■				

Australiens Gesundheitswesen wird überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Dazu werden sowohl allgemeine Steuermittel herangezogen als auch zweckgebundene Steuern für die universelle staatliche Krankenversicherung Medicare. Medicare bietet Patienten subventionierten Zugang zu Ärzten im ambulanten Bereich, freie Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern und subventionierte Arzneimittel.

Private Krankenversicherungsunternehmen bieten darüber hinaus Zusatzpolicen für die Kosten der Behandlung und Unterbringung als Privatpatient in Krankenhäusern, für Gebühren, die von Medicare nicht übernommen werden, sowie für zusätzliche Gesundheitsleistungen, wie z. B. zahnärztliche Versorgung oder Heil- und Hilfsmittel. Private Krankenversicherungen erweitern somit die Wahlmöglichkeiten für Patienten und ermöglichen – vor dem Hintergrund langer Wartelisten für Krankenhausbehandlungen – einen schnelleren Zugang zu stationären Leistungen (Healy et al. 2006).

Private Krankenversicherung setzt falsche Anreize

Seit 1984 ist es privaten Krankenversicherungen allerdings untersagt, Versicherungsprodukte anzubieten, die die Kosten ambulanter Behandlung abdecken, einschließlich der im Rahmen von Medicare anfallenden Zuzahlungen (Healy et al. 2006: xvi, 59). Diese Regelung hat dazu geführt, dass viele Patienten mit privater Versicherung Krankenhausleistungen nachfragen, obwohl es kostengünstige, effiziente und patientengerechtere ambulante Alternativen gibt. Aus diesem Grund plant die Regierung die Regelung aus dem Jahr 1984 aufzuheben.

Ausweitung der Privatversicherung auf ambulanten Bereich

Ab April 2007 sollen die privaten Krankenversicherer wieder zusätzlich Pakete anbieten dürfen, die auch Leistungen des ambulanten Sektors abdecken. Patienten hätten so eine größere Auswahl an Versicherungspaketen und könnten das Produkt auswäh-

len, das am besten zu ihrem individuellen Behandlungsbedarf passt.

Ein weiteres Motiv für die Reformpläne im privaten Krankenversicherungsmarkt ist die starke Segmentierung des australischen Gesundheitswesens. In der Vergangenheit wurden teilweise künstliche Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gezogen. Die australische Regierung hat inzwischen erkannt, dass solche Versorgungsstrukturen nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand über eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung entsprechen. Sie ist daher der Überzeugung, dass Reformen, die die künstlichen Grenzen aufbrechen, die Versorgungsqualität und die Effizienz der Versorgung steigern können.

Die Hauptzielgruppe der neuen Policen sind Personen mit chronischen Krankheiten. Nierenkranke oder Krebspatienten könnten sich z. B. aussuchen, ob die Dialyse oder die Chemotherapie stationär oder ambulant durchgeführt wird. Allerdings besteht die Gefahr, dass chronisch Kranke für solche Leistungen in Zukunft auch mehr bezahlen müssen. Bisher wird die private Krankenversicherung über risikounabhängige Prämien finanziert (gleiche Prämie für alle Versicherten unabhängig von Alter und Krankheitsrisiko). Leistungen wie Chemotherapie sind in den Versicherungspaketen enthalten, auch wenn Patienten sie nur stationär in Anspruch nehmen können. Je nachdem wie die privaten Versicherer die Versicherungspakete zukünftig gestalten werden, müssten Chroniker gegebenenfalls eine Zusatzpolice kaufen, die solche Leistungen abdeckt – dies käme einer risikoadjustierten Prämie gleich.

Um einzelne private Versicherungsunternehmen vor den hohen Kosten für die Versorgung vieler chronisch Kranker zu schützen und ihnen Anreize für die Versicherung chronisch Kranker zu geben, plant die Regierung Änderungen bei den Rückversicherungen. Bislang können private Versicherer sich nur gegen das Risiko »ältere Versicherte« rückversichern. Dieser Rückversicherungsschutz soll nun auch auf die Kosten für die Behandlung von chronisch Kranken ausgeweitet werden. So möchte die Regierung vermeiden, dass Versicherungen mit vielen Älteren und chronisch Kranken finanzielle Nachteile im Vergleich zu Versicherungen mit wenigen Alten und Kranken erfahren.

**Was ist ambulant,
was stationär?
Fließende Über-
gänge**

**Höhere Prämien für
chronisch Kranke?**

**Neuer Rück-
versicherungsschutz für private
Versicherer?**

Da die Details der Reform zum Berichtszeitpunkt erst noch ausgearbeitet werden mussten, können ihre Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Versorgung, die Prämien und die finanzielle Lage der Versicherungen zurzeit jedoch nicht sicher vorausgesagt werden.

**Reformvorhaben
stößt auf
Zustimmung**

Die privaten Krankenversicherungen und die privaten Krankenhäuser unterstützen die Reform. Auch Verbraucherverbände sind mehrheitlich für den Reformschritt. Sie bestehen jedoch darauf, sicherzustellen, dass die außerhalb des Krankenhauses erbrachten Leistungen mindestens den gleichen Standard wie stationäre Behandlungen aufweisen und die gleichen oder bessere klinische Ergebnisse erzielen.

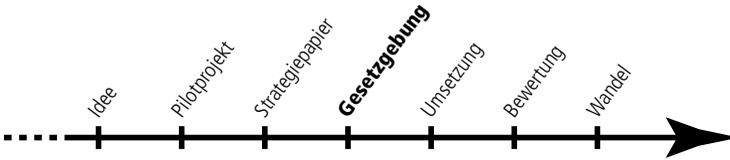
Literatur und Links

van Gool, Kees. »Private Health Insurance: more products«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/au/a8/2.

Australian Government, Department of Health and Ageing. »Private Health Insurance«. www.health.gov.au/phi.

Healy, Judith, Evelyn Sharman und Buddhima Lokuge. »Australia: Health System Review«. *Health Systems in Transition* (8) 5 2006.

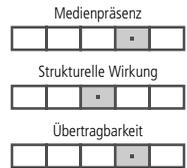
USA: Preisnachlässe auf verschreibungspflichtige Medikamente für unversicherte Kalifornier



In den Vereinigten Staaten von Amerika haben rund 45 Millionen Menschen bzw. circa 16 Prozent der Bevölkerung unter 65 Jahren keinen Krankenversicherungsschutz. Im Bundesstaat Kalifornien sind sogar 19 Prozent der Einwohner nicht versichert. Im Verlauf der vergangenen zwei Jahre wurden in dem Westküstenstaat mehrere Versuche unternommen, verschreibungspflichtige Medikamente für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz mit mittlerem Einkommen zugänglicher zu machen. Im Oktober 2006 verabschiedete das Parlament schließlich ein Gesetz, das die Arzneimittelhersteller dazu verpflichtet, preisgünstigere Arzneimittel an rund sechs Millionen Kalifornier ohne Krankenversicherung abzugeben.

Die Arzneimittelhersteller erhalten drei Jahre Zeit, um die Preisnachlässe einzurichten. Das Einkommen der Personen, die berechtigt sind, von den Preisnachlässen zu profitieren, darf das Dreifache der bundesweiten Armutsgrenze (ca. 60.000 US-Dollar oder knapp 47.000 Euro für eine vierköpfige Familie) nicht überschreiten. Kalifornier mit exorbitant hohen Gesundheitsausgaben sowie Empfänger von Medicare, die nicht gegen Arzneimittelkosten versichert sind, sind ebenfalls für die Preisnachlässe berechtigt. Arzneimittelhersteller, die sich nicht an das Reformprogramm halten, müssen mit finanziellen Sanktionen rechnen. Ihre Produkte werden dann nicht mehr von Medi-Cal, der kalifornischen Krankenversicherung für Bedürftige, eingekauft. Medi-Cal gibt pro Jahr mehr als zwei Milliarden US-Dollar (über 1,5 Milliarden Euro) für Arzneimittel aus.

Gouverneur Arnold Schwarzenegger optierte ursprünglich für einen Plan, der auf eine freiwillige Selbstverpflichtung der Arzneimittelhersteller setzte. Im Juli 2006 änderte er jedoch seinen Standpunkt und unterstützte den Vorschlag der Demokra-



Arzneittelhersteller müssen Preisnachlässe gewähren

Schwarzenegger für mehr Druck auf Pharmahersteller

ten, die staatliche Verhandlungsmacht zu nützen, um die Hersteller zu Preisnachlässen zu verpflichten. Die Republikaner im kalifornischen Parlament stimmten gegen die Reform, da sie die freie Preisbildung auf dem Markt untergräbt. Sie äußerten zudem Besorgnis darüber, dass Menschen ohne legale Aufenthaltsberechtigung die Preisnachlässe in Anspruch nehmen könnten.

**Pharmahersteller
für Selbst-
verpflichtung**

Die Arzneimittelhersteller und ihre Verbände sind gegen die Reform. Sie unterstützten eine 2005 gescheiterte Reforminitiative, die auf die freiwillige Selbstverpflichtung der Pharmaindustrie setzte. Die Hersteller argumentieren, dass Preiskontrollen künftige Innovationen behindern werden. Eine breite Koalition aus Verbraucherschutz-, Patienten- und Seniorenorganisationen befürworteten dagegen die jetzige Reform. Sie betrachten die Verabschiedung des Gesetzes als bahnbrechenden Erfolg ihrer Bemühungen. Demgegenüber protestierten die Empfänger von Medi-Cal gegen das Gesetz, da sie um ihren Zugang zu Arzneimitteln von Herstellern fürchten, welche sich nicht an die Preisnachlässe halten.

**Erwartete Preis-
reduktion:
40 Prozent auf
Originalpräparate,
60 Prozent auf
Generika**

Es wird erwartet, dass die Preisnachlässe durchschnittlich 40 Prozent auf Markenarzneimittel und 60 Prozent auf Generika betragen werden. Auch aus Sicht der Verbraucherschützer ist das Gesetz, das die enorme Verhandlungsmacht der Arzneimittelhersteller eindämmt und so niedrigere Preise durchsetzt, ein Meilenstein, handelt es sich doch um die wahrscheinlich größte Preisnachlassaktion für verschreibungspflichtige Arzneimittel in den USA. Da die Arzneimittelhersteller bislang bereits 80 Millionen US-Dollar für ihre Lobbying-Aktivitäten gegen das Gesetz ausgegeben haben, wird erwartet, dass sie weitere Anstrengungen unternehmen werden, um die staatlich verordnete Preissenkung in Kalifornien zu verhindern.

Literatur und Links

Pak Oppenheimer, Karen und Carol Medlin. »California Prescription Drug Discount Plan«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/us/c8/4.

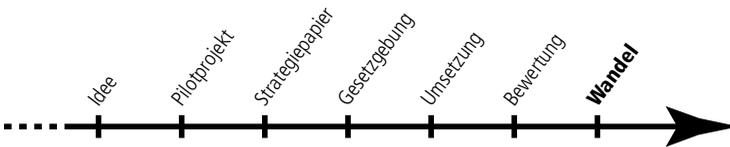
California Progress Report »California Governor Signs Landmark Prescription Drug Discount Plan«. 29. Sep-

tember 2006. www.californiaprogressreport.com/2006/09/california_gove.html.

Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). www.phrma.org/news_room/press_releases/phrma_statement_on_calrx_program/.

Sacramento Bee. »Prescription Discount Deal Reached«. dwb.sacbee.com/content/politics/story/14307425p-15194046c.html.

USA: Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten



Gesundheitssparkonten sind überwiegend aus Singapur bekannt; dort wird daran gearbeitet, dass chronisch Kranke ihr angespartes Geld effizienter – zukünftig auch für ambulante Leistungen – nutzen können (siehe S. 111). Von Singapur haben die US-Reformen fast nur den Namen kopiert: Was in den USA unter dem Namen »Health Savings Accounts« (HSAs) läuft, kann nur im Zusammenhang mit der zweiten Seite der Medaille – den hohen Selbstbehalten (High Deductible Health Plans – HDHP) – verstanden werden. HSAs und HDHPs wurden im Jahr 2003 eingeführt. Mit Gesundheitssparkonten können Versicherte Gelder ansparen, um diese für die Bezahlung von medizinischen Leistungen zu verwenden. Seit 2003 können Versicherte, die einen Tarif mit Selbstbehalt haben, ein Gesundheitssparkonto eröffnen. Sie müssen einen Selbstbehalt von mindestens 1.000 und höchstens 5.000 US-Dollar (rund 770 bis 3.850 Euro, Familien 2.000 bis 10.000 US-Dollar oder 1.540 bis 7.700 Euro) wählen.

Auf das Gesundheitssparkonto können die Versicherten Beträge bis zur Höhe des Selbstbehalts einzahlen. Die Gelder auf



Selbstbehalte und Sparkonten als Mittel zur Kostensenkung, ...

dem Konto müssen nicht versteuert werden und mit ihnen können medizinische Leistungen bezahlt werden, die der Selbstbehalttarif nicht abdeckt. Befürworter dieses Modells argumentieren, dass Versicherte mit Selbstbehalttarifen und Gesundheitsparkonten verantwortungsvoller mit ihrer Gesundheit umgehen und einen gesünderen Lebensstil pflegen würden (Trang Huynh 2004). Zudem böten die Selbstbehalttarife in Verbindung mit Sparkonten vielen Amerikanern einen günstigen und auf ihren individuellen Bedarf zugeschnittenen Krankenversicherungsschutz.

...aber mit Privatisierung des Erkrankungsrisikos ...

Die entgegengesetzten Positionen, die unterschiedliche gesellschaftliche Akteure zu den Selbstbehalttarifen in Verbindung mit Gesundheitsparkonten beziehen, sind seit ihrer Einführung weitgehend unverändert geblieben. Unterstützung findet das Modell besonders bei Präsident Bush, den Republikanern, Krankenversicherern und Arbeitgebern. Sie sehen in den Selbstbehalttarifen/Sparkonten ein Mittel, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie den rasanten Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen, indem man den Versicherten mehr Kontrolle über die Ausgaben, aber auch Verantwortung und Risiko für die eigene Gesundheit überträgt. Arbeitgeber können die Kosten für die Krankenversicherung ihrer Angestellten senken, da die Prämien für Selbstbehalttarife niedriger sind als Prämien für normale Tarife. Krankenversicherer profitieren ebenfalls von Selbstbehalttarifen. Kosteneinsparungen durch die hohen Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen übersteigen die Verluste durch geringere Prämien.

... und Prämienanstieg durch Moral Hazard und Risikoselektion

Auf Kritik stoßen Selbstbehalttarife und Gesundheitsparkonten dagegen bei den Demokraten und Organisationen, die Menschen ohne Krankenversicherung und Bezieher von Niedrigeinkommen repräsentieren. Sie befürchten, dass normale Tarife durch den Weggang gesunder Versicherter teurer werden. Außerdem bezweifeln sie, dass Patienten wirklich in der Lage sind, Entscheidungen zugunsten kostengünstiger Behandlungen zu treffen: Die Mehrheit der Versicherten hat keinen Zugang zu adäquaten Informationen über die Kosten und Qualität von medizinischen Leistungen. Der amerikanische Ärzteverband (American Medical Association – AMA) ist für die Gesundheitsparkonten und hat eine positive Stellungnahme hierzu verfasst. Einzelne Ärzte hin-

gegen scheinen den Sparkonten skeptisch gegenüberzustehen. Sie sehen sich nicht in der Lage, ihre Patienten dahingehend zu beraten, wie sie Kosten und andere Faktoren, die die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung beeinflussen, abwägen sollen.

Die Anzahl der Versicherer, die Gesundheitssparkonten anbieten, wächst – allerdings von einem niedrigen Niveau ausgehend. Der Anteil der Arbeitgeber, die ihren Arbeitnehmern Gesundheitssparkontenprodukte anbieten, stieg von 1 auf 4 Prozent zwischen 2004 und 2005. Das Government Accountability Office (vergleichbar mit dem Bundesrechnungshof) schätzt, dass zwischen zwei und drei Millionen Menschen bislang Gesundheitssparkonten nachgefragt haben. Bei einer Gesamtanzahl von 177 Millionen privat Versicherten (Personen, die über ihren Arbeitgeber oder individuell versichert sind) entspricht dies ca. 1,7 Prozent. Allerdings ist die Anzahl seit Januar 2005 stark angestiegen, als nur ca. 600.000 Versicherte über ein solches Konto verfügten. Zudem gehen Schätzungen davon aus, dass im Jahr 2010 zwischen 14 und 24 Prozent aller privat Versicherten über ein Gesundheitssparkonto verfügen werden.

Erste Evaluationsstudien weisen darauf hin, dass Selbstbehalttarife in Verbindung mit Gesundheitssparkonten zu Risikosegmentierung, einer höheren finanziellen Belastung von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und zu einer Unterinanspruchnahme von notwendigen Gesundheitsleistungen führen. Inhaber von Gesundheitssparkonten verfügen über überproportional hohe Einkommen, sind jünger, gesünder und besser ausgebildet als normal Krankenversicherte. Eine Erhebung des Government Accountability Office kam z.B. zu dem Ergebnis, dass Angestellte des Bundes mit Gesundheitssparkonten eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, ein Einkommen von über 75.000 US-Dollar pro Jahr zu haben als Angestellte ohne Gesundheitssparkonto. Zudem zeigen Studien, dass Inhaber von Gesundheitssparkonten eher dazu tendieren, notwendige Behandlungen zu verzögern oder zu vermeiden, als Inhaber von anderen Versicherungsprodukten. Dieser Effekt ist vor allem bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und bei Personen mit einem Einkommen unter 50.000 Dollar zu beobachten.

**Nachfrage nach
Gesundheits-
sparkonten bleibt
gering**

**Risiko-
segmentierung
und Unter-
inanspruchnahme
notwendiger
Leistungen**

Literatur und Links

Poteliakhoff, Emmi. »Update on Health Savings Accounts (HSAs)«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/us/b8/4.

Trang Huynh, Phuong. »Health Savings Accounts (HSAs)«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2004. www.hpm.org/survey/us/b4/1.

American Medical Association. *Health Savings Accounts at a Glance*. 2004. www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/363/hsabrochure.pdf.

American Medical Association. *Policy H-165.852: Health Savings Accounts*. [Keine Jahresangabe.]

Carroll, John. »HSAs: Early Returns Are In«. *Managed Care Magazine*. März 2005. www.managedcaremag.com/archives/0503/0503.HSAs.html.

Carroll, John. »Banks Give Insurers an Offer Most of Them Cannot Refuse«. *Managed Care Magazine*. Juli 2006. www.managedcaremag.com/archives/0607/0607.banks.html.

Claxton, Gary, Jon Gabel, Isadora Gil, Jeremy Pickreign, Heidi Whitmore, Benjamin Finder und Margaret Ann Cross. »Momentum Shifts Toward Consumer-Directed Plans«. *Managed Care Magazine*. Juli 2005. www.managedcaremag.com/archives/0507/0507.landscape.html.

Davis, Karen, Michelle M. Doty und Alice Ho. *How High Is Too High? Implications of High-Deductible Health Plans*. The Commonwealth Fund, April 2005.

DiJulio, Bianca, und Samantha Hawkins. »Health Benefits in 2006: Premium Increases Moderate, Enrollment In Consumer-Directed Health Plans Remains Modest«. *Health Affairs* (25) 2006. w476–w485 (nur im Internet, erstellt am 26. September 2006).

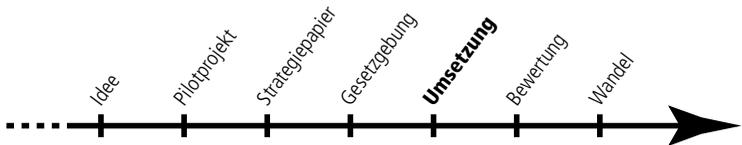
Fronstin, Paul, und Sara Collins. *Early Experience With High-Deductible and Consumer-Driven Health Plans: Findings From the EBRI/Commonwealth Fund Consumerism in Health Care Survey*. The Commonwealth Fund, Dezember 2005.

- Furman, Jason. »Expansion in HSA Tax Breaks is Larger – and More Problematic – than Previously Understood«. Center on Budget and Policy Priorities, 4. Februar 2006.
- Government Accountability Office. *Consumer-Directed Health Plans: Report to the Chairman, Committee on the Budget, House of Representatives*. April 2006.
- Government Accountability Office. *Federal Employees Health Benefits Program: Early Experience with a Consumer-Directed Health Plan*. Report to the Ranking Minority Member, Committee on Finance, U.S. Senate, November 2005.
- Gruber, Jonathan. »The cost and Coverage Impact of the President’s Health Insurance Budget Proposals«. Center on Budget and Policy Priorities, 15. Februar 2006.
- »Health Accounts Benefit Employers«. *Wall Street Journal*. 3. Februar 2006.
- Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust. *Employer Health Benefits Annual Survey 2005*. Menlo Park/Chicago 2005.
- Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust. *Employer Health Benefits Annual Survey 2006*. Menlo Park/Chicago 2006.
- Office of Management and Budget. »U.S. Government Fiscal Year 2007 Federal Budget«. 2006. www.whitehouse.gov/omb/budget.
- Office of Management and Budget. »U.S. Analytical Perspectives, Budget of the United States Government, Fiscal Year 2007«. 2006. www.whitehouse.gov/omb/budget/fy2007/pdf/spec.pdf.
- Park, Edwin, und Robert Greenstein. »Administration Defense of Health Savings Accounts Rests on Misleading Use of Statistics«. Center on Budget and Policy Priorities, 16. Februar 2006.
- Remler, Dahlia, und Sherry Glied. »How Much More Cost Sharing Will Health Savings Accounts Bring?« *Health Affairs* (25) 4 2006. 1070–1078.
- Reinhardt, Uwe. *Where are HSAs and High-Deductible Health Plans Headed?* Alliance For Health Reform and

Kaiser Family Foundation. 10. März 2006. www.kaiser-network.org/health_cast/uploaded_files/031006_alliance_HSA_transcript.pdf.

Rouhani, Shada, Samantha Hawkins und Diane Rowland. »What High Deductible Plans Look Like: Findings From a National Survey of Employers«. *Health Affairs* (24) 2005. W434–W441 (nur im Internet, erstellt am 14. September 2005).

USA: CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen



**Preisdaten
im Internet
veröffentlicht**

Die Zentren für Medicare- und Medicaid-Leistungen (Centers for Medicare and Medicaid Services – CMS) sind eine Behörde, die zum amerikanischen Gesundheitsministerium gehört. Ihre Aufgabe ist es, Medicare, die staatliche Krankenversicherung für über 65-Jährige sowie für Menschen mit Behinderungen, Medicaid, das staatliche Versicherungsprogramm für Bedürftige, und andere staatliche Programme zu verwalten, besonders im Hinblick auf Finanzierung, Leistungskatalog und Qualitätssicherung.

Im Juni 2006 veröffentlichten die CMS erstmalig Daten im Internet zu Krankenhauspreisen für 30 häufige elektive Eingriffe, wie z. B. das Einsetzen eines neuen Hüftgelenks oder Leistenbruchoperationen. Die Daten zeigen, was Medicare für solche Leistungen in einer bestimmten Region bezahlt. Daten für einzelne Krankenhäuser sind nicht ersichtlich. Auch stehen keine Daten über die Preise, die private Versicherungen oder Selbstzahler für die gleiche Leistung bezahlen, zur Verfügung. Die Maßnahme ist eine von mehreren, die das Ziel haben, mehr Transparenz in Bezug auf Preise und Qualität herzustellen, um den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zu intensivieren und

Patienten und Versicherungen eine informierte Wahl zu ermöglichen. Da sich die Daten jedoch nicht auf einzelne Krankenhäuser beziehen, erwartet man keine beobachtbaren Wirkungen auf das Nachfrageverhalten.

Eine wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens ist ein zentrales Anliegen der Bush-Regierung. Sie soll die Eigenverantwortung von Patienten fördern und ihre Wahlfreiheit erhöhen. Die Bundesregierung ermuntert Krankenhäuser und Ärzte, die Preise ihrer Leistungen zu veröffentlichen und zieht in Erwägung, die Anbieter eventuell künftig gesetzlich dazu zu verpflichten. Die Preisveröffentlichungen durch die CMS werden als ein Schritt in die Richtung gesehen, den Versicherten mehr Informationen zur Verfügung zu stellen, damit sie sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen an den Preisen und der Qualität der Leistungserbringer orientieren können.

Es ist unwahrscheinlich, dass die Veröffentlichung von Preisvergleichen auf regionaler Ebene durch CMS zu einer Wettbewerbsintensivierung oder verändertem Nachfrageverhalten von Patienten führen wird. Patienten können einzelne Krankenhäuser nicht direkt miteinander vergleichen. Hinzu kommt, dass den Versicherten keine Informationen über die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Für eine qualifizierte Entscheidungsfindung wären diese Informationen jedoch notwendig, da man davon ausgehen kann, dass Patienten sich nicht allein auf Basis des Preises für oder gegen einen bestimmten Leistungserbringer entscheiden möchten.

**Patienten-
information soll
Wettbewerb
fördern**

**CMS-Preisinfos
werden nur
geringe Wirkung
entfalten**

Literatur und Links

Poteliakhoff, Emmi. »Price data published by CMS: »Payer Power Plan««. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/us/b8/3.

Appleby, Julie. »Medicare posts 30 Procedures' prices«. *USA Today*, 2.6.2006.

Bush, George. »President Discusses Health Care Initiatives«. 1.5.2006. Washington Hilton Hotel Washington, D.C. www.whitehouse.gov/news/releases/2006/05/20060501-5.html.

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Fact Sheet Helping Patients Get The Best Care For Their Needs*. 1.6.2006. www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1872.

Centers for Medicare and Medicaid Services. »Medicare Posts Hospital Payment Information«. Pressemitteilung, 1.6.2006. www.hhs.gov/news/press/2006pres/20060601a.html.

Kaiser Network. »Minnesota Health Insurers Post Price Data Online to Meet Consumer Demand«. 9.11.2005. www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_hpolicy_recent_rep.cfm?dr_cat=3&show=yes&dr_DateTime=11-09-05#33621.

Kaiser Network. »CQ HealthBeat Examines Bush Administration Plan To Improve Price Transparency; HealthGrades Offers Price Reports For A Fee«. 22.3.2006. www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=39928.

Reichard, John. » Medicare to Post Price Data on June 1 Under Transparency Plan«. 2.5.2006. www.communityoncology.org/Default.aspx?tabid=82&ctl=Details&mid=404&ItemID=570.

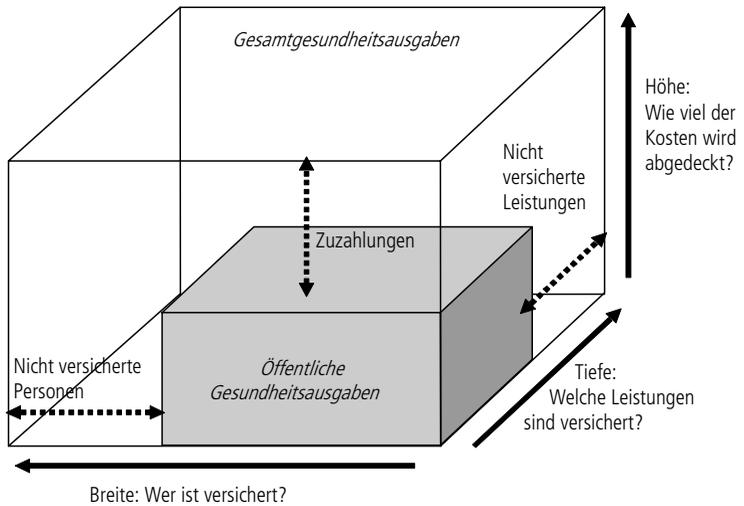
Kranken- und Pflegeversicherung

Das Streben nach einem solidarisch finanzierten und zugleich möglichst viele Leistungen einschließenden Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung steht im In- und Ausland im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Debatten. Trotz finanzpolitischer Konsolidierung weiten viele Industrieländer ihr kollektiv finanziertes Gesundheitssystem aus, um den Zugang der gesamten Bevölkerung zu effektiver und qualitativ guter Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Neben der Ausweitung der Systeme auf bisher nicht eingeschlossene Bevölkerungsgruppen spielt aber auch die Rationalisierung von Gesundheitsleistungen eine immer größere Rolle, um zunehmenden Kostendruck aufzufangen. Abbildung 2 stellt die drei Dimensionen gesundheitspolitischer Entscheidungen dar, die die Sicherstellung eines leistungsfähigen und finanzierbaren Gesundheitssystems beeinflussen. Diese drei Dimensionen können als die Breite, die Tiefe und die Höhe des öffentlich finanzierten Leistungsumfangs betrachtet werden. Breite ist in diesem Zusammenhang definiert als der Umfang der versicherten Bevölkerung, Tiefe ist der Umfang des Leistungskatalogs und die Höhe der Anteil der öffentlich übernommenen Kosten an den Gesamtkosten der im Leistungskatalog enthaltenen Leistungen. Das theoretische Bestreben, den Kasten so vollständig wie möglich auszufüllen, erkennt man am besten in der Gründungsmaxime des englischen NHS aus dem Jahr 1948: »universell, umfassend und kostenlos zum Zeitpunkt der Leistungserbringung«.

Mit Ausnahme der USA und Deutschlands haben praktisch alle Industrieländer ein universelles Krankenversicherungssystem, welches die gesamte – oder fast die gesamte – Bevölkerung einbezieht. Ein bevölkerungsweites System bedeutet grundsätz-

**Universeller
Versicherungs-
schutz überwiegt**

Abbildung 2: Die drei Dimensionen der Entscheidungen über die Leistungsfinanzierung



Quelle: Eigene Darstellung nach Busse, Schreyögg und Gericke 2007.

lich ein hohes Maß an Solidarität, da Gesunde und Kranke, Jung und Alt, Reiche und Arme, Männer und Frauen sowie Familien und Einzelpersonen gemeinsam die Kosten für die (Basis-)Versorgung tragen und generell die Stärkeren die Schwächeren finanziell unterstützen.

Dabei wurde der universelle Versicherungsschutz in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen früher erreicht als in beitragsatzfinanzierten Systemen. So erreichten die skandinavischen Länder oder zum Beispiel Neuseeland universellen Versicherungsschutz zum Teil schon in den 30er und 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts, während Länder mit gesetzlichen Krankenversicherungssystemen ihn über einen längeren Zeitraum entwickeln mussten und erst ab den 90er Jahren erreichten. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass in sozialen Krankenversicherungssystemen zunächst nur die Beitragszahler versichert waren. Erst mit wirtschaftlichem Wachstum wurde der Krankenversicherungsschutz nach und nach auch Personen ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zuteil: in der Regel zunächst den Familienangehörigen, dann Rentnern und Arbeitslosen, dann Studierenden, dann Selbstständigen. Die Schweiz (1996), Frank-

reich (2000) und die Niederlande (2006) sind die besten Beispiele für soziale Krankenversicherungssysteme, die erst in den letzten zehn Jahren universellen, bevölkerungsweiten Versicherungsschutz gesetzlich eingeführt haben. In Ländern, die neben dem Sozialversicherungssystem bzw. dem steuerfinanzierten System private Krankenversicherungen als Ersatz anbieten (beispielsweise für Gutverdiener und Selbstständige), müssen Ausgleichsmechanismen gefunden werden, damit das öffentlich finanzierte System durch die Wirtschaftskraft der gesamten Bevölkerung unterstützt wird. In den Niederlanden geschah dies bis 2005, d.h. solange ein zweigeteiltes System bestand, einerseits durch PKV-Prämienzuschläge und zweitens durch Steuergelder, die beide dem zentralen Fonds der gesetzlichen Krankenversicherung zugeführt wurden.

In den USA, wo bis auf das staatliche Medicare-Programm für die ältere Bevölkerung keine solidarisch finanzierte Kranken- und Pflegeversicherung besteht, haben einzelne Bundesstaaten immer wieder versucht, ein universelles Versicherungssystem einzuführen. Zurzeit ist Massachusetts damit beschäftigt, ein hierzu im April 2006 verabschiedetes Gesetz zu implementieren (siehe Seite 105). Dieses Vorhaben zeigt den politischen Willen, eine umfassende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Ein weiteres Beispiel für politisches Engagement in dieser Richtung liefert Spanien, wo die Regierung mit der Einführung einer nationalen Pflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung eine vierte Säule der Sozialversicherung aufbaut (siehe Seite 107).

Neben der »Breite« der versicherten Bevölkerung spielt der Umfang des Leistungskatalogs eine elementare Rolle bei der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssystems. Obwohl das Thema Leistungskatalog in Deutschland (siehe etwa das »Zwiebelmodell« des Sachverständigenrates mit Kern- und Wahlleistungen) ebenso wie in anderen Ländern große Aufmerksamkeit findet, ist das Wissen um die tatsächlichen Leistungskataloge noch immer nicht sehr ausgeprägt. Das liegt zum einen daran, dass die Verfahren zur Bestimmung des Inhalts von Leistungskatalogen sehr unterschiedlich sind. Sie reichen von einer expliziten Liste aller finanzierten Leistungen als Anhang zum Krankenversicherungsgesetz in Israel bis hin zur vage formulierten Auflage in England, dass der Gesundheitsminister »das seiner

Leistungsumfang
international
uneinheitlich

Meinung nach Notwendige innerhalb vernünftiger Grenzen« (NHS-Gründungsakt) erbringen müsse. Zum anderen gibt es noch keine internationale Klassifikation von Gesundheitsleistungen, die einen Vergleich im Detail ermöglichen würde. Lange Zeit wurde behauptet, dass steuerfinanzierte Systeme oftmals keine detaillierten Leistungskataloge hätten, während die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme – einerseits aufgrund der definierten Leistungsansprüche der Versicherten und andererseits aufgrund der Notwendigkeit, die Leistungserbringer für bestimmte Leistungen zu vergüten – systembedingt über solche verfügte. Das noch laufende EU-finanzierte HealthBASKET-Projekt hat gezeigt, dass diese Betrachtungsweise zu einfach ist. So kennen Italien und Spanien zum Teil sehr detaillierte Leistungskataloge, während im deutschen Krankenhaussektor aufgrund des Verbotsvorbehalts nur eine (sehr kleine) Negativliste existiert (Schreyögg et al. 2005).

In Abwesenheit eines detaillierten Leistungskatalogs ist Großbritannien durch das NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) dennoch – oder gerade deswegen – zum Vorreiter für die Schaffung von Bewertungsinstitutionen geworden. Deren Aufgabe ist es, auf Basis der Wirksamkeit und Kosteneffektivität Empfehlungen zur Aufnahme bzw. Nichtaufnahme von Arzneimitteln und anderen Technologien in den Leistungskatalog – sowie die Konditionen für ihre Leistungserbringung – zu geben.

Neben dieser übergreifenden Tendenz gibt es aber auch immer noch diametral entgegengesetzte Entwicklungen: Zahnmedizin und Hilfsmittel, wie z. B. Brillen oder Gehhilfen, werden in einigen Industriestaaten, darunter Deutschland, explizit aus dem Leistungskatalog gestrichen, während Länder wie Spanien und Großbritannien diese Maßnahmen im Katalog behalten und fördern oder zusätzlich aufnehmen. Ein aktuelles Beispiel für Veränderungen des Leistungskatalogs ist Singapur; dort sollen in Zukunft ausgewählte Disease-Management-Programme erstmalig auf ambulanter Ebene durchgeführt und finanziert werden (siehe Seite 111).

**Eigenbeteiligung
soll Kosten-
bewusstsein
erhöhen**

Private Kostenbeteiligungen durch Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen oder Selbstbehalte bei ambulanter und stationärer Versorgung haben sich im Lauf der letzten Jahre in den industriellen Staaten sehr unterschiedlich entwickelt. In rund der Hälfte aller EU-Länder werden Eigenbeiträge bei der primären und sekundä-

ren Versorgung erhoben. Bei Arzneimitteln müssen Versicherte in allen Ländern Eigenbeiträge leisten, wobei in den Niederlanden in jeder Arzneimittelgruppe mindestens ein Präparat vorhanden ist, das unter dem maximalen Vergütungslevel liegt und zuzahlungsfrei erhältlich ist. Seit Inkrafttreten des Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes im Juli 2006 sind auch in Deutschland Arzneimittel, die mindestens 30 Prozent unterhalb der Festbetragsgrenze liegen, von der Zuzahlung befreit.

Laut OECD-Angaben lagen die privaten Ausgaben für Arzneimittel im Jahre 2003 in Deutschland bei 25,2 Prozent, in Frankreich bei 32,8 Prozent und in den Niederlanden bei 42,6 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel. In vielen Industriestaaten verteidigt die Politik zunehmende Kostenbeteiligung als einziges Mittel, um das Ausnutzen des Systems durch Versicherte (>moral hazard<) zu vermeiden und damit die solidarische Finanzierung insgesamt zu erhalten. In Deutschland zeigen Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, dass parallel zur Einführung der Praxisgebühr von 2003 auf 2004 die ambulanten Fallzahlen um 8,7 Prozent und die Arztkontakte um 2,9 Prozent gesunken sind. Diese Daten sind allerdings querschnittlich erhoben und beziehen sich nur auf die KV-Region Nordrhein. Grabka et al. (2006) stellen mit einem längsschnittlichen Datensatz – dem sogenannten Sozio-Oekonomischen Panel (SOEP) – fest, dass der Rückgang der Arztkontakte bei nicht chronisch kranken GKV-Versicherten sogar über 9 Prozent betragen hat, bei chronisch kranken GKV-Versicherten (und bei privat Versicherten) indessen konstant geblieben ist. Anscheinend schränkte die Praxisgebühr notwendige Arztbesuche (die bevorzugt bei chronisch Kranken angenommen werden können) nicht ein.

Ohne Ausgleichsmechanismen nimmt mit der Zunahme von Eigenbeteiligungen das Ausmaß der finanziellen Solidarität ab. Sozial Schwache und alte Menschen werden von den Eigenbeiträgen stärker getroffen. In vielen Ländern werden Zusatzversicherungen angeboten, welche die Eigenbeteiligungen übernehmen. Diese können sich zwar die meisten Bürger leisten, aber ein Teil der Bevölkerung hat aus finanziellen und/oder gesundheitlichen Gründen keinen Zugang zu zusätzlicher Absicherung. Einige Staaten erkennen diese Entwicklungen und versuchen, Versorgungslücken per Gesetz im Nachhinein zu beheben. So haben in

**Ausgleich für
sozial Schwache**

Frankreich sozial Schwache die Möglichkeit, über öffentlich subventionierte Krankenversicherungsgutscheine private Zusatzversicherungen einzukaufen (siehe Seite 113). In Slowenien wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt, um die Risikoselektion der privaten Krankenversicherungen (»cream-skimming«) und damit den Ausschluss älterer und kranker Menschen in Zukunft zu verhindern (siehe Seite 116).

Demographische
Entwicklungen
verlangen
Rationalisierung

Abschließend lässt sich sagen, dass auch in Zukunft alterungs- und innovationsbedingte Kostensteigerungen in Industriestaaten für anhaltenden Druck auf die Finanzierung der Gesundheitssysteme sorgen werden. Gemeinschaftlich finanzierte Gesundheitssysteme können diesem Druck dann standhalten, wenn sie rationale Bewertungsmethoden für die Aufnahme von Behandlungen in den Leistungskatalog anwenden und den Blick von Patienten, unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten, auf die Ausgaben für Gesundheitsleistungen schärfen.

Literatur und Links

Busse, Reinhard, und Annette Riesberg. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Berlin 2005.

Busse, Reinhard, Jonas Schreyögg und Christian Gericke. *Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High Income Countries*. HPN Discussion Paper. Weltbank: Washington, DC 2007.

Grabka, Markus, Jonas Schreyögg und Reinhard Busse. »Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung. Erste empirische Ergebnisse«. *Medizinische Klinik* (101) 6 2006. 476–483.

Henke, Klaus-Dirk, und Jonas Schreyögg. *Towards sustainable health care systems: Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands*. (Sec.Ed.). Berlin 2005.

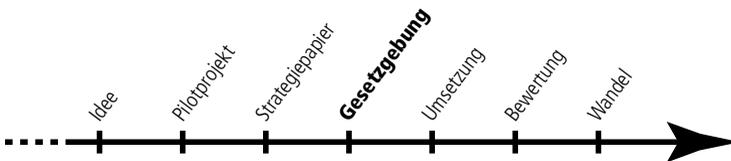
OECD. *Gesundheitsdaten 2005. Statistiken und Analysen für 30 Länder*. Paris 2005.

Saltman, Richard B., Reinhard Busse und Josep Figueras. *Social health insurance systems in Western Europe*. Berkshire 2004.

Schreyögg, Jonas, Tom Stargardt, Marcial Velasco-Garrido und Reinhard Busse. »Defining the benefit basket in nine European countries: Evidence from the EU Health BASKET project«. *The European Journal of Health Economics* 6 (Suppl. 1) 2005. 2–10.

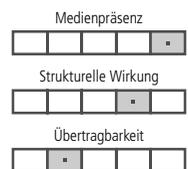
Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung. »Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch die Praxisgebühr bestätigt«. Pressemitteilung vom 24.1.2005. www.zi-berlin.de/praxisgebuehr/downloads/PraxisgebuehrRuckgang.pdf.

USA: Massachusetts – Krankenversicherung für alle



Im April 2006 hat das Parlament von Massachusetts mit überwältigender Mehrheit ein neues Krankenversicherungsgesetz beschlossen. Das im Juli 2007 in Kraft getretene Gesetz sieht einen kollektiven Krankenversicherungsschutz vor, der auf dem bestehenden System der privaten Krankenversicherung basiert. Ziel der Regierung ist eine Gesamtversichertenquote von 99 Prozent bis zum Jahre 2010. Es werden verschiedene Anreizsysteme eingesetzt, um in Zukunft die Einbeziehung der bisher 515.000 Nichtversicherten (ca. 8 Prozent der Bevölkerung) zu erreichen.

Das Gesetz sieht ausdrücklich die Einbindung aller 19- bis 26-Jährigen in das Krankenversicherungssystem vor. Diese Altersgruppe ist wegen hoher Kosten und gleichzeitig niedrigem subjektivem Risiko häufig nicht krankenversichert. Mit der Versicherungspflicht will Massachusetts den Solidaritätsaspekt bei der Krankenversicherung erhöhen. Junge Versicherte zahlen im Verhältnis zur Inanspruchnahme von Leistungen mehr ein und stär-



**Niedrigere
Beiträge durch
Kollektiv-
versicherung
erwartet**

ken damit die Einnahmeseite. Die höheren Gesamteinnahmen sollen wiederum zu günstigeren Durchschnittsprämien führen.

**Geldbußen bei
Verstößen**

Die Verpflichtung zur Krankenversicherung soll durch finanzielle Anreize sowohl für Beschäftigte als auch für Arbeitgeber durchgesetzt werden. Der Bundesstaat erlässt Individuen sowie Betrieben mit weniger als 50 Mitarbeitern die Steuern auf abgeschlossene Versicherungen, um Versicherungsabschlüsse attraktiv zu gestalten. Dies soll allein rund 215.000 Personen in den Kreis der Versicherten bringen.

**Erleichterungen
für die
»working poor«**

Das Gesetz fordert die Versicherer auf, eine monatliche Prämie von rund 200 Dollar zu gewährleisten. Niedrigverdiener sollen von den privaten Krankenversicherern kostengünstigere Angebote erhalten, bei denen der Leistungskatalog allerdings eingeschränkt ist. Bei einem Einkommen bis zu 22.400 Euro pro Kopf (entspricht 300 Prozent der Armutsgrenze) gewährt der Bundesstaat Massachusetts finanzielle Unterstützung zur Krankenversicherung. Kinder in einkommensschwachen Familien erhalten einen kostenfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung über Medicaid. Diese Maßnahmen sollen zu einem faireren Versicherungssystem führen, da vom Hoch- bis zum Geringverdiener alle teilnehmen. Eine neu zu schaffende Einrichtung soll die Umsetzung des Gesetzes vorantreiben und die Ausführung überwachen.

Einer der Gründe für die schnelle Entwicklung der Gesetzesinitiative war die drohende Kürzung der Bundeszuschüsse für das staatliche Versicherungsprogramm Medicaid. Washington hatte Massachusetts wegen der hohen Anzahl Nichtversicherter mit einer Kürzung der Zuwendungen aus dem nationalen Medicaid-Fonds um 385 Millionen Dollar gedroht.

**Breite Zustimmung
von allen Seiten**

Nach monatelangen Diskussionen über die Höhe der Geldbußen bei Nichtversicherung der Arbeitnehmer durch ihre Arbeitgeber (bis zu 800 Dollar waren vorgeschlagen worden) fand das von Senator Romney eingebrachte Gesetz letztlich breite Zustimmung. Es bringt Vorteile für die Bevölkerung, die privaten Versicherer und für die Leistungserbringer. Womöglich erreicht Massachusetts als erster US-Bundesstaat einen flächendeckenden Krankenversicherungsschutz für seine Bevölkerung, indem es erstmals eine Versicherungspflicht für Individuen einführt und diese mit Anreizen für Arbeitgeber kombiniert. Gesetzesinitiati-

ven in anderen Bundesstaaten wie Hawaii (siehe den Bericht in »Gesundheitspolitik in Industrieländern 1«) und Kalifornien waren bislang weniger erfolgreich.

Massachusetts rechnet in den kommenden drei Jahren mit durch das Gesetz bedingten zusätzlichen Ausgaben in Höhe von 1,2 Milliarden Dollar, wobei allerdings nur 125 Millionen Dollar zusätzlich aus dem Haushalt des Bundesstaates aufgebracht werden müssen. Ab 2010 soll sich das neue Krankenversicherungssystem selbst finanzieren. Ob das neue Gesetz seine hochgesteckten Ziele erreichen wird, hängt nicht zuletzt von der Entscheidung Washingtons ab: Zum Zeitpunkt der Berichterstattung war noch nicht darüber entschieden, ob für die kommenden zwei Jahre die Medicaid-Kürzungsandrohung wahr gemacht würde.

Literatur und Links

Schulz, Anke Therese, und Carol Medlin. »Massachusetts Health Coverage Mandate«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/us/c7/3.

Massachusetts Government. »Implementation of Health Care Law Proceeds«. 2006. www.mass.gov/?pageID=press_releases&agId=Agov2&prModName=gov2pressrelease&prFile=gov_pr_060501_healthcare_waiver.xml.

Spanien: Nationale Pflegeversicherung



Das spanische Ministerium für Arbeit und Soziales hat ein Gesetz für eine Pflegeversicherung erarbeitet, die zwischen 2007 und 2015 als vierte Säule der Sozialversicherung eingeführt wird. Ziel ist es, pflegebedürftigen Personen auf individuellere und effizientere Weise Hilfe zukommen zu lassen. Das Gesetz sieht

Medienpräsenz				
■	■	■	■	■
Strukturelle Wirkung				
■	■	■	■	■
Übertragbarkeit				
■	■	■	■	■

dafür künftig drei verschiedene Arten der Unterstützung vor. Zum einen werden die persönlichen Freiheiten der Pflegebedürftigen durch den Ausbau ambulanter Pflege und die Finanzierung häuslicher Veränderungen ausgeweitet. Des Weiteren wird die Integration von ambulanter und stationärer Pflege gefördert. Dazu ist neben der Errichtung neuer Einrichtungen die verbesserte Ausbildung von Pflegepersonal geplant. Zudem können Verwandte für Pflegetätigkeiten finanzielle Unterstützung beantragen. Diese ist abhängig von den Einkommensverhältnissen des zu Versorgenden und vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

**Gesetz schafft
finanzielle
Entlastung des
Gesundheits-
systems**

Das neue Pflegeversicherungsgesetz gilt landesweit und wird zu jeweils einem Drittel von der spanischen Zentralregierung, den »autonomen Regionen« und den Bedürftigen selbst getragen. Die Regionen müssen ihren jährlichen Anteil von insgesamt 3,5 Milliarden Euro an die nationale Regierung transferieren. Sie bleiben aber auch in Zukunft selbst für die Bereitstellung der Pflegeinstitutionen verantwortlich. Die Finanzierung soll durch starke Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben der Regionen gesichert werden, da die Kosten für viele chronisch Kranke mit der Einführung der Pflegeversicherung nicht mehr über das Gesundheitssystem, sondern aus dem Pflegeetat vergütet werden. Ein stationär Behandelter kostet das Gesundheitssystem täglich durchschnittlich 360 Euro, während über die Pflegeversicherung und ihre neuen Ansätze tägliche Kosten von nur 60 Euro erwartet werden.

**Pflegebedürftige
bisher schlecht
versorgt**

Die Notwendigkeit der Verbesserung der Pflege Alter und Behinderter wird in Spanien bereits seit einem Jahrzehnt diskutiert. Laut einer Umfrage im Jahr 1999 sind insgesamt 1,5 Millionen Spanier hilfs- oder pflegebedürftig. Zwei Drittel davon sind über 65 Jahre alt. Der momentane Zugang zu Versorgungsleistungen ist sehr beschränkt. 65 Prozent der Hilfsbedürftigen haben keinen Zugang zu Pflegeeinrichtungen. In diesem Falle übernehmen Angehörige oder Partner die unbezahlte Pflege von durchschnittlich zehn Stunden täglich.

**Dezentralisierung
erschwerte
spanienweiten
Konsens**

Das Toledo-Abkommen aus dem Jahr 2003 war der erste Schritt in Richtung Einführung einer landesweiten Pflegeversicherung. Die Übereinkunft sah vor, Reformvorschläge zur Verbesserung der öffentlichen Alterssicherung zu erarbeiten (siehe den Bericht in »Gesundheitspolitik in Industrieländern 2«). Das

damalige Problem bestand in der Bildung eines Konsenses zwischen der Zentralregierung in Madrid und den 17 autonomen Regionen, denen im Zuge der Dezentralisierung in den letzten zwei Jahrzehnten weitreichende Kompetenzen bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung übertragen worden sind.

Vorläufer des jetzigen Gesetzes war die Einführung eines Programms zur besseren Integration medizinischer und sozialer Dienste in der Region Kastilien-Léon im Jahr 2003. Dort wurden Basiskoordinierungsteams errichtet, deren Aufgabe die Schaffung einer integrierten Versorgung für Pflegebedürftige war (siehe den Bericht in »Gesundheitspolitik in Industrieländern 2«).

Das Gesetz sieht die Einrichtung eines nationalen Rats für die Pflegeversicherung vor, der die regionalen Stellen unter Berücksichtigung von Regierungsentscheidungen koordinieren wird. Des Weiteren werden zwei Beratungsgremien eingesetzt, bestehend aus Vertretern von Regierung, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sowie einer Vertretung älterer und behinderter Menschen. Mit der Beteiligung aller wichtigen Vertreter an der Koordinierung sicherte sich das Arbeits- und Sozialministerium breiten Rückhalt für das Gesetz.

Koordinierung auf nationaler Ebene

Die Regionen unterstützen den nationalen Plan, da laut einem Bericht der spanischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie die Zahl der über 80-Jährigen und damit die Hochrisikogruppe sich in den kommenden Jahrzehnten auf 8,8 Prozent der Bevölkerung verdoppeln wird – und in einigen Regionen sogar 10 Prozent erreichen wird.

Auch die Behinderten- und Senioren-Verbände sowie die medizinischen Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin und Geriatrie unterstützen die Politik. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die erwartete homogenere Versorgung durch die Pflegeversicherung aufgrund der Nicht-Einbeziehung der für die Versorgung zuständigen Kommunen ggf. nicht erreicht werden könnte. Auch die für viele Pflegebedürftige aufgrund der relativ hohen Eigenbeteiligung hohe finanzielle Zugangshürde könnte zu starken Ungleichgewichten führen. Sie fordern daher, die Pflegeversicherung in einem zweiten Schritt in das steuerfinanzierte soziale Sicherungssystem zu überführen, um die Finanzierung zu gewährleisten. Ein weiteres Problem ist die bisher sehr unausgewogene Verteilung von geriatrischen Einrichtungen. In Gebieten

mit einer hohen Anzahl alter Menschen stehen insgesamt weniger geriatrische Betten zur Verfügung als in Gebieten mit einer niedrigeren Altersquote. Diese Herausforderungen wird die neue spanische Pflegeversicherung zu bewältigen haben. Eine erste Evaluation ist für das Jahr 2012 geplant.

Literatur und Links

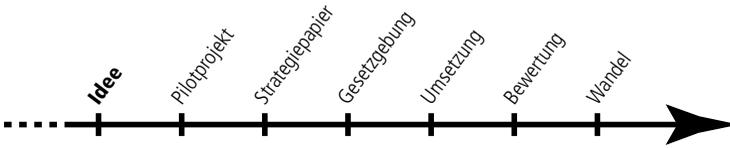
Sánchez, Elvira, und Esther Martínez. »Integrated care for the elderly«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/es/a7/1.

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. »Atención a las personas en situación de dependencia en España«. Libro Blanco. 2004. www.infodisclm.com/Dossieres/dependencia/libro_blanco_dependencia.pdf (spanisch).

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. »Declaración: Para la Promoción de la vida autónoma y dencia«. 2006. www.tt.mtas.es/periodico/ministro/200604/DECLcon_junta_19-04-06.pdf (spanisch).

Seminario de intervención y políticas sociales. »Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia«. 2006. www.polibea.com/siposo/Informe_24-2-06.pdf (spanisch).

Singapur: Finanzierung ambulanter Disease-Management-Programme

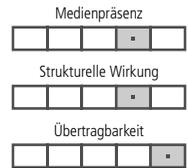


Erstmalig will Singapur ambulante Behandlungen über die gesetzliche, auf Gesundheitssparkonten beruhende Krankenversicherung (Medisave) finanzieren. Ab Ende 2006 bekamen Patienten mit den vier häufigsten chronischen Erkrankungen (Diabetes Mellitus, Bluthochdruck, Schlaganfall und Hyperlipidämie) die Möglichkeit, außerhalb der stationären Behandlung an ambulanten Disease-Management-Programmen (DMP) teilzunehmen.

Bisher bestehen für die vom Ministerium geschätzten circa eine Million Patienten mit den vier genannten chronischen Erkrankungen große Anreize, sich zur Behandlung in ein Krankenhaus zu begeben, da aus den Medisave-Konten lediglich stationäre Behandlungen finanziert werden dürfen. Überfüllte Krankenhäuser und eine punktuelle Betreuung chronisch Kranker sind das Resultat. Kontinuierliche Kommunikation zwischen Krankenhäusern und AllgemeinmedizinerInnen soll zudem zur nahtlosen Koordinierung der Versorgung der vier Patientengruppen führen. Das Ministerium rechnet mit auf Dauer großen Kosteneinsparungen gegenüber den bisherigen kostspieligen stationären Aufenthalten.

In Zukunft sollen sich Hausärzte, deren Kompetenzen und Befugnisse bisher sehr begrenzt gewesen sind, für die vier Disease-Management-Programme registrieren können. Nach der Anmeldung erhalten sie eine Weiterbildung, um Patienten anhand von evidenzbasierten Protokollen ambulant behandeln zu können. Im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellen Experten derzeit Behandlungsprotokolle anhand internationaler Standards.

Patienten der vier Krankheitsgruppen können zur Teilnahme an einem ambulanten Disease-Management-Programm jährlich maximal 300 Singapur-Dollar (150 Euro) ihres Gesundheitssparkontos nutzen und müssen pro Kontakt einen Selbstbehalt von



Medisave zahlt ambulante DMP

Hausärzte als DMP-Koordinatoren

Neue Finanzierung begrenzt

30 Singapur-Dollar (15 Euro) sowie einen Eigenanteil von 15 Prozent der darüber hinausgehenden Summe zahlen, d. h. bei einer Rechnung von z. B. 100 Dollar insgesamt 40,50 Dollar. Da die subventionierten Jahreskosten etwa für das Diabetes-Programm je nach Einkommen 250 bis 500 Singapur-Dollar betragen, erachtet das Ministerium die 300-Dollar-Grenze als ausreichend.

Insgesamt geht das Ministerium von einer Million Patienten aus, die für eines der vier Programme in Betracht kommen. Damit käme jeder vierte Bewohner von Singapur in den Genuss von ambulanten DMPs.

**Breite Zustimmung
zur Einführung
ambulanter
Programme**

Sowohl Patienten als auch Mediziner befürworten die Entwicklung, da die momentane stationäre Behandlung chronisch Kranker nicht optimal verläuft. Patienten, die nach der stationären Behandlung nach Hause gehen, werden oft nicht weiterbehandelt, scheinen Medikamente nur unregelmäßig einzunehmen oder fragen die Erneuerung von Verschreibungen nicht nach, um Kosten zu sparen.

Die Regierung fördert die Finanzierung ambulanter Programme, da sie immer wieder mit der Problematik der Überanspruchnahme von Krankenhäusern konfrontiert wird. Gleichzeitig fürchten viele Politiker Kostensteigerungen durch Moral Hazard, da durch starke Inanspruchnahme der neuen Behandlungsprogramme die Finanzierung von Medisave in Gefahr geraten könnte. Deshalb sind in der bisherigen Ausführung der Pläne ein jährliches Limit und Eigenbeteiligungen vorgesehen, um Gesundheitsshopping zu vermeiden. Die sehr hohen Zuzahlungen sind allerdings ein Kritikpunkt der Patientenvertreter. Sie sind der Ansicht, dass die Höhe der Eigenbeteiligung für viele Patienten eine zu große Zugangshürde darstellt. Allgemeinmediziner fürchten durch die Registrierung eine Zweiklassengesellschaft innerhalb ihrer Disziplin und sind deshalb gegen die Registrierungspflicht.

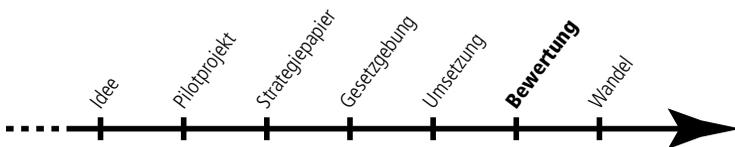
Da es keine Pilotprojekte gab, wurde der Start von Kritikern skeptisch beurteilt. Etwa einen Monat nach dem Start des Diabetes-DMPs am 1. Oktober 2006 waren allerdings auf der Medisave-Webseite bereits 400 (von 2.950) ambulante Leistungserbringer registriert. Die anderen drei Programme folgten zum 1. Januar 2007.

Literatur und Links

Lim, Meng Kin. »Disease Management«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/sg/a7/3.

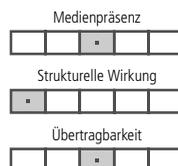
Ministry of Health. »Better Health Outcomes for the Chronically-Ill Through Structured Disease Management Programmes«. www.moh.gov.sg/corp/about/newsroom/pressreleases/details.do?id=36962319.

Frankreich: Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige – bisher ein mäßiger Erfolg



Seit Januar 2005 haben Geringverdiener in Frankreich einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenversicherungsgutscheine für eine freiwillige Zusatzversicherung gegen hohe Eigenbeteiligungen bei ambulanter, stationärer und der Arzneimittelversorgung. Das Gesetz richtet sich an den Bevölkerungsteil, dessen Jahreseinkommen – bei Einpersonenhaushalten – die Armutsgrenze von 7.045 Euro um maximal 15 Prozent übersteigt, d.h. nicht über 8.102 Euro liegt. Während 91 Prozent der Gesamtbevölkerung im Besitz einer freiwilligen Versicherung sind, liegt der Anteil Nichtzusatzversicherter im Bereich der rund zwei Millionen Geringverdiener bei 30 Prozent. Aber auch die meisten anderen Personen in dieser Gruppe sind nicht umfassend zusatzversichert, weisen also Deckungslücken auf.

Die französische Regierung will über das Gutscheinsystem eine Schieflage im Versichertenstatus der Gesamtbevölkerung ausgleichen (siehe »Gesundheitspolitik in Industrieländern 4«). Zusatzversicherungen sind notwendig, da die gesetzliche Krankenversicherung nur rund 75 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen abdeckt. Während sich die Durchschnitts- und Hoch-



Gutscheine für Geringverdiener

verdiener problemlos zusätzlich versichern können, sind Menschen, deren Einkommen unter der Armutsgrenze liegt, von Eigenbeteiligungen befreit. Sie erhalten über die Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) eine kostenlose Zusatzversicherung. Das Gesetz zielt auf die Gruppe der Geringverdiener, die sich aufgrund ihres niedrigen Einkommens keine Zusatzversicherung leisten können. Der Anspruch auf Versicherungsgutscheine ist abhängig von Haushaltgröße und Jahreseinkommen. So sind Einzelpersonen anspruchsberechtigt bei einem jährlichen Einkommen zwischen 7.045 und 8.102 Euro, Haushalte mit sechs Personen bei einem Jahreseinkommen zwischen 22.433 und 23.498 Euro.

**Mäßige
Inanspruchnahme**

In seiner ersten jährlichen Evaluation hat der Fonds zur Finanzierung der universellen Krankenversicherung (Couverture Maladie Universelle, CMU) Preise und Reichweite des neuen Gutscheinsystems untersucht. Innerhalb des ersten Jahres wurden 220.000 Gutscheine (für insgesamt 402.000 Personen) beantragt. Jedoch wurden nur 178.335 Gutscheine tatsächlich bei den Versicherern eingelöst. Dabei entfielen nur 14 Prozent auf die ab 60-Jährigen.

**Gutschein deckt
Kosten nur anteilig**

Grund für die bisher mäßige Inanspruchnahme könnten die jährlichen Kosten der Zusatzversicherungen sein. Diese lagen 2005 bei durchschnittlich 430 Euro. Der Wert der Gutscheine hingegen betrug abhängig von Alter und Haushaltssituation nur zwischen 75 und 250 Euro. Die ungedeckte Differenz zwischen dem Gutscheinwert und den tatsächlichen Kosten einer Zusatzversicherung macht die Versicherung für Geringverdiener nicht in jedem Fall erschwinglich. Daher wurde die Differenz im Januar 2006 durch eine 33-prozentige Erhöhung des Gutscheinwertes für Personen bis 59 Jahre bereits erheblich verringert. Bei der Altersgruppe der ab 60-Jährigen betrug die Zunahme sogar 60 Prozent, d.h. der maximale Gutscheinwert stieg in dieser Altersgruppe von 250 auf 400 Euro. Das Ministerium erwartet nun einen deutlichen Anstieg bei der freiwilligen Zusatzversicherung in der Zielgruppe der Geringverdiener.

Bürokratenjargon

Für viele der potenziellen Nutzer ist der Zugang zu den Zusatzversicherungen nicht zuletzt auch deshalb erschwert, weil der Gutschein offiziell, aber irreführend »Steuernachlass« (crédit d'impôt) heißt. Viele der Anspruchsberechtigten zahlen aber gar

keine Steuern und fühlen sich dementsprechend nicht angesprochen.

Die Intention des Gesetzes ist insgesamt als positiv zu bewerten, da es die Zugangsvoraussetzungen für die Bevölkerung nivelliert. Trotzdem stellen viele Wissenschaftler die Frage, ob Krankenversicherungsgutscheine und der damit verbundene bürokratische und gesetzliche Aufwand ein lohnendes Mittel sind, um den Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen unabhängig von der Höhe des verfügbaren Einkommens zu gewährleisten.

Ebenfalls ist Experten nicht klar, ob das Gutscheinsystem zu Moral Hazard führt. Versicherer könnten von den Gutscheinen profitieren, indem sie die Preise erhöhen, nicht aber den Leistungsumfang. Im Gegenzug könnten Versicherte von einem hohen Leistungsumfang profitieren, der nicht unbedingt nötig ist. Diese Fragen sind Gegenstand der ersten Gesamtevaluation.

**Gutscheine
als effektive
Strategie?**

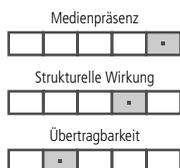
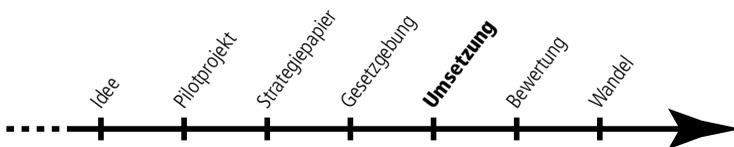
Literatur und Links

Franc, Carine, und Marc Perronnin. »Health insurance voucher plan: mid-term evaluation«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/fr/a7/3.

Auvray, Laurence, Anne Doussin und Philippe Le Fur. »Santé, soins et protection sociale en 2002«. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) France 2002. Rapport n° 1509. Paris 2003 (französisch).

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. »Crédit d'impôt«. <http://www.fonds-cmu.fr/site/index.php4?PHPSESSID=7867b4a5ef55b772c3bf252ff66118bb> (französisch).

Slowenien: Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen



Nach jahrelangem Cream Skimming privater Zusatzversicherer hat die slowenische Regierung im Januar 2006 einen Risikostrukturausgleich für diesen Bereich eingeführt. Das Gesetz wurde zwingend notwendig, da die drei bestehenden Krankenversicherungsunternehmen über unterschiedliche Prämienstufen versucht hatten, Antragsteller mit hohen Risiken zu meiden. Gleichzeitig zielt das neue Gesetz darauf ab, den Markt für Zusatzversicherungen variabler zu gestalten. Nun können auch Versicherungspakete angeboten werden, die über den Ausgleich von Zuzahlungen bei medizinischen Leistungen hinausgehen. Bisher deckte die Zusatzversicherung lediglich alle privaten Zuzahlungen ab, die in Slowenien 5 bis 75 Prozent der Kosten für medizinische Leistungen ausmachen.

Lange Debatte über Cream Skimming

Seit einer 13,5-prozentigen Erhöhung der Beiträge bei den über 60-Jährigen durch Vzajemna, den größten und ältesten privaten Zusatzversicherer, wird in Slowenien laut über das Verhindern von Cream Skimming bei der privaten Zusatzversicherung diskutiert. Das Argument des Versicherers war, dass Vzajemna im Vergleich zu den beiden anderen Versicherern eine schlechtere Versichertenstruktur hat, da diese durch extreme Preisstufen nur für junge Leute attraktiv seien.

Aufgrund der hohen Versicherungsquote bei Zusatzversicherungen (94 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten) schlugen viele Politiker vor, die gesamten Kosten über die gesetzliche Krankenversicherung zu decken. Sie betrachten diese Methode als solidarischer besonders gegenüber Geringverdienern, die sich die teure Zusatzversicherung kaum leisten können. Für diesen Vorschlag sprach ebenfalls, dass das slowenische Krankenversicherungsinstitut sein durch die Ausgaben im Bereich der Pflichtversicherung in den letzten Jahren verursachtes Defizit verringern könnte, da die Zusatzversicherer im gleichen Zeitraum hohe Pro-

fite erwirtschafteten. Nach der Präsidentschaftswahl 2004 hat sich die neu gewählte konservative Regierung jedoch für die Beibehaltung der Zusatzversicherungen entschieden, allerdings mit gesetzlichen Änderungen für die Versicherer.

Die Krankenversicherungsunternehmen sind nun gezwungen, alle Personen aufzunehmen, die gesetzlich krankenversichert sind. Dabei müssen alle Versicherer ihren Versicherten die gleiche Prämie anbieten. Ein Rabatt von maximal 3 Prozent ist nur dann möglich, wenn die Versicherungen sehr niedrige administrative Kosten vorweisen. Den Versicherern ist untersagt, Verträge zu kündigen, solange die Versicherten ihre Beiträge regelmäßig zahlen. Das Gesundheitsministerium kontrolliert die Einhaltung des Gesetzes und führt Berechnungen über mögliche Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern durch. Diese beruhen auf dem Durchschnittsalter sowie der Geschlechtsverteilung der einzelnen Versicherer.

**Kontrahierungs-
zwang**

Seit Einführung des neuen Gesetzes haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre Versicherung ohne Verlust zu wechseln. Rund 25 Prozent der Versicherten haben von dieser Option Gebrauch gemacht. Vzájemna musste hohe Verluste hinnehmen, denn zahlreiche Versicherte wechselten zu einer der beiden kleineren Versicherungen. Diese bieten ein umfangreicheres Spektrum an Versicherungsleistungen über die Zuzahlungen bei der medizinischen Behandlung hinaus und versprechen höhere Qualitätsstandards. Beide Versicherer gehören zu zwei großen Versicherungsunternehmen, die ihren Versicherten über die Krankenversicherung hinaus auch andere Policen anbieten können.

**Starke
Verschiebungen
bei Versicherten**

Insgesamt hat die Einführung des Risikostrukturausgleichs zu einer gerechteren Verteilung der Kosten für die Zusatzversicherung bei privaten Zuzahlungen geführt. Während ältere Versicherte einen geringeren Beitrag zahlen, hat sich die durchschnittliche Versichertenprämie nicht verändert. Die von den beiden kleineren Versicherern versprochenen Qualitätsverbesserungen sind bisher noch nicht eingetreten und werden wohl auch in Zukunft ausbleiben. Hierzu sind grundlegende Reformen auf dem Gebiet der Krankenversicherung nötig.

**Ältere zahlen
weniger**

Literatur und Links

Albrecht, Tit. »Risk equalising schemes for voluntary insurance«. *Health Policy Monitor*. November 2005. www.hpm.org/survey/si/a6/2.

Došenovič, Bonča, Petra und Maks Tajnikar. »Recent Developments in the voluntary health insurance market in Slovenia«. 2005. www.ef.uni-lj.si/konferenca/gradiva/Dosenovic_Tajnikar.pdf.

Patientenorientierung

Patientenorientierung und -kommunikation – das aktive Einbeziehen des Patienten bzw. Versicherten in Prozesse im Gesundheitswesen – spielt bei Reformbemühungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität heute eine maßgebliche Rolle. Nach wie vor dominiert in den meisten Gesundheitssystemen die angebotsindizierte Nachfrage, d.h. die von Leistungserbringern veranlasste Behandlung. Diese Beobachtung ist weder neu noch überraschend; die angebotsgeprägte Nachfrage ist die Konsequenz natürlicher Informationsasymmetrien zwischen Anbietern und Nutzern von Gesundheitsleistungen. Mangelnde Aufklärung über Behandlungsoptionen durch Ärzte verstärkt die Abhängigkeitsposition der Patienten sogar noch. Auch gesundheitspolitische Entscheidungen werden häufig noch an den Bedürfnissen der Patienten vorbei getroffen, sofern diese keine ausgeprägte Lobby in der Politik haben. Das Gesundheitswesen stellt sich den Patienten in Deutschland oft als undurchsichtig und schwer verständlich dar. Viele sind nicht über eigene Therapieziele aufgeklärt, und Internetinformationen tragen eher zur Verwirrung als zu mehr Klarheit bei.

Mehr Patientenorientierung zu versuchen kann diese Verständnis- und Verständigungsbarrieren verringern. Patienten sollen als Individuen in die Lage versetzt werden, Behandlungen beim Arzt zu hinterfragen und Entscheidungen mit dem Arzt gemeinsam zu treffen. Patienten als Kollektiv sollen verbesserte Strukturen und Prozesse mitgestalten.

In der Vergangenheit waren Prozesse und Resultate von Behandlungen im Gesundheitswesen für Patienten undurchschaubar. Wahlmöglichkeiten anhand von Qualitätsindikatoren gab es nicht. Durch die Veröffentlichung von Bewertungen versuchen

**Qualität
vergleichend
darstellen**

einige Länder, Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen für Patienten vergleichbar zu machen (»Benchmarks«). Das französische Gesundheitsministerium hat Benchmark-Indikatoren zur Inzidenz von Krankenhausinfektionen entwickelt. Krankenhäuser haben so einen Anreiz, Infektionen effektiver vorzubeugen. 2008 sollen die Daten öffentlich zugänglich sein und den Patienten einen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglichen (siehe Seite 130). Auch in Finnland werden bereits seit 2006 Benchmark-Indikatoren zur Effizienz von Krankenhäusern bei der Behandlung spezifischer Erkrankungen im statistischen Jahresbericht aufgenommen. Patienten können dort Krankenhäuser aufgrund dieser Parameter vergleichen (siehe Seite 133).

Deutschland verpflichtet Krankenhäuser, ihre Qualität für eine Reihe von Leistungsbereichen zu dokumentieren. Diese Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität werden von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ausgewertet. Da alle Krankenhäuser verpflichtend in diese externe Qualitätssicherung eingebunden sind, handelt es sich um eine auch weltweit herausragende Auswertung. Allerdings werden die Daten bisher nur aggregiert oder anonymisiert veröffentlicht, wodurch die Qualität des einzelnen Krankenhauses nicht erkennbar wird. Veröffentlichungen wie der Klinikführer Rhein-Ruhr oder auch die Tagespiegel-Serie in Berlin, die die Daten krankenhausspezifisch bekannt machen, sind allerdings Vorreiter einer Änderung. Zweiter Schwachpunkt der deutschen Aktivitäten ist die Limitation auf bisher fast ausschließlich chirurgische Indikationen.

**Zugang für
Patienten
vereinfachen**

Neben Vergleichsmöglichkeiten von Einrichtungen ist es von zentraler Bedeutung, dass Patienten überhaupt Zugang zu gesundheitlicher Versorgung finden. Untersuchungen zeigen, dass der Nicht-Zugang – sei es aus finanziellen, organisatorischen oder anderen Gründen – für viele Patienten als größtes Problem wahrgenommen wird (siehe dazu »Gesundheitspolitik in Industrieländern 4« und Kapitel »Zugang zum Gesundheitssystem« in diesem Band). Der Fokus auf Primärversorgung soll Patienten den Zugang zum Gesundheitswesen erleichtern.

**Bevölkerung in
Gesundheitsfragen
einbeziehen**

In England und Wales hat das Gesundheitsministerium bei seiner Planung, die Primärversorgung für die Bürger zu verbessern, eine Bevölkerungsumfrage durchgeführt, um die Prioritäten und bisherigen Probleme der Bevölkerung in seine neue Stra-

tegie aufzunehmen (siehe Seite 122). Auch Estland hat die Bevölkerung vor der Reform der Primärversorgung mittels einer schriftlichen Befragung in die Entscheidungsfindung einbezogen. Als Ergebnis der Befragung richtete Estland im August 2005 eine Hausarzt-Hotline ein, die 24 Stunden am Tag erreichbar ist (siehe Seite 124).

Auch eine verbesserte Kenntnis der Bürger über ihre Mitwirkungsmöglichkeiten kann die Transparenz und Autonomie der Patienten erhöhen. So hat in Israel das Finanzministerium gemeinsam mit dem Rechnungshof eine Broschüre herausgegeben, die über Vor- und Nachteile einer Pflegeversicherung und der diversen Angebote aufklärt. Als Beilage in einer kostenlosen Wochenendzeitung erreichte die mehrsprachige Broschüre in kurzer Zeit die gesamte Bevölkerung auf individueller Basis (siehe Seite 126).

Per Gesetz kann eine Regierung die Rechte der Bürger zur Mitwirkung an ihrer eigenen Gesundheitsversorgung gezielt stärken. Ein Beispiel dafür ist Österreich. Dort ermöglicht ein neues Gesetz seit März 2006 das Verfassen einer Patientenverfügung. Die Verfügung gibt Aufschluss über den Willen von Patienten, wenn diese sich dazu nicht mehr selbst äußern können (siehe Seite 128).

Aufklärungskampagnen schaffen nötige Transparenz

Wille des Patienten statt Pflicht des Leistungserbringers

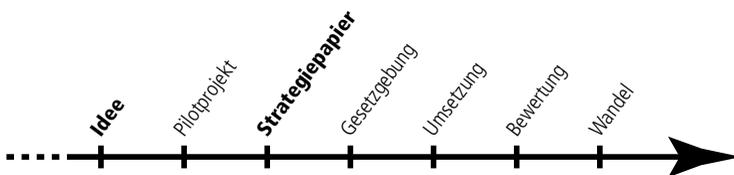
Literatur und Links

Bundesministerium für Gesundheit. »Patientenrechte in Deutschland: Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte«. [www.bmj.de /media/archive/1025.pdf](http://www.bmj.de/media/archive/1025.pdf).

Busse, Reinhard, und Annette Riesberg. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Berlin 2005.

Schmehl, Arndt, und Astrid Wallrabenstein. *Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens*. Tübingen 2005.

England: Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit



Medienpräsenz				■	
Strukturelle Wirkung				■	
Übertragbarkeit	■				

»Your health, Your care, Your say« ist der programmatische wie engagierte Titel eines im Januar 2006 erschienenen Weißbuchs des englischen Gesundheitsministeriums. Ziel ist die Verbesserung der Integration der primären und sekundären Versorgung und besonders die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zur Primärversorgung, nachdem gesundheitspolitische Entscheidungen jahrzehntelang vornehmlich auf die Krankenhaus-Versorgung gerichtet waren.

Das Weißbuch ist auch Reaktion auf die Kritik aus den Reihen der Patienten und Primärversorger an dieser als unbefriedigend wahrgenommenen Situation.

Was erwarten die Engländer von der Primärversorgung?

Das Neue an der Zielrichtung ist die Ansprache und Einbeziehung der Bevölkerung. Insgesamt wurden 42.000 Bürger, darunter auch spezifische Gruppen wie Patienten und medizinisches Personal, über ihre Bedürfnisse bei der Gesundheitsversorgung befragt. Darüber hinaus wurde ein Treffen mit 1.000 Bürgern organisiert, bei dem diese ihre Belange öffentlich diskutieren konnten. Ergebnis: In der Primärversorgung legen die Engländer auf dreierlei Dinge besonderen Wert: mehr Kontrolle über die eigene Versorgung, bessere Unterstützung bei der Erhaltung der eigenen Gesundheit, schnellerer und einfacherer Zugang zu qualitativ hochwertiger und kosteneffektiver Versorgung.

Zielsetzungen aus Befragungsergebnissen abgeleitet

Als Folge der Ergebnisse kündigte die Regierung an, 125 neue Gesundheitszentren mit hauptsächlich diagnostischen Funktionen zu errichten und 50 Krankenhäuser zu renovieren bzw. neu zu errichten. Bereits bis Mitte 2006 sollten die Bürger mehr Freiheiten bei der Wahl des Hausarztes haben und die Öffnungszeiten von Hausarztpraxen durch finanzielle Anreize patientenfreundlicher gestaltet werden. Dazu werden die Verantwortlichkeiten zwischen dem NHS und Gemeinden zwecks besserer Zusammenarbeit neu verteilt, Bürgern individuelle Gesundheits-Checkups

mit Risikoanalyse angeboten, mehr Ressourcen für abgelegene Regionen zur Verfügung gestellt, für chronisch Kranke individuelle Versorgungspläne mit feststehenden Budgets aufgestellt und eine Hilfe-Hotline für Pflegenden eingerichtet.

Durch das Einbeziehen verschiedener Interessengruppen hat die Regierung Proteste gegen die ausgearbeiteten Vorschläge vermieden. Lediglich Personal der Sekundärversorgung äußerte aufgrund der geplanten 5-prozentigen Umschichtung der Mittel von der sekundären zur primären Versorgung Bedenken gegenüber den Plänen.

Gleichzeitig fürchten Experten besonders beim NHS-Personal wenig Enthusiasmus für die Vorschläge, da dieses in den letzten Jahren wegen vieler Veränderungen und trotz starker finanzieller Ausweitungen reformmüde geworden sein könnte. Ein weiteres Problem ist das weitverbreitete Silodenken und damit die Frage, inwieweit Primär- und Sekundärversorger sich einander annähern. Trotzdem ist die Verschiebung hin zur Stärkung der Primärversorgung notwendig, um zukünftige Bedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen.

Kaum Widerstand, ...

... wenig Enthusiasmus

Literatur und Links

Oliver, Adam. »Integrating community health and social care«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/uk/a7/3.

Department of Health. »Your health, your care, your say«. London 2006. www.dh.gov.uk/NewsHome/ourHealthYourCareYourSay/YourSayArticle/fs/en?CONTENT_ID=4136404&chk=ZYE9cF.

Department of Health. »Dozens of new doctors' surgeries and health centres this year«. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4133098&chk=6B0FNM.

Department of Health. »Our health, our care, our say: a new direction for community services«. White Paper. London 2006. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/74/59/04127459.pdf.

zum Hausarzt als wünschenswert angegeben. Sogar 89 Prozent gaben an, im Notfall einen Telefonservice in Anspruch nehmen zu wollen. Erstaunlich ist, dass rund 20 Prozent aller bisherigen Anrufe von Esten aus dem Nachbarland Russland eingehen. Insgesamt haben 95 Prozent der Anrufer wegen eines Termins bei einem Hausarzt angerufen, während 5 Prozent allgemeine Informationen zu Gesundheitseinrichtungen erhalten wollten.

Der momentane Anbieter der Hotline übernimmt gleichzeitig die Evaluation des Programms, wobei die Zufriedenheit der Patienten, der Mitarbeiter und die tatsächliche Nutzung untersucht werden. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung ist ebenfalls vorgesehen. Eine telefonische Konsultation kostet derzeit 2,86 Euro. Die Durchschnittskosten einer diagnostischen Behandlung bei einem Hausarzt liegen dagegen bei 6,39 Euro. Sollten die Anrufe im kommenden Jahr wie erhofft auf 25.000 steigen, werden die Kosten pro Anruf sinken, da diese mit der gleichen Kapazität an Personal erledigt werden können.

Das Projekt wird von allen Interessenvertretern unterstützt. Notrufzentralen erhoffen sich von der Telefonhotline eine Reduzierung der eigenen Arbeit, und Hausärzte, die zunächst schwindende Patientenzahlen befürchteten, haben realisiert, dass die Zentrale Patienten weiterhin an sie verweist. Zum Erhalt der Hotline ist mehr Werbung notwendig, um die Anruferzahlen zu erhöhen. Die nationale Krankenkasse denkt an Werbung durch Hausärzte, da diese direkten Kontakt zu potenziellen Anrufern haben.

**Mehr Anrufer
erhöhen den
Nutzen**

**Zukunft hängt von
Nutzern ab**

Literatur und Links

Koppel, Agris, Sirje Vaask und Ain Aaviksoo. »Family Doctor Hotline«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/ee/a7/2.

Estonian Health Insurance Funds. »Estonian Health Insurance Funds: Annual Report 2004«. www.haigekassa.ee/files/eng_ehif_annual/aruanne_EN.pdf.

macht aufmerksam, worauf man bei den Versicherungspolicen achten und was vor Vertragsabschluss geklärt werden muss.

Nachdem die Broschüre zunächst von Freiwilligenverbänden verteilt und im Internet zur Verfügung gestellt worden war, entschloss man sich schließlich, sie Haaretz, der meistverbreiteten Wochenendzeitung Israels, beizulegen, sodass fast jeder die Pflegeversicherungsinformationen ins Haus bekam. Die Broschüre erschien außerdem in allen im Land verbreiteten Sprachen, um allen Bevölkerungsgruppen den gleichen Zugang zu den Informationen zu ermöglichen.

Neben den Aufklärungszielen erwartet das Versicherungsbüro im Finanzministerium auch einen Imagegewinn. Die Pflegekampagne wird von Patientenorganisationen sehr begrüßt, die auch in Zukunft auf mehr Transparenz für die Bevölkerung hoffen. Einzig die Versicherungen bangen um allzu große Effekte der Aufklärungsbroschüre. Sie fürchten sowohl Verluste bei den Marktanteilen als auch mehr Inanspruchnahme der Versicherung durch eine besser aufgeklärte Bevölkerung.

**Mehrsprachige
Broschüre**

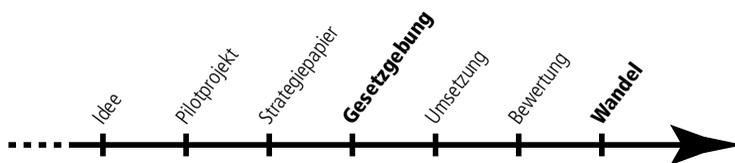
**Imagegewinn für
Ministerium und
Rechnungshof**

Literatur und Links

Gross, Revital, und Shuli Brammli-Greenberg. »Disseminating information on LTC insurance«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/is/a7/4.

National Insurance Institute. »Long Term Care«. www.btl.gov.il/English/btl_indx.asp?name=newbenefits/longterm.htm.

Österreich: Gesetz zum Schutz des eigenen Willens



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

Seit März 2006 können Österreicher eine Patientenverfügung verfassen. Die gesetzlich geregelte Verfügung bezieht sich auf Situationen, in denen Bürger nicht mehr in der Lage sind, ihren eigenen Willen auszudrücken. Ärzte dürfen bei entscheidungsunfähigen Patienten Behandlungen, die durch die Verfügung explizit verweigert werden, nicht mehr durchführen. In den meisten Fällen geht es um das Nichtdurchführen von Dialyse, künstlicher Beatmung oder künstlicher Ernährung.

Patienten und Ärzte besser geschützt

Persönliche Vorab-Entscheidungen von Patienten werden nun im Falle der Entscheidungsunfähigkeit umgesetzt, um langes Leiden durch technisch machbare, künstliche Lebensverlängerung zu vermeiden. Ärzte bekommen durch das Gesetz juristische Sicherheit, wenn sie bestimmte Behandlungen im Falle einer vorhandenen Patientenverfügung nicht mehr durchführen.

Vier Voraussetzungen

Eine Verfügung kann nur in Kraft treten, wenn vier Bedingungen erfüllt sind: Zum einen muss jede Behandlung, die nicht mehr durchgeführt werden soll, in der Verfügung vermerkt sein. Damit dies für den Patienten deutlich ist, muss er/sie zweitens vorab eine Beratung bei einem Arzt in Anspruch nehmen. Der Arzt muss den Betroffenen über Art und Konsequenzen der Verweigerung bestimmter medizinischer Behandlungen aufklären. Er muss darüber hinaus mit seinem Namen, seiner Adresse und seiner Unterschrift bestätigen, dass der Betroffene während des Gesprächs bei Verstand war. Bindend wird die Verfügung erst im dritten Schritt, wenn sie durch einen Richter, Notar oder Mitarbeiter einer Patientenvereinigung beglaubigt wurde. Aus der Verfügung, ärztlicher Beratung und notarieller Beglaubigung muss jeweils deutlich hervorgehen, dass die Verfügung jederzeit zurückgezogen werden kann. Die vierte Bedingung besagt, dass eine Verfügung nach spätestens fünf Jahren ihre bindende Wirkung verliert.

Das Thema der gesetzlich geregelten Patientenverfügung wird in Österreich bereits seit Anfang der 90er Jahre debattiert. Hintergrund waren gesetzliche Regelungen zu medizinisch begleiteten Selbsttötungen schwerkranker Menschen in den Niederlanden und in der Schweiz.

Debatte schon seit den 90er Jahren

Nach einer parlamentarischen Umfrage im Jahre 2001 mit dem Titel »Solidarität mit den Sterbenden« hatte der Gesundheitsausschuss des Parlaments mit den Stimmen aller vier Parteien eine Resolution verabschiedet, die eine pragmatische Lösung für eine Patientenverfügung verlangte. Zwischen 2002 und 2003 erstellte eine Expertengruppe Richtlinien, um Patienten und Gesundheitsanbietern mehr Sicherheit im Falle des Ablebens eines Patienten zu geben. 2004 wurde der Entwurf durch den österreichischen Gerichtshof geprüft. Mängel wurden im folgenden Jahr angepasst, sodass das Gesetz im März 2006 verabschiedet werden konnte.

Jeder Einzelne muss für die Kosten der Patientenverfügung selbst aufkommen. Diese liegen bei rund 300 Euro.

Verfügung mit finanziellen Aufwendungen verbunden

Noch gibt es keine nationale Registrierstelle, wo Patientenverfügungen hinterlegt werden. Ärzte haben besonders bei Patienten ohne Angehörige Schwierigkeiten, herauszufinden, ob eine Patientenverfügung existiert oder nicht.

Keine zentrale Registrierung

Die damals oppositionelle Sozialdemokratische Partei Österreichs (SPÖ) stimmte als einzige Partei gegen das Gesetz, da sie die politischen Debatten zum sensiblen Thema Patientenverfügung für unzureichend hielt. Wie Wohlfahrtsverbände (Rotes Kreuz, Caritas etc.) und Expertengruppen kritisierte die SPÖ, dass das nun beschlossene Verfahren die Umsetzung nicht leicht macht. Neben den Kosten bemängeln sie die dezentrale Hinterlegung der Patientenverfügungen. Einig sind sich Wohlfahrtsverbände und Experten darin, dass es einer gesetzlichen Regelung zur Patientenverfügung bedarf.

Sozialdemokraten stimmen gegen das Gesetz

Laut einer Umfrage wollen viele Bürger von einer Patientenverfügung Gebrauch machen. Die Kosten (sofern sie nicht steigen) scheinen keinen Einfluss auf die persönliche Entscheidung zu haben. Wie viele Menschen tatsächlich von ihrem neuen Recht Gebrauch machen werden, ist momentan noch unklar.

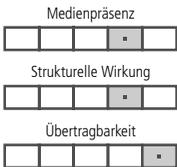
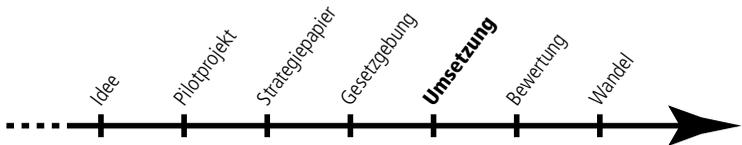
Positive Resonanz

Literatur und Links:

Hofmarcher, Maria M., und Gerald Röhrling. »Living Will Law«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/at/a7/2.

Gmeiner, Robert, und Christian Kopetzki. »Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungs-Gesetz?«. *Zeitschrift für Biopolitik* (4) 2 2005. 67–75.

Frankreich: Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen



Schätzungen zufolge infizieren sich in Frankreich jährlich rund 7 Prozent aller stationär aufgenommenen Patienten während ihres Aufenthalts im Krankenhaus. Im Februar 2006 wurde deshalb erstmalig ein offizielles Ranking präsentiert, das Krankenhäuser bei ihrem Einsatz gegen Krankenhausinfektionen vergleicht.

Mehr Transparenz

Infektionen durch Krankenerreger kosten das Gesundheitswesen rund 200 Millionen Euro pro Jahr. Der Benchmark soll Krankenhäuser veranlassen, mehr in die Prävention von Infektionen zu investieren, um die Qualität der stationären Versorgung zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten zu senken.

Seifenverbrauch pro Krankenhaus tag

Der erste veröffentlichte Indikator ICALIN (L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) besteht aus 30 Werten und bezieht sich auf drei Dimensionen: finanzielle Mittel, Organisationsstrukturen und Aktivitäten zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Weitere Indikatoren, die nach und nach veröffentlicht werden, sind der Verbrauch von antiseptischen Handwaschmitteln pro 1.000 Krankenhaustagen, die Inzidenz von Infektionen mit Methicillin (Antibiotika-)resis-

tenten Staphylokokkus aureus (MRSA), die Inzidenz von Infektionen als Nebeneffekt von chirurgischen Eingriffen sowie die Kontrolle über den Verbrauch von Antibiotika. Die tatsächlichen Infektionsraten jedes individuellen Krankenhauses werden nicht veröffentlicht.

Aufgrund der Indikatoren erhält jedes Krankenhaus einen Rang auf einer Skala von A (sehr gut) bis E (sehr schlecht). Insgesamt bestehen 13 Klassen von Krankenhäusern, die sich an der Anzahl Betten, der Arten der Versorgung oder dem Status privat/öffentlich festmachen lassen.

Bereits seit 1998 steht die Bekämpfung von Krankenhausinfektionen auf der Prioritätenliste der nationalen Gesundheitskonferenz, bei der medizinische Fachverbände, Krankenversicherungen und Gesundheitsministerium vertreten sind. 1999 hatten Journalisten in Eigeninitiative einen Krankenhausführer (»Le guide des hôpitaux«) herausgebracht, der unter Berücksichtigung unterschiedlicher Fallzahlen Mortalitätsraten aufgrund von Krankenhausinfekten in Krankenhäusern öffentlich machte. Trotz heftiger Proteste der Krankenhäuser über die Methode der Datenerhebung fand das Buch bei der Bevölkerung großen Anklang und zwang das Gesundheitsministerium zu eigenen Maßnahmen. Im Jahr 2000 gab das Ministerium einen Erlass heraus, der die Koordinierung spezifischer Aktionen zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen vorgibt.

Alle Krankenhäuser müssen demnach seither ein Komitee einberufen, das jährlich Aktionspläne zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen aufstellt. Auf regionaler Ebene wurden fünf Infektionszentren (CCLIN) errichtet, welche die Datenerhebung der Krankenhäuser koordinieren und kontrollieren. Auf nationaler Ebene installierte das Ministerium ein technisches Komitee (CTIN) zur Erstellung von Fokusthemen und zur Hilfe bei technischen Problemen. Diese Maßnahmen haben innerhalb der letzten sechs Jahre 78 Millionen Euro gekostet und rund 700 Stellen geschaffen.

Nach der Entwicklung relevanter Indikatoren durch Gesundheitsexperten wurde 2003 mit einem Pilot-Benchmark begonnen. Zwischen 2003 und 2006 haben 40 Krankenhäuser auf freiwilliger Basis am Projekt teilgenommen, wobei sich 25 der ursprünglich 30 Indikatoren zur Datenerhebung herauskristallisiert haben.

Rangliste zwingt zum Handeln

Ansatz lokal, regional, national

Teilnahme bisher freiwillig

**Große Ziele
bis 2008**

Ziel des Gesundheitsministeriums ist es, von allen Krankenhäusern indikatorenpezifische Daten zu generieren. Bisher haben 13 Prozent der Krankenhäuser noch keine Daten eingereicht. Ab 2008 soll dann keines der Krankenhäuser mehr zur Klasse E, der sehr schlecht abschneidenden, gehören. Innerhalb von drei Jahren soll die Inzidenz von MRSA-Infektionen in mindestens 75 Prozent aller Krankenhäuser um 25 Prozent gesenkt werden. Das Ministerium erwartet aufgrund der Zielsetzungen, dass Krankenhäuser ihren Verbrauch an antiseptischen Handwaschmitteln um 75 Prozent steigern werden.

**Bevölkerung
weiterhin skeptisch**

Bisher gibt es noch keine öffentlichen organisationspezifischen Infektionsraten. Laut einer Umfrage nehmen 63 Prozent der befragten Bevölkerung an, dass die Inzidenz bei Krankenhausinfektionen zwischen 2004 und 2006 weiter zugenommen hat, während die tatsächliche Inzidenz in öffentlichen Krankenhäusern in diesem Zeitraum erstmals abgenommen hat. Diese Fehlwahrnehmung hat mit dem Einfluss der Medien auf die Bevölkerung zu tun. Ab 2008 könnte sich die öffentliche Meinung hinsichtlich der Infektionsraten allerdings verändern. Dann sollen, so das Gesundheitsministerium, deutliche Zahlen den Kampf gegen Krankenhausinfektionen belegen.

Literatur und Links

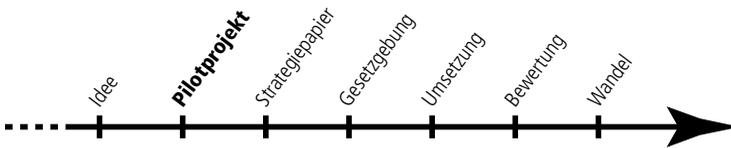
Or, Zeynep. »Benchmarking quality to fight hospital infections«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/fr/a7/2.

Ministère de la santé et des solidarités. »Décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat)«. Paris 1999. www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESH_9923097D.

Ministère de la santé et des solidarités. »Le tableau de bord des infections nosocomiales: Indicateur composite des

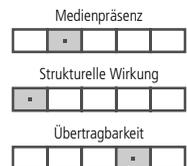
activités de lutte contre les infections nosocomiales 2004 (ICALIN)«. Paris 2006. www.sante.gouv.fr/icalin/accueil.htm.

Finnland: Krankenhausbewertungen für höhere Kosten-Effektivität



Seit Anfang 2006 nimmt Finnland Daten von Krankenhaus-Benchmarks in der nationalen Statistikdatenbank auf. Neben Routinedaten werden Effektivparameter spezifischer Erkrankungen ermittelt, wodurch Ineffizienzen bisheriger Prozesse aufgespürt werden können. Pilotprojekte bewerten zurzeit die Effektivität einzelner Krankenhäuser und Krankenhausregionen bei der Behandlung von Patienten mit Herzinfarkt, Oberschenkelhalsfraktur, Schizophrenie, Schlaganfall und Brustkrebs, Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht sowie beim Einsatz von Kniegelenk- und Hüftprothesen. Ziel der Bewertungen ist es, die Behandlungsqualität zu erhöhen. Zunächst konzentrieren sich die Benchmarks auf ökonomisch relevante und damit große Patientengruppen, bei denen durch Umstrukturierungen und verbesserte Prozesse mit hohen Kosteneinsparungen gerechnet wird.

Bereits seit 1997 werden Krankenhausbewertungen im stationären und ambulanten Bereich durchgeführt, um relevante Messgrößen zur Bestimmung der Produktivität von Krankenhäusern zu ermitteln. 95 Prozent aller finnischen Krankenhäuser haben an den Benchmarks teilgenommen, die in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen (STAKES) und den Krankenhausdistrikten durchgeführt wurden. Im Gegensatz zu früheren Messungen anhand stationärer und ambulanter Aufnahmedaten dienen seither Diagno-



DRGs als Standardindikatoren

sis Related Groups (DRGs) der standardisierten Bestimmung von Patientengruppen. Die Daten werden jährlich über die Patientendatensysteme der Krankenhäuser entnommen.

**Vertikale und
horizontale
Analysen möglich**

Neben der Produktivität bei einzelnen DRGs können Fachgebiete, Abteilungen und ganze Krankenhäuser bewertet und verglichen werden. Der Einsatz einheitlicher Personen-Identifikationsnummern in allen Regionen Finnlands ermöglicht auch den Vergleich für Patientenepisoden (an denen ggf. mehrere Leistungserbringer beteiligt sind) über alle Regionen. Dabei kann die Abweichung vom Durchschnitt aufgrund von Ineffizienzen ebenso ermittelt werden wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einer einzelnen Person. Mithilfe der Benchmark-Daten können Krankenhäuser sowie Krankenhausregionen Pläne zur Effizienzsteigerung erstellen.

Die größte Schwierigkeit liegt in der Datenerhebung, da die Daten möglichst einheitlich und zeitnah erhoben sein müssen, um interessant und entscheidungsrelevant zu sein. Da die meisten Daten aus den Krankenhausinformationssystemen stammen, muss Vertrauen in diese Systeme und die ihnen zugrunde liegende Datenerhebung bestehen.

**Großes Potenzial
für die Zukunft**

Benchmarking von Krankenhäusern hat im Gesundheitsmanagement noch viel Potenzial. Aktuelle und umfassende Informationen können der Krankenhausleitung zahlreiche Informationen liefern, die potenziell zu Kostenreduzierungen und Qualitätsverbesserungen führen. Dazu müssen die Daten jedoch im nächsten Schritt von den Krankenhausmanagern bei ihren strategischen und operativen Entscheidungen tatsächlich genutzt werden.

Literatur und Links

Linna, Miika. »Benchmarking hospital productivity«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/fi/a7/4.

Linna, Miika. »Benchmarking in Finnish hospitals – Towards more efficient care«. National Research and Development Centre for Welfare and Health. <http://nord.drg.kuntaliitto.fi/linna.htm>.

Linna, Miika, Jutta Niemelä, Ulla Idänpää-Heikkilä und Unto Häkkinen. »Benchmarking the efficiency of hos-

pital care«. National Research and Development Centre
for Welfare and Health. [www.pcse.org/articles/index.
asp?id=98](http://www.pcse.org/articles/index.asp?id=98).

Gesundheit im Alter

In den kommenden Jahrzehnten werden Bedarf und Anforderungen an qualitativ hochwertige und finanzierbare Langzeitpflege in den OECD-Ländern zunehmen (siehe Ausgabe 2, »Alternde Gesellschaft«). Ursache sind die mit immer höherer Lebenserwartung und Hochaltrigkeit einhergehenden chronischen Erkrankungen und Gebrechlichkeit. Bei gleichzeitig abnehmenden Geburtenzahlen und veränderten Familienstrukturen sinkt darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit, dass pflegebedürftige Menschen bis zu ihrem Lebensende zu Hause bzw. überhaupt von Angehörigen gepflegt werden.

Die WHO schätzt, dass im Zeitraum von 1970 bis 2025 der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um etwa 220 Prozent steigen wird (WHO 2005). Zugleich wächst der Anteil der sehr alten Menschen. Schon heute sind in den entwickelten Ländern etwa drei Prozent der Bevölkerung über 80 Jahre alt (WHO 2005). Lebten in den OECD-Ländern im Jahr 1980 noch 36,1 Millionen Menschen im Alter zwischen 65 und 69 Jahren, wird ihre Anzahl sich bis zum Jahr 2025 voraussichtlich mehr als verdoppeln (77,5 Millionen). Bei den über 85-Jährigen ist der Anstieg noch größer. 1980 lebten in den OECD-Ländern 7,1 Millionen Menschen im Alter über 85 Jahre. Für 2025 werden fast zehnmal so viele, knapp 70 Millionen Menschen dieser Altersgruppe prognostiziert. Zum Vergleich: Insgesamt lebten 1980 in den OECD-Ländern knapp eine Milliarde Menschen. Bis 2025 wird ein Anstieg auf 1,3 Milliarden erwartet (OECD 2007).

In Deutschland hat sich die Anzahl der über 80-Jährigen seit 1959 fast verdreifacht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Im Jahre 2003 lag der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland bei 18 Prozent, der der über 80-Jäh-

**Steigende Lebens-
erwartung
verändert Alters-
strukturen**

rigen bei 4,2 Prozent. Bis zum Jahre 2020 werden diese Altersgruppen schätzungsweise bereits 21,9 Prozent bzw. 6,9 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005).

Aus diesen Trends ergeben sich für die Langzeitpflegepolitik zahlreiche Herausforderungen. Die sektorübergreifende Koordination von Gesundheits- und Sozialleistungen stellt dabei eine der zentralen Aufgaben dar. Schnittstellenprobleme in der Koordination der Leistungen zwischen Akut-, Rehabilitations- und Pflegeversorgung (siehe die Berichte aus den Niederlanden, S. 141, und aus Singapur, S. 144) können nicht nur zu unbefriedigenden Resultaten für die Patienten, sondern auch zu ineffizientem Ressourceneinsatz innerhalb der Gesundheits- und Pflegesysteme führen (OECD 2005: 3).

**Weiterentwicklung
der Pflege**

Die Weiterentwicklung der Pflege zu einem System koordinierter Versorgung ist für Patienten, die zu Hause oder in Gemeinschaftseinrichtungen versorgt werden, von entscheidender Bedeutung. Maßnahmen, die es älteren Menschen ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, können einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität vieler alter pflegebedürftiger Menschen leisten (OECD 2005) (siehe den Bericht aus Neuseeland, S. 146). Die zunehmende Bedeutung häuslicher Pflege zeigt sich nicht zuletzt daran, dass mehr als 80 Prozent der älteren Menschen in Deutschland auch im Fall von Hilfe- oder Betreuungsbedürftigkeit so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben bleiben wollen (Bundesregierung 2006).

**Förderung aktiver
Lebensweise zur
Erhaltung der
Gesundheit**

Der Begriff »Aktives Altern« bezeichnet die Unterstützung von Eigenverantwortung, die Schaffung einer altersgerechten Umwelt und die Förderung einer generationsübergreifenden Solidarität. Die Förderung aktiven Alterns ist aus gesundheitlichen wie aus ökonomischen Gründen sinnvoll, da sie die Kosten für die Versorgung reduziert, indem sie die Menschen nachweislich länger gesund erhält (WHO 2005).

Die Fähigkeit zu aktiver Lebensgestaltung im hohen Alter hängt von verschiedenen Faktoren ab. Sie ist erstens an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Einzelnen geknüpft, hängt zweitens von materieller und sozialer Sicherung und von der Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt

ab, und drittens spiegelt sie auch die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alter und älteren Menschen wider (WHO 2005: 10).

Die Vereinzelung alter Menschen und ihre oft mangelnde Eigenmotivation zur Aufnahme neuer Aktivitäten machen es erforderlich, die Aktivierung der Betroffenen neu zu initiieren. Hierzu gehören standardmäßig Angebote zur Freizeitgestaltung und – noch relativ neu – zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen (WHO 2005; siehe den Bericht aus Israel, S. 152).

Für Personen, die zu Hause gepflegt werden, haben mehrere OECD-Länder in den vergangenen zehn Jahren verschiedene Arten von Geldleistungsprogrammen entwickelt, damit die auf Pflege angewiesenen Personen und ihre Familien eine individuellere Auswahl unter verschiedenen Pflegeoptionen treffen können. Diese Programme wurden unterschiedlich ausgestaltet: (a) als personenbezogene Pflegebudgets bzw. zur Anstellung von Pflegekräften durch den »Verbraucher« (d.h. den Pflegebedürftigen) selbst, (b) als Zahlungen an die pflegebedürftigen Personen, die selbst wählen können, wie sie die für die Pflege bestimmten Mittel einsetzen, und (c) als Direktzahlungen an privat Pflegenden in Form einer Einkommensstützung (OECD 2005).

**Drei Formen von
Geldleistungs-
programmen**

Mit persönlichen Budgets sind viele – aber nicht alle – ältere Menschen in der Lage, eine persönliche Hilfskraft zu beschäftigen, wobei es sich auch um eine Person aus der Verwandtschaft handeln kann. Die Zahlungen zur Einkommensstützung an private Pflegepersonen dienen einem doppelten Zweck: Einerseits erhöhen sie die Flexibilität, und andererseits mobilisieren sie ein größeres Pflegerpotenzial bzw. erhalten es zumindest aufrecht. Ältere Menschen sind so länger in der Lage, in ihrem jeweiligen Umfeld zu verbleiben, und gleichzeitig wird der Bedarf an kostspieliger institutioneller Pflege reduziert.

Deutschland, Japan, Luxemburg und Österreich zählen zu den Ländern, die sich für die Einführung einer neuen umfassenden Pflegeversicherung entschieden haben. Außer in Österreich handelt es sich dabei um Sozialversicherungsprogramme, die sich an dem in diesen Ländern geltenden Basismodell der Finanzierung der Gesundheitsversorgung orientieren, d.h. die Versicherten haben im Bedarfsfall Leistungsansprüche. Einige Länder (z.B. in Skandinavien) bieten steuerfinanzierte Dienste an; andere wiederum halten zwecks Kostendämpfung an Program-

men fest, die eine Unterstützung nur materiell Bedürftigen zukommen lassen (so z. B. Australien und das Vereinigte Königreich; OECD 2005).

Literatur und Links

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ). »Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen«. Berlin 2002.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ). »Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission«. Berlin 2005.

Bundesregierung. »Entwurf einer Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den 5. Altenbericht »Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen«. Berlin 2006.

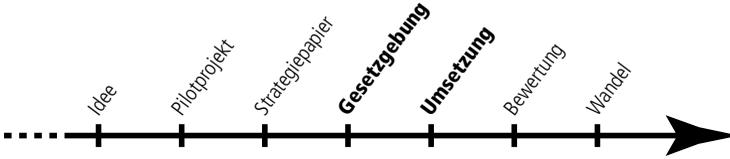
OECD. »Long-term care for older people. Langzeitpflege für ältere Menschen. Zusammenfassung in Deutsch«. Paris 2005. www.oecd.org/dataoecd/10/40/35100827.pdf.

OECD. Society at a Glance. *OECD Social Indicators 2006 Edition*. Februar 2007. www.oecd.org/els/social/indicators/SAG.

Rühmkorf, Daniel. »Rahmenbedingungen für Deutschland«. *Deutsches Ärzteblatt* (100) 10 2003. 164.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). »Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen«. Genf 2005. www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf.

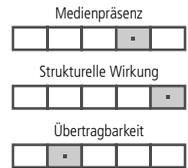
Niederlande: Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen



Das Gesetz zur sozialen Unterstützung (Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO) aus dem Jahr 2006 überträgt die Verantwortung für bestimmte gesundheitsbezogene Sozialleistungen einschließlich familiärer Unterstützung von der ersten Säule des niederländischen Krankenversicherungssystems, der Pflege- und Langzeitversicherung (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), auf die Gemeinden. Zu den übertragenen Leistungen gehören z. B. häusliche Pflege, Hilfe bei Körperpflege und Ernährung sowie Unterstützung im Haushalt. Dahinter steht die Auffassung, dass Gemeinden besser als (Kranken-)Versicherungen in der Lage sind, familiäre Unterstützungsleistungen und umfassende Versorgung für Kranke und schwache ältere Menschen zu organisieren. Kommunen gelten in Holland als die am besten geeigneten Institutionen, um ein integriertes Angebot sozialer Dienstleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen im häuslichen Umfeld bereitzustellen, damit diese so lange wie möglich unabhängig leben können.

Mit dem WMO werden mehrere gesundheits- und ordnungspolitische Ziele verfolgt. Ein Ziel ist es, Kunden gesundheitsbezogener sozialer Dienste von der öffentlichen Versorgung unabhängiger zu machen. Wenn möglich sollen gesundheitsbezogene soziale Dienste auf privater Ebene – zum Beispiel in Form informeller Hilfe – organisiert werden. Patienten sind nur noch dann berechtigt, staatlich organisierte soziale Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen, wenn es keine anderen Möglichkeiten gibt.

Zweites Ziel ist die Verknüpfung sozialer Pflege mit anderen öffentlichen Dienstleistungen wie Haushaltshilfen, »Essen auf Rädern« usw. Gegner befürchten, dass das WMO als ein Vehikel für weitere Kürzungen bei gesundheitsbezogenen sozialen Diens-



WMO unterstützt eigenständige Lebensweise

... und Integration sozialer Pflege

ten eingeführt wurde. Von der Regierung wird dies jedoch ausdrücklich verneint.

**AWBZ vs. WMO:
Trennung von Kran-
kenpflege und
sozialen Diensten**

Das WMO ist im Kontext der Krankenversicherungsreform 2006 und der grundsätzlichen politischen Diskussion über die Zukunft der AWBZ-Versicherung zu sehen. Vor dem WMO fielen gesundheitsbezogene soziale Dienste unter die AWBZ. Die AWBZ sollte als Krankenversicherung ursprünglich außergewöhnlich hohe medizinische Ausgaben, hauptsächlich für Langzeitpflege, abdecken. Seit ihrer Einführung in den 60er Jahren wurden immer mehr Leistungen, die nichts oder nur sehr wenig mit Langzeitpflege oder außergewöhnlichen medizinischen Ausgaben zu tun hatten, in den AWBZ-Leistungskatalog aufgenommen.

**Institutionelle
Rahmen-
bedingungen und
Neuordnung des
Leistungskataloges**

Das WMO schafft nicht nur einen institutionellen Rahmen für Koordinierung von sozialer und pflegerischer Versorgung auf Gemeindeebene, sondern ist auch ein politisches Instrument, um all jene Leistungen aus dem Leistungskatalog des AWBZ zu nehmen, die mit dem Ziel einer Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung nicht in Einklang stehen (siehe Ausgabe 4, »Organisationsreform«).

**Gemeinden
befürchten
Verschiebe-
bahnhof**

Unterstützt vom Gesundheitsministerium hat die Balkenende-Regierung das WMO auf den Weg gebracht. Sie hofft, damit die Finanzierungsprobleme der AWBZ lösen zu können und ein besseres Niveau der Pflege auf Gemeindeebene zu erreichen. Die Gemeinden sind uneinig über das neue Gesetz. Auf der einen Seite unterstützen sie das WMO, weil es ihre Handlungsmöglichkeiten vergrößert. Auf der anderen Seite befürchten sie, dass die nationale Regierung das WMO missbraucht, um Ausgaben für soziale Leistungen zu kürzen.

**Holländische
Anbieter fürchten
Binnenmarkt**

Krankenversicherungen vertreten eine neutrale Position gegenüber dem neuen Gesetz. Ihre primäre Sorge gilt der reibungslosen organisatorischen Umstellung der Zuständigkeiten. Anbieter sozialer Dienstleistungen haben das WMO kaum sehr befürwortet. In ihrem Interesse sind langfristige, stabile Beziehungen mit den Krankenversicherern. Gemeinden sind für sie ein Unsicherheitsfaktor, weil sie mit Bezug auf die EU-Gesetzgebung soziale Dienstleistungen öffentlich ausschreiben könnten. Die Konkurrenz aus dem EU-Ausland – so befürchten die Anbieter – könnte zu massiven Einnahmenverlusten und schlimmstenfalls zum Konkurs der holländischen Dienstleister führen.

Patientenorganisationen betrachten das Gesetz ebenfalls kritisch. Ihre Sorge gilt Ausgabenkürzungen. Sie sehen die Gefahr, dass der Wechsel der Zuständigkeit für soziale Dienste von der Krankenversicherung hin zu den Gemeinden bedeuten könnte, dass Klienten ihren Anspruch auf soziale Hilfen verlieren.

Ein sehr wichtiges Anliegen in den hoch kontroversen Diskussionen während des Gesetzgebungsprozesses war die Gewährleistung des Rechtsanspruchs auf soziale Leistungen unter der neuen Regelung. Während das AWBZ ein gesetzlich verbrieftes Recht auf soziale Unterstützung enthielt, wenn der Klient bestimmte Kriterien erfüllte, schließt das WMO dieses Recht nicht mit ein. Verschiedene politische Parteien kündigten bereits an, dieses Recht auf soziale Leistungen unter einer neuen Regierung wieder einzuführen, aber es bleibt abzuwarten, ob das in der Praxis gelingt.

**Soziale Leistungen –
Rechtsanspruch
oder Ware?**

Literatur und Links

Maarse, Hans. »Law on Social Support«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/nl/a8/1.

van Ginneken, Ewout. »Health Insurance Reform in the Netherlands«. *Health Policy Monitor*. März 2006. www.hpm.org/survey/de/a6/1.

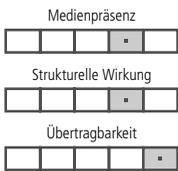
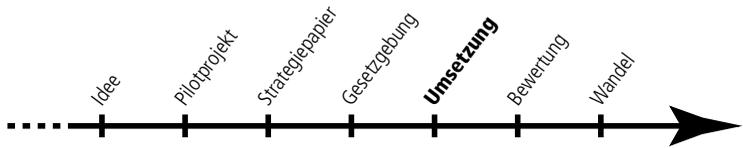
College voor Zorgverzekeringen (Krankenversicherungsverband): www.cvz.nl

Greß, Stefan, Maral Manouguian und Jürgen Wasem. »Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?« Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 150, Juli 2006.

Korzellius, Heike. »Ein Jahr nach dem ›großen Knall‹«. *Deutsches Ärzteblatt* (104) 6 2007. C267–C268.

Ministry of Health, Welfare und Sport. www.minvws.nl/en.
Zogverzekeraars Nederland (Verband der niederländischen Versicherer). www.zn.nl.

Singapur: Integration stationärer Leistungen von Akutversorgung bis Reha



Im April 2005 wurde das St. Andrew's Community Hospital (SACH) als erstes Gemeindecrankenhaus in unmittelbarer Nachbarschaft zu einem allgemeinen Akutkrankenhaus, dem Changi General Hospital, eröffnet. Die räumliche Nähe von Akutkrankenhaus und einem Krankenhaus mit stationärer Genesungs- und Rehabilitationspflege erleichtert zum einen eine besser abgestimmte und integrierte Versorgung der Patienten und ermöglicht zum anderen die gemeinsame Nutzung von Dienstleistungen und medizinischer Ausstattung wie gemeinsame Kardiologie, Labors, Ernährungslehre und medizinische Versorgung durch beide Einrichtungen.

»Step-down care«

Besonders ältere Patienten sind oft zwar gesund genug, um aus dem Akutkrankenhaus entlassen zu werden, können sich aber aufgrund ihrer Krankheit nicht alleine zu Hause versorgen. Sie benötigen weitere Pflege und Behandlungen in Einrichtungen, die post-akute Versorgung, genannt »step-down care«, anbieten, um das Wiedereinleben in der häuslichen Umgebung zu erleichtern. Gemeindecrankenhäuser in Singapur sind somit Zwischenpflegeeinrichtungen, die stationäre Genesungs- und Rehabilitationspflege anbieten. Eines der Gemeindecrankenhäuser ist das St. Andrew's Community Hospital (SACH). Es gehört zum St. Andrew's Mission Hospital, einer Wohlfahrtsorganisation, die 1913 gegründet wurde. Seit 1992 bietet das SACH bezahlbare post-akute und Zwischenpflegedienstleistungen an.

Gleich nebenan: das Pflegehaus

Im Hinblick auf den zunehmenden Pflegebedarf Älterer versucht das Gesundheitsministerium, die richtigen organisatorischen und finanziellen Strukturen zu schaffen. Die Eröffnung der neuen Räumlichkeiten des 200-Betten-SACH im Oktober 2006 zeigt die neue Entwicklung, Singapurs Akutkrankenhäuser

und Gemeindekrankenhäuser mit preiswerteren eingeschränkten Leistungen nahe beieinander anzusiedeln.

Zwischenpflege ist für Patienten aufgrund der relativ langen Dauer teuer. Auf dieses Problem hat die Regierung reagiert. Sie unterstützt bedürftige ältere Menschen nach einer im Jahr 2000 eingeführten Einkommensüberprüfung mittels des »Means Trust«.

Für die Patienten wird eine leichtere und weniger belastende Verlegung von einer Einrichtung in die andere erwartet. Zudem geht weniger Zeit verloren, wenn Patienten und ihre Angehörigen bei der Entscheidung schwanken, ob der Patient in ein Gemeindekrankenhaus verlegt werden soll.

Das St. Andrew's Community Hospital bietet rehabilitative Pflege für Patienten mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren an. Diese Leistungen werden nicht zu Hause, sondern stationär erbracht und haben das Ziel, den Gesundheitszustand der Patienten zu verbessern und ihnen die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.

Die gesamten Ausgaben des Gemeindekrankenhauses St. Andrew belaufen sich auf sieben Millionen Singapur-Dollar (3,5 Millionen Euro) im Jahr, von denen 45 Prozent durch staatliche Zuschüsse und Subventionen und 30 Prozent von den Patienten beglichen werden. Da alle Patienten vom Krankenhaus subventioniert werden, muss ein Durchschnitt von 70 Singapur-Dollar (35 Euro) pro Tag für jeden der 80 bis 85 Patienten eingenommen werden. Wegen steigender Nachfrage hat das Krankenhaus im Jahr 2006 drei zusätzliche Stationen eröffnet. Dadurch wurde die Kapazität um 90 Betten erweitert, was bedeutet, dass die jährlichen Ausgaben wahrscheinlich auf 13,5 Millionen Singapur-Dollar (6,75 Millionen Euro) steigen werden.

In finanzieller Hinsicht arbeitet das Gesundheitsministerium derzeit an einem Plan, der es Patienten mit Bedarf an stationären Reha-Leistungen ermöglicht, zukünftig mehr Subventionen zu erhalten. Veränderungen erscheinen besonders aufgrund von zwei Fehlanreizen im derzeitigen Finanzierungssystem erforderlich. So bleiben Patienten derzeit länger in den stärker subventionierten (Akut-)Krankenhäusern als nötig, weil dies für sie preiswerter ist als die Verlegung in eine »Step-down«-Einrichtung. Ein zweiter Aspekt sind finanzielle Ungleichheiten zwischen der Pflege in Pflegeheimen und der Pflege in den umgewidmeten Gemeindekrankenhäusern. Derzeit erhalten 80 Prozent der Patien-

**Patienten-
freundliche
Versorgung und
Entlassung nach
Hause**

**Staatliche
Finanzierung und
Selbstbeteiligung**

**Bessere finanzielle
Unterstützung
von Patienten
angestrebt**

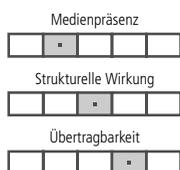
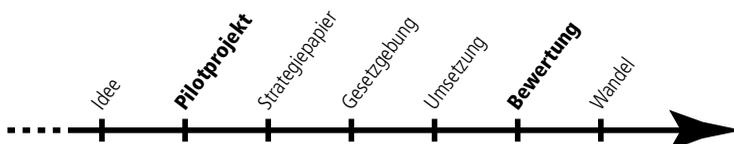
ten in Pflegeheimen staatliche finanzielle Unterstützung, aber nur 50 Prozent der Patienten in Gemeindekrankenhäusern.

Literatur und Links

Meng Kin, Lim. »Integrating acute and step-down elderly care«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/sg/a8/2.

Ministry of Health Singapore: www.moh.gov.sg/corp/elderlycare/subsidies/intro.do.

Neuseeland: Ageing in Place – Projekte und Evaluation



Förderung der Selbstständigkeit älterer Menschen als Ziel

Mit zwei staatlichen Programmen, »Health of Older People Strategy« (2002) und »The New Zealand Positive Ageing Strategy« (2001) unterstützt Neuseeland ältere Menschen dabei, in ihrer häuslichen Umgebung und der Gemeinschaft wohnen zu bleiben. In diesem Beitrag geht es um die erstgenannte Strategie, die die District Health Boards (DHBs) bis zum Jahr 2010 umsetzen sollen.

Ziel der Health of Older People Strategy ist es, dass ältere Menschen so lange wie möglich selbstständig über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden in ihrem vertrauten sozialen Umfeld entscheiden können. Dabei werden sie durch koordinierte und ansprechende Gesundheits- und Behindertenprogramme unterstützt. Ein Kernziel dieser Strategie ist es, älteren Personen rechtzeitig Zugang zu primären Gesundheitsleistungen zu verschaffen. Primäre Gesundheitsleistungen erlauben es diesen Menschen, aktiv ihre Gesundheit und Beweglichkeit zu erhalten und zu verbessern. Nicht zuletzt erlaubt ihnen diese Strategie, so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben.

Die Strategie ist in Zusammenarbeit zwischen dem Ministerium für Gesundheit und einer beratenden Expertengruppe, älteren Menschen und Gemeinden in ganz Neuseeland entstanden.

Nach der Veröffentlichung des Entwurfes der Health of Older People Strategy im Jahr 2001 hatte die Bevölkerung zwei Monate lang bis September 2001 Zeit, sich über den Entwurf zu informieren und Stellung zu nehmen. Wegen des großen Interesses wurde die Frist bis Januar 2002 verlängert. Die Reaktionen – viele bezogen sich auf die Umsetzbarkeit und Einzelheiten der Ziele – waren sehr positiv. Es gab jedoch einige Besorgnis über eine zu geringe Einbindung älterer Menschen in die beratende Expertengruppe. Einige Anbieter häuslicher Langzeitpflege waren zudem dagegen, ältere Menschen zu ermutigen, in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, da häusliche Pflegedienste in vielen Regionen nur sehr wenig entwickelt seien und diesen Menschen daher keine ausreichende Unterstützung angeboten werden könne.

Drei Pilotprojekte wurden regional in einem gemeinsamen Prozess mit allen relevanten Interessengruppen entwickelt. Einige Merkmale der Projekte lehnen sich an ähnliche Initiativen in anderen Ländern an. Für die Umsetzung der Strategie sind das Gesundheitsministerium und die DHBs verantwortlich. Die drei Projekte zielen zum einen auf strukturelle Aspekte, konkret auf die Vermeidung von Überversorgung, zum anderen auf die Zielgenauigkeit der Maßnahmen, i.e. die bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen.

1. COSE (= Co-ordination of Services for Elderly) ist eine Initiative, in der Versorgungsbedarfe ermittelt und Dienstleistungsangebote für ältere Menschen koordiniert werden, um eine Doppelung von Dienstleistungen zu vermeiden. Ein »Betreuungskordinator« identifiziert gemeinsam mit Hausarztpraxen den individuellen Pflegebedarf von älteren Personen. Er sucht haupt- und ehrenamtliche Angebote für Pflege und häusliche Dienstleistungen am Wohnort und koordiniert die individuellen Betreuungspakete.
2. PIP (= Promoting Independence Programme) organisiert für ältere Personen den Weg durch den Rehabilitationsprozess, und zwar in Form individuell angepasster Betreuungsangebote (case management). Ältere Patienten werden nach einem Krankenhausaufenthalt besonders intensiv betreut: bis zu

**Einbindung der
Anspruchsgruppen
in die Strategie-
entwicklung**

**Umsetzung in drei
Pilotprojekten**

zwölf Monate in einer Rehabilitationsklinik und dann nochmals bis zu zwölf Monate zu Hause. Das Ziel dieses Programms ist die vollständige Genesung älterer Patienten, damit diese in ihrer häuslichen Umgebung wieder möglichst selbstständig leben können. Das Programm wurde von einem Langzeitpflegedienst in Kooperation mit einem District Health Board entwickelt.

3. Community FIRST (= Flexible Integrated Restorative Teams) hat die gezielte Unterstützung älterer Menschen mit hohem und komplexem Betreuungsbedarf in ihrem Zuhause zum Ziel. Das Programm umfasst ein individuelles Versorgungsmanagement, eine flexible Betreuungsstruktur und eine pauschalisierte Finanzierung. Die Betreuung kann sich so an den täglichen Bedarf des Patienten anpassen. Wenn sich der Gesundheitszustand eines Patienten verschlechtert, kann die betroffene Person vorübergehend in einem Altenpflegeheim untergebracht werden. Bessert sich der Zustand des Patienten, kann er wieder nach Hause zurückkehren und wird bei der sozialen Reintegration unterstützt. FIRST ist eine Kooperation zwischen einem Anbieter für häusliche Pflege, einem District Health Board und dem Gesundheitsministerium.

**Ergebnisse der
Evaluation Grundlage
für weitere
Programme**

Im Jahr 2006 wurden die drei Pilotprojekte von der Universität von Auckland in einer Untersuchung namens ASPIRE (Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders) evaluiert. ASPIRE ist Teil des »Health of Older People Information Plan: Directions to 2010 and beyond« (2006). Es handelt sich um eine Metaanalyse von drei randomisierten Stichproben der »Ageing in Place«-Initiativen. In jeder Stichprobe wurden Patienten nach dem Zufallsprinzip der Gruppe der herkömmlich Betreuten und der »Ageing in Place«-Gruppe zugeordnet. Insgesamt wurde in den drei Gruppen eine Stichprobe von 569 Teilnehmern gezogen. Im ersten Teil der Evaluation (Parsons et al. März 2006) wird die klinische Wirksamkeit der Projekte untersucht. Im zweiten Teil geht es um die Kosten der Maßnahmen (Parsons et al. Oktober 2006).

Die Ergebnisse der ASPIRE-Evaluation bilden die Grundlage zur Entwicklung von Leistungsindikatoren für kommunale Programme. Das Gesundheitsministerium wird die Umsetzung der

Strategie durch die DHBs gemäß ihrer Jahrespläne beobachten und im Drei-Jahres-Rhythmus prüfen.

Fazit der Evaluation ist, dass ältere Menschen mit hohem und komplexem Pflegebedarf, die anderenfalls in ein Pflegeheim eingewiesen würden, sicher in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können, wenn bedarfsgerechte Pflegeleistungen zur Verfügung gestellt werden. Im Einzelnen haben die ASPIRE-Analysen gezeigt, dass die »Zuhause älter werden«-Pilotprojekte effektiv sind, wenngleich mit höheren Kosten verbunden als die gängige Betreuung (siehe Tabelle 1). Die im Rahmen der Pilotprojekte betreuten Menschen wurden seltener ins Krankenhaus eingewiesen, und die Mortalität war im Vergleich zu herkömmlichen Betreuungsleistungen geringer. Dabei ist die Belastung der Pflegekräfte im Vergleich zur herkömmlichen Pflege nicht gestiegen.

**Positive Ergebnisse
der Evaluation**

Tabelle 1: ASPIRE: Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Evaluierung – Durchschnittswerte in NZ-Dollar

	PIP	COSE	FIRST
Kosten des Programms pro Person pro Jahr	\$ 40.560	\$ 13.936	\$ 46.256
Kosten der Standardbetreuung pro Person pro Jahr	\$ 32.732	\$ 13.779	\$ 32.413
Zusätzliche Kosten des Programms pro Person pro Jahr im Vergleich zur Standardversorgung	\$ 7.828	\$ 157	\$ 13.843
Gewonnene Tage in häuslicher Umgebung	23 Tage	8 Tage	51 Tage
Gewonnene Lebenstage	1 Tag	1 Tag	35 Tage

Quelle: University of Auckland; Economic Evaluation of ASPIRE, 31.10.2006.

Ob die »Ageing in Place«-Projekte auf ganz Neuseeland ausgeweitet werden, hängt von mehreren Faktoren ab: Wenn der Bedarf an Unterstützung nicht in allen District Health Boards gleich groß ist, besteht das Risiko eines regional ungleichen Zugangs zu häuslicher Pflege. Zudem besteht die Gefahr, dass älteren Patienten die Versorgung in Altenpflegeheimen und Krankenhäusern verwehrt wird, auch wenn sie notwendig ist. Eine überhastete

**Experten warnen
vor übereilter
Einführung**

und unkontrollierte Einführung der Programme zur häuslichen Pflege könnte darüber hinaus zu unerkanntem Stress und Überforderung von pflegenden Familienmitgliedern führen. Denn abgesehen von der medizinischen Versorgung gibt es viele Faktoren, die die Unabhängigkeit im Alter beeinflussen: innere Einstellung, Familie, häusliche Umgebung, Transportmöglichkeiten und Zugang zu öffentlichen Einrichtungen. Wenn diese Aspekte nicht in einem koordinierten Gesamtpaket berücksichtigt werden, ist es unwahrscheinlich, dass die Einführung bzw. Ausweitung der »Ageing in Place«-Strategien die Bedürfnisse der Menschen und ihrer Familien trifft.

Fazit positiv

Eine erfolgreiche Umsetzung der »Zuhause älter werden«-Programme auf nationaler Ebene setzt einen nationalen Fokus, eine angemessene Finanzierung und gute sektorübergreifende Zusammenarbeit voraus. Die Politik weist in die richtige Richtung, aber sie erscheint in Anbetracht des aktuellen Umfangs und der aktuellen Qualität ambulanter Pflegedienste sehr ambitioniert.

Noch sind häusliche (Pflege-)Dienstleistungen in Neuseeland nicht sehr weit verbreitet. Zudem sind sie häufig von schlechter Qualität, sodass erhebliche Investitionen in einen gering bezahlten, wenig ausgebildeten Personalbestand erforderlich sein werden, um diesen Sektor so weit zu entwickeln, dass eine deutlich größere Zahl älterer Menschen in ihrem häuslichen Umfeld wohnen bleiben und betreut werden kann.

**»Ageing in Place«
– Vorbild für
Deutschland**

Auch in Deutschland beachtet man in der Pflege zunehmend den Wunsch der älteren Menschen, so lange wie möglich und mit möglichst großer Selbstständigkeit in ihrem häuslichen Umfeld leben zu können. Der »Runde Tisch Pflege« hat in den Jahren 2003 bis 2005 die Situation der häuslichen Betreuung und Pflege in Deutschland analysiert und eine Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen gefordert. Viele Forderungen entsprechen den neuseeländischen Zielen: Die Leistungen ambulanter Pflegedienste sollen an Bedarf, Umgebung und Alltag der Hilfebedürftigen angepasst werden. Die selbstständige Lebensführung im Alter soll durch neue Wohn- und Betreuungsformen abgesichert werden. Die Koordination von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche soll durch vernetzte Angebote vor Ort (Care Management) und durch individuell ange-

passte Betreuungsangebote (Case Management) gestärkt werden. Die Ansätze aus Neuseeland und auch ihre umfassende Auswertung und Evaluation können daher als wertvolle Anregungen für die deutsche Diskussion dienen.

Literatur und Links

Ramage, Carol. »Evaluation of strategies for ›Aging in Place««. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/nz/a8/5.

Dalziel, Hon Lianne. » The New Zealand Positive Ageing Strategy«. Wellington: Ministry of Social Policy 2001. www.osc.govt.nz.

Dwyer, Maire, Alison Gray und Margery Renwick. »Factors affecting the ability of older people to live independently: a report for the International Year of Older Persons 1999«. Wellington: Ministry Of Social Policy 2000. www.osc.govt.nz.

Dyson, Hon Ruth. »Health of Older People Strategy: Health Sector Action to 2010 to Support Positive Ageing«. Wellington: Ministry of Health 2002. www.moh.govt.nz/publications/hops.

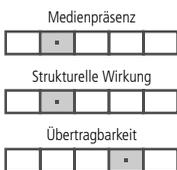
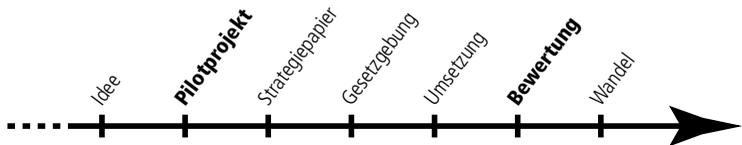
Ministry of Health. »Health of Older People information Strategic Plan: Directions to 2020 and beyond«. Wellington 2006. www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/6bc2def365392e0ecc257145007e7ecd?OpenDocument.

Parsons, Matthew, et al. »ASPIRE. Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders«. Auckland UniServices Limited, March 2006. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4550/\\$File/aspire-final-report-march07.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4550/$File/aspire-final-report-march07.pdf)

Parsons, Matthew, et al. »An Economic Evaluation of the Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders (ASPIRE)«. Auckland UniServices Limited. Oktober 2006. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4550/\\$File/aspire-economic-evaluation-report.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4550/$File/aspire-economic-evaluation-report.pdf).

The New Zealand Institute of Economic Research (NZIER).
 »Ageing New Zealand Health and Disability Services:
 Demand Projections and Workforce Implications 2001–
 2021«. A discussion document. Wellington: Ministry of
 Health 2004. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/E6EE108D0901CAD8CC256F73000F1F9A/\\$File/nzierreportageingnzandhealthanddisabilityservices.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/E6EE108D0901CAD8CC256F73000F1F9A/$File/nzierreportageingnzandhealthanddisabilityservices.pdf)

Israel: Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere



Maccabi Health Services, mit knapp 25 Prozent Marktanteil zweitgrößter Krankenversicherer und Anbieter von Gesundheitsleistungen in Israel, hat sich einer besseren Betreuung seiner älteren Versicherten verschrieben. Ein ambitioniertes Pilotprogramm hatte zum einen die körperliche und geistige Mobilisierung älterer Menschen und zum anderen eine Sensibilisierung der Ärzte für die speziellen gesundheitlichen Bedarfe und für die gesundheitlichen Risiken älterer Menschen zum Ziel. Der Pilotversuch wurde regional im zentralen Distrikt des Maccabi-Gesundheitsdienstes durchgeführt und umfassend evaluiert.

**Prävention auf
 Bedarf älterer
 Menschen
 ausgerichtet**

Das Programm umfasst sechs Maßnahmen, von denen drei direkte medizinische Interventionen und/oder Präventionsmaßnahmen sind und drei auf körperliche Fitness abzielen. Die Maßnahmen sind im Einzelnen:

- Impfung gegen Grippe und Lungenentzündung
- Screening-Tests der Hör- und Sehfähigkeiten und ihre Behandlung (sofern erforderlich)
- Beobachtung des Ernährungsverhaltens und ggf. seine Umstellung
- Einführung und Beratung über körperliche Aktivität

- Nachsorge bei Stürzen
- Hinweise zur Vermeidung von Stürzen.

Zu Beginn des Programms treffen sich Hausarzt und älterer Patient, um den Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen und einen an seine Bedürfnisse angepassten Versorgungsplan zu erarbeiten. Patienten und ihre Hausärzte erhielten zudem getrennt voneinander eine mündliche Einführung zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie schriftliche Unterlagen zu diesen Themen. Die älteren Menschen nahmen darüber hinaus an Sportgruppen teil, die von der Krankenkasse bezahlt wurden.

Information und körperliche Betätigung

Das Programm wurde von der »Association for Planning and Development for Services for the Elderly in Israel« (ESHEL) und Maccabi initiiert. ESHEL ist eine Vereinigung, die sich besonders für die Belange älterer Menschen einsetzt. Bei der Einführung von Programmen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen kooperiert ESHEL mit all jenen Partnern, die dasselbe Interesse haben und zu einer Vernetzung bereit sind. Krankenkassen sind für ESHEL bevorzugte Partner, weil sie neben denselben Zielen über die notwendige Infrastruktur verfügen, um diese Programme umsetzen und die Zielgruppen ansprechen zu können.

Kooperation zwischen ESHEL und Maccabi

Bis zur Entwicklung des Programms haben zwei Jahre lang Gespräche zwischen Maccabi und ESHEL stattgefunden, an denen auch Vertreter der geriatrischen Abteilung des Gesundheitsministeriums teilgenommen haben, die hauptsächlich an innovativen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen interessiert waren. Gegenstand dieser Diskussionen war die Durchführbarkeit möglicher Programme ebenso wie die Auswahl der wichtigsten Gesundheitsindikatoren für ältere Menschen, auf die sich das Programm konzentrieren sollte. Diese Diskussion basierte auf US-amerikanischen und kanadischen Berichten von Arbeitsgruppen zur Prävention.

Zweijährige Vorbereitungsgespräche

ESHEL und die geriatrische Abteilung des Gesundheitsministeriums haben beide zum Ziel, die Gesundheitsförderung älterer Menschen auszubauen, und können dieses Ziel ein Stück weit mit dem Pilotprojekt umsetzen. Beide haben aktiv an der Gestaltung, Umsetzung und Sicherung der Finanzierung des Programms mitgearbeitet. Maccabi sieht in dem Programm eine Möglichkeit, die Erhaltung der Gesundheit von älteren Menschen

Win-Win-Win-Situation

zu fördern, die Kosten zu kontrollieren und die Zufriedenheit der Teilnehmer zu stärken.

Das Ansehen der Krankenkasse ist durch den besonderen Einsatz für Ältere gestiegen. Auch wird erwartet, dass die Präventionsmaßnahmen und das frühzeitige Erkennen von Risiken und Erkrankungen die spätere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wie Krankenhausaufenthalte reduzieren wird. Die Bezirksdirektoren sahen die Aufnahme ihres Distriktes in das Pilotprogramm als Chance und Beweis für ihre Innovationsfreudigkeit und ihren Verbesserungswillen. Die Leitung der geriatrischen Abteilung des Gesundheitsministeriums sah in dem Pilotprojekt eine Gelegenheit, ihren Handlungswillen zu zeigen.

Für die beteiligten Maccabi-Hausärzte bedeutete das Programm zwar zusätzlichen Arbeitsaufwand, nur die wenigsten sprachen sich jedoch gegen das Programm aus. Teilweise lag dies daran, dass Maccabi gezielt innovationsfreudige Ärzte ansprach, bei denen man Interesse erwartete. Zudem hatte das Programm in der Pilotphase Angebotscharakter. Ärzte, die nicht teilnehmen wollten, konnten ohne Folgen ablehnen. Die älteren Versicherten schließlich wurden intensiver betreut und fühlten sich von ihren Ärzten und der Krankenkasse sehr viel besser behandelt als vor dem Programm.

**Krankenschwestern
fordern stärkere
Beteiligung**

Die Maccabi-Gemeindeschwestern indes waren verärgert, dass sie nicht in das Programm aufgenommen wurden. In ihrer Wahrnehmung sind sie diejenigen, die hauptsächlich die älteren Menschen versorgen und auch bei der Gesundheitsförderung eine Hauptrolle einnehmen. Daher forderten die Gemeindeschwestern eine stärkere Einbindung in das Programm.

**Evaluation in Form
wissenschaftlicher
Begleitforschung**

Das Programm wurde vom JDC-Meyers-Brookdale Institute evaluiert. Im Rahmen der als Fall-Kontroll-Studie konzipierten Evaluation wurden sowohl Prozess- als auch Ergebnisparameter berücksichtigt. Es gab zwei Kontrollgruppen: 1. ältere Menschen, die selbst nicht, aber deren behandelnde Ärzte an dem Programm teilgenommen haben, und 2. ältere Menschen, die von Ärzten in demselben Bezirk behandelt werden, die jedoch nicht an dem Programm teilgenommen haben. Die Ärzte wurden in Fokusgruppen befragt, die Patienten telefonisch interviewt. Zusätzliche Daten wurden aus Verwaltungsdaten wie Grippezahlen und Krankenhauseinweisungen gewonnen.

Die Patienteninterviews zeigen einen Anstieg der Anzahl der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in den sechs Bereichen, die das Pilotprogramm ausgewählt hatte. Das Management der Krankenkasse hatte erwartet, mehr Outcome-Ergebnisse wie einen Rückgang der Anzahl der Krankenhauseinweisungen oder der Grippeerkrankungen zu beobachten. Der Nachweis konnte nicht erbracht werden, da der Effekt des Programms nicht isoliert werden konnte.

Mehr Hör- und Sehtests, mehr Impfungen, bessere Sturzprävention, bessere Fitness

Die Ergebnisse zeigen, dass bei älteren Menschen in der experimentellen und der ersten Kontrollgruppe (Patienten nehmen nicht am Pilotprojekt teil, aber ihr behandelnder Arzt) häufiger Hör- und Sehtests sowie Impfungen gegen Pneumonie durchgeführt wurden. Die Ergebnisse der zweiten Kontrollgruppe (weder Patient noch Arzt nehmen an dem Pilotprojekt teil) zeigen keine Veränderungen.

Ältere Menschen der experimentellen und der ersten Kontrollgruppe berichteten zudem häufiger, dass der Arzt sie fragte, ob sie an Hör- und Sehtests teilgenommen haben und ob sie in letzter Zeit hingefallen seien. Die Anzahl der älteren Menschen, die berichten, dass der Arzt sie zu Gewichtsveränderungen befragte und mit ihnen über die Bedeutung körperlicher Fitness sprach, ist nur in der experimentellen Gruppe angestiegen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärzte das, was sie in dem Pilotprogramm gelernt haben, auf alle Patienten anwenden und nicht nur auf diejenigen, die an dem Pilotprogramm teilnehmen. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Einschätzungen der Ärzte in den Fokusgruppengesprächen, in denen sie bestätigten, dass das Pilotprogramm ihre Aufmerksamkeit hinsichtlich der Bedürfnisse älterer Menschen generell gesteigert habe. Sie berichteten, Entwicklungen und Geschehnissen wie Gewichtsverlust und Stürzen älterer Menschen mehr Aufmerksamkeit zu schenken als vor dem Pilotprojekt.

Nutzen auch für nicht am Programm beteiligte Patienten

Nach Beendigung des Pilotprogramms berichteten die Ärzte, dass ihr Engagement abnahm. Daraus kann gefolgert werden, dass das Programm nicht ohne Veränderungen in seiner jetzigen Form umgesetzt werden kann. Die Evaluation ergab, dass die Ärzte mehr Zeit für jeden einzelnen Patienten benötigen, als in dem Programm vorgesehen war, wenn sie älteren Patienten besondere Aufmerksamkeit widmen sollen. Auch seitens der Patien-

Keine nachhaltige Wirkung bei Ärzten und Patienten

ten zeigte sich, dass das Engagement, z. B. an Sportkursen teilzunehmen, nach dem Ende des Programms stark nachgelassen hat. Maccabi will bei der geplanten Weiterführung des Programms Anreize für Ärzte und Patienten einplanen.

Positive Ergebnisse bei landesweiter Einführung erwartet

Die Evaluation ergab insgesamt, dass das Programm großes Potenzial hat, die Qualität der Versorgung und den Gesundheitszustand älterer Menschen zu verbessern sowie die Zufriedenheit und die persönliche Beteiligung älterer Menschen zu steigern. Bei einer landesweiten Einführung des Programms wird mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen gerechnet. Das Programm ist besonders erfolgversprechend im Hinblick auf die Mobilisierung älterer Menschen mit einem geringeren Bildungsniveau und einem geringeren Wissen über gesundheitsfördernde Lebensweisen. Hinsichtlich der medizinischen Parameter wird bei einer landesweiten Einführung ein Rückgang von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Pneumonie und Hüftfrakturen, die durch Impfungen und Beratung reduziert werden können, erwartet.

Gesundheitsförderung für Ältere auch in Deutschland?

Auch in Deutschland könnte Gesundheitsförderung für Ältere in Zeiten des demografischen Wandels an Bedeutung gewinnen. Im internationalen Vergleich sind ältere Menschen in Deutschland beispielsweise besonders häufig übergewichtig: Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer über 60 Jahre leiden an Adipositas (Body-Mass-Index über 30). Normalgewichtig mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 sind dagegen nur etwa jede fünfte Frau und noch weniger Männer dieser Altersgruppe (Menning 2006). Auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe zugeschnittene Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention könnten hier entgegenwirken und Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit erhöhen.

Die Reformen der letzten Jahre haben den Wettbewerb zwischen den deutschen Krankenkassen gestärkt. Dabei werden Anreize zur Risikoselektion ab 2009 durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich behoben. Durch spezifische Versorgungsangebote, beispielsweise für Ältere, könnten dann auch in Deutschland Krankenkassen im Wettbewerb punkten.

Literatur und Links

Bentur Netta. »Health Promotion Project for the Elderly«.

Health Policy Monitor. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/is/a8/2.

Bentur, Netta, Daniella Citron, und Svetlana Chekemir.

»Prevention and health promotion among the elderly in the community: an evaluation study«. Myers-JDC-Brookdale research report (erscheint demnächst, hebräisch mit englischem Abstract).

Menning, Sonja. »Gesundheitszustand und gesundheits-

relevantes Verhalten Älterer«. *GeroStat Report Altersdaten 2/2006*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin 2006.

Fachkräfteentwicklung

Die aktuelle Diskussion über Fachkräfte in Industrieländern beschäftigt sich u. a. mit drei Themenbereichen. Zum einen steht in vielen Ländern eine zu geringe Zahl an qualifizierten Pflegekräften einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger gegenüber. Zum Zweiten sehen viele Länder die Möglichkeit, durch neue Berufe eine bessere Koordination der Versorgung zu erzielen und Ineffizienzen aufgrund von Schnittstellen zwischen einzelnen Sektoren zu minimieren. Drittens soll eine kontinuierliche Weiterbildung die Fachkräfte in bestehenden Berufsfeldern dafür qualifizieren, die sich schnell ändernden Anforderungen im Gesundheitswesen zu meistern.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte pro Kopf der Bevölkerung ist in den meisten OECD-Ländern in den letzten Jahrzehnten langsam aber stetig gestiegen. Im OECD-Durchschnitt kommen auf 1.000 Einwohner 3,2 Ärzte.

In Deutschland liegt die Arztdichte im OECD-Vergleich im oberen Drittel. Die Zahl der praktizierenden Pflegekräfte ist mit 9,6 je 1.000 Einwohner in Deutschland ebenfalls etwas höher als im OECD-Durchschnitt (8,3). Doch zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es starke Unterschiede in der Versorgung mit Fachkräften. So kommt ein Arzt in Hamburg auf 184 und in Berlin auf 190 Einwohner, in Brandenburg jedoch auf 331 Einwohner (2004). In ländlichen Gebieten im Nordwesten (Niedersachsen) und im Nordosten ist die Arztdichte relativ gering. Zudem ist es in ländlichen Regionen besonders schwierig, Nachfolger für Ärzte zu finden, die in den Ruhestand gehen (OECD Gesundheitsdaten 2006).

Diese Entwicklungen sind international ähnlich. Eine angewandte Strategie, um den Zugang zur Versorgung sicherzustellen,

Anzahl der Ärzte steigt, räumliche Verteilung ungleichmäßig

len und gleichzeitig Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer Versorgung und Pflege abzubauen, ist die Einführung von Nurse Practitioners als neuer Berufsgruppe. In zahlreichen Ländern, wie z. B. in den USA, in Großbritannien, Neuseeland und in Australien, sind Nurse Practitioners inzwischen Teil der Versorgung.

**Schnittstelle
zwischen Arzt und
Pflege: Nurse
Practitioners**

Nurse Practitioners sind Pflegekräfte mit einer universitären Zusatzqualifikation, in deren Zentrum die Betreuung chronisch kranker Patienten steht. Sie leisten eigenverantwortlich Diagnose und Behandlung in der Primärversorgung, dürfen teilweise Arzneimittel verschreiben und verbinden medizinische Versorgung mit Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung. Nurse Practitioners verfügen oft über eine hohe soziale Kompetenz und achten besonders auf die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebensumstände der Patienten und ihrer Angehörigen (siehe die Berichte aus Neuseeland, S. 156, und aus den Niederlanden in Ausgabe 2: »Nurse Practitioners«).

**AGnES:
Pilotprojekt in
Deutschland**

In Deutschland wird in einem Pilotprojekt der Universität Greifswald unter dem Namen »AGnES« (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systematische Intervention) die Unterstützung der Ärzte durch sogenannte Gemeindeschwestern getestet, die eine ähnliche Qualifikation wie Nurse Practitioners anderer Länder erhalten. Sie sollen auf Anweisung des Arztes Hausbesuche machen, grundlegende diagnostische Tests durchführen, Verbände versorgen und Blutproben nehmen. Gleichzeitig sind sie Ansprechpartner für ältere Menschen, überwachen ihre medikamentöse Behandlung und entwickeln Präventivmaßnahmen (Korzilius und Rabbata 2006). In zumeist ländlichen Regionen mit relativ wenigen Hausärzten pro Einwohner und großen Entfernungen zwischen den einzelnen Patienten sollen so die Hausärzte entlastet werden und die Patienten einen besseren Zugang zu medizinischer (Grund-)Versorgung erhalten.

**Internationale
Mobilität als
zweite Säule**

Ein zweites Konzept, um dem Ungleichgewicht zwischen der zunehmenden Anzahl hilfebedürftiger Patienten und der zu geringen Zahl der Fachkräfte zu begegnen, ist, (Pflege-)Fachkräfte aus anderen Ländern anzuwerben. Daten über Aus- und Einwanderungen von Arbeitskräften liegen oft nur in sehr begrenztem – und vermutlich unvollständigem – Umfang vor. Einen Eindruck zur Migration innerhalb der EU gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Migration von Pflegepersonal innerhalb der EU

Herkunftsland	Anzahl der Pflegekräfte aus dem Herkunftsland, die eine Arbeiterlaubnis in einem anderen EU-Land erhalten haben
Deutschland	88
Italien	138
Niederlande	126
Irland	1.097
Dänemark	17
Spanien	128–133
Portugal	1.611
Österreich	99
Finnland	4
Schweden	231

Quelle: Nach Buchan 2006. Zahlen für das Jahr 2000.

Jedoch ist die Migration innerhalb der Europäischen Union der weitaus kleinere Teil der Wanderungsbewegungen, da die meisten EU-Länder ihr Personal überwiegend von außerhalb der EU anwerben: So kamen Ende der 60er Jahre koreanische, philippinische, indische und indonesische Pflegekräfte nach Deutschland und Anfang der 90er Jahre jugoslawische. Andere haben als Söhne und Töchter der ersten Generation angeworbener Migranten die Chancen dieser expandierenden Dienstleistungsbranche genutzt (Schmidt-Fink 2002).

Arbeitskräfte im Gesundheitswesen haben unterschiedliche Motive zur Migration. Arbeitskräfte, die dauerhaft auswandern, geben einen besseren Lebensstandard, bessere Karrieremöglichkeiten und die Auswanderung des Partners als Gründe an. Arbeitskräfte, die für eine begrenzte Zeit ihr Heimatland verlassen, nutzen den Aufenthalt, um sich weiter zu qualifizieren oder haben befristete Arbeitsverträge im Ausland, von denen sie sich bessere Jobaussichten in ihrer Heimat versprechen. Andere nutzen ihre Qualifikation, um den Auslandsaufenthalt zu finanzieren (Buchan 2006).

Nach Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stammt die Mehrheit der im Ausland arbeitenden Krankenpfleger

**Auswanderung
philippinischer
Krankenpfleger**

von den Philippinen. Offiziell geht man von rund 250.000 Krankenpflegern aus diesem Land aus. Durchschnittlich schließen täglich 2.900 Personen Verträge für eine Tätigkeit in Übersee ab. Sie arbeiten in Europa, Afrika sowie Süd- und Nordamerika und seit September 2006 in Japan (siehe den Bericht aus Japan, S. 169). 2006 erreichte die Zahl der Philippiner, die im Ausland eine Beschäftigung aufnahmen, den Rekordstand von fast 1,1 Millionen (Philippine Overseas Employment Administration 2006). Im Ausland genießen philippinische Krankenpfleger aufgrund ihrer sozialen Kompetenz und ihrer englischen Sprachkenntnisse besonderes Ansehen. Für die Philippiner ist der im Ausland deutlich höhere Arbeitslohn Anreiz, ihr Heimatland zu verlassen. So liegt der Arbeitslohn auf den Philippinen bei 200 US-Dollar/Monat. In Großbritannien beispielsweise erhalten Krankenpfleger etwa 1800 US-Dollar/Monat (Sison 2002).

**Internationales
Outsourcing**

Einen anderen Weg der Internationalisierung hat Singapur gewählt (siehe den Bericht aus Singapur, S. 184). Um Personal einzusparen, erfolgt die Befundung von Röntgenbildern nicht in Singapur selbst, sondern in Indien. Mithilfe moderner Informationstechnologie werden die Röntgenbilder aus Singapur nach der Aufnahme binnen Sekunden nach Indien geschickt und von einem Experten befundet. Das Ergebnis wird nach Singapur zurückgesandt. Die Zeitspanne zwischen Erstellung des Röntgenbildes und dem Befund konnte so von zwei Wochen auf wenige Stunden reduziert werden. Vorbild für Singapur waren die USA. Dort werden mittels Teleradiologie nächtliche Notfallaufnahmen in Indien befundet.

**Suche nach
nationalen
Lösungen**

Auch in Kanada hat man zunächst versucht, dem Ärztemangel durch die Förderung der Einwanderung ausländischer Mediziner zu begegnen. Da diese Strategie massive Proteste hervorgerufen hat, konzentrieren sich die Maßnahmen jetzt auf nationale Strategien. So strebt Kanada in einem Zehnjahresplan an, die medizinische Ausbildung völlig neu zu strukturieren und die Anzahl der Ausbildungsplätze zu erhöhen. Daneben werden neue sektorübergreifende Berufsgruppen geschaffen, um Personal flexibler einsetzen zu können (siehe den Bericht aus Kanada, S. 172). Auch in Australien hat die Regierung einen Zehnjahresplan entwickelt, um dem Personalmangel systematisch zu begegnen. Neben einer Erhöhung der Ausbildungsplätze sollen andere

Heilberufsgruppen Aufgaben von Ärzten übernehmen, indem ihnen der Zugang zur öffentlichen Finanzierung durch Medicare geöffnet wird (siehe den Bericht aus Australien, S. 177). Slowenien versucht ebenfalls, dem sich abzeichnenden Personalman- gel – im Fall von Slowenien von Krankenschwestern – durch eine langfristige Personalplanung zu begegnen (siehe den Bericht aus Slowenien, S. 179).

Frankreich schnürt gleich ein ganzes Bündel von Maßnah- men auf unterschiedlichen Ebenen, um dem ausgeprägten Gefälle in der Versorgung zwischen ländlichen und städtischen Regio- nen zu begegnen und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern. Hierzu wurde von der Regierung ein System aus finanziel- len, rechtlichen und ausbildungsbezogenen Maßnahmen geschnürt (siehe den Bericht aus Frankreich, S. 174). Für finanzielle Anreize haben sich auch England und Wales entschieden. Wegen gerin- ger Verdienstmöglichkeiten für Zahnärzte in England und Wales hat der NHS Rekrutierungsprobleme. Da das Einkommen wegen der hohen Eigenbeteiligung der Patienten sehr unsicher war und die Kosten der Praxis kaum gedeckt hat, wollten die Zahnärzte nicht länger beim NHS arbeiten. Nun hat England in einer Re- form die Arbeitsbedingungen grundlegend verbessert und gleich- zeitig den Zugang der Bevölkerung durch eine Absenkung der Eigenbeteiligung erleichtert. Zahnärzte werden jetzt nicht mehr je Einzelleistung vergütet, sondern erhalten eine Pauschale pro Behandlung (siehe den Bericht aus England und Wales, S. 181).

**Frankreich schnürt
Maßnahmenbündel**

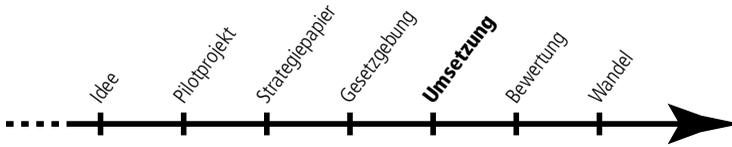
Literatur und Links

Buchan, James. »Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?«. *Human resources for health in Europe*. Hrsg. Carl-Ardy Dubois, Martin McKee und Ellen Nolte. European Observatory on Health Sys- tems and Policies. Kopenhagen 2006. [www.who.dk/ Dokument/E87923.pdf](http://www.who.dk/Dokument/E87923.pdf).

European Commission. DGXV. Committee of Senior Offi- cials on Public Health. »Statistical tables relating to the migration of doctors in the Community from 1977 to 2000«. Brussels 2004a.

- European Commission. DGXV. Committee of Senior Officials on Public Health. »Statistical tables relating to the migration of nurses responsible for general care in the Community from 1977 to 2000«. Brussels 2004b.
- Kaiser, Roland H. »Fortbildung der Ärzte im Krankenhaus und Fortbildungspunktekosten der Ärztekammern«. *Der Anästhesist*. 8 2006. 1–2.
- Korzilius, Heike, und Samir Rabbata. »Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung«. *Deutsches Ärzteblatt*. (103) 44 2006. A2926–2928.
- Philippine Overseas Employment Administration. OFW Global Presence. A Compendium of Overseas Employment Statistics 2006. www.poea.gov.ph/stats/2006Stats.pdf.
- OECD Gesundheitsdaten 2006. Deutschland im Vergleich. www.oecd.org/dataoecd/55/6/37006838.pdf.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Baden-Baden 2001.
- Schmidt-Fink, Ekkehard. »Persische Ärzte, kroatische Schwestern. Migranten im Gesundheitswesen«. *Ausländer in Deutschland* 1/2002. www.isoplan.de/aid/2002-1/arbeitsplatz_d.htm.
- Sison, Marites. »Philippinische Krankenpfleger suchen ihr Glück im Ausland«. *Ärzte Zeitung*. 30.8.2002. www.aerztezeitung.de/docs/2002/08/30/154a1101.asp.

Neuseeland: Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung

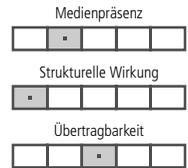


Die Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung in Neuseeland hat im Jahr 1998 begonnen. Seither gab es eine Reihe von Schritten: Einer nationalen Strategie für eine bessere Primärversorgung im Jahr 2001 folgte 2003 eine Expertenkommission und die Bereitstellung von Finanzmitteln zur Entwicklung innovativer Modelle in der Pflege. 2006 stellte die Regierung Stipendien für die Fortbildung examinierter Krankenpfleger zur Verfügung, die aktuell in der pflegerischen Grundversorgung tätig sind. Die Neuausrichtung zielt auf einen breiteren Fokus der Volksgesundheit mit den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Angebot einer größeren Bandbreite pflegerischer Dienstleistungen.

Zur Erreichung dieser Ziele soll der Zugang der Pflegekräfte zur Finanzierung verbessert werden, sie sollen bessere Karrierechancen und eine bessere Ausbildung erhalten. Zudem soll die grundsätzliche Personalentwicklung verbessert werden. Ein Aspekt hierbei ist die bessere Nutzung von Fähigkeiten, Erfahrungen und Wissen von Pflegekräften im Gemeindeumfeld und die Förderung von Nurse Practitioners. Neu ist die Unterstützung der pflegerischen Versorgung durch die Regierung.

Die Regierung fördert Modellversuche, um Fortschritte in der Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung zu fördern. Die Umsetzung der Modellversuche erfordert jedoch einen grundlegenden kulturellen Wandel bei Patienten, etablierten Dienstleistern und Fachkräften in den neuen Berufen. Besonders schwierig ist die Umsetzung von Projekten, bei denen die Kompetenzen von Pflegekräften ausgeweitet werden und Überschneidungen zu den Kompetenzbereichen anderer Dienstleister entstehen.

Landesweite Programme, Vorgaben oder Richtlinien zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung in Neuseeland gibt es nicht. Die Projekte entstehen auf lokaler Ebene und richten sich



**Neuausrichtung:
Unterstützung der
Regierung, Skepsis
der übrigen
Stakeholder**

**Eher lokale/
regionale
Initiativen**

nach den jeweiligen Bedürfnissen. Initiatoren der Projekte sind vielfach die Krankenpfleger selbst oder auch einzelne Personen oder Organisationen. Zum Teil werden die Projekte finanziell vom Gesundheitsministerium gefördert.

**Barrieren
behindern
Neuorientierung
der Pflege**

Durch die Modellprojekte besteht die Chance, die pflegerische Versorgung hinsichtlich des Zugangs, der Qualität und der Effizienz zu verbessern. Trotz dieser Chancen gibt es drei zentrale Barrieren bei der Umsetzung. Die erste Barriere ist die mangelnde Flexibilität von Arbeitsverträgen. Im System der Versorgungsstrukturen fehlt zweitens eine Vernetzung zwischen Pflegekräften der Grundversorgung und intersektoralen Initiativen sowie Public-Health-Dienstleistungen. Dritte wesentliche Hürde ist die Ausbildung. Postgraduierte Programme sind zunehmend thematisch spezialisiert. In der pflegerischen Grundversorgung sind jedoch eher thematisch breit angelegte Kenntnisse erforderlich.

**Förderung von
Nurse Practitioners
durch Erweiterung
der Kompetenzen**

Nurse Practitioners (NPs) sind staatlich geprüfte Pflegekräfte, die als selbstständige Leistungserbringer (health practitioners) mit einem klar definierten Tätigkeitsbereich auf hohem Niveau arbeiten. Ende 2005 hat die neuseeländische Regierung die Verschreibungsrechte für Nurse Practitioners ausgeweitet. Bis dahin durften Nurse Practitioners in den Bereichen »Kinder- und Familiengesundheit« und »Altenpflege« in begrenztem Umfang Medikamente verschreiben. Seit der Gesetzesänderung sind die Verschreibungsberechtigungen von NPs z. B. auf die Bereiche chronischer Krankheiten (wie Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen) und Gesundheitsförderung ausgeweitet worden.

Die Erweiterung der Verschreibungsbefugnisse von NPs wird von der Regierung reguliert. Der neuseeländische Pflegerat NCNZ ist mit der Bewilligung und Überwachung beauftragt. Um die Verschreibungserlaubnis zu erhalten, müssen NPs streng definierte Voraussetzungen erfüllen. Diese sind der Erwerb eines Undergraduate-Krankenpflegeabschlusses, eines zweijährigen klinischen Masterabschlusses, ein abgeschlossener Kursus über Verschreibungen auf Master-Niveau, mindestens vier Jahre Berufserfahrung und die Anerkennung des NCNZ für Verschreibungen. Zusätzlich müssen NPs ihre Fähigkeiten unter Beweis stellen, sich kontinuierlich weiterbilden, sich für ein »Annual Practicing Certificate«, eine jährliche Praxiszertifizierung, bewerben und

eine Überprüfung ihrer Verschreibungstätigkeit durch Fachleute zulassen.

Der Einsatz von Nurse Practitioners setzt sich in Neuseeland nur sehr langsam durch. Erstmals wurden sie im Jahr 2000 eingesetzt. Im Juli 2006 arbeiteten erst 25 Nurse Practitioners. Wegen der langsamen Durchsetzung in der Praxis wurde im Jahr 2005 ein Ausschuss eingesetzt. Er sollte erarbeiten, welche Barrieren einen rascheren und umfassenderen Einsatz von NPs in Neuseeland verhindern und wie die Rolle der NPs gestärkt werden kann.

Der Arbeitsausschuss hat dem Ministerium im Mai 2006 seinen ersten Bericht mit sehr weit reichenden und umfassenden Empfehlungen vorgelegt. Daraufhin initiierte das Gesundheitsministerium ein Programm zur Förderung des Einsatzes von Nurse Practitioners mit Fokus auf die District Health Boards, das Anfang 2007 an den Start gegangen ist.

Grundlegendes Ziel des Ausschusses war es, eine schnellere Entwicklung und Verbreitung von Nurse Practitioners in Neuseeland zu bewirken. Dazu sollten Anreize zur Identifikation und Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten von NPs etabliert sowie Ausbildungspläne entwickelt und empfohlen werden. Darüber hinaus sollte der Ausschuss Finanzierungsmöglichkeiten vorschlagen und mögliche Partnerschaften und Finanzierungskonzepte mit anderen Anbietern prüfen. Schließlich sollte er Behandlungspfade für District Health Boards und vorrangige Versorgungsbedarfe identifizieren.

Der Ausschuss empfiehlt die Förderung von Nurse Practitioners, um hoch qualifizierte Pflege, bessere Koordination an der Schnittstelle Krankenhaus/Gemeinde und ein hohes Niveau hausärztlicher Gesundheitsleistungen anbieten zu können. Kurz darauf wurden Weiterbildungsprogramme eingerichtet und Anforderungen an die Kompetenz von Nurse Practitioners formuliert, deren mögliche Rolle in der Versorgung deutlich weiterentwickelt wurde.

Während die Krankenpfleger und das Gesundheitsministerium begeistert über die Entwicklung der Rolle der Nurse Practitioners sind, äußert die Ärzteschaft einige Vorbehalte. Diese beziehen sich zumeist auf die Rechte zur Verschreibung von Medikamenten.

**Anfängliche
Schwierigkeiten**

**Ausschuss zur
Förderung der
Nurse Practitioners**

**Ziele und
Empfehlungen des
Ausschusses**

**Zustimmung von
Krankenpflegern
und Ministerium –
Vorbehalte von
Ärzten**

**Erwartete weitere
Entwicklung**

Die zukünftige Rolle der NPs wird wesentlich von der aktiven Teilnahme potenzieller Arbeitgeber, also der District Health Boards, der Primary Health Organisations (PHOs) und einiger Nichtregierungsorganisationen abhängen. PHOs sind öffentliche, nicht profitorientierte Gesundheitseinrichtungen, die über Kopfpauschalen finanziert werden und die die Primärversorgung der bei ihnen eingeschriebenen Bevölkerung sichern (siehe Ausgabe 4 »Primärversorgung für besonders pflegebedürftige Patienten«). Einige Anreize und/oder finanzielle Unterstützung werden erforderlich sein, um die Teilnahme zu fördern.

Eine Erhöhung der Anzahl von NPs, die beschäftigt werden, könnte Angebot und Organisation der Gesundheitsversorgung in Neuseeland grundlegend verändern. Die Anzahl erfahrener Pflegekräfte, die an einer Nurse-Practitioner-Ausbildung teilnehmen, steigt derzeit rasant.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass NPs eine zentrale Rolle spielen können, wenn es um Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, gerechten Zugang zu Versorgung, Reduktion chronischer Erkrankungen und Unterstützung alleinlebender Menschen mit Behinderungen geht. Dabei sind die Beseitigung organisatorischer Barrieren und die Neustrukturierung der traditionellen Berufe grundlegend für die Entwicklung dieser Rolle. Der neuseeländische Ansatz ist ein Schritt in diese Richtung.

Literatur und Links

CHSRP, University of Auckland. »Development of nurse practitioners«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/nz/a8/4.

Walton, Lisa. »Nurse practitioner prescribing«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/nz/a7/1.

Ministry of Health. »Nurse Practitioners in New Zealand«. www.moh.govt.nz/nursepractitioner.

Ministry of Health. »Nurse Practitioners in New Zealand. Terms of Reference of the Nurse Practitioners Employment and Development Working Party«. www.moh.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH4947?OpenDocument.

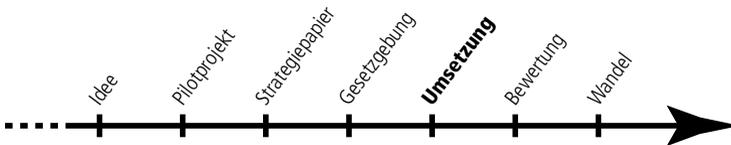
Ministry of Health (2002). »Nurse Practitioners in New Zealand«. www.moh.govt.nz/moh.nsf/by+unid/16F47058BBBC49D3CC256BF900721FA6?Open.

Ministry of Health. »Evolving Models of Primary Health Care Nursing Practice«. Wellington 2005. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/7B8611D77164266ECC25705B001BB6BA/\\$File/EvolvNurse.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/7B8611D77164266ECC25705B001BB6BA/$File/EvolvNurse.pdf).

Ministry of Health. »Investing in Health: A framework for activating primary health care nursing in New Zealand«. Wellington 2003. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/a4d86036478a63a7cc256bde006ff204/\\$FILE/InvestingInHealth.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/a4d86036478a63a7cc256bde006ff204/$FILE/InvestingInHealth.pdf).

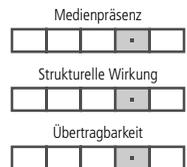
Nursing Council New Zealand. »Designated Prescriber: Nurse Practitioners«. *New Zealand Gazette*. 188 2005. 4750.

Japan: Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte



Das Economic Partnership Agreement (EPA), ein zunächst auf zwei Jahre angelegtes Freihandelsabkommen zwischen Japan und den Philippinen vom September 2006, öffnet den japanischen Arbeitsmarkt erstmals für ausländische Fachkräfte. Das Abkommen soll Japan helfen, dem sich abzeichnenden Mangel an Pflegekräften zu begegnen.

Tokio hat sich entschieden, bis zu 400 philippinische Fachkräfte aus der medizinischen und 600 Kräfte aus der sozialen Pflege für zwei Jahre im Rahmen des EPA aufzunehmen. Für eine Gesellschaft, die zunehmend älter wird und zugleich zunehmend weniger Geburten zu verzeichnen hat, will die japanische



Ziele und Inhalte des Abkommens

Regierung so eine ausreichende Versorgung in der Pflege sicherstellen. Die Einladung an philippinische Pflegekräfte ist an hohe Anforderungen gebunden: Die Bewerber, die bereits auf den Philippinen eine Ausbildung in der Pflege absolviert haben müssen, dürfen zunächst nur drei Jahre lang als »Kandidaten« in Japan bleiben. Während dieser Zeit müssen sie das reguläre japanische Examen für Pflegekräfte bestehen, um so eine dauerhafte Arbeitserlaubnis zu erhalten. Wenn dies nicht gelingt, müssen sie auf die Philippinen zurückkehren.

**Überwindung
sprachlicher
Barrieren**

Vor allem die sprachlichen Anforderungen könnten dabei für die philippinischen Kandidaten eine unüberwindliche Hürde darstellen. Sie müssen ihre sprachlichen Fähigkeiten im Pflegeexamen unter Beweis stellen, das auch bei eingewanderten Prüflingen auf Japanisch abgenommen wird.

Philippiner, die in Japan als »Kandidaten« anfangen, absolvieren zunächst einen sechsmonatigen Japanisch-Sprachkurs. Anschließend arbeiten sie als Pflegehelfer in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die Erfahrung in der Ausbildung von PflegeSchülern und -praktikanten haben. Diese Krankenhäuser und Einrichtungen müssen den Philippinern die gleichen Arbeitsbedingungen und Löhne anbieten wie japanischen Mitarbeitern. Zudem müssen sie Rahmenbedingungen schaffen, die das Erlernen der japanischen Sprache fördern. Ob die Kandidaten die Qualifikationen, die erforderlich sind, um in Japan als Krankenpfleger zu arbeiten, erfolgreich erwerben können, wird in hohem Maße vom Engagement der jeweiligen Institutionen abhängen.

Befürchtungen

Die hohen Barrieren sind im Sinne der japanischen Gewerkschaften, die Konkurrenz für einheimische Fachkräfte fürchten. So befürchtet die Vereinigung der Haushaltshilfen, dass die Philippiner als preiswerte Arbeitskräfte beschäftigt werden und sich die Arbeitsbedingungen für alle Pflegekräfte verschlechtern. Die Gewerkschaft für medizinische Angestellte sieht langfristig das Risiko, dass Japan ähnlich wie England seine Kompetenzen in der Pflegeausbildung verliert, wenn examinierte Krankenpfleger aus anderen Ländern eingestellt werden.

**Zustimmung von
japanischen
Krankenpflegern**

Die japanische Krankenpflegervereinigung argumentiert dagegen, dass es wichtig ist, die fehlenden Arbeitskräfte zu ergänzen, sofern die Beschäftigung der inländischen Krankenpfleger gesichert ist.

Viele Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen in Japan sehen einem erdrückenden Mangel an examinierten Krankenpflegern entgegen. Einige Schätzungen gehen von einem Mangel von bis zu 40.000 Kräften in der medizinischen Pflege in naher Zukunft aus. Bereits heute klagen mehr als 60 Prozent der Einrichtungen in der Altenpflege über einen Mangel an qualifiziertem Personal.

**Erdrückender
Mangel an Pflege-
kräften erfordert
neue Wege**

In Anbetracht des drohenden Pflegenotstands halten die Befürworter der Anwerbung die Maßnahme noch für zu kurz gegriffen und die Anforderungen vor allem an die Sprachkompetenz für zu hoch. Dadurch sinken nach Einschätzung der philippinischen Vereinigung der Krankenpfleger die Chancen der philippinischen Kandidaten, die japanische Pflegerprüfung zu bestehen.

**Hohe
Anforderungen**

Nach einem Vorschlag des Asian Institute of Management in Manila könnte Japan diese Anforderung abschwächen, indem zugelassen wird, dass nicht japanisch sprechende Fachkräfte englisch sprechende Japaner pflegen. Da diese häufig einer höheren Gesellschaftsschicht angehören, können sie es sich vielfach leisten, privat Krankenpfleger einzustellen.

Denn philippinische Pflegekräfte sind international sehr gefragt. Nicht weniger als 8.000 Krankenpfleger verlassen in jedem Jahr die Philippinen, um in Saudi-Arabien, Kontinentaleuropa und Amerika zu arbeiten. Diese Pfleger haben eine hervorragende Reputation im Hinblick auf ihre Fähigkeiten und Kenntnisse. Die meisten Länder, in denen die philippinischen Kräfte arbeiten können, sind englischsprachig, sodass die Sprachbarrieren minimal sind.

**Philippinische
Pflegekräfte
international
gefragt**

Ein Ziel der japanischen Maßnahme ist, die Entstehung eines illegalen Arbeitsmarkts in der Pflege von vornherein zu verhindern. Auch in Deutschland ist ein Mangel an Pflegekräften absehbar. Sozialverbände sprechen bereits heute von 40.000 fehlenden Fachkräften in der Pflege und erwarten aufgrund der demografischen Entwicklung einen deutlichen Anstieg in den nächsten Jahren. Zwar dürfen seit 2005 Arbeitnehmer aus den neuen EU-Mitgliedstaaten in Mitteleuropa legal in deutschen Haushalten beschäftigt werden, allerdings nur als Haushaltshilfe ohne Erlaubnis für pflegerische Tätigkeiten.

**Mit legaler
Einwanderung
gegen illegale
Beschäftigung**

Schätzungen zufolge arbeiten derzeit zwischen 70.000 und 300.000 Pflegekräfte illegal in deutschen Haushalten. Gerontolo-

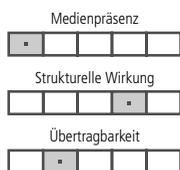
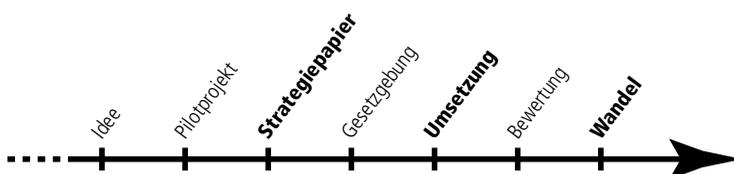
gie-Experten des Deutschen Zentrums für Altersfragen warnen davor, diese Pflegekräfte zu verteufeln, denn ohne sie sei die ambulante Pflege in Deutschland kaum noch denkbar. Stattdessen müssten flexible neue Lösungen für die ambulante Pflege gefunden werden.

Literatur und Links

Sato, Masayo. »Acceptance of nurses from the Philippines«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/jp/a8/1.

Kondratowitz, Hans-Joachim von. »Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege«. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 38 (6) 2005. 417–424.

Kanada: Personalmangel im Gesundheitswesen erzwingt neue Maßnahmen



Bis Dezember 2005 wollten die 13 Provinz- und Territorialregierungen Kanadas detaillierte Zukunftspläne für die Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen erarbeiten. Diesen Beschluss hatten sie gemeinsam in einem Zehnjahresplan zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Vorjahr verabschiedet. Eine Neuausrichtung war zwingend notwendig, da Kanada an akutem medizinischem Fachkräftemangel leidet. Zwei Sektorstudien zur Ärzteverteilung ergaben, dass Kanada aufgrund von Personalmangel die Ausbildung und Verteilung auf nationaler Ebene regeln muss und nicht länger an provinzielle bzw. territoriale Träger delegieren kann. Neben der Neubestimmung der Anzahl benötigten Personals sind die Provinzen und Territorien aufgefordert, neue sektorübergreifende Berufsbilder zu schaffen, wobei

das medizinische Personal neue Rollen erhalten und damit vielfältiger einsetzbar sein soll (z. B. akademisch geschulte Krankenschwestern und Hebammen).

Bisher wird medizinisches Fachpersonal in Kanada nach der jeweiligen Fachrichtung ausgebildet. Die benötigte Anzahl wurde anhand von Bedarfsmodellen errechnet. Anfang der 90er Jahre zeigte das Ergebnis der Vorausberechnungen ein Überangebot an Ärzten in den kommenden zehn Jahren. Konsequenterweise wurde deshalb die Anzahl an Studienplätzen in medizinischen Fakultäten drastisch gekürzt. Mittlerweile stellten sich diese Modellrechnungen als falsch heraus. In vielen Regionen herrscht heute Ärztemangel, besonders Mangel an Hausärzten. Daraus resultieren lange Wartezeiten für Patienten. Patienten aus abgelegenen Gebieten müssen weite Wege auf sich nehmen, um medizinische Hilfe zu erhalten.

Die Provinzen und Territorien haben in den letzten Jahren versucht, den Mangel durch die Anwerbung ausländischer Ärzte (vor allem aus Asien und Afrika) auszugleichen. Nationaler und internationaler Druck hat die Provinzen und Territorien allerdings dazu bewogen, die entwicklungspolitisch fragwürdige Anwerbestrategie zu beenden.

Auch auf dem Gebiet des Pflegepersonals bestehen in Kanada große Probleme. Zwar gibt es genügend Absolventen. Aber die hohe Arbeitsbelastung, schlechte Bezahlung und die oft schlechte Beschäftigungssituation in Kurzzeit- und Halbtagsstellen führen dazu, dass nur wenige Fachkräfte den Pflegeberuf bis zum Rentenalter ausüben. Bereits heute besteht ein deutlicher Mangel an Pflegepersonal in allen Regierungsbezirken.

Der notorische Ärztemangel hat in der Vergangenheit zu finanziellen Machtspielen zwischen den 13 Provinzen und Territorien geführt. Die reicheren Gegenden haben mit finanziellen Anreizen Ärzte aus anderen Gebieten angeworben. Damit hat sich die Mangelsituation an Ärzten in weniger wohlhabenden Gegenden wie Yukon oder den Northwest Territories noch weiter zugespitzt.

Bis Dezember 2005 hatten acht der 13 Regierungen Pläne zur Verbesserung der Personalsituation vorgelegt. Die Provinz Saskatchewan entwickelte als Einzige in einer öffentlichen Debatte zusammen mit den Hauptinteressenvertretern zukünftige Ziele und mögliche Strategien für die Umsetzung. Die anderen Pro-

**Mangel an
Ärzten ...**

**...und schlechte
Bedingungen für
Pflegepersonal**

**Konkurrenz
zwischen
Regierungs-
bezirken**

**Konkrete
Verbesserungen
nicht in Sicht**

vinzen und Territorien haben nur teilweise betroffene Gruppen wie den Ärzte- und Pflegeverband befragt. Bis heute fehlt es an konkreten Maßnahmen zur Erreichung der Ziele. Die Neuordnung der Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal findet auf nationaler Ebene große Zustimmung. Einzelne Provinzen und Territorien fürchten allerdings zukünftige Kompetenzverluste.

Experten gehen davon aus, dass nationale gesetzgeberische Maßnahmen nur für die Gründung neuer Berufsgruppen notwendig sind. Die 13 Gesundheitsministerien sollen die Aufgabe übernehmen, die eigenen und nationalen Beschlüsse auf regionaler Ebene umzusetzen. Qualitätsverbesserungen durch besseren Zugang und kürzere Wartezeiten sollen in den kommenden Jahren zu einer Stabilisierung des kanadischen Gesundheitssystems führen. Trotz zahlreicher Arbeitsgruppen, Expertenkommissionen und Anhörungen sind die Ergebnisse der gemeinsamen Personalplanung von Bundesregierung, Provinzen und Territorien bisher jedoch äußerst gering.

Literatur und Links

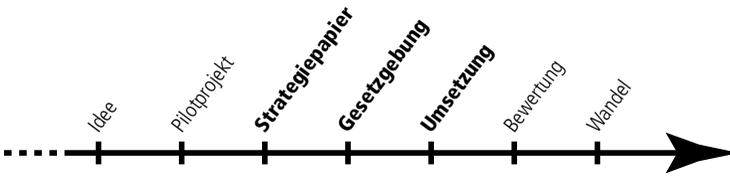
McIntosh, Tom. »Provincial Health Human Resource Plans«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/ca/a7/2.

Health Canada. »Pan-Canadian Health Human Resources Planning«. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/plan/index_e.html.

Health Council of Canada. »Progress Update: Wait Times and Health Human Resources«. *Health Care Renewal in Canada: Annual Report to Canadians, 2005*. Ottawa 2006.

McIntosh, Tom, und Renee Torgerson. »Setting Priorities and Getting Direction: Conference Report«. Ottawa 2006.

Frankreich: Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel

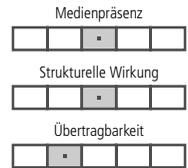


Im Januar 2006 hat die französische Regierung einen nationalen Plan zur zukünftigen Entwicklung des medizinischen Personals veröffentlicht. Hintergrund dieser Maßnahme sind das extreme Versorgungsgefälle zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, ein drohender Ärztemangel in der Zukunft und die Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgungsqualität. Der Plan basiert auf drei Pfeilern, welche die zukünftige Personalentwicklung bei Ärzten verändert.

Erstens soll das Gefälle zwischen ländlichen und städtischen Regionen ausgeglichen werden. Eine Region wird als entlegen betrachtet, wenn der Ärzteanteil dort 30 Prozent unter dem Durchschnitt liegt.

Um in Zukunft mehr Ärzte in diese Regionen zu locken, schlägt der Plan drei finanzielle Anreizmechanismen vor. So soll der nationale Krankenversicherungsfonds in ländlichen Regionen 20 Prozent mehr pro Behandlung bezahlen. Des Weiteren erhalten lokale Behörden die Möglichkeit, Ärzte bei der Gründung einer Praxis finanziell zu unterstützen oder ihnen kostenlosen Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Behörden können Studenten mit bis zu 24.000 Euro fördern oder ihnen Wohnraum zur Verfügung stellen, wenn diese sich verpflichten, nach dem Studium mindestens fünf Jahre lang in der Region tätig zu sein. Der dritte finanzielle Anreiz richtet sich an Ärzte, die an 24-Stunden-Diensten teilnehmen. Ihnen sollen Steuerrabatte von bis zu 9.000 Euro pro Jahr auf ihr Einkommen gewährt werden.

Das zweite Kernelement des Plans sieht eine essenzielle Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte vor. Ärzte sollen in Zukunft Gemeinschaftspraxen eröffnen können, was die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Versorgung erhöhen soll. Die Praxen sollen nicht nur von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, sondern auch von Ärzten gemeinsam mit Vertretern ande-



Ausgleich regionaler Unterschiede durch Dreipunkteplan Mehr Geld,...

... bessere Arbeitsbedingungen ...

rer Heilberufe gegründet werden können. Auch junge Ärzte können als Partner bei niedergelassenen Ärzten mitarbeiten, ohne dabei Eigenkapital zu investieren. Für Ärztinnen soll die Mutterschutzphase an die aller anderen französischen Arbeitnehmerinnen angeglichen werden. Bisher durften Medizinerinnen nur einen kürzeren Mutterschutz in Anspruch nehmen.

**... und Förderung
der Ausbildung**

Der dritte Pfeiler des Plans sieht eine Erhöhung der Ausbildungszahlen von Ärzten, besonders von Hausärzten vor. Dies wird nötig durch die Einführung der 35-Stunden-Woche in Krankenhäusern sowie durch den bevorstehenden Renteneintritt vieler französischer Ärzte. Seit 2006 werden 700 Studienplätze mehr zur Verfügung gestellt, wodurch die Zahl der möglichen Studienanfänger im Fach Medizin auf insgesamt 7.000 pro Jahr steigt. Ebenfalls werden Medizinstudenten ab 2006 zu einem zweimonatigen Training in einer Hausarztpraxis verpflichtet, das Interesse am Hausarztberuf wecken soll.

Schließlich sollen Ärzte in Frankreich in Zukunft bis zum tatsächlichen Rentenalter von 65 Jahren arbeiten. Dazu wird die Einmahlzahlung, die Ärzte nach Erreichen des Rentenalters erhalten, von 30.000 Euro auf 40.000 Euro angehoben. Ab dem 60. Lebensjahr müssen Ärzte allerdings keinen 24-Stunden-Dienst mehr leisten.

**Plan bezieht
Interessen-
gruppen ein**

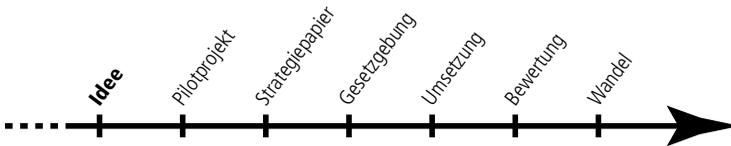
Viele der im Strategiepapier erschienenen Änderungen wurden durch die Kommission ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) erarbeitet, die das Gesundheitsministerium zur Überprüfung der demografischen Entwicklung in den medizinischen Berufen einberufen hatte. Dabei war die Kommission auch bemüht, die Vorschläge im Konsens mit den jeweiligen Interessengruppen zu erzielen. So wollte die Kommission ursprünglich einen Bedarfsplan entwickeln, der die maximale Anzahl Ärzte pro Fachrichtung pro Region festlegt. Damit war die medizinische Studentenvertretung allerdings nicht einverstanden. Man einigte sich auf den positiven Anreiz einer 20-prozentigen Erhöhung der Vergütung von Ärzten in abgelegenen Regionen. Grundsätzlich scheinen die Interessenvertreter der einzelnen Fachrichtungen aber mit dem Plan einverstanden. Bislang ist keine Evaluation geplant. Allerdings wird ONDPS auch weiterhin Entwicklungen und Tendenzen in der Versorgung mit medizinischem Fachpersonal beobachten.

Literatur und Links

Bourgueil, Yann, und Karine Chevreul. »Demographic plan for health professionals«. *Health Policy Monitor*. 14/04/2006. www.hpm.org/survey/fr/a7/1.

Ministère de la Santé et des Solidarités. »Response au Défi de la Démographie Médicale«. www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/demographie_medicale/sommaire.htm.

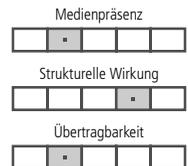
Australien: Maßnahmen gegen langjährige Fehlsteuerungen in der Personalplanung



Im Januar 2006 hat eine von der australischen Regierung eingesetzte Arbeitsgruppe Reformoptionen für die Weiterentwicklung der Personalsituation in den medizinischen Berufen vorgelegt. Hintergrund des Reformberichtes sind ein akuter Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sowie bürokratische Hürden bei der Anerkennung von Zeugnissen.

Bereits heute fehlen in Australien rund 10.000 Krankenschwestern und 1.200 Hausärzte. Für die kommenden Jahre wird zusätzlich ein Mangel an Fachärzten prognostiziert. Diese Situation ist auf die Kürzung bei Ausbildungsplätzen für Krankenschwestern und Ärzte in den 80er und 90er Jahren zurückzuführen, als die Regierung von einem prognostizierten Überangebot ausging. Der Mangel an Personal hat bereits seit einigen Jahren negativen Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitswesen. Bei ausgewählten Behandlungen gibt es bereits Wartelisten. Dazu erschweren steigende Zuzahlungen für Teile der Bevölkerung den eigentlich freien Zugang zum System.

Ziel der Regierung ist es, auf Grundlage des Berichts einen Reformplan für die kommenden zehn Jahre zu entwickeln. Fehl-



Zugangsbarriere
Personalmangel

Ausgleich von Fehlentwicklungen durch Zehnjahresplan	steuerungen aus der Vergangenheit sollen bei der Personalentwicklung korrigiert werden. Der Bericht der Arbeitsgruppe bezieht sich zu großen Teilen auf die zukünftige Angebotsentwicklung, die Anerkennung von Abschlüssen und die Verteilung von medizinischem Personal. Besonderen Nachdruck legt der Bericht auf die Erweiterung von Ausbildungsplätzen bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Ausbildung.
Mehr Mobilität bei Fachpersonal	Ein weiterer zentraler Baustein ist die Verbesserung der Mobilität und Flexibilität von Fachkräften. Eine nationale Registrierungsstelle soll die bisher bundesstaatliche Registrierung von medizinischem Personal ablösen. Bislang können Fachkräfte nur dann in einem anderen Bundesstaat arbeiten, wenn sie sich dort neu registrieren lassen, d.h. die zuständigen Behörden kontaktieren und eine Registrierungsgebühr entrichten. Diese bürokratische Hürde hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Regionen mit akutem Mangel wenige Möglichkeiten hatten, Personal aus anderen Bundesstaaten anzuwerben.
Medicare auch für andere Heilberufe öffnen	Des Weiteren schlägt der Bericht die Öffnung der australischen Krankenversicherung Medicare für Heilberufe (wie beispielsweise Hebammen) vor, die bisher von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen sind. Lobbygruppen der Heilberufe fordern schon seit langer Zeit die Abschaffung der Zugangsbarrieren, die bestimmte Berufsgruppen privilegieren. Die Regierung befürchtet jedoch Probleme bei der Ausgabenkontrolle. Die Ausweitung des Wettbewerbs könnte die bisherigen Monopolstellungen teilweise aufheben.
	Insgesamt liefert der Bericht bei Finanzierungsfragen kaum konkrete Vorschläge, wie ungleiche Finanzierungsanreize aufgehoben werden könnten. So ist beispielsweise nicht deutlich, ob Heilberufler, wie z.B. Hebammen oder Podologen, pro Einzelleistung oder pauschalisiert oder auf eine andere Weise vergütet werden sollen.
Konkrete Reformen erst in Zukunft	Bei einem Treffen der Gesundheitsminister der Bundesstaaten und der nationalen Regierung im April 2006 haben sich erste Hinweise auf Reformen abgezeichnet. So sollen bis Juni 2007 gesetzliche Änderungen zur nationalen Akkreditierung von medizinischem Personal durchgeführt werden. Des Weiteren hat die Regierung in Canberra beschlossen, ausgewählte Psychotherapien durch Medicare zu finanzieren und damit den Markt für

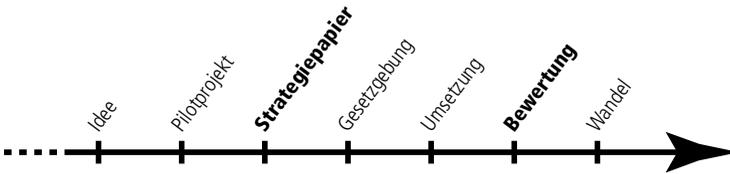
andere Heilberufe zu öffnen. Bisher gibt es von Regierungsseite keine Hinweise in Richtung Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze, um den drohenden Mangel an Personal in Zukunft aufzufangen.

Literatur und Links

van Gool, Kees. »Options for Health Workforce Reform in Australia«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/au/a7/1.

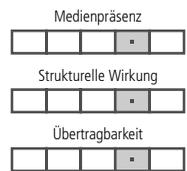
Australian Government Productivity Commission. »Australia’s Health Workforce Research Report«. Canberra 2005. www.pc.gov.au/study/healthworkforce/finalreport/index.html.

Slowenien: Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern



Slowenien hat eine Prognose über den Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahr 2030 aufgestellt. Die Resultate zeigen schon für Ende 2005 einen Mangel von 300 Krankenschwestern bzw. Pflegern in zwölf Kreisen. Verglichen mit der Gesamteinwohnerzahl Sloweniens von lediglich 1,95 Millionen Menschen ist diese Zahl relativ hoch. Zwar hat die Zahl der Ausbildungsplätze in den vergangenen Jahren zugenommen. Dennoch kann die Unterversorgung nur allmählich behoben werden, da die Ausbildung verlängert wurde, um die Qualität der Versorgung durch gut ausgebildetes Pflegepersonal zu erhöhen.

Für die kommenden 25 Jahre wird eine weiter steigende Unterversorgung in der Pflege – 1.000 fehlende Fachkräfte – prognostiziert. Vier Gründe für diese Entwicklung wurden im Bericht des Gesundheitsministeriums genannt. Erstens nimmt die An-



Prognose zeigt deutlichen Mangel

zahl an (Langzeit-)Patienten in Slowenien wegen einer alternden Bevölkerung zu. Zweitens erreichen in den kommenden Jahren viele Pflegekräfte das Rentenalter und müssen durch neues Personal ersetzt werden. Ein dritter Grund für Engpässe ist die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegepersonal zur Senkung der Kosten. Viertens wird die EU-Arbeitszeitregelung, welche die Arbeitszeiten von Pflegekräften limitieren soll, auf das Arbeitsvolumen Einfluss haben. Zurzeit sind Pflegekräfte in Slowenien bereits sehr stark ausgelastet. Eine Reduzierung der Arbeitszeit müsste zwangsläufig zu mehr Einstellungen führen.

**Brain-gain keine
Alternative**

Die Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland stellt für Slowenien keine Alternative dar, da auch andere EU-Länder mit dem Problem des Personalmangels in der Pflege kämpfen. Einige Gesundheitseinrichtungen sind bereits mit dem Versuch gescheitert, Personal und besonders Ärzte aus umliegenden Ländern anzuwerben.

**Nationale Strategie
nötig**

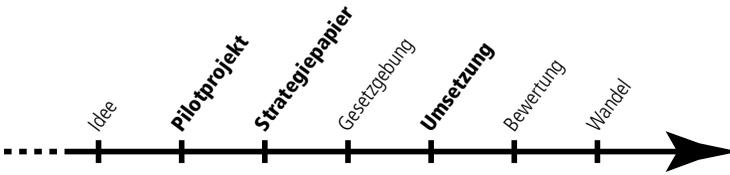
Der Bericht hat deutlich gemacht, dass die Regierung Maßnahmen gegen den Mangel an Pflegekräften ergreifen muss. Darin sind sich alle Interessenvertreter im slowenischen Gesundheitswesen einig. Eine weitere Erhöhung der Ausbildungsplätze ist unumgänglich. Daneben ist aber eine genaue Beobachtung der Entwicklungen in den kommenden Jahren nötig, um zu verhindern, dass die Zunahme an Ausbildungsplätzen den langfristigen Bedarf übersteigt und zu Arbeitslosigkeit unter Krankenschwestern führt.

Literatur und Links

Albrecht, Tit. »Nursing professional demography – projections«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/si/a7/2.

Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. »Analysis of the needs for nurses with projections for the needs until 2032«. Ljubljana 2005.

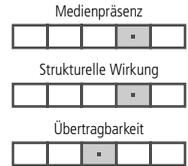
England und Wales: Neues Vergütungssystem für Zahnärzte



Im April 2006 haben England und Wales ein neues Finanzierungssystem für zahnmedizinische Behandlungen eingeführt. Die bisherige Vergütungssystematik mit über 400 verschiedenen Einzelleistungen wurde durch drei Vergütungsgruppen abgelöst. Gleichzeitig wurde die maximale Eigenbeteiligung von Patienten um mehr als die Hälfte von 384 Pfund auf 189 Pfund reduziert, um den Zugang zur Zahnversorgung zu erleichtern.

Die britische Regierung nennt die Veränderungen die größte Reform in der Zahnmedizin seit 1948. Bereits seit Ende der 90er Jahre beschäftigt sich die Regierung mit der Neustrukturierung der Vergütung von zahnmedizinischen Behandlungen, da diese als ineffizient und ungerecht evaluiert wurden. Im Gegensatz zu manchen anderen Staaten gehört die zahnmedizinische Behandlung in England und Wales zum festen Bestandteil des öffentlich vergüteten Leistungskatalogs.

Leistungen der Zahnärzte werden von den zurzeit 302 lokalen »primary care trusts« vergütet. Diese erhalten bereits seit Anfang 2005 den gesamten zahnmedizinischen Etat des NHS. Innerhalb der drei neuen Pauschalvergütungsgruppen können Zahnärzte nun für Zahnprävention 15 Pfund abrechnen, für eine einfache Behandlung 41 Pfund (Füllungen etc.) und für komplizierte zahnmedizinische Eingriffe 183 Pfund (Kronen, Brücken etc.). Mit dieser Einteilung wird Zahnärzten der Anreiz genommen, unnötige Leistungen zu erbringen, um das eigene Einkommen aufzubessern. Es wird erwartet, dass Zahnärzte in Zukunft mehr Zeit für ihre Patienten haben, da sie nur noch notwendige Behandlungen ausführen werden. Gleichzeitig geht das Gesundheitsministerium aufgrund des durch die Pauschalvergütungen erheblich geringeren administrativen Aufwands von großen Kostenersparnissen für die Zahnärzte aus.



**Standardisierung
durch drei
Vergütungs-
gruppen**

**Starke Aufwertung
der Arbeits-
bedingungen**

Mit dem nun abgelösten alten Vergütungsschema waren die Zahnärzte sehr unzufrieden, da die Höhe ihres Einkommens sehr unsicher war: Grund genug für etliche Zahnärzte, den NHS ganz zu verlassen. Das neue Vergütungssystem garantiert Zahnärzten bis Mitte 2009 ein minimales Jahreseinkommen von 80.000 Pfund nach Abzug der Praxiskosten. Des Weiteren haben Zahnärzte die Möglichkeit, am NHS-Rentenprogramm teilzunehmen. Aufgrund des gesicherten Einkommens haben Regierung und Zahnärzte eine fünfprozentige Reduzierung des Behandlungsvolumens bei den Zahnärzten beschlossen. Die gewonnene Zeit sollen die Zahnärzte im Gegenzug für präventive Tätigkeiten nutzen.

**Pilotprojekte
zeigen Wirkung**

Pilotprojekte, an denen circa 30 Prozent aller NHS-Zahnärzte teilnahmen, zeigen, dass das Behandlungsvolumen um insgesamt 30 Prozent abgenommen hat. Das Ergebnis ist auf die Abschaffung der ehemals angebotsindizierten Nachfrage, d. h. der angestrebten Umsatzmaximierung der Zahnärzte zurückzuführen.

Die Reduzierung der Eigenbeteiligungen für teure Behandlungen kann für einige Patienten den Zugang zu zahnärztlicher Versorgung verbessern, wodurch die Solidarität im System erhöht wird. Des Weiteren wird »cream-skimming« durch einige Zahnärzte vermieden, die in der Vergangenheit beispielsweise Kinder nur als NHS-Patienten akzeptiert haben, wenn ihre Eltern als Privatpatienten registriert waren.

**Erste Ergebnisse
positiv**

Alle Parteien begrüßen das Reformwerk der Regierung. Um die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems zu beurteilen, hat die Regierung eine Gruppe von Interessenvertretern (Konsumentenbund, Verbraucherzentrale, Gesellschaft der Zahnmediziner etc.) beauftragt, die Implementierung zu beobachten und die Resultate zu evaluieren. Sie sollen besonders darauf achten, ob die standardisierte Finanzierung dazu führt, dass Zahnärzte tatsächlich alle notwendigen Behandlungen durchführen. Anfang 2007 zeichnete sich eine positive Entwicklung ab. Das Angebot zahnärztlicher Leistungen innerhalb des NHS wächst, Patienten haben besseren Zugang zu zahnärztlicher Versorgung und Zahnärzte mehr Zeit für die Patienten.

Literatur und Links

Oliver, Adam. »Implementing the NHS dental reforms«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/uk/a7/5.

Department of Health. »Implementation group invited to give dental reforms regular check up«. London 2006. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4131250&chk=yTMKeX.

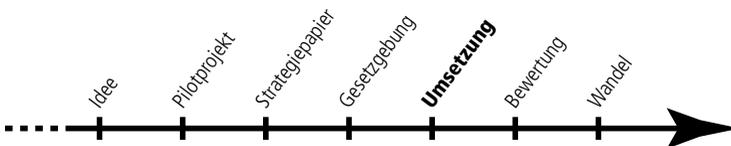
Department of Health. »Modernising NHS Dentistry – Implementing the NHS Plan«. London 2000. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/04/04019304.pdf.

Department of Health. »Continued improvement for NHS dentistry«. London 2007. www.gnn.gov.uk/environment/fullDetail.asp?ReleaseID=270058&NewsAreaID=2&NavigatedFromDepartment=False.

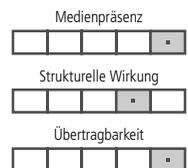
Oliver, Adam. »Reforming public sector dentistry in the UK«. *British Journal of Health Care Management*. (8) 2000. 212–216.

Robinson, Ray. »The economics of dental care«. *Euro Observer*. (6) 2 2004. 4–6. www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_2.pdf.

Singapur: Outsourcing von Röntgendiagnostik nach Indien



Im Dezember 2005 haben Singapur und Indien einen bilateralen Vertrag geschlossen, der es Ärzten aus Singapur erlaubt, Röntgenbilder zur Begutachtung in eine Poliklinik nach Bangalore zu schicken. Seitdem lässt eine Singapurere Poliklinik mehr als 700 Röntgenbilder pro Monat von einem indischen Röntgeninstitut bearbeiten. Die Röntgenbilder der anderen acht Polikliniken die-



ses »Clusters« – Singapur hat seine öffentlichen Leistungserbringer in zwei Clustern zusammengefasst – folgen schrittweise seit April 2006.

**Kosteneffektivität
und Qualität**

Viele Ärzte haben gegen die Auslagerung der Befundung von Röntgenbildern nach Indien protestiert. Ihr Argument: Es sei nicht günstiger, Röntgenbefunde im Ausland erstellen zu lassen. Das Gesundheitsministerium hält dem entgegen, dass die Analyse eines Bildes in Singapur mehr als 30 Singapur-Dollar koste, während in der indischen Poliklinik erheblich geringere Kosten entstünden. Ein weiterer Vorteil der internationalen Zusammenarbeit ist, dass Patienten in Singapur nicht mehr durchschnittlich zwei Wochen auf die Befunde der Röntgenaufnahmen warten müssen, sondern am gleichen Tag das Resultat bekommen. Damit ersparen sich Patienten einen zweiten Besuch in der Poliklinik und eine weitere Konsultationsgebühr. Vor den Vertragsverhandlungen hatte eine Delegation von Radiologen und Mitarbeitern aus dem Singapurischen Gesundheitsministerium die Einrichtung in Bangalore besucht und die dortigen Standards für angemessen erklärt.

USA als Vorbild

Singapur hat sich bei seiner Entscheidung, Röntgenbefunde im Ausland erstellen zu lassen, an den USA orientiert. Dort schicken einige Krankenhäuser bereits seit einigen Jahren nächtliche Notfallaufnahmen zur Analyse an dieselbe Firma nach Bangalore. Innerhalb von 30 Minuten erhalten sie eine komplette Befundung zurück. Die 20 Radiologen des indischen Röntgeninstituts bearbeiten täglich rund 500 Aufnahmen von mehr als 50 amerikanischen Krankenhäusern – von einfachen Röntgenbildern bis 64-schichtigen Computer-Tomografie-Untersuchungen. Eine amerikanische Untersuchung hat ergeben, dass die Fehlerrate der indischen Spezialisten – manche mit Arbeitserfahrung in den USA oder in Großbritannien – nur 0,2 Prozent beträgt und damit die allgemeinen Standards von 96 Prozent Genauigkeit sogar noch überschreitet.

Trend geht weiter

Das Gesundheitsministerium in Singapur hat angekündigt, in Zukunft weitere Kontrollen im Bereich der Auswertung von Röntgenbildern in Singapur und im Ausland vorzunehmen, um die Qualität der Untersuchungen auf höchstem Niveau zu halten. Gleichzeitig haben Verhandlungen mit dem Radiologenverband Singapur ergeben, die teleradiologische Infrastruktur auch in

Singapur auszubauen, um effizienter zu werden. Laut Ministerium sollen teleradiologische Institute in Singapur in Zukunft ihre Dienste ebenfalls im Ausland anbieten. Spätestens mit der Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie hat die Globalisierung auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung ihren Siegeszug begonnen.

Literatur und Links

Lim, Meng Kin. »Singapore outsources X-rays to Bangalore«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/sg/a7/1.

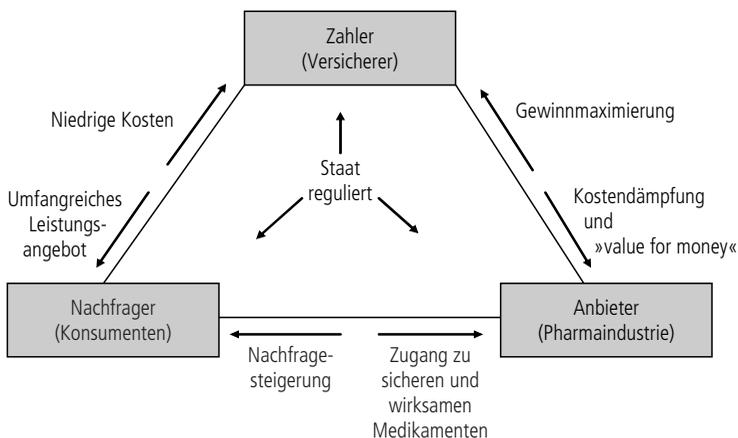
Arzneimittelpolitik und Preisbildung

In den meisten OECD-Staaten werden mehr als drei Viertel aller Kosten für Arzneimittel über öffentliche Systeme vergütet. Ärzte und Patienten reagieren wegen des nahezu vollständigen Versicherungsschutzes bei Arzneimitteln kaum auf Preisänderungen. In Deutschland, wie in vielen anderen Industrieländern, stiegen die Arzneimittelkosten in den vergangenen zehn Jahren um jährlich durchschnittlich 6 Prozent und machen mittlerweile 14,6 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus (OECD 2005).

Marktversagen zwingt die Politik zur Regulierung des Arzneimittelmarktes. Dabei müssen Interessen und Positionen der Zahler, Verbraucher und Hersteller berücksichtigt werden (siehe Abbildung 3). Die grundsätzlich gewinnorientierte Pharmabranche hat in Ländern wie den USA, Frankreich, Großbritannien, Japan und Deutschland eine starke Lobby und versucht, Zulassung und Anteil der eigenen Arzneimittel auf dem Markt sowie deren Vergütung durch das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen auf politischer Ebene zu beeinflussen. Die Zahler, in Form von Krankenversicherungen oder nationalen Gesundheitsbehörden, wollen im Gegenzug die Ausgaben für Arzneimittel gering halten beziehungsweise zumindest möglichst viel Menge und Qualität für »ihr« Geld. Konsumenten, und zwar sowohl die Patienten als auch die verschreibenden Ärzte, erwarten von der Politik die Sicherstellung einer umfassenden Arzneimittelversorgung innerhalb des universellen Krankenversicherungsschutzes, wobei Patienten darüber hinaus möglichst geringe Zuzahlungen tätigen wollen. Im Folgenden werden einige Mechanismen beschrieben, die in anderen Ländern entwickelt und ausprobiert werden, um den Arzneimittelmarkt zu regulieren und dabei Kostensteigerungen zu minimieren.

**Marktversagen im
Arzneimittelsektor**

Abbildung 3: Politische Entscheidungsfindung bei der Regulierung des Arzneimittelmarktes – Hauptakteure und ihre wesentlichen Zielsetzungen



Quelle: Eigene Abbildung

**Regulierung über
Einschränkung
des Vergütungs-
katalogs**

Bestimmungen über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Leistungskatalog regeln nicht nur Ansprüche der Versicherten (die für über 65-jährige US-Bürger nun erstmals auch Arzneimittel umfassen, siehe S. 192), sondern können auch Einfluss auf die Entwicklung der Arzneimittelkosten ausüben. Jedes Land hat eigene Regeln zur Festlegung der Erstattungsfähigkeit von Präparaten und damit zur Aufnahme in den Leistungskatalog. Die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln kann an eine therapeutische Nutzenbewertung oder auch an wirtschaftliche Aspekte geknüpft sein. Viele Länder gehen dazu über, den Zusatznutzen eines Präparates zu ermitteln, und bewerten diesen im Vergleich zu den Mehrkosten im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Bewertung (siehe Tabelle 3). Man kann es auch umgekehrt sehen: Der Zusatznutzen im Vergleich zu bisherigen Präparaten limitiert zugleich den möglichen Preis des neuen Präparates.

Deutschland hat von der Bewertung des therapeutischen Mehrwerts noch keinen systematischen Gebrauch gemacht (und die Kosten-Nutzen-Bewertung steht noch ganz am Anfang), sondern vergütet Arzneimittel grundsätzlich ab dem Moment der Zulassung. Gesetzlich ausgeschlossen sind lediglich Medikamente für Bagatellerkrankungen und Lifestyle-Medikamente (sowie die nicht rezeptpflichtigen OTC-Präparate); außerdem wird bei einigen Arz-

neimitteln die Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung durch die Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf bestimmte Indikationen bzw. Patientengruppen beschränkt – eine Möglichkeit, die Insulinanaloge gerade wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt haben.

Tabelle 3: Instrumente zur zentralen Erstattungsregulierung im internationalen Vergleich

Land	Positivliste	Negativliste	Nutzenbewertung (gesetzlich festgelegt)	Kosten-Nutzen-Bewertung
Belgien	+		+	oo
Deutschland		+	+	o
Finnland	+		+	oo
Frankreich	+		+	oo
Großbritannien	(+)	+	+	ooo
Japan	+	+	+	o
Italien	+		+	oo
Niederlande	+	+	+	oo
Spanien	+	+	+	o
Österreich	+	+	+	oo
+ = vorhanden; o = Kosten-Nutzen-Analyse steht am Anfang; oo = Kosten-Nutzen-Bewertung ist obligatorisch, aber kein Ausschlusskriterium; ooo = Kosten-Nutzen-Bewertung kann zur Nicht-Aufnahme bzw. zum Ausschluss führen.				

Quelle: Groß, Niebuhr und Wasem 2005, eigene Recherche.

Ein zweites Instrument der Preispolitik haben Staaten bei der Bestimmung des Vergütungsniveaus der im Leistungskatalog enthaltenen Präparate. Sie versuchen Preise so festzulegen, dass diese weder das Finanzierungssystem gefährden noch für Pharmahersteller unrentabel sind. Zwei Varianten der Preisbestimmung sind üblich: Zum einen können Preise für Medikamente direkt festgelegt werden. Diese Methode wird vielfach bei patentgeschützten Medikamenten benutzt und findet in allen EU-15-Ländern außer Deutschland und Großbritannien Anwendung.

Preisbestimmung reduziert Kosten

Dabei kommen verschiedene Methoden zum Einsatz: Neben der bereits erwähnten Koppelung an den Zusatznutzen verwenden Länder auch den durchschnittlichen bzw. maximalen Preis, der in einer Gruppe anderer Länder vergütet wird.

Eine zweite Form der Preisbestimmung sind Festbetragssysteme. Diese sind ein heute weit verbreitetes Instrumentarium, um den maximalen Vergütungsbetrag von Arzneimittelgruppen mit gleichen Wirkstoffen, mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung festzulegen. Grundsätzlich kann die Anwendung eines Festbetragsystems zur Reduktion von Kosten beitragen.

Festbeträge auch für patentgeschützte Arzneien

Spanien etabliert nun auch ein Festbetragssystem für patentgeschützte Arzneimittel, nachdem die Kosten für Arzneimittel im Jahr 2003 um 11 Prozent gestiegen waren (siehe Seite 196). In Deutschland fallen patentgeschützte Medikamente nur dann unter das Festbetragssystem, wenn sie gegenüber bestehenden Produkten keinen therapeutischen Zusatznutzen aufweisen. Das Einbeziehen aller patentgeschützten Medikamente könnte zu Kostensenkungen führen, da Hersteller den Preis von patentgeschützten Arzneimitteln, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, frei bestimmen können. Auch in Polen soll neben Positivisten ebenfalls ein dreistufiges Festbetragssystem zur Vergütung von Arzneimitteln eingeführt werden (siehe Seite 198).

Generika-substitution statt teurer Originalprodukte

In den vergangenen Jahren erwies sich die Förderung von Generika nach dem Ablauf der Patentfrist von Originalpräparaten als wichtiges Instrument zur Senkung der jährlichen Kostensteigerungen bei Arzneimitteln. Auch die Orientierung an Generikapreisen bei der Bestimmung von Festbeträgen hat sich bei den Festbetragssystemen vieler öffentlich finanzierter Gesundheitssysteme etabliert und zu Kostensenkungen geführt. In den USA bieten private Krankenversicherer seit 2006 im Rahmen der Arzneimittelversicherung von Medicare günstigere Versicherungspakete an, wenn Versicherte eine Police mit Generikasubstitution abschließen (siehe Seite 192).

Mehr Kontrolle über das Verschreibeverhalten

Ein weiterer Ansatz zur Dämpfung der Arzneimittelkosten ist die Kontrolle des Verschreibeverhaltens von Ärzten. Der Einsatz elektronischer Verschreibesysteme und die damit einhergehende Vereinfachung der Kontrolle der Ärzte soll diese zu umsichtigerem Verordnen von Arzneimitteln bewegen. Die spanische Region

Katalonien führt ein Pilotprojekt zur elektronischen Verschreibung von Medikamenten durch (siehe Seite 196).

Bisher beschränken bürokratische Hürden und Sicherheitsfragen die Einführung moderner und innovativer Monitoring-Methoden. Die USA ändern dazu nun Gesetze, um technische Innovationen bei der Verschreibung von Medikamenten flächendeckend zu etablieren (siehe Seite 201).

Eine weitere Möglichkeit, Einfluss auf die Qualität und den Konsum bei der Arzneimittelversorgung zu nehmen, ist, Arzneimittelwerbung gesetzlich zu regulieren. Neuseeland und die USA sind derzeit die einzigen Länder mit uneingeschränkter Werbefreiheit für Pharmahersteller. In Neuseeland ist eine Gesetzeslücke für diesen Tatbestand verantwortlich. Die Regierung will diese Lücke schließen, um die Bevölkerung vor irreführender Werbung zu schützen (siehe Seite 205).

**Arzneimittel-
werbung
beschränken**

Literatur und Links

European Federation of pharmaceutical industries and associations. »The pharmaceutical industry in figures – 2006«. www.efpia.org/Objects/2/Files/infigures2006.pdf.

Freemantle, Nick, und Suzanne Hill. *Evaluating Pharmaceuticals for Health Policy and Reimbursement*. Oxford 2004.

Greß, Stefan, Dea Niebuhr und Jürgen Wasem. *Marktzugang und Preisbildung auf Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich*. Arbeitspapier. 2005. www.uni-essen.de/medizin-management/Lehrstuhl/Download/first.htm.

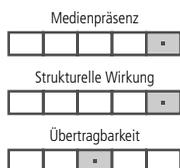
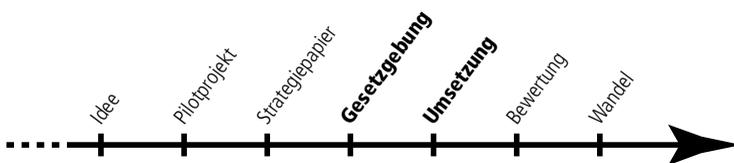
Jacobzone, Stéphane. *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling social and industrial goals*. Paris 2000.

Mossialos, Elias, Monique Mrazek und Tom Walley. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Maidenhead 2004.

OECD. »Health Data 2005«. www.oecd.org/document/44/0,2340,en_2649_34631_2085228_1_1_1_1,00.html.

Rychlik, Reinhard. »Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Europa«. *pharmind – die pharmazeutische industrie* (67) 7 2005. 749–756.

USA: Medicare Part D eingeführt



Seit Januar 2006 können sich Medicare-Versicherte gegen untragbare Kosten bei der Arzneimittelversorgung absichern. Bürger über 65 Jahre oder Menschen mit Behinderung waren bisher nur für stationäre (Medicare Part A) und ambulante (Medicare Part B) Behandlungen versichert. Medicare Part C deckt die gleichen Leistungen wie Part A und B ab, allerdings ist hier die freie Arztwahl eingeschränkt. Versicherte müssen Ärzte aus einem Netzwerk oder einer von der Versicherung festgelegten Liste aufsuchen. Durch Medicare Part D können Medicare-Mitglieder nun bei privaten, von Medicare anerkannten Versicherungen eine Arzneimittelversicherung abschließen. Die Versicherungen bieten individuelle Prämienmodelle an, die aber an das vom Gesetz vorgegebene Standardpaket angelehnt sind.

Die »Doughnut Hole«-Versicherung

Versicherte zahlen eine monatliche Prämie von durchschnittlich 37 US-Dollar und müssen jährlich die ersten 250 Dollar für Arzneimittel selbst tragen. Danach hängen die Eigenbeteiligungen von der Wahl des Versicherungsplans ab. Beim Standardplan tragen Versicherte 25 Prozent der Kosten bis zu einem Betrag von 2.250 US-Dollar. Nach dieser Grenze müssen Versicherte die kompletten Kosten bis zur Grenze von 5.100 US-Dollar wiederum selbst tragen. Nachdem Versicherte maximal 3.600 US-Dollar für Arzneimittel ausgegeben haben, bezahlen sie pro weiteres Medikament nur noch 5 Prozent Eigenbeitrag innerhalb des laufenden Jahres (siehe Abb. 4). Diese Begrenzung soll gewährleisten, dass besonders Menschen mit extrem hohen Arzneimittelkosten profitieren. Wenn Versicherte nicht in der Lage sind, die Eigenbeteiligungen für ihre Medikamente aufzubringen, können sie eine Übernahme durch Medicare beantragen.

Mit dem neuen Gesetz sollen langfristige Kosten bei der Arzneimittelversorgung eingespart werden. Prämienmodelle der Versicherer setzen Anreize zur Verschreibung von Generika. Ver-

Abbildung 4: Die »Doughnut Hole«-Versicherung



Quelle: Eigene Abbildung

sicherte können eine günstigere Prämie erhalten, wenn sie Generika gegenüber Markenprodukten vorziehen. Bei Nebenwirkungen durch ein Generikum kann im zweiten Schritt ein Originalpräparat verschrieben werden. Auch können Versicherungen bei bestimmten Medikamentengruppen verlangen, dass der Arzt vor der Verschreibung eine Genehmigung (»Prior Authorisation«) einholt. Eine weitere Methode der Kosteneinsparung liegt in der Mengenbegrenzung. Patienten, die 30 Tage lang jeweils eine Tablette nehmen müssen, bekommen auch nur 30 Tabletten ausgehändigt.

Die Einschreibung für die Arzneimittelversicherung ist seit Mitte November 2005 möglich. Das Gesetz sieht für Anträge, die nach dem 15. Mai 2006 eingereicht wurden, einen Aufschlag von einem Prozent pro Monat der Verspätung vor. Der Zweck dieser Klausel ist es, die Versicherung schnell und flächendeckend einzuführen. Bis Ende März 2006 hatten sich bereits rund 27 Millio-

Kosten-
einsparungen bei
Arzneimitteln
erwartet

Gesetz sucht
schnelle
Verbreitung

nen Medicare-Versicherte für Medicare Part D entschieden, und bis Anfang November sogar 32,8 Millionen. Damit lag die Zahl über dem Plan der Regierung, 28 bis 30 Millionen Versicherte innerhalb des ersten Jahres für die neue Medicare-Arzneimittelversicherung zu gewinnen.

**Regierung bisher
zufrieden**

Die hohen Abschlussraten in den ersten Monaten legen in der Tat nahe, dass die Absicherung gegen hohe Arzneimittelkosten durch Medicare Part D den Betroffenen wichtig ist. Präsident Bush hat die Einführungsphase trotz anfänglicher Schwierigkeiten bei der Verteilung der Finanzmittel bereits positiv bewertet. Wettbewerb zwischen den Anbietern hat, so Bush, bereits zu niedrigeren Prämien geführt. Versicherte müssten durchschnittlich nur noch die Hälfte der bisherigen Kosten für Arzneimittel aufbringen. Auch zeichne sich durch den Anreiz zur Generikaverschreibung eine deutliche Kostenreduktion ab.

**Widerstand aus
Reihen der
Opposition ...**

Nach Meinung der demokratischen Opposition muss das Gesetz jedoch nachgebessert werden. Die Dreimonatsfrist für die Antragstellung ist aus ihrer Sicht zu kurz bemessen. Medicare-Versicherte müssten die Möglichkeit erhalten, Preise und Leistungen verschiedener Versicherungsunternehmen vergleichen zu können. Die Vielzahl der Angebote erschwere die Vergleichbarkeit der Versicherungspolicen. Einen Prämienaufschlag von einem Prozent pro verstrichenem Monat erachtet die Opposition als zu hoch. Nur ein ausreichender Zeitraum für Versicherungsabschlüsse würde Versicherte vor Fehlern beim Abschluss schützen. Senatorin Hillary Clinton gab an, zurzeit an einem eigenen verbesserten Gesetzesentwurf zu arbeiten.

**... und von
Interessengruppen**

Auch die US-amerikanische Psychologenvereinigung, der Epilepsieverband und der Behindertenverband erwarten Nachbesserungen. Sie pochen auf schnelle Rückerstattung der Kosten für Versicherte, denen bisher noch zu hohe Eigenanteile berechnet wurden. Auch Apotheker warten wegen Abrechnungsfehlern noch auf ihr Geld. »AARP«, ein mit über 35 Millionen Mitgliedern großer Interessenverband für Menschen über 50 Jahre, begrüßt grundsätzlich die neue Versicherung. Der Verein erwartet von dem Gesetz Kosteneinsparungen bei der Arzneimittelversorgung.

**Evaluation
notwendig**

Noch ist nicht bekannt, in welchem Umfang Medicare Part D zu einer Kostenreduktion und damit zu einer Entlastung der Bürger und besonders der sozial Schwachen führen wird. Der kurze

Einführungszeitraum lässt noch keine Schätzungen zu. Allerdings ist es wichtig, die ersten Effekte des Medicare Part D frühzeitig zu untersuchen, um mögliche Schieflagen schnell ausgleichen zu können.

Literatur und Links

Huynh, Phuong Trang und Stuart Guterman. »US Medicare Prescription Drug Coverage«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/us/b7/3.

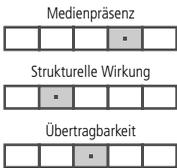
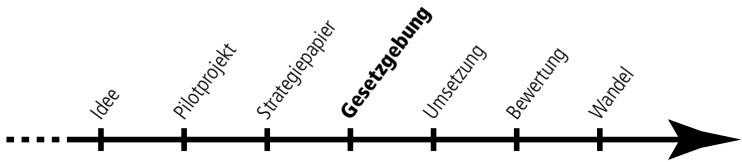
Hoadley, Jack. *Medicare's New Adventure: The Part D Drug Benefit*. The Commonwealth Fund. März 2006. www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=362249.

Smith, Vernon, Kathleen Gifford und Sandy Kramer. *Observations on the initial implementation of the Medicare Prescription Drug Program*. Mai 2006. www.kff.org/medicaid/upload/7520.pdf.

Stuart, Bruce, Becky A. Briesacher, Dennis G. Shea und Barbara S. Cooper. »Riding the Rollercoaster: The Ups and Downs in Out-of-Pocket Spending Under the Standard Medicare Drug Benefit«. *Health Affairs* (4) 24 2005. 1022–1031.

U.S. Department of Health and Human Services. Medicare. www.medicare.gov/default.asp.

Spanien: Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs



Mit dem Ziel, die hohen Kosten in der Arzneimittelversorgung nachhaltig zu reduzieren, hat das spanische Gesundheitsministerium im Dezember 2005 einen Gesetzesvorschlag zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs im Parlament eingebracht, der im Sommer 2006 verabschiedet wurde. 2005 wurden knapp ein Viertel aller Kosten im Gesundheitswesen für Arzneimittel aufgewendet, bei einem Zuwachs von 5,7 Prozent gegenüber 2004. Innerhalb der EU-15-Länder gibt nur Portugal einen ähnlich hohen Anteil für Arzneimittel aus; in Deutschland liegt der Anteil rund 10 Prozentpunkte niedriger.

Bereits 2007 will das Ministerium eine Milliarde Euro und damit ca. 10 Prozent der Arzneimittelausgaben einsparen. Der Gesetzesentwurf orientiert sich an einem Strategiepapier des Gesundheitsministeriums von Ende 2004 (siehe den Bericht in Ausgabe 5).

**Festbetrag nach
den drei
günstigsten
Arzneien**

Neben einem Festbetragssystem für nicht patentierte Arzneimittel löst auch ein Festbetragssystem für patentierte Arzneien die bisherige Preisberechnung für patentgeschützte Arzneimittel ab. Der arithmetische Durchschnitt der drei günstigsten Präparate einer Arzneimittelgruppe bildet zukünftig den maximalen Vergütungsbetrag. Eine Gruppe kann nur dann gebildet werden, wenn mindestens ein Generikum vorhanden ist. Daneben führt das Gesetz einen 20-prozentigen Nachlass auf alle Medikamente ein, die länger als zehn Jahre auf dem Markt sind.

Das Gesetz sieht darüber hinaus eine selektive Finanzierung von Medikamenten vor. Arzneimittel werden in Zukunft nach ihrem therapeutischen Nutzen vergütet. Die Kontrolle des therapeutischen Nutzens wird durch eine ressortübergreifende Kommission (CIP) durchgeführt. Dabei stützt sich die Kommission auf Bewertungen, die von der spanischen Agentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte (AEMPS) erstellt werden.

Eine Sonderklausel (Bolar) soll in Zukunft den vermehrten Gebrauch von Generika gegenüber Originalpräparaten stimulieren. Generika erhalten unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes des Originalpräparates die Marktzulassung. Produzenten von Nachahmerpräparaten können mit eigenen Produktnamen (statt nur der Angabe des Wirkstoffes) die Vermarktung der Generika gezielt fördern.

**Mehr Generika,
mehr Werbung**

Spanische Pharmahersteller müssen in Zukunft periodisch Beiträge an das Gesundheitssystem abführen. Die Höhe dieser Beiträge hängt vom jährlichen Umsatz der Firmen ab; die so erzielten Einnahmen werden für die Finanzierung von Forschungsprojekten und zur Ausbildung von Fachkräften verwendet. Hersteller können den Beitrag um bis zu 35 Prozent senken, wenn sie am öffentlichen Förderprogramm für Innovationen im Pharmasektor »Profarma« teilnehmen.

**Pharmafirmen
sponsern
öffentliche
Forschung**

Außerdem dürfen Pharmahersteller in Zukunft Apotheken keine Mengenrabatte mehr gewähren oder Werbegeschenke an Ärzte verteilen. Auch der Verkauf von Medikamenten über das Internet ist verboten.

Wegen befürchteter hoher finanzieller Einbußen leisteten die Pharmahersteller und der Großhandel energisch Widerstand. Sie versuchten die Politik mit dem Argument unter Druck zu setzen, dass die Reform im Arzneimittelsektor das Investitionsvolumen der Hersteller senke und damit zu starkem Arbeitsplatzabbau führe. In einigen autonomen Regionen Spaniens trägt die Pharmaindustrie erheblich zum Bruttoinlandsprodukt bei, sodass sich einige Regionalparlamente, wie zum Beispiel in Madrid, gegen den Gesetzesentwurf aussprachen.

**Widerstand von
Pharmaherstellern
und Großhandel**

Das spanische Parlament ließ sich von diesen Drohungen nicht abschrecken: Eine langfristige finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems bei gleichzeitigen Gewinnminderungen der pharmazeutischen Industrie sei zwingend notwendig. Ende 2007 wird man sehen, wie viel das Gesetz an Einsparungen bringt.

Literatur und Links

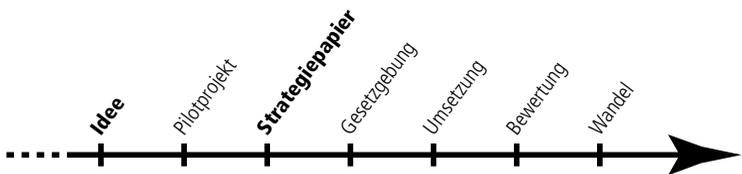
Sánchez, Elvira. »Rationalizing use of drugs and health products«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/es/a7/3.

Costa-Font, Joan, und Jaume Puig-Junoy. *Regulatory ambivalence and the limitations of pharmaceutical policy in Spain*. Working Paper Ref. 762. Department of Economics and Business. Universitat Pompeu Fabra. Juni 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. www.msc.es/en/profesionales/farmacia/organizacion.htm.

Puig-Junoy, Jaume. *The Impact of Generic Reference Pricing Interventions in the Statin Market*. Working Paper Ref. 762. Department of Economics and Business. Universitat Pompeu Fabra. Dezember 2005.

Polen: Mehr Transparenz bei der Arzneimittelvergütung



Vergütungs- dschungel

Nach den Parlamentswahlen im September 2005 beschloss die Regierung, die Vergütung von Arzneimitteln neu zu regeln. Das Gesundheitsministerium beschrieb dazu in einem Strategiepapier Methoden für die Zulassung und Vergütung von Arzneien. Bisher fehlt in Polen ein rationales System bei der Erstattung von Arzneimitteln. Deshalb werden dringend notwendige Arzneimittel häufig nicht erstattet, darunter besonders neue, innovative, aber gleichzeitig auch teure Arzneimittel. Dagegen finanziert die nationale Krankenkasse ältere und billige Produkte oftmals komplett.

Das letzte Arzneimittelgesetz von 2001 hatte zum Ziel, gemäß der europäischen Richtlinie 89/105 Transparenz in die Vergütung von Arzneimitteln zu bringen. In der Praxis stellte sich

das Gesetz allerdings als unwirksam heraus. Leistungserbringer, Patienten und Experten führten die extrem hohen Arzneimittelausgaben auf die weiter bestehende Intransparenz und auf Fehler bei der Entscheidungsfindung im intersektoralen Arzneimittelmanagementkomitee mit Vertretern der Ministerien für Gesundheit, Finanzen, Wirtschaft sowie Soziales und der Nationalen Krankenkasse zurück.

Das Strategiepapier des Gesundheitsministeriums konzentriert sich auf die Rationalisierung der Arzneimittelvergütung. Dazu soll das jetzige intersektorale Arzneimittelkomitee aufgehoben und durch eine spezielle Vergütungskommission ersetzt werden. Diese soll zwei Positivlisten aufstellen, eine für Medikamente, die häufig genommen werden, und die zweite für Präparate, die nur selten eingesetzt werden. Beide Listen sollen jährlich aktualisiert werden, wobei jedes Medikament in einem Fünfjahresrhythmus neu zugelassen werden muss. Die Einführung von Medikamenten nach den Standards der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) führen zu schnellem und gleichzeitig sicherem Zugang zu Medikamenten. Gleichzeitig müssen die Präparate allerdings auch in die nationale Prioritätenliste und zu den finanziellen Ressourcen der nationalen Krankenkasse passen.

Daneben sollen Medikamente in Zukunft in die Klassen »Generika« und »Innovative Produkte« eingeteilt werden. Generika werden nur erstattet, wenn sie einen Bioäquivalenztest bestanden haben und mindestens 30 Prozent billiger als das Originalpräparat sind. Insgesamt sollen damit drei Kriterien über die Vergütung entscheiden: Preis, Effektivität und Therapieindikator. Die einzige Ausnahme sollen Medikamente bilden, deren klinischer Nutzen nicht viel geringer als der von bisherigen Präparaten ist, die aber signifikant billiger sind.

Das Strategiepapier schlägt drei Vergütungsebenen von Medikamenten vor: eine Pauschalpreisvergütung, eine 30-prozentige und eine 50-prozentige Übernahme der Kosten. Der Pauschalpreis soll aufgrund der Tagesdosis definiert werden (defined daily dose). Die bisherige Vollerstattung soll gestrichen werden.

Als letzten Punkt schlägt das Strategiepapier zwei Varianten der Preisbildung und der Gewinnmargen vor. Die erste Option ist die Einführung offizieller Fixpreise und offizieller Gewinn-

**Zulassungsprüfung
im Fünfjahrestakt**

**Acht-Punkte-Plan
zur Arzneimittel-
vergütung**

margen beim Großhandel und bei den Apotheken. Die zweite Variante schlägt maximale Einzelhandelspreise und feststehende Margen beim Großhandel vor. Ebenfalls sollen die Gewinne der Apotheken bei zu vergütenden Produkten beschränkt werden. Bisher gibt es noch keine Entscheidung, welche der beiden Varianten infrage kommt.

**Kontroverse
Positionen...**

Während Patienten und Mediziner die gesetzlichen Änderungsvorschläge begrüßen, fürchten die pharmazeutischen Unternehmen die Verweigerung der Aufnahme der eigenen Arzneimittel in die neu zu erstellende Vergütungsliste. Deshalb sind sie grundsätzlich gegen Veränderungen bei der Erstattung von Arzneimitteln. Experten fürchten, dass Pharmaunternehmen ihren Einfluss auf die zukünftige Gesetzgebung auch per Korruption geltend machen könnten.

**... erschweren
Gesetzgebungs-
verfahren**

Damit Patienten in Zukunft die Arzneimittel, die sie wirklich brauchen, auch vergütet bekommen, muss das Gesetzgebungsverfahren zwingend zu einem Abschluss gebracht werden. Wie aus dem Strategiepapier deutlich wird, gibt es diverse Regulierungsmöglichkeiten, die jedoch noch umstritten sind. Die Regierungsvertreter müssen sich nun auf einen gemeinsamen Kurs einigen, damit das Vorhaben nicht scheitert und die Intransparenz bei der polnischen Arzneimittelvergütung nicht bestehen bleibt.

Literatur und Links

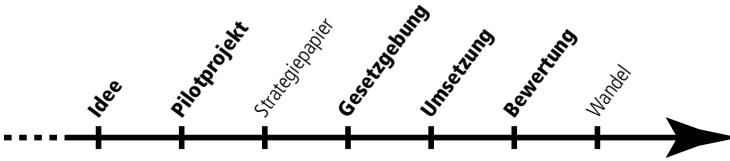
Mokrzycka, Anna und Iwona Kowalska. »Ideas of drugs reimbursement system changes«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/pl/a7/1.

European Medicines Agency. www.emea.eu.int/.

Nationaler Gesundheitsfonds. Das polnische Gesundheitssystem. www.nfz.gov.pl/ue/index.php?katnr=5&dzialnr=2&artnr=716&czartnr=3.

Pharmaceutical Inspectorate. Organisational scheme of pharmaceutical inspection. www.gif.gov.pl/en_so_i_schema.html.

Spanien und USA: Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln

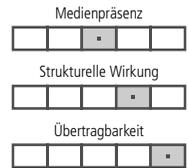


Spanien und die USA wollen in Zukunft die elektronische Verschreibung von Arzneimitteln stärker fördern. Während in den USA bisher gesetzliche Hürden die Verbreitung von »e-prescribing« behindern, hat Katalonien nach vielen Diskussionen als erste spanische Region ein Pilotprojekt zu »e-prescribing« auf den Weg gebracht.

Die Ausgestaltung der elektronischen Verschreibung von Arzneimitteln ist in beiden Ländern unterschiedlich geregelt. In den USA soll das jeweilige elektronische Rezept direkt an die gewünschte Apotheke des Patienten weitergeleitet werden, während spanische Ärzte in Zukunft Rezepte in einer Maske auf dem Computer ausfüllen und diese über eine zentrale Datenbank allen Apotheken zur Verfügung stellen. Beide Verschreibungssysteme sind an die jeweilige elektronische Patientenakte gekoppelt, wodurch Ärzte sich einen Überblick über bereits verschriebene Medikamente verschaffen können.

Beide Länder wollen die Qualität bei der Verschreibung von Medikamenten deutlich erhöhen. Raum für Verbesserungen sehen die Gesundheitsministerien bei der Reduzierung von Nebenwirkungen von Medikamenten oder bei der Kombination von Arzneimitteln, bei Allergien und bei Dosierungsfehlern. Bereits 1999 hatte eine Studie in den USA (Bates et al.) gezeigt, dass Verschreibungsfehler durch »e-prescribing« um 86 Prozent vermindert werden können. Dazu gehören auch Fehler bei der Aushändigung von Medikamenten durch Apotheker aufgrund unleserlicher Rezepte. Die Studie zeigte auch, dass die leitliniengerechte Verschreibung von 14 Prozent um 74 Prozentpunkte auf 88 Prozent anstieg.

Weniger Fehler beim Ausfüllen des Rezepts und weniger Fehler durch Nebenwirkungen und Nebeneffekte mit anderen Arz-



E-Rezepte senken Verschreibungsfehler um bis zu 86 Prozent ...

... und sparen Kosten

neien tragen letztlich auch zu einer Kostenreduzierung bei den Arzneimittelausgaben bei. Mehr Transparenz bei der Verschreibung von Medikamenten bewegt Ärzte ebenfalls zu umsichtigerem Verschreibeverhalten. In Spanien müssen chronische Patienten zurzeit für jedes Folgerezept ihren Hausarzt aufsuchen. Das neue System speichert die Daten, und Apotheker können chronisch Kranken ohne vorherigen Besuch des Hausarztes dasselbe Medikament wieder aushändigen. Der Abbau dieser bürokratischen Hürden spart langfristig Kosten für das Gesundheitssystem ein.

**USA lockert
Gesetzgebung**

Während in den USA die Industrie durchschnittlich 8.000 Dollar pro Mitarbeiter für Informationstechnologie aufwendet, beträgt diese Kostenposition bei Gesundheitseinrichtungen lediglich 1.000 Dollar. Gesetzliche Fehlanreize führen dazu, dass im Gesundheitssektor Technologien, die zur Sicherheit der Patienten beitragen, nicht eingeführt werden. Die Einführung eines elektronischen Systems zur Verschreibung von Medikamenten sowie der elektronischen Patientenakte werden durch nationale Sicherheitsgesetzgebung erschwert. Diese verbietet Ärzten jegliche vorsätzliche Annahme von Belohnungen. Private Sponsoren werden so daran gehindert, Krankenhäusern oder Arztpraxen Soft- und Hardware sowie Training zur Nutzung der Systeme kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Das Gesetz zur Modernisierung der Verschreibung von Arzneimitteln aus dem Jahr 2003 fordert den Wegfall von Gesetzen, die den Einfluss von Drittmittelunterstützung bei der IT-Infrastruktur von Gesundheitseinrichtungen verhindern. Das Büro des Generalinspektors im Gesundheitsministerium hat Anfang 2006 Regelungen erlassen, die die Einführung von elektronischen Patientenakten und von »e-prescribing« durch die Möglichkeit der Annahme nicht-monetärer Waren und Dienstleistungen ermöglichen sollen. Um die Missstände bei der IT-Infrastruktur zu beheben, sieht ein vom Senat verabschiedetes Gesetz vor, die Gesundheits-IT-Struktur mit Fördermitteln von rund 160 Millionen US-Dollar zu unterstützen.

**Katalonien: erste
Region mit
»e-prescribing«**

In Spanien ist die flächendeckende Einführung eines elektronischen Verschreibungssystems aufgrund der Autonomie der 17 einzelnen Regionen bei der Gesundheitsversorgung eine besondere Herausforderung. Bereits 2002 hatte das spanische Ministerium für Wissenschaft und Technologie das Projekt PISTA (Förderung und Identifizierung fortschrittlicher Kommunikationsnetz-

werke) ins Leben gerufen. Jede autonome Region muss mit dem spanischen Gesundheitsministerium einen bilateralen Vertrag abschließen, um Fördermittel für die Implementierung eines IT-Systems zu erhalten. Als erste Region begann Katalonien im Januar 2006 damit, ein Pilotgebiet zur elektronischen Verschreibung von Medikamenten einzuführen. Im Juni 2006 wurde die Testphase des Systems beendet; das System steht nun den Benutzern im Pilotgebiet zur Verfügung. Ende des Jahres wird eine erste Evaluation durchgeführt. Danach soll das elektronische Verschreibungssystem in ganz Katalonien eingeführt werden.

Für die USA und Spanien stellt die sichere Übertragung der Daten in einem vernetzten System die größte Hürde dar. In Spanien haben alle angeschlossenen Institutionen Zugriff auf die persönlichen Daten der Patienten, was die Privatsphäre der Patienten beeinträchtigen und zu Manipulationen führen kann. In beiden Ländern erwarten die Experten in den kommenden Jahren allerdings eine Ausweitung der Sicherheit für die bestehenden Systeme. Sie sehen die Weiterentwicklung technologischer Systeme in der Gesundheitsversorgung als zentrales Element für die Zukunft. Dies wird in Deutschland ähnlich gesehen; wobei jetzt der Wettlauf um die besten und marktfähigsten Lösungen begonnen hat. Dabei muss nunmehr ernsthaft die Gefahr einkalkuliert werden, dass Deutschland mit seinen ehrgeizigen, aber sehr langsam vorankommenden Ideen und gesetzlichen Vorgaben ins Hintertreffen gerät.

**Gewährleistung
der Sicherheit**

Literatur und Links

Spanien:

Sánchez, Elvira. »Electronic prescription pilot project in Catalonia«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/es/a7/4.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. »La Receta Electrónica en Cataluña (Rec@t)«. Juni 2006. www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/eseh2.pdf.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. »Catalunya conté l'increment de la despesa farmacèutica per

segon any consecutiu«. www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/np160506.pdf.

USA:

Speaker, Elizabeth L. »Adoption of E-prescribing Technology«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/us/b7/4.

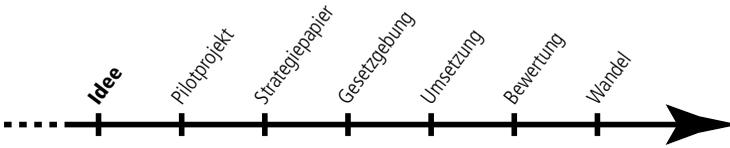
Bates, Davis W., Jonathan M. Teich, Joshua Lee, Diane Seger, Gilad J. Kuperman, Nell Ma'Luf, Deborah Boyle und Lucian Leape. »The Impact of Computerized Order Entry Systems on Medication Error Prevention«. *Journal of the American Medical Informatics Association* (6) 4 1999. 313–321.

Bell, Douglas S., und Maria A. Friedman. »E-Prescribing and the Medicare Modernization Act of 2003«. *Health Affairs* 24 (5) 2005. 1168.

Hartsfield, Shannon. »MMA and ePrescribing – New Compliance Standards for eHealth«. *Food and Drug Law* (1) 2 2005. 3–4.

United States Department of Health and Human Services. »Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)«. www.hhs.gov/healthit/e-prescribing.html.

Neuseeland: Weiterhin uneingeschränkte Werbung bei Arzneimitteln?

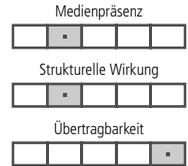


In Neuseeland steht das Direktmarketing von Arzneimitteln auf dem Prüfstand. Dazu hat das Gesundheitsministerium im April 2006 ein Diskussionspapier mit drei Vorschlägen für Abänderungen der geltenden Gesetzeslage erstellt und die einzelnen Interessengruppen gebeten, Stellungnahmen abzugeben und gegebenenfalls eigene Vorschläge zu erarbeiten.

Neuseeland und die USA sind die einzigen Industrieländer, die direkte Arzneimittelwerbung gestatten. Während die meisten Länder Werbung für Arzneimittel durch eine Gesetzesklausel einschränken oder gar verbieten, bezieht sich Neuseeland auf sein Grundgesetz, das die Redefreiheit inklusive der Freiheit zu werben schützt.

Ein erster Änderungsvorschlag des Gesundheitsministeriums behält die heutige Gesetzgebung bei, allerdings unter Berücksichtigung strikterer Auflagen. Die Selbstregulierung durch die Arzneimittelhersteller würde durch genauere Kontrollen eingeschränkt. Bei Nichtbeachtung der Auflagen durch die Hersteller sollen hohe Strafen verhängt werden. Der zweite Vorschlag sieht unter Beibehaltung der jetzigen Gesetzgebung stärkere Regulierungen als der erste Entwurf vor. Die dritte Variante wäre ein komplettes Verbot von Arzneimittelwerbung in der Öffentlichkeit. Laut diesem Vorschlag wäre auch Werbung verboten, die auf bestimmte Krankheiten aufmerksam macht, ohne ein bestimmtes Präparat zu empfehlen.

2001 hatte eine Konsumentenbefragung zur Gesetzeslage zu dem Ergebnis geführt, dass 40 Prozent der Befragten mit der direkten Arzneimittelwerbung einverstanden waren, während sich 34 Prozent für ein Verbot aussprachen. Zwar hatte das Gesundheitsministerium unter Verweis auf die Befragungsergebnisse strengere Auflagen gefordert, an der Gesetzgebung hat sich aller-



Grundgesetz erlaubt uneingeschränkte Werbung

Drei Vorschläge für Veränderungen

Bisherige Evaluationen ohne Ergebnis

dings nichts geändert. 2003 legte eine Gruppe von Hausärzten dem Gesundheitsministerium einen Bericht vor, in dem sie das Verbot von Arzneimittelwerbung forderten. Der Grund war die exponentielle Steigerung von Werbekampagnen für Arzneimittel und besonders für Lifestyle-Präparate (siehe den Bericht in Aufgabe 2).

Der neue Vorstoß des Gesundheitsministeriums stützt sich weder auf die Umfrage noch auf die Empfehlungen der Hausärzte, sondern auf die Pläne zur Schaffung einer gemeinsamen Arzneimittelschutzbehörde von Australien und Neuseeland ab 2007. Zwar können beide Länder ihre Politik zur Werbefreiheit bei Arzneimitteln beibehalten, aber für beide Länder bestehen damit bessere Möglichkeiten, ihre jetzigen Gesetze zu überprüfen und möglicherweise anzupassen.

Literatur und Links

Centre for Health Services Research and Policy. »Advertising of Pharmaceuticals (2)«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/nz/a7/5.

Centre for Health Services Research and Policy. »Advertising of Prescription Medicines«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2003. www.hpm.org/survey/nz/a2/4.

Hoek, Janet, Philip Gendall und John Calfee. »Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines in the United States and New Zealand: An analysis of regulatory approaches and consumer responses«. *International Journal of Advertising* 23 (2) 2004. 197–227.

Ministry of Health. *Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines in New Zealand: Consultation Document*. März 2006. www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/8daa2bc24bcff5d9cc25712400778549?opendocument.

Ministry of Health. *Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines in New Zealand: Summary of Submissions*. Dezember 2006. www.moh.govt.nz.

Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention spielt noch immer eine untergeordnete Rolle im Gesundheitswesen. In Deutschland wurde im Jahr 2003 beispielsweise nur 0,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Prävention und öffentliche Gesundheit ausgegeben. Ein Grund dafür ist, dass die Effekte von Präventionsprogrammen wegen ihrer meist langen Laufzeit oftmals schwer abzuschätzen sind. Hinzu kommt, dass Prävention sich einerseits auf die Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung richtet, sich andererseits aber oft auf individuelle Personen fokussieren muss. Im Folgenden werden Methoden und Maßnahmen von Prävention kurz vorgestellt und im Anschluss daran ausgewählte aktuelle Präventionskonzepte einzelner Länder eingeordnet und in ihrer Vorbildfunktion für Deutschland herausgearbeitet.

Präventionsmaßnahmen können sehr vielfältig ausfallen und werden im Allgemeinen in drei Gruppen eingeteilt: Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention. Gemeinsam und kombiniert tragen alle Ansätze zu einer positiven Beeinflussung der Gesundheit der Bevölkerung bei und richten sich gezielt auf Krankheiten (z. B. Infektionskrankheiten), Risikofaktoren (z. B. Übergewicht), Zielgruppen (z. B. Jugendliche) oder Settings (z. B. Schulen).

Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung eines gesunden Lebensstils. Südkorea etabliert dazu ein Präventionsprogramm, das auf die spezifische Lebensweise der ländlichen und alten Bevölkerung gerichtet ist. Die Besonderheit des Ansatzes liegt in der Kombination traditioneller Medizin, Ernährung und Bewegung, die von der Bevölkerung akzeptiert und verstanden wird, und westlichen evidenzbasierten Präventionsmethoden (siehe Seite 211). Auch für die deutsche Präventionsdebatte ist es wich-

**Methoden von
Prävention:**

**Gesundheits-
förderung, ...**

Abbildung 5: Prävention und das Stadium der Erkrankung

Krankheitsverlauf	A	B	C	D
	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention	
A–B	Periode von erhöhtem Risiko			
B	Erste erkennbare pathophysiologische Veränderungen			
C	Erste für den Patienten wahrnehmbare Veränderungen			
D	Verlauf nicht mehr zu beeinflussen			

Primäre Prävention richtet sich auf die Vorbeugung von Krankheiten, indem Ursachen für Krankheiten beseitigt werden. Die Zielgruppe der Bevölkerung für primäre Prävention ist in Bezug auf die Zielkrankheit noch gesund.

Sekundäre Prävention hat zum Ziel, Krankheiten in einem frühen Stadium aufzuspüren, um sie überhaupt behandeln zu können. Eine frühere Heilung oder zumindest das Verhindern einer Verschlimmerung werden ermöglicht. Die Zielgruppe bei sekundärer Prävention sind Menschen, die bereits unwissentlich erkrankt sind, ein erhöhtes Risiko tragen oder bestimmte genetische Veranlagungen haben.

Tertiäre Prävention richtet sich auf die Zielgruppen, bei denen eine Krankheit bereits festgestellt ist. Es handelt sich somit um eine Form der Versorgung. Zur tertiären Prävention zählen Aktivitäten, die versuchen, Krankheiten zu heilen, zu lindern oder zu kompensieren. Das Vermeiden von Komplikationen und das Verhindern eines Zunehmens der Krankheit fallen beispielsweise unter tertiäre Prävention.

Quelle: Mackenbach und Van der Maas 1999.

tig, gesundheitsfördernde Maßnahmen an den Bedürfnissen und Werten der Bürger zu orientieren, um langfristig Erfolge zu erreichen.

... **Gesundheits-**
schutz ...

Beim Gesundheitsschutz richten sich Präventionsmaßnahmen auf das Einschränken von gesundheitsgefährdenden Umweltfaktoren. Gesetze, Verordnungen oder direktes Eingreifen in die Umgebung können Menschen vor negativen Einflüssen der Umwelt auf ihre Gesundheit schützen. Neben physischen Einflussfaktoren wie beispielsweise Luft-, Wasser- oder Bodenverunreinigungen bezieht der Gesundheitsschutz auch soziale Komponenten mit ein – so die Wohnsituation, das Ausbildungsniveau oder das soziale Netz (siehe hierzu Ausgabe 5: »Gesundheit und Lebensstil«).

... und **Krankheits-**
prävention

Mithilfe von Krankheitsprävention versucht man vermeidbare Krankheiten zu verhindern oder früh zu erkennen (siehe Abbildung 5). Mögliche Maßnahmen sind Impfungen oder Screening-Untersuchungen. Australien implementiert beispielsweise seit

Mitte 2006 ein nationales Screeningprogramm zur Früherkennung von Darmkrebs. Zielgruppe dieser Maßnahmen sind alle Australier ab 55 Jahre (siehe Seite 213).

Effektive Präventionsstrategien zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beziehen häufig verschiedene Methoden von Prävention ein. Zwei Präventionsprogramme in Neuseeland illustrieren diesen Mehrebenenansatz. Ein landesweites Diabetesprogramm kombiniert Interventionen der primären, sekundären und tertiären Prävention und erreicht damit die gesamte Zielpopulation (siehe Seite 215). Auch ein zehnjähriger Suizid-Präventionsplan setzt auf allen drei Ebenen an, um die enorm hohen Suizidraten zu senken (siehe Seite 217). Deutschland sollte in der Debatte um die Ausweitung von Präventionsprogrammen ebenfalls ganzheitliche Ansätze in Erwägung ziehen, denn Prävention ist erst dann effektiv, wenn die gesamte Zielgruppe erreicht wird.

Ein zentrales Problem bei der Umsetzung ganzheitlicher und landesweiter Präventionsprogramme liegt in vielen Industrieländern an zersplitterten Zuständigkeiten. So obliegen in Deutschland beispielsweise gesundheitsfördernde Maßnahmen einer nicht-ärztlichen öffentlichen Einrichtung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), während für den Gesundheitsschutz der öffentliche Gesundheitsdienst zuständig ist. Krankheitsprävention ist wiederum ärztliche Aufgabe, wird je nach Zielrichtung aber unterschiedlich organisiert. Brustkrebsfrüherkennung mittels Mammografie ist zum Beispiel nicht mit dem tertiärpräventiv ausgerichteten Brustkrebs-Disease-Management-Programm verzahnt und führt somit zu Überschneidungen.

Die Schweiz macht Prävention durch ein Präventionsgesetz nun zu einem nationalen Thema. Auch dort wurde Prävention bisher aufgrund mangelnder Transparenz und undeutlicher Kompetenzteilungen unzureichend durch die Kantone wahrgenommen (siehe Seite 220).

Trotz vieler Bemühungen, Prävention zu fördern, braucht es bisher oft Schlüsselsituationen, die zu tatsächlichem Handeln führen. In Israel wird erst nach Erkrankung von Ex-Premierminister Sharon das Thema Schlaganfallprävention angegangen. Ohne vorheriges öffentliches Interesse hatten Patientenorganisationen und Neurologen vergeblich für mehr Prävention gekämpft. Nun

**Ganzheitliche
Ansätze im Trend**

**Gesetzliche
Verankerung klärt
Kompetenzen**

**Mehr Prävention
auch ohne
öffentlichen Druck**

sollen Präventionsprogramme in den drei Stadien von gesund bis krank sowie durch die Anwendung verschiedener Methoden zur Verringerung der Inzidenz von Schlaganfällen und Minderung ihrer Folgen führen (siehe Seite 223).

**Nutzen von
Prävention**

Bisherige Evaluationen zeigen unterschiedliche Resultate von Präventionsmaßnahmen. Schutzimpfungen bei Kindern sind sehr effektiv und führen zu großen Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen. Auch die Pilotstudie bei Darmkrebs-Screening in Australien zeigt eine hohe Kosteneffektivität (siehe Seite 213). Allerdings leidet die Kosteneffektivität von präventiven Maßnahmen gegenüber therapeutischen Maßnahmen auch unter der von Gesundheitsökonomen empfohlenen Diskontierung, die die Ausgaben jetzt und die Effekte später – und entsprechend kleiner – berücksichtigt. Andere Präventionsmaßnahmen wie die Grippeimpfung gesunder Arbeitnehmer scheinen hingegen keinen Effekt zu haben, während einige Screening-Programme aufgrund falsch-positiver oder falsch-negativer Resultate selbst kontraproduktiv sein können, da sie einerseits unnötige psychische Belastungen oder andererseits eine Scheinsicherheit hervorrufen können. Ein weiterer Faktor, der die Effektivität von Präventionsprogrammen beeinflusst, ist die Art der Ausführung. Ein unter Studienbedingungen effektives Programm kann, wenn es die Bevölkerung nicht tatsächlich erreicht, nutzlos sein. Auf die Frage des Nutzens und der Kosteneffektivität von Präventionsprogrammen gibt es deshalb keine grundsätzliche Antwort, da das Ergebnis sowohl vom Programm als auch von der Ausführung abhängt. Bestehende Präventionsprogramme können zwar als Referenz dienen, müssen aber der jeweiligen Situation angepasst werden, in der ein Programm implementiert werden soll.

Literatur und Links

Beske, Fritz. *Prävention – Ein anderes Konzept*. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel 2005.
Bundesministerium für Gesundheit. »Prävention – Was bedeutet Prävention?«. www.die-gesundheitsreform.de/solidarisch_versichern/grundstruktur/praevention/index.html?param=gl.

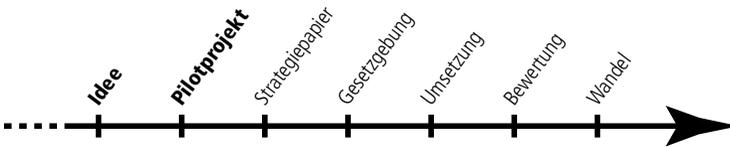
Cyr, Nellie. *Health promotion, disease prevention and exercise epidemiology*. Dallas 2003.

Hegger, Ursula, und Fritz Beske. *Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesetzgebung der Bundesländer*. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel, 2003.

Maas, Paul van der, und Johan Machenbach (Hrsg.). *Volksgezondheit en gezondheidszorg*. Elsevier/Bunge 1999.

Weinbrenner, Susanne, Markus Wörz und Reinhard Busse. *Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich*. Bonn 2007.

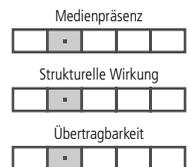
Südkorea: Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin



Mit dem Programm »Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin« will das südkoreanische Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt den Lebensstil der Bevölkerung verbessern. In öffentlichen Gesundheitszentren sollen künftig sekundäre Präventionsmaßnahmen für bestimmte Risikogruppen angeboten werden.

Das Programm richtet sich primär an die ländliche Bevölkerung und an alte Menschen. Diese vertrauen besonders auf die Methoden der traditionellen Medizin, Ernährung und Bewegung und sind westlichen Methoden gegenüber eher skeptisch. Ärzte und Pflegepersonal versuchen zu diesem Zweck Gemeindeprogramme zu entwickeln, die sich auf die spezifischen Probleme des jeweiligen Einzugsgebiets richten.

Insgesamt gewinnt die Idee eines gesünderen Lebensstils und damit einer besseren Gesundheit in Südkorea an Bedeutung. Da der Glaube an traditionelle Medizin bei der Bevölkerung stark



**Sekundäre
Prävention für
ländliche und
alte Bevölkerung**

**Gesundheits-
förderung gewinnt
an Bedeutung**

verankert ist, hat das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt beschlossen, westliche evidenzbasierte Programme mit Methoden der traditionellen Medizin zu koppeln. Dadurch erhofft sich das Ministerium erhöhte Akzeptanz.

Zunächst werden 30 Gesundheitszentren Gesundheitsförderungsprogramme einführen. Das Ministerium plant danach die Ausweitung auf alle Zentren im Land.

**Tabaksteuer für
Prävention**

Die Finanzierung der Gesundheitsförderungsprogramme will die Regierung über Extraeinnahmen aus Tabaksteuern finanzieren. Nach einer Steuererhöhung im Jahr 2005 hat sich der Preis für Zigaretten nahezu verdoppelt, wobei der Steueranteil drastisch von acht Cent auf 1,63 Euro pro Packung gestiegen ist (siehe den Bericht in »Gesundheitspolitik in Industrieländern 3«).

**Traditionelle Ärzte
in Gesundheits-
zentren**

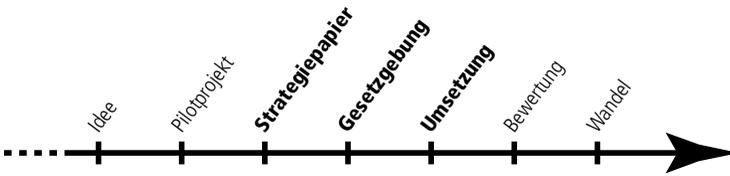
Während die südkoreanische Ärztekammer, in der westlich orientierte Mediziner dominieren, die Gesundheitsförderung auf traditioneller Basis skeptisch betrachtet, unterstützt der koreanische Verband traditioneller Medizin das Vorhaben. Seitdem nun auch traditionelle Ärzte in Gesundheitszentren arbeiten dürfen, sieht ihr Verband große Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung, die an traditionelle Medizin, Ernährung und Bewegung angelehnt ist. Die Ärztekammer befürchtet hingegen einen Popularitätsverlust westlicher Medizin und wachsenden Konkurrenzkampf zwischen beiden Schulen. Da sich die Projekte noch in der Entwicklung befinden, ist bisher nicht abzusehen, welche Effekte die Kombination aus Prävention und traditioneller Medizin haben wird. Dies ist auch ein Grund dafür, dass die Ärztekammer bisher keine Kampagne gegen das Gesundheitsförderungsprogramm geführt hat.

Literatur und Links

Kwon, Soonman. »Health Promotion based on Traditional Medicine«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/kr/a7/2.

Ministry of Health and Welfare. 2005. »Ministry opens Oriental medicine R&D centre«. english.mohw.go.kr/user.tdf?a=user.board.BoardApp&c=2002&seq=288&board_id=e_c1_news&mc=E_02_01&ctx=.

Australien: Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahre

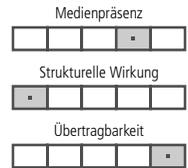


Seit Mitte 2006 führt die australische Regierung ein landesweites Darmkrebs-Screening-Programm ein. Bis 2008 sollen alle Australier zwischen 55 und 65 Jahren in einem zweijährigen Rhythmus untersucht werden. Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebsarten in Australien. Mit dem Screening-Programm soll die gesamte Risikopopulation erreicht werden.

Bisher sind die öffentlichen Kapazitäten für Darmspiegelungen begrenzt und die Kosten einer privaten Untersuchung hoch, besonders für die 55 Prozent der Bevölkerung, die nicht zusätzlich privat versichert sind. Die Regierung, die Darmkrebsprävention bereits in ihrem Wahlprogramm 2004 als eine wichtige gesundheitspolitische Zielsetzung aufgenommen hatte, stellt für die Implementierung des Programms bis 2008 43,4 Millionen australische Dollar (rund 25,3 Millionen Euro) zur Verfügung.

Das Präventionsprogramm besteht aus zwei Schritten. Zunächst wird die Zielbevölkerung gebeten, zu Hause eine Stuhlprobe zu entnehmen und diese zur Analyse in ein Labor zu schicken. Ist der Test positiv, nimmt der Hausarzt im zweiten Schritt Kontakt mit dem Patienten auf und führt weitere Tests durch, darunter eine obligatorische Darmspiegelung.

Ein Pilotprojekt, durchgeführt an drei verschiedenen Orten in Australien, hat gezeigt, dass 8 Prozent aller eingesendeten Proben positiv waren. 55 Prozent der Personen mit einem positiven Resultat haben eine Darmspiegelung durchführen lassen, von denen hatten wiederum 19 Prozent Krebs in einem frühen oder bereits im fortgeschrittenen Stadium. Laut Abschlussbericht des Pilotprojekts nahmen 45,4 Prozent der gesamten Zielpopulation an der Erprobung teil. Allerdings waren die Bevölkerungsgruppen der Aborigines und Torre Strait Islanders nur schwach vertreten. Deshalb fordert der Bericht eine spezifische Informationskampagne für die Ureinwohner Australiens.



Prävention in der Vergangenheit nur für Privat-versicherte

Pilotprojekt hat großen Zulauf

Screening ist sehr kosteneffektiv	Die Pilotstudie belegte auch, dass Darmkrebs-Screening kosteneffektiv ist. Bei der Zielpopulation zwischen 55 und 74 Jahren liegen die geschätzten Kosten pro gewonnenem Lebensjahr bei 24.000 AUS-Dollar (rund 14.000 Euro). Der inkrementelle Kosteneffektivitätsquotient (Screening gegenüber keinem Screening) lag für die Pilotgruppe bei 20.000 AUS-Dollar (rund 11.500 Euro).
Ausbreitung hängt nur von klinischen Ergebnissen ab	Bis 2008 wird das nationale Programm wissenschaftlich begleitet. Bei einer positiven Evaluation soll das Programm auf alle über 55-jährigen Australier sowie alle über 45-jährigen Ureinwohner ausgeweitet werden. Die Entscheidung über die Ausweitung soll jedoch nur auf klinische, nicht auf ökonomische Ergebnisse gestützt werden.
Krebsrat und Experten unterstützen Programm	Der Australische Krebsrat unterstützt den Plan der Regierung, die vom Krebsrat bei den Themen Prävention, Aufspürung und Behandlung beraten wird. Auch andere Experten erwarten, basierend auf dem Pilotprogramm, dass das Screening großen Effekt auf die Früherkennung von Darmkrebs haben wird, indem der Zugang für die gesamte Bevölkerung ermöglicht und durch frühzeitige Behandlung die Versorgungsqualität erhöht wird.

Literatur und Links

- van Gool, Kees. »Bowel Cancer Screening Program«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/au/a7/2.
- Haas, Marion, Jane Hall und Elizabeth Savage. »Bowel Cancer Screening Pilot«. *Health Policy Monitor*, Mai 2003. www.hpm.org/survey/au/a1/5.
- Australian Government: Department of Health and Ageing. »Australia's Bowel Cancer Screening Pilot and Beyond: Final Evaluation Report«. Oktober 2005. www.cancerscreening.gov.au/bowel/pdfs/eval_oct05.pdf.
- Australian Government: Department of Health and Ageing. »National Bowel Cancer Screening Program«. www.cancerscreening.gov.au/bowel/bcaust/program.htm.
- Liberal Party of Australia. »The Howard Government Election 2004 Policy: Strengthening Cancer Care«. www.liberal.org.au/2004_policy/acf3c25.pdf.

Neuseeland: Let's Beat Diabetes



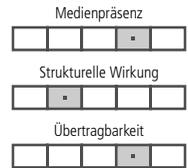
Unter dem Motto »Let's Beat Diabetes« (Lasst uns Diabetes besiegen) hat die Gesundheitsbehörde des Landkreises Manukau einen integralen Plan zur strukturellen Bekämpfung des Auftretens und der Reduzierung der Kosten von Diabetes Typ II entwickelt.

Diabetes Typ II tritt in Neuseeland aufgrund demografischer Entwicklungen und der Zunahme von Übergewicht immer häufiger auf. Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der Diabetes-Typ-II-Patienten in den kommenden 20 Jahren verdoppeln. Besonders hoch sind Inzidenz (Neuerkrankungen) und Prävalenz (Erkrankte) bei den Maori. Während 8,5 Prozent aller Nicht-Maori über 45 Jahre Diabetes haben, sind es 21 Prozent der Maori. Auch sozial Schwache haben ein höheres Risiko, an Diabetes Typ II zu erkranken. Die Reduzierung der Inzidenz von Diabetes ist eines der 13 Gesundheitsziele, die das Gesundheitsministerium im Jahr 1999 formuliert hat.

Die Strategie der Gesundheitsbehörde von Manukau ist ganzheitlich und umfasst drei Präventionsansätze: Durch primäre, sekundäre und tertiäre Prävention soll die Inzidenz von Diabetes Typ II effektiv reduziert werden. Dazu hat die Behörde auf Gemeindeebene einen intersektoralen Plan entwickelt, der gezielt jede einzelne Altersgruppe anspricht. Neben den nationalen Vorgaben bezieht der Plan internationale Standards (best practice) mit ein.

Der Plan beinhaltet zehn Handlungsfelder, für die jeweils konkrete Ziele und Maßnahmen entwickelt wurden:

- Stärkung der Gemeinden bei der Leitung und Ausführung der Programme
- Maßnahmen zur Verhaltensänderung durch soziales Marketing
- Veränderungen bei städtischer Herangehensweise zur Verbesserung des Lebensstils



Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Zehn Aktionsgebiete

- Schaffung eines gesunden Umfeldes zusammen mit der Lebensmittelindustrie
- Verbesserte Gesundheitsförderung durch neue Aktivitäten und bessere Koordinierung
- Verbesserte Kinderbetreuung zur Vermeidung von Übergewicht
- Abkommen mit Schulen zur Förderung gesunder Kinder
- Verbesserung indikationsbezogener primärer Präventionsmaßnahmen
- Aufklärung für Familien zur Förderung gesunder Entscheidungen
- Integrierte Versorgung von Diabetes II-Patienten

Die Aktionsgebiete werden zusammen mit Partnern aus verschiedenen Sektoren angegangen, darunter lokalen Regierungen, der Nahrungsmittelindustrie, Vertretern von kulturellen Gruppen, Schulen, Sportvereinen sowie öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen.

Fünfjahresplan

Innerhalb von fünf Jahren soll das Programm in ganz Neuseeland zur Anwendung gelangen. Dazu hat die Regierung 10 Millionen NZ-Dollar (rund 4,8 Millionen Euro) zur Verfügung gestellt. Das Programm wird von allen Akteuren, einschließlich der Nahrungsmittelindustrie, unterstützt. Die Implementierung des Programms soll kontinuierlich evaluiert werden. Die Beteiligten sind sich allerdings heute schon einig, dass eine konsequente Umsetzung der Präventionsmaßnahmen die Zahl der Diabetespatienten nachhaltig verringern und somit die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöhen kann.

Literatur und Links

Wilkinson-Meyers, Laura, Janet Clinton und Faith Mahoney.

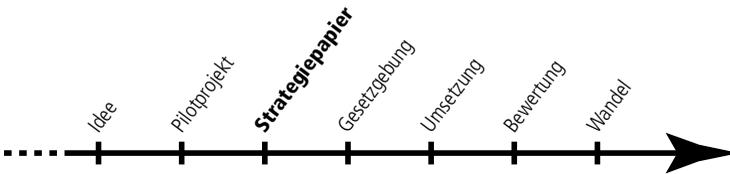
»An inter-sectoral approach to diabetes«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/nz/a7/3.

Centers for Disease Control and Prevention. »Framework for Program evaluation in public health: Mortality and Morbidity Weekly«. Report. 1999. 1–40.

Manukau District Health Board. »Let's Beat Diabetes – A Five Year Plan to Prevent and Manage Type 2 Diabetes

in Counties Manukau«. 2005. www.letsbeatdiabetes.org.nz/file/LBD%205%20Year%20Strategic%20Overview.pdf.
 Manukau District Health Board. »Let's Beat Diabetes – Operational Plan 2005/2006«. 2005. www.letsbeatdiabetes.org.nz/file/LBD%20Operational%20Plan%2005-06.pdf.
 Ministry of Health. »Diabetes 2000«. www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/4735077ed3fd9b56cc256a41000975ca/.

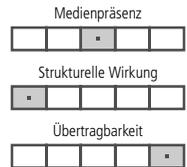
Neuseeland: Suizid-Präventionsstrategie 2006–2016



Im Juni 2006 hat die neuseeländische Regierung einen nationalen Präventionsplan zur Verhinderung von Suiziden herausgebracht. Ziel der Regierung ist es, Gemeinschaftsinitiativen zu fördern, um die Inzidenz sowie die sozialen Folgen von Suizid zu verringern.

In den kommenden zehn Jahren werden zwei Fünfjahrespläne erstellt, die sich an alle Altersgruppen in der Bevölkerung richten. Strategien für Einrichtungen, die durch Präventionsarbeit viel erreichen können, sind primärer Fokus des Projekts. Dazu zählen zum Beispiel Schulen, Gefängnisse, Gemeinden, die Regierung und auch die Medien. Der erste Plan erschien im Dezember 2006. Die Maßnahmen umfassen unter anderem die frühe Identifikation von Suizidgefahr, die Unterstützung von Angehörigen von Suizidopfern, den Ausbau evidenzbasierter Forschung auf dem Gebiet sowie die Unterstützung von Menschen in Krisensituationen.

In Neuseeland wie auch in Deutschland sterben mehr Menschen an Selbsttötung als im Straßenverkehr. Von allen OECD-Staaten hat Neuseeland die vierthöchste Suizidrate bei Jugendlichen. Männliche Jugendliche sind fast dreimal mehr gefährdet



Mehr Suizidtote als Verkehrsopfer

als junge Mädchen. Bei Erwachsenen liegt die Anzahl der Selbsttötungsversuche bei Frauen allerdings doppelt so hoch wie bei Männern. Determinanten, die Einfluss auf Suizid haben, sind meist sozioökonomischer Status, kultureller Hintergrund, Geschlecht, Alter und Wohnort. Durch den Abbau von Ungleichheiten soll die Suizidrate in Neuseeland verringert werden. Prävention kann auch den Aufenthalt in psychischen Kliniken aufgrund der Gefahr möglicher Selbsttötung verhindern, was hohe Ausgaben im Gesundheitswesen einspart.

**Suizidprävention
erfordert
ganzheitlichen
Ansatz**

Da Suizid oftmals bei einer Häufung von Risikofaktoren geschieht, ist die Bekämpfung komplex und bedarf laut Gesundheitsministerium eines sektorübergreifenden Ansatzes. Öffentliche und private Organisationen müssen gleichermaßen einbezogen werden.

Die sektorübergreifende Suizidpräventionsgruppe unter Leitung des Gesundheitsministeriums übernimmt dazu die federführende Rolle, da sie bereits seit 1999 Erfahrung bei der Implementierung von Suizidprävention im Jugendalter hat.

**Suizidprävention
als soziale Aufgabe**

Die Labour-Regierung, die seit Beginn ihrer Amtszeit sektorübergreifende Strategien zur Bekämpfung von Krankheiten unterstützt, setzt mit dem Präventionsprogramm die nationale Sozialagenda weiter um. Während Public-Health-Experten diesen Ansatz unterstützen, fehlt Psychologen die gezielte Früherkennung von Depressionen und ihre pharmakologische Behandlung. Um die Differenzen zu überwinden und die Qualität des Programms zu erhöhen, hat die Regierung eine externe Beratungsgruppe aufgestellt. Diese Gruppe wird die Arbeit der sektorübergreifenden Suizidpräventionsgruppe beobachten und evaluieren.

Literatur und Links

Walton, Lisa, und Janet Fanslow. »Suicide Prevention Strategy«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/nz/a7/4.

Ministry of Health. »New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006–2016«. Wellington 2006. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4904/\\$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4904/$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf).

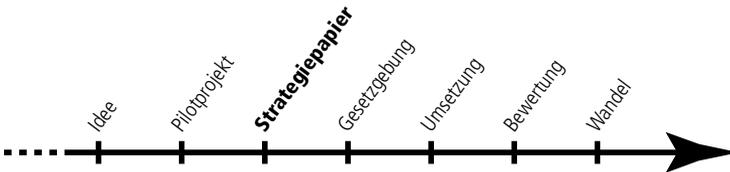
Ministry of Health. »New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy«. Wellington 1998. www.moh.govt.nz/moh.nsf/49b6bf07a4b7346dcc256fb300005a51/c3dc5fc2d9a05cf1cc2570a50082edb4?opendocument.

Ministry of Health. »Suicide Prevention in New Zealand – A contemporary perspective: Social explanations for suicide in New Zealand«. Wellington 2005. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/E426CB2D56854BCC256FFF00170256/\\$File/suicideprevention-social-explanations.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/E426CB2D56854BCC256FFF00170256/$File/suicideprevention-social-explanations.pdf).

Ministry of Health. »The New Zealand Health Strategy«. Wellington 2000. www.moh.govt.nz/moh.nsf/49b6bf07a4b7346dcc256fb300005a51/fb62475d5d911e88cc256d42007bd67e?opendocument.

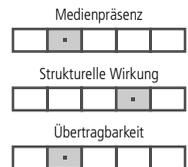
Schweiz:

Präventionsgesetz soll für Transparenz und Gleichheit sorgen



Im September 2005 hat das Eidgenössische Department des Innern (EDI) einen Prozess gestartet, um Prävention und Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene als gleichwertige Säule neben den drei Pfeilern Behandlung, Pflege und Rehabilitation einzuführen. Hintergrund der Maßnahme ist ein gestiegenes Bewusstsein für Prävention in der Bevölkerung und in den Medien. Bisher konzentrieren sich nationale gesundheitspolitische Entscheidungen ausschließlich auf kurative Behandlungen und ihre Finanzierung. Präventionsarbeit ist Sache der Kantone, weshalb die Initiativen zwischen den Kantonen sehr unterschiedlich gestaltet sind.

Im März 2005 wurde eine gesamtschweizerische Expertenkommission damit beauftragt, den Rahmen für landesweite Prä-



Expertenkommission für Prävention und Gesundheitsförderung ...	ventionsmaßnahmen abzustecken. Die Kommission mit dem Namen »Prävention und Gesundheitsförderung – PPS2010« sollte zunächst Möglichkeiten für Prävention auf nationaler Ebene erörtern und strategische Allianzen bilden. Prävention soll einem sektorübergreifenden Ansatz folgen und landesweit umgesetzt werden. Transparenz bei den Aktivitäten sowie bei der Finanzierung spielt somit eine zentrale Rolle, wobei die Kommission ebenfalls ein Konzept zur Kontrolle der Resultate anhand der gesetzten Ziele entwickelt.
... erarbeitet ein Präventionsgesetz	Im März 2006 hat die Kommission ein Strategiepapier veröffentlicht, in dem sie die globalen Ziele beschreibt und Möglichkeiten für ein Gesetzgebungsverfahren aufzeigt. Mit dem Gesetz will die Kommission Prävention auf nationaler Ebene fest verankern. Im Mittelpunkt steht ein sektorübergreifender Ansatz, der Primär- und Sekundärprävention verbindet. Das geplante Gesetz soll für Transparenz sorgen und dabei Aufgaben und Finanzierung eindeutig definieren.
Kooperation von öffentlichen und privaten Organisationen	Einrichtungen aus dem öffentlichen (Gemeinden, Kantone, Regierung) und privaten Sektor (Leistungserbringer, NGOs, Firmen) werden in das neue Präventionskonzept eingebunden. Jeder Partner soll sich finanziell an Gesundheitsförderungsprogrammen beteiligen, welche sich an die gesamte Bevölkerung richten.
Föderalismus und Subsidiarität behindern Koordination	Bereits seit 30 Jahren gibt es in der Schweiz immer wieder Initiativen, die eine gesetzliche Grundlage für Prävention fordern. Diese wurden jedoch aufgrund mangelnder Zustimmung der beteiligten Akteure nicht weiter verfolgt. Das föderalistische System, bei dem die Kantone individuell Verantwortung übernehmen, sowie das Subsidiaritätsprinzip, wobei private oder soziale Einrichtungen öffentliche Aufgaben übernehmen, tragen ebenfalls zur mangelnden Koordination bei.
Kommission bezieht Interessengruppen ein	Erst mit der Schaffung einer nationalen Kommission und mit dem Versuch, ein nationales Präventionsgesetz zu beschließen, wird es möglich, Prävention und Gesundheitsförderung landesweit zu regulieren. Um großen Widerstand bei dem Gesetz zu umgehen und damit dem Scheitern vorzubeugen, hat die Expertenkommission eine Reihe möglicher Regulierungslösungen und Prioritätensetzungen 140 öffentlichen und privaten Akteuren vorgelegt. Diese hatten die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzubringen. Im Juni 2006 wurde der Gesamtbericht

der Kommission vorgelegt. Das EDI hätte bis Ende 2006 das weitere Vorgehen beschließen sollen. Eine Entscheidung steht bis heute aus.

Nur wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen erfüllt werden und die öffentlichen und privaten Akteure klare Aufgaben auf dem Gebiet der Prävention erhalten, wird effektive Prävention in Zukunft flächendeckend möglich. Dazu müssen die Finanzierungsströme langfristig und transparent geregelt werden, da Präventionsprogramme meist auf lange Sicht angelegt sind. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann eine deutliche Verbesserung im Public-Health-Bereich erzielt werden, da neben den Effekten nationaler Präventionskampagnen mehr soziale Gleichheit erreicht wird. Der Abbau sich überschneidender Zuständigkeiten kann das Gesundheitswesen nachhaltig vereinfachen und verbessern. Ohne das Vorliegen konkreter Präventionspläne ist den Experten in der Schweiz noch nicht deutlich, ob ein Präventionsgesetz auch zu Kosteneinsparungen führt. Allerdings gilt als sicher, dass der Abbau von Ineffizienzen bei der Aufgabenverteilung und der Mittelvergabe Kosten einspart.

**Erfolg an Gesetz
geknüpft**

Literatur und Links

Bolgiani, Iva. »National experts' commission for Health Promotion«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/ch/a7/3.

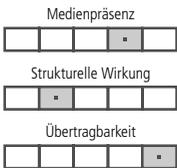
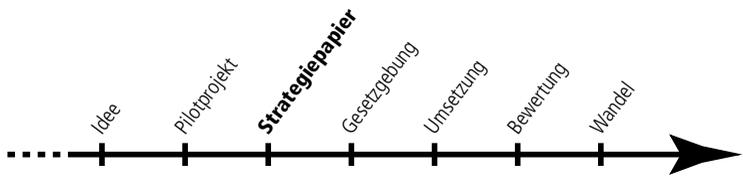
Bundesamt für Gesundheit. »Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung«. Bern 2006. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de.

Eidgenössisches Department des Innern. »Transparenz und Koordination bei Prävention und Gesundheitsförderung«. 2005. www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2005/d_gesch_20053161.htm.

Schweizerische Eidgenossenschaft. »Projekt ›Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz«. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01820/index.html?lang=de.

Van der Linde, François. »Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie ›Gesundheitsförderung und Prävention stärken‹ in der Schweiz«. 2005. www.promotionsante.ch/common/files/strategy/Praevention_de.pdf.

Israel: Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention



Nach dem Schlaganfall von Ex-Premierminister Sharon im Januar 2006 ist das Bewusstsein für die Krankheit in der Öffentlichkeit stark gestiegen. Der Vorfall und das damit verbundene mediale Interesse hat das israelische Gesundheitsministerium bewogen, eine Expertengruppe mit der Erarbeitung von Regelungen zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten zu beauftragen. Ziel ist die Verbesserung von Schlaganfallprävention und die Verbesserung der Versorgungsqualität bei Schlaganfällen. Die Vorgaben für die Expertengruppe sind, die Risikogruppe besser zu erreichen (im Sinne der Primär- beziehungsweise Sekundärprävention), in der Öffentlichkeit die Kenntnis über erste Anzeichen eines Schlaganfalls zu stärken und schnelle Hilfe beim Auftreten eines apoplektischen Insults zu gewährleisten. Schlaganfälle sind der dritthäufigste Todesgrund, wobei zwei Drittel aller Betroffenen über 65 Jahre alt sind.

Beste Prävention:
gesunder
Lebensstil

Primäre Präventionsmaßnahmen gegen das Auftreten eines Apoplex sind ein gesunder Lebensstil (Vermeiden von Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel). Risikogruppen, wie Menschen mit Bluthochdruck oder Herzflimmern, sollen nach standardisierten Leitlinien behandelt werden, um einem Schlaganfall präventiv zu begegnen (sekundäre Prävention). Bei eintreffenden

Schlaganfallpatienten sollen Krankenhausärzte konkrete Leitlinien zur Behandlung benutzen, wodurch auch ein erneutes Auftreten verhindert werden soll (tertiäre Prävention). Dazu gehören das Bereitstellen von gesonderten Schlaganfallabteilungen, sogenannten Stroke Units, und die Behandlung mit TPA (Tissue Plasminogen Activator). Untersuchungen zeigen, dass eine TPA-Gabe innerhalb der ersten drei Stunden nach einem Schlaganfall Langzeitschäden effektiv verhindert. In Israel findet TPA bisher kaum Anwendung.

Treibende Kräfte hinter den Initiativen sind Neurologen und Patientenorganisationen, die Sharons Schlaganfall als Chance begreifen, über die unzureichende Aufklärung und Versorgungsdefinition eine öffentliche Debatte zu entfachen. Bisher wurde anders als bei Krebs oder Herzinfarkt wenig in die Prävention von Schlaganfällen investiert. Der nationale Schlaganfallverband hatte dem Gesundheitsministerium bereits 2003 Leitlinien präsentiert. Das Ministerium hatte diese aber nicht aufgegriffen oder verbreitet. Nach Sharons Apoplex und dem großen medialen Interesse will das Ministerium nun Leitlinien mit Präventiv- und Behandlungsmaßnahmen an Krankenversicherer, Krankenhäuser, Rettungswesen, andere Gesundheitsdienstleister sowie die Öffentlichkeit herausgeben.

Alle Beteiligten – Gesundheitsministerium, Krankenhäuser, Patientenverbände, Neurologen – plädieren für mehr Prävention. Die Krankenversicherer wenden allerdings ein, über unzureichende Ressourcen für Präventionsleistungen zu verfügen. Auch sind sie der Meinung, dass die heutige Schlaganfallbehandlung schon auf einem hohen Standard sei.

Experten erwarten bei erfolgreicher Verbreitung und Weiterbildung eine signifikante Verbesserung bei der Schlaganfallbehandlung. Durch Leitlinien nehmen Unterschiede in der Behandlung ab. Auf lange Sicht sollen Präventionsmaßnahmen ebenfalls zu Kosteneinsparungen führen. Die Kosten der modernen Behandlungsmethoden sind zwar auf kurze Sicht höher, auf lange Sicht werden aber Kosten einer lang andauernden Nachbehandlung eingespart. Da die Leitlinien noch nicht verbreitet wurden, bleibt abzuwarten, inwieweit der Schlaganfall von Premierminister Sharon tatsächlich zu verbesserten Präventionsmaßnahmen führen wird. Ebenfalls ist nicht deutlich, inwieweit

**Sharon erzielt
Medieninteresse**

**Präventions-
maßnahmen
schnell umsetzen**

präventive Maßnahmen neben Behandlungsstandards umgesetzt werden.

Literatur und Links

Bentur, Netta, und Revital Gross. »Regulations for improving care of stroke patients«. *Health Policy Monitor*. April 2006. www.hpm.org/survey/is/a7/2.

Bentur, Netta, Revital Gross, Shirli Resnizky und Shuli Brammli-Greenberg. »The Effect of Co-payments on the Accessibility of Primary Medical Services to Stroke Victims«. Social Security. *Bitahon Soziali*. 66 2004. 63–75 (hebräisch).

Bentur, Netta, und Shirli Resnizky. »Care of Acute Stroke Patients in General Hospitals in Israel«. *Israel Medical Association Journal* 5 2003. 343–345.

Israel Center for Disease Control. »National Acute Stroke Israeli Survey 2004 (NASIS 2004)«. Publication No. 241.

Fortschritte im Nichtrauchererschutz

Immer weniger Erwachsene greifen täglich zur Zigarette. Die Zahl rauchender Erwachsener ist in den letzten 20 Jahren in den meisten OECD-Ländern deutlich zurückgegangen. Der rückläufige Trend ist auf ein ganzes Bündel von zusammenwirkenden, den Trend noch verstärkenden Maßnahmen zurückzuführen, darunter öffentliche Aufklärungskampagnen, Tabakwerbeverbote sowie Steuer- und Abgabenerhöhungen. Der Anteil der Raucher ist in Deutschland von rund 35 Prozent im Jahr 1980 auf 24,3 Prozent im Jahr 2003 zurückgegangen und liegt damit geringfügig unter dem OECD-Durchschnitt von 25,5 Prozent. Im Vergleich zu beispielsweise Schweden, Kanada und den Vereinigten Staaten, die bemerkenswerte Erfolge bei der Reduzierung des Tabakverbrauchs erzielt haben, ist dies aber immer noch sehr viel: In den genannten Ländern rauchen nur noch zwischen 15 und 17 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (OECD Gesundheitsdaten 2006).

Zur Reduktion des Tabakkonsums und seiner negativen gesundheitlichen Wirkungen werden seit längerem regulative Maßnahmen ergriffen. Diese umfassen in der Regel

- Preispolitik: Steuern, Mindestbesteuerung, Mindestpreise
- Kommunikation: Einschränkung von Werbung, Produktdisplays und Marketing, z. B. Verbot der Verwendung von Zusätzen wie »mild« und »leicht«; Vorgabe von Pflichtangaben, z. B. Warnhinweisen auf der Verpackung oder Angaben zu Inhaltsstoffen und -mengen
- Verpackung: Mindestgrößen von Verpackungen von Zigaretten
- Distribution: Altersbegrenzungen für den Kauf von Zigaretten, Ausrüstung von Zigarettenautomaten mit einer entsprechenden Jugendschutztechnologie
- Konsum: Rauchverbote an bestimmten Orten.

Wie Tabakkonsum reduziert werden kann

**Anti-Tabak-Politik
in Deutschland**

In jüngerer Vergangenheit wurden in Deutschland zahlreiche Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums ergriffen. So ist beispielsweise der Vorschlag, das Alter, ab dem Jugendliche Tabak kaufen dürfen, von 16 auf 18 Jahre anzuheben, in den Gesetzgebungsprozess eingegangen. An Zigarettensautomaten kann seit dem 1. Januar 2007 nur noch mit EC-Karte gezahlt werden, sodass beim Zigaretteneinkauf am Automaten eine Alterskontrolle stattfindet. Informationskampagnen richten sich besonders an Kinder und Jugendliche, um den Beginn des Rauchens zu verhindern und/oder sie vor einer »Raucherkarriere« zu bewahren. Flankiert werden diese Maßnahmen durch steuerpolitische Entscheidungen. Seit 2002 wurde die Tabaksteuer auf Zigaretten fünfmal erhöht und beträgt derzeit 5,6 Cent pro Zigarette. Neben Maßnahmen, die den Zugang zu Tabakprodukten erschweren, gibt es Programme zur Unterstützung derer, die das Rauchen aufgeben wollen.

**Erfolgreich sind
kombinierte Anti-
Tabak-Maßnahmen**

Die Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums konnte vielfach gezeigt werden (siehe Tabelle 4). Zugleich haben sich Maßnahmenbündel im Vergleich zu Einzelregelungen als wirksamer erwiesen. Anti-Tabak-Regelungen sollten daher möglichst umfassend sein und gleichzeitig unterschiedliche Instrumente nutzen (Preis, Distribution, Kommunikation ...).

**Wirksamkeit von
Anti-Raucher-
Maßnahmen in
der Einschätzung
der Bürger**

Um wirksam sein zu können, muss eine Kampagne den Bürger erreichen. 83 Prozent der befragten Europäer geben an, sich an eine Raucher-Entwöhnungskampagne zu erinnern. In Deutschland (82 Prozent) und Finnland (84 Prozent) lag der Anteil derjenigen, die sich an eine solche Kampagne erinnern, etwas höher als in Österreich (73 Prozent), wobei keine Angaben zu Art, Dauer und Anzahl der Kampagnen in den genannten Ländern gemacht wurden (Europäische Kommission 2006).

Im Hinblick auf das tatsächliche Rauchverhalten ist die Wirkung der Kampagnen nach Einschätzung aller befragten Raucher und Ex-Raucher in den europäischen Ländern eher gering. 68 Prozent der Befragten konnten von den Kampagnen nicht überzeugt werden, das Rauchen aufzugeben.

**Mehrheit für
Rauchverbot in der
Öffentlichkeit**

Grundsätzlich sind die Bürger in Europa für ein Rauchverbot an öffentlichen Orten. Der Grad der Zustimmung variiert jedoch in Abhängigkeit vom konkret benannten Ort, an dem nicht geraucht werden darf. So stimmen 86 Prozent der Befragten einem

Tabelle 4: Wirkung von Anti-Tabak-Maßnahmen auf die Rauchprävalenz

Maßnahme	Wirkung auf die Raucherprävalenz
Anhebung der Preise um 10 Prozent	Rückgang um 4 Prozent in Ländern mit hohem Volkseinkommen
Rauchverbot am Arbeitsplatz	Rückgang um 5–10 Prozent
Rauchverbot in Gaststätten und anderen öffentlichen Räumen	Rückgang um 2–4 Prozent
Werbeverbot	Rückgang um 6 Prozent bei absolutem Werbeverbot
Gesundheitswarnungen auf Zigarettschachteln	Niederlande: 28 Prozent aller 13- bis 18-jährigen erklärten, infolge der Gesundheitswarnungen weniger zu rauchen; Belgien: 8 Prozent der Befragten gaben an, aufgrund der Warnungen weniger zu rauchen.
Medienkampagnen	Rückgang der Raucherquoten um 5 bis 10 Prozent, abhängig davon, wie zielgruppenspezifisch die Kampagnen ausgerichtet sind
Anordnung von Entwöhnungsmaßnahmen; Bezuschussung der Behandlung	Rückgang um 1 bis 2 Prozent nach zwei Jahren, je nach Spektrum des erfassten Personenkreises

Quelle: »Effective tobacco control in 28 European countries«, European Network for Smoking Prevention, 2004.

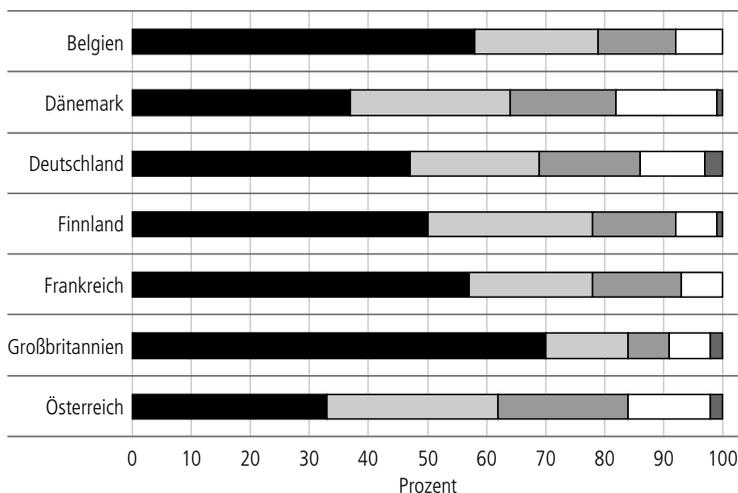
Rauchverbot in Büros und Arbeitsplätzen in Gebäuden und 84 Prozent einem Rauchverbot in allen anderen geschlossenen öffentlichen Räumen zu. Jedoch plädieren mit lediglich 56 Prozent sehr viel weniger der befragten Europäer für ein – in Deutschland nach wie vor umstrittenes – Rauchverbot in Restaurants, Bars und Kneipen. Bezüglich Bars und Kneipen sprechen sich sogar nur 40 Prozent der Europäer für ein Rauchverbot aus.

Auf die Frage nach dem Rauchverbot in Restaurants fallen die Antworten jedoch anders aus – hier äußerte sich der überwiegende Teil der Befragten in den meisten Ländern zustimmend. Die Zustimmung in Deutschland beträgt knapp 70 Prozent; in Großbritannien erreicht sie mehr als 80 Prozent. Die Österreicher sind am zurückhaltendsten, wenn es um ein Rauchverbot in

Wie effektiv sind Anti-Tabak-Maßnahmen?

Konsens über Rauchverbot in Restaurants, ...

Abbildung 6: Zustimmung in den EU-Mitgliedstaaten zu einem Rauchverbot in Restaurants



(WN = weiß nicht/keine Angabe)

Quelle: Europäische Kommission 2006.

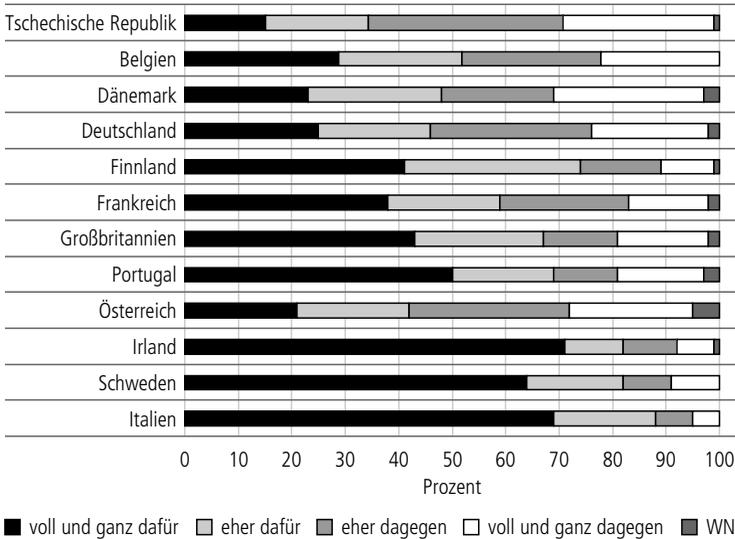
Restaurants geht, doch auch hier stimmen mehr als 60 Prozent zu.

Neben Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern hängt die Zustimmung auch vom eigenen Rauchverhalten ab. Während fast 88 Prozent der Nie-Raucher und 83 Prozent der Ex-Raucher für ein Rauchverbot in Restaurants sind, fällt die Zustimmung bei den Rauchern mit 55 Prozent deutlich geringer aus – allerdings ist auch in dieser Gruppe die Mehrheit für ein Rauchverbot. Bei Rauchern selbstgedrehter Zigaretten ist die Zustimmung mit 48 Prozent noch geringer.

... aber Dissens
über das Rauchen
in Bars und
Kneipen

Die Zustimmung der Bevölkerung für ein Rauchverbot in Bars und Kneipen variiert in den einzelnen europäischen Ländern z.T. recht deutlich. In Italien (88 Prozent), Schweden (82 Prozent) und Irland (82 Prozent) wird das Verbot von einer großen Mehrheit der Bevölkerung unterstützt. In der Tschechischen Republik (35 Prozent), Österreich (42 Prozent), Finnland (41 Prozent) und Deutschland (46 Prozent) ist der Grad der Zustimmung deutlich

Abbildung 7: Zustimmung in den EU-Mitgliedstaaten zu einem Rauchverbot in Bars und Kneipen



(WN = weiß nicht/keine Angabe)

Quelle: Europäische Kommission 2006.

geringer. Interessant ist dabei die Beobachtung, dass man in den erstgenannten Ländern konsequente Rauchverbote bereits vor einigen Jahren eingeführt hat – und diese von der Bevölkerung nach anfänglicher Skepsis im Nachhinein immer mehr Zuspruch erfahren haben.

Dabei wird das Rauchverbot in Bars und Kneipen von Frauen (66 Prozent) deutlicher unterstützt als von Männern (57 Prozent). Ebenso wie das Rauchverbot in Restaurants wird auch das Rauchverbot in Bars und Kneipen mehrheitlich von Nichtraucherern unterstützt, findet aber auch bei 35 Prozent der Raucher Zustimmung.

Literatur und Links

Drogenbeauftragte der Bundesregierung. *Drogen- und Suchtbericht 2006*. www.bmg.bund.de/.../Drogen-und-Sucht/dsb2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/dsb2006.pdf.

Europäische Kommission. *Europabarometer Spezial 239: Einstellungen der Europäer zu Tabak*, Befragung: September bis Dezember 2005, Veröffentlichung: Januar 2006.

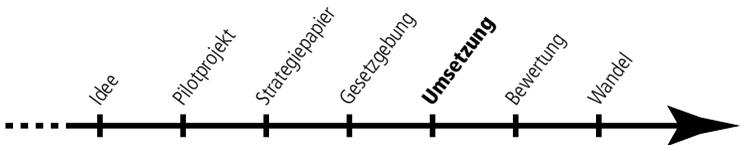
Health & Consumer Voice, Sonderausgabe Mai 2005; europa.eu.net/dgs/health_consumer/Index_de.htm.

OECD Gesundheitsdaten 2006. *Deutschland im Vergleich*. www.oecd.org/dataoecd/55/6/37006838.pdf.

WHO Regional Office for Europe. »Tobacco-free Europe«. www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/tob.

WHO Regional Office for Europe. »Tobacco Control Database«. data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2402.

Finland: Rauchverbot in Kneipen und Restaurants



Im Juni 2006 hat Finnland sein Tabakgesetz reformiert. Damit ist das Rauchen in Kneipen und Restaurants seit Anfang 2007 verboten. Eine Ausnahme sind abgeschlossene und belüftete Räume, in denen allerdings nur geraucht, aber weder gegessen noch getrunken werden darf. In der bisherigen Gesetzesfassung war das Rauchen in gekennzeichneten offenen Bereichen in Kneipen und Restaurants erlaubt.

Schutz von Mitarbeitern und Kunden

Mit der Reform will der Gesetzgeber Arbeitnehmer und nicht-rauchende Kunden vor negativen gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens schützen. An vielen anderen Arbeitsplätzen in Finnland ist das Rauchen bereits verboten.

Sozial- und Gesundheitsministerium sowie das Nationale Public-Health-Institut haben die Gesetzesänderung sehr unterstützt. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen haben teilweise an dem Vorschlag für einen weitreichenden Schutz vor Passivrauchen in der Gastronomie mitgearbeitet.

Besonders die Inhaber kleiner Kneipen haben gegen das Rauchverbot protestiert. Sie erachten es als unmöglich oder zu teuer, getrennte Räume für Raucher zu schaffen. Da sie in der Vergangenheit keinerlei Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern getroffen haben, müssen sie die Reform bis zum Juli 2007 umsetzen. Größeren Kneipen und Restaurants, die aufgrund der bisherigen Gesetzgebung bereits getrennte Raucherbereiche eingerichtet hatten, gewährt der Gesetzgeber hingegen eine Frist zur Umsetzung der weiterreichenden Maßnahmen bis Juli 2009. Der Gesetzgeber begründet diese zweijährige Frist damit, dass größere Kneipen und Restaurants erst im Jahr 2000 aufgrund einer früheren Reform des Tabakgesetzes in technische Vorkehrungen zur Verhinderung der Ausbreitung des Rauches investieren mussten.

Zudem befürchten die Inhaber von Kneipen und Restaurants, dass ihre Gäste nicht mehr so viel Zeit in Kneipen und Restaurants verbringen werden wie früher.

60 Prozent der finnischen Bevölkerung hatten im Jahr 2005 ein Rauchverbot in Kneipen und Restaurants befürwortet. Die Reform wird einen signifikanten Effekt auf das aktive und passive Rauchen in Kneipen und Restaurants haben. Wahrscheinlich wird ein großer Teil der Kneipen und Restaurants keine separaten Raucheräume einrichten, sodass das gesamte Lokal rauchfrei ist.

Mit dem vor einem Jahr verabschiedeten Gesetz geht ein langer Prozess zu Ende. Bis 2000 war das Rauchen in Kneipen und Restaurants uneingeschränkt erlaubt. Danach war nach einer Gesetzesreform das Rauchen nur noch in bestimmten Bereichen von Kneipen und Restaurants gestattet. Insgesamt durfte diese den Rauchern überlassene Fläche nicht mehr als die Hälfte der Gesamtfläche in Anspruch nehmen. Zudem mussten Kneipen und Restaurants technische Vorkehrungen (z.B. Wände, wirksame Lüftung) treffen, die eine Ausbreitung des Rauches in die Nichtraucherbereiche der Kneipe oder des Restaurants verhindern sollten. Eine Ausnahme stellten Kneipen und Restaurants dar, die kleiner als 50 Quadratmeter waren. Dort war das Rau-

**Protest von
Kneipen- und
Restaurant-
besitzern**

**Mehrheit der
Bevölkerung für
Rauchverbot**

**Langer Weg zum
Rauchverbot**

chen bislang weiterhin erlaubt, da technische Vorkehrungen zur Verhinderung der Ausbreitung von Rauch als unmöglich oder schwer umsetzbar bewertet wurden. Da aber nachweislich weder die Trennung in Raucher- und Nichtraucherbereiche noch technische Maßnahmen ausreichen, um Mitarbeiter und Gäste effektiv vor dem Passivrauchen zu schützen, wurde das Gesetz mit der aktuellen Reform geändert.

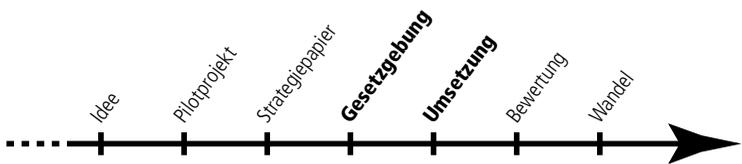
**Irland und
Norwegen
Vorbilder**

Die Anregung sowie wertvolle Erfahrungen zum Rauchverbot in Kneipen und Restaurants kamen aus Irland und Norwegen. In diesen Ländern waren bereits vor längerer Zeit umfassende Rauchverbote vorbereitet und im Jahr 2004 umgesetzt worden. Die Erfahrungen waren überwiegend positiv. Italien und Schweden hatten ähnliche Verbote bereits früher eingeführt.

Literatur und Links

Vuorenkoski, Lauri. »Ban on smoking in pubs and restaurants«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/fi/a8/1.

Österreich: Preispolitik, Rauchverbot und Telefon-Hotline zur Reduktion des Tabakkonsums



Mit einer höheren Tabaksteuer und Mindestpreisen für Tabakprodukte hat die österreichische Regierung in den letzten zwei Jahren zusätzliche negative finanzielle Anreize für Raucher geschaffen. Zudem werden die Missachtung von Rauchverböten und die fehlende Kennzeichnung von Nichtraucherbereichen in Gaststätten mit einer Geldstrafe geahndet. Zur Unterstützung von Rauchern, die das Rauchen aufgeben wollen, wurde eine österreichweite kostenlose Telefon-Hotline eingerichtet.

Steuern auf Tabakprodukte wurden in Österreich mehrfach erhöht, zuletzt im Jahr 2005 um 18 Cent pro Packung. Im Mai 2006 wurde ein gesetzlicher Mindestverkaufspreis (Preisuntergrenze) von 3,25 Euro pro Packung festgelegt, der seit August 2006 zu zahlen ist. Die Anzahl der rauchenden Jugendlichen ist innerhalb der letzten Jahre gestiegen – und die internationale Literatur zeigt, dass besonders Jugendliche sehr preissensitiv auf steigende Zigarettenpreise reagieren (ENSP 2004).

**Tabaksteuer und
Mindestpreise**

Im Zusammenhang mit dem »Gesundheitsreformgesetz 2005« (siehe Ausgabe 4: »Organisationsreform«) wurde ein Rauchverbot an allen öffentlichen Plätzen (von dem es allerdings zahlreiche Ausnahmen gibt) und ein generelles Werbeverbot für Tabakwaren mit Ausnahme von Plakat- und Kinowerbung eingeführt. Letztere ist seit dem 1. Januar 2007 auch verboten. Zudem gebietet das Gesetz eine Kennzeichnung der Plätze, an denen das Rauchen verboten ist. Seit dem 1. Januar 2007 kann die fehlende Kennzeichnung von Nichtraucherzonen mit einem Bußgeld bis zu 720 Euro belegt werden.

**Rauchverbot mit
Ausnahmen**

In einer Kooperation zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den meisten Bundesländern wurde eine täglich erreichbare Telefon-Hotline eingeführt, die aufhörwilligen Rauchern einen niedrighschwelligeren Zugang zur Beratung durch zertifizierte Psychologen bietet. Das »Rauchertelefon« kann österreichweit zum Ortstarif angerufen werden, obwohl die Bundesländer Salzburg und Tirol nicht an der Kooperation teilnehmen. Die Kooperation wird aus Tabaksteuereinnahmen finanziert; die Investitionskosten werden von der Sozialversicherung getragen, und laufende Kosten werden zwischen Sozialversicherung und Bundesländern geteilt. Mit dieser Initiative wurde Österreich Mitglied im European Network of Quitlines, einem europäischen Netzwerk von derzeit 27 Ländern, das im Jahr 2001 gegründet wurde. Es wird von der Europäischen Kommission finanziert und kooperiert mit dem »European Network for Smoking Prevention«. Ziele sind der Austausch von Informationen und »best practice« der Telefonberatung von Rauchern (www.enqonline.org/public/aboutus.php).

»Quitline«

Da Kooperationen verschiedener Akteure in Österreich im Bereich der Gesundheitsförderung eher selten sind, kann die zwischen Bundesländern und Sozialversicherung vereinbarte öster-

reichweite Telefonberatung als sehr innovativ gewertet werden. Der Erfolg der »Quitline« wird auch davon abhängen, ob und wie häufig die Telefonberatung in Anspruch genommen wird. Das macht eine Evaluation erforderlich. Hierfür ist u. a. der wissenschaftliche Beirat für das Raucher-Telefon zuständig.

**Europäische
Kommission
missbilligt
Mindestpreise**

Die Europäische Kommission hatte im April 2006 angekündigt, gegen die Mindestpreisregelungen in Österreich, Belgien, Frankreich, Italien und der Republik Irland in einem Vertragsverletzungsverfahren vorzugehen. Brüssel befürchtet, dass Mindestpreise den Wettbewerb verzerren und die Rechte der Hersteller, ihre Verkaufspreise zu bestimmen, unzulässig einschränken.

Obwohl Einigkeit zwischen den relevanten Stakeholdern über die Notwendigkeit von Anti-Raucher-Politik herrscht, gehen die Meinungen über die richtigen Strategien und Maßnahmen weit auseinander. Besonders die Einführung von Preisuntergrenzen im Mai 2006 wird kontrovers diskutiert.

**Floriert der
Schwarzmarkt
dank Mindest-
preisen?**

Die Sozialdemokratische Partei Österreichs hält die Einführung von Mindestpreisen ebenfalls für ein falsches Signal, das zudem gegen EU-Gesetzgebung verstößt. Sie plädiert für eine Mindestverbrauchssteuer auf Tabakprodukte in Kombination mit einer Untergrenze der Gewinnspanne für die Hersteller. Darüber hinausgehende Steuereinnahmen sollten für Gesundheitsprävention verwendet werden. In diesem Zusammenhang wird oft angemerkt, dass die Einnahmen aus der Tabaksteuer, die für Prävention und Aufklärung herangezogen werden sollen, wegen des zunehmenden Zigaretten Schmuggels sehr viel niedriger als erwartet ausfallen. Weiterhin fordert die SPÖ eine Bewertung der staatlichen Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern in Bars und Restaurants.

Vertreter von Austria Tabak und British American Tobacco sehen die Einführung von Mindestpreisen als einen rechtswidrigen Eingriff in den freien Wettbewerb. Weiterhin sind sie – wie auch die Freiheitliche Partei Österreichs – der Ansicht, dass der Schwarzhandel durch Mindestpreise angeheizt werden wird.

**Preisuntergrenze
notwendig, aber
nicht hinreichend**

Die Grünen – Die Grüne Alternative, die österreichische Ärztekammer, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Tabakhändler unterstützten die Einführung von Preisuntergrenzen bei Tabakprodukten. Sie halten Preisinstrumente zur Reduktion der Anzahl junger Raucher für wirkungsvoll.

ler als Rauchverbote. Den genannten Parteien und Akteuren gehen die Maßnahmen der Regierung aber nicht weit genug. Die Grünen und die Ärztekammer halten einen umfassenderen Schutz von Nichtrauchern besonders im Hotel- und Gaststättengewerbe durch ein komplettes Rauchverbot für erforderlich.

Preisuntergrenzen für Zigaretten belasten Haushalte mit geringem Einkommen überproportional stark. Während Mindestpreise sehr wahrscheinlich junge Menschen davon abhalten, mit dem Rauchen anzufangen, könnten sie soziale Ungleichheiten verstärken. Derzeit gibt es in Österreich keine Studien über den Einfluss von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf das Gesundheitsverhalten bestimmter sozioökonomischer Gruppen.

Die Österreichische Handelskammer ist gegen ein verbindliches Rauchverbot in Bars und Restaurants. In einem freiwilligen Abkommen mit dem Gesundheitsministerium hat sich die Handelskammer verpflichtet, in Räumen mit weniger als 75 m² rauchfreie Zonen einzurichten. 40 Prozent der Plätze dort sollen rauchfrei sein. Mit diesem Vorschlag reagiert die Handelskammer auf Forderungen der Ärztekammer, zunächst die Prävalenz des Rauchens zu verringern, ehe ein komplettes Rauchverbot in Bars und Restaurants verhängt werde.

Sind Mindestpreise sozial ungerecht?

Handelskammer für Selbstverpflichtung in kleinen Gaststätten

Literatur und Links

Hofmarcher, Maria M., und Gerald Sirlinger. »Austria's anti-smoking strategies«. *Health Policy Monitor*. Oktober 2006. www.hpm.org/survey/at/a8/1.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. *Rauchverhalten in Österreich – Ergebnisse unterschiedlicher Quellen*. Wien 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherschutz (Tabakgesetz), Wien 2006. [www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/0/7/CH0031/CMS1157719354616/14\)_tabakgesetz_konsolidiert_i_d_g_f.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/0/7/CH0031/CMS1157719354616/14)_tabakgesetz_konsolidiert_i_d_g_f.pdf).

- Dür, Wolfgang, Kristina Fürth, Katrin Indra und Monika Wimmer. »Mädchen, Burschen, Rauchen: Gemeinsamkeiten der Geschlechter bei ihren RaucherInnenkarrieren«. *Männer, Frauen, Sucht*. Hrsg. Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Lentner und Rudolf Mader. Wien 2004.
- ENSP – European Network for Smoking Prevention. *Effective Tobacco Prevention Policies in 28 European Countries*. 2004. www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf.
- European Network of Quitlines. www.enqonline.org/public/aboutus.php.
- Hofmarcher, Maria M., und Herta Rack. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Berlin 2006.
- Pelikan, Jürgen M., Christina Dietscher, Peter Nowak, Karl Krajic, Thomas Stidl und Hermann Schmied. *Projekt »Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser«*. *Endbericht 2004*. Wien 2004.

Reformverzeichnis

Land, Thema, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Arzneimittelpolitik

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

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation von Health Connect; VI, 24

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pflegenotstand; II, 79

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

Finanzierung und Vergütung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Informationstechnologien

Health Connect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Leitliniendatenbank für Krebstherapie; VI, 84

Integrierte Versorgung

Optionen für Versorgung von Krebspatienten; VI, 55

Primärversorgung
Vergütung der Hausärzte; IV, 52

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

Public Health und Prävention
Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77
Darmkrebs-Screening zukünftig ab 55 Jahre; VII/VIII, 213

Versorgung chronisch Kranker
Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker;
III, 30
Change Management für Hausärzte; III, 32
Chronic Care Collaboratives; VI, 49

Zugang zum Gesundheitssystem
Produktausweitung der privaten Krankenversicherung;
VII/VIII, 86

Dänemark

Alternde Gesellschaft
Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik
Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

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

Finanzierung und Vergütung
Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung – Krankenhäuser,
Landkreise und Anreizsysteme; I, 23

Informationstechnologien
Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62

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

Nutzerorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

Public Health und Prävention

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

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

Zugang zum Gesundheitssystem

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Deutschland

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um ein Zentrum für Qualität in der Medizin; I, 28

Estland

Informationstechnologien

Nationales Gesundheitsinformationssystem; VI, 75

Patientenorientierung

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

Finnland

Antitabakpolitik

Rauchverbot in Kneipen und Restaurants; VII/VIII, 230

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Umfassendes Arzneimittelreformpaket; VI, 112

Finanzierung und Vergütung

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Nutzerorientierung und Partizipation

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten Versorgung;
I, 30

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

Primärversorgung

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 117

Regierung setzt kürzere Wartezeiten durch; VII/VIII, 41

Public Health und Prävention

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

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Zugang zum Gesundheitssystem

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

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

Frankreich

Alternde Gesellschaft

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

Arzneimittelpolitik

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Fachkräfteentwicklung

Ärztemangel – unklare Daten und Konsequenzen; VI, 94

Zukunftsplan gegen drohenden Ärztemangel; VII/VIII, 175

Finanzierung und Vergütung

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72

»Hôpital 2007«; V, 37

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

Integrierte Versorgung

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

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

Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Benchmarks zur Reduzierung von Krankenhausinfektionen;

VII/VIII, 130

Zugang zum Gesundheitssystem

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

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

Großbritannien

Alternde Gesellschaft

England: Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25
England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik

England und Wales: Bilanz nach vier Jahren Arzneimittel-
bewertung durch NICE; II, 52

Bedarfsorientierte Versorgung

Praxis eigene Budgets für Hausärzte; VII/VIII, 51
England und Wales: Das 12. NICE Arbeitsprogramm: Bewertung
von Public-Health-Programmen und neuen Technologien;
II/VIII, 54

Fachkräfteentwicklung

Hausärzte und Gesundheitserzieher für unterversorgte Regionen;
VI, 102

Finanzierung und Vergütung

England und Wales: Alternativen zur staatlichen Finanzierung
des Gesundheitswesens; I, 21
England und Wales: Stärkung des privaten Sektors; I, 22
England und Wales: Neue Formen stationärer Versorgung
(NHS Foundation Trusts); I, 25
England und Wales: 10 Jahre Labour – Mehr Markt, mehr Wahl
auch im Gesundheitswesen; VII/VIII, 37
England und Wales: Neues Vergütungssystem für Zahnärzte;
VII/VIII, 181

Integrierte Versorgung

Reform von Pflege und Sozialdienst; VI, 57

Nutzerorientierung und Partizipation

England: Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Primärversorgung

England und Wales: Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47
England: Bürger entscheiden bei Primärversorgung mit; VII/VIII, 122

Public Health und Prävention

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

England: NHS Foundation Trusts; IV, 59

Versorgung chronisch Kranker

England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28

Zugang zum Gesundheitssystem

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

Israel

Alternde Gesellschaft

Maßgeschneiderte Versorgung für Ältere; VII/VIII, 152

Bedarfsorientierte Versorgung

Behandlung von psychischen Störungen in der Primärversorgung; VII/VIII, 60
E-Learning für Ärzte zum Thema Frauengesundheit; VII/VIII, 64

Evaluation im Gesundheitswesen

Audit für Krankenhauszulassung; VI, 32

Fachkräfteentwicklung

Ambulante Ausbildung von Fachärzten; VI, 98

Informationstechnologie

Israel: Institutionsübergreifende elektronische Patientenakte; VI, 71

Organisationsreform

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Palliative Versorgung

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112

Public Health und Prävention

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84

Sharons Erkrankung steigert Interesse für Schlaganfallprävention; VII/VIII, 223

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

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

Japan

Fachkräfteentwicklung

Erstmals Arbeitserlaubnis für philippinische Pflegekräfte; VII/VIII, 169

Finanzierung und Vergütung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Public Health und Prävention

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

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

Zugang zum Gesundheitssystem

Höhere Zuzahlungen für ältere Menschen; VII/VIII, 80

Kanada

Bedarfsorientierte Versorgung

Nationale Strategie für psychische Gesundheit; VII/VIII, 57

Fachkräfteentwicklung

Interdisziplinäre Weiterbildung; VI, 96

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

Integrierte Versorgung

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Kanada: Integrationsnetzwerke in Ontario; VI, 54

Nutzerorientierung und Partizipation

Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III, 25

Patientensicherheit und Fehlerprävention

Institut für Patientensicherheit; V, 69

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27

Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Versorgung chronisch Kranker

Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Zugang zum Gesundheitssystem

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

Neuseeland

Alternde Gesellschaft

Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

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

Arzneimittelpolitik

Weiterhin Direktwerbung; II, 63

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

Evaluation im Gesundheitswesen

Performance Evaluation Programme; VI, 34

Fachkräfteentwicklung

Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung; VII/VIII, 165

Finanzierung und Vergütung

Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Informationstechnologien

Elektronische Risikoanalyse bei Herzkrankheiten und Diabetes;
VI, 82

Primärversorgung

Primary-Health-Organisationen; I, 41

Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Psychische Gesundheit

Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Nationaler Aktionsplan für Kampf gegen Krebs; V, 87

100 Prozent rauchfrei; V, 108

Let's Beat Diabetes; VII/VIII, 215

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Zugang zum Gesundheitssystem

Geringere Zuzahlungen für Hausarztbesuche; VII/VIII, 82

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

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

Fachkräfteentwicklung

»Nurse practitioners«; II, 78

Finanzierung und Vergütung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Nutzerorientierung und Partizipation

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

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Krankenversicherungsreform; VI, 107

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

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Antitabakpolitik

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

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Finanzierung und Vergütung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Informationstechnologien

Gesundheitstelematikgesetz; VI, 79

Organisationsreform

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

Patientenorientierung

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

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

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

Polen

Arzneimittelpolitik

Mehr Transparenz bei der Arzneimittelvergütung; VII/VIII, 198

Evaluation im Gesundheitswesen

Agentur für Health Technology Assessment; VI, 30

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Evaluation im Gesundheitswesen

Programm Evaluation Komplementärmedizin; VI, 26

Finanzierung und Vergütung

Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; I, 20

Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65

Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71

Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77

Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämiensystem; V, 33

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Informationstechnologie

Gesundheitskarte und elektronisches Gesundheitsnetz – das Modellprojekt im Tessin; VI, 68

Organisationsreform

Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

Public Health und Prävention

Präventionsgesetz soll für Transparenz und Gleichheit sorgen; VII/VIII, 219

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52

Singapur

Alternde Gesellschaft

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

Bedarfsorientierte Versorgung

Ambulante DMPs für chronisch Kranke; VII/VIII, 68

Fachkräfteentwicklung

Weiterbildungsstandards für Allgemeinmedizin; VI, 104

Finanzierung und Vergütung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18

Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield;
I, 19

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

Medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68

Informationstechnologien

Transparenz im Web senkt Krankenhaustarife; V, 116

Outsourcing von Röntgendiagnostik nach Indien; VII/VIII, 183

Organisationsreform

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell;
IV, 75

Zugang zum Gesundheitssystem

Reform der Hochrisikoversicherung Medishield; VII/VIII, 84

Slowenien

Fachkräfteentwicklung

Unabhängige Fachärzte; VI, 100

Kampf gegen Mangel an Krankenschwestern; VII/VIII, 179

Finanzierung und Vergütung

Risikostrukturausgleich bei Zusatzversicherungen;
VII/VIII, 116

Spanien

Alternde Gesellschaft

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

Arzneimittelpolitik

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56

Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem; V, 58

Gesetzesentwurf zur Rationalisierung des Arzneimittelverbrauchs; VII/VIII, 196

Finanzierung und Vergütung

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Integrierte Versorgung

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38

Das Denia-Modell; VI, 51

Informationstechnologien

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Public Health und Prävention

Schwaches Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32

Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Zugang zum Gesundheitssystem

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

Nationale Pflegeversicherung; VII/VIII, 107

Südkorea

Arzneimittelpolitik

Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln;
II, 60

Leistungskatalog

Ausweitung des Leistungskatalogs; VI, 110

Organisationsreform

Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Public Health und Prävention

Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42

Tabaksteuer und Gesundheitsförderung; V, 107

Gesundheitsförderung durch traditionelle Medizin;
VII/VIII, 211

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Alternde Gesellschaft

Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik

Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74

Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente;
IV, 80

Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53

Kalifornien: Gesetz zur Sicherheit von Kosmetika; VI, 108

Medicare Part D eingeführt; VII/VIII, 192

Fachkräfteentwicklung

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel;
II, 80

Finanzierung und Vergütung

Steuerzuschüsse zum Erwerb der Krankenversicherung für Nicht-Versicherte; I, 47
Krankenversicherungspflicht für alle; V, 18
Massachusetts – Krankenversicherung für alle; VII/VIII, 105

Informationstechnologien

Elektronische Verschreibung von Arzneimitteln; VII/VIII, 201

Integrierte Versorgung

Medicare-Pilotprojekte zur Versorgung chronisch Kranker;
VI, 46

Patientensicherheit und Fehlerprävention

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

Public Health und Prävention

Verbot von Softdrinks an Schulen in Kalifornien; III, 44
Kampf gegen die Übergewichtsepidemie; V, 99

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen; I, 33

Zugang zum Gesundheitssystem

Pläne für die Reform der staatlichen Krankenversicherungen Medicaid und SCHIP; I, 44
Kalifornien: Managed-Care-Träger für arbeitgebergebundene allgemeine Krankenversicherung; I, 48
Hawaii: Neuerlicher Gesetzentwurf für eine allgemeine Krankenversicherungspflicht; I, 49
Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz; II, 69
Oregon: Oregon Health Plan – Der Anfang vom Ende; III, 70
Kalifornien: Volksabstimmung zu Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73
Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig; IV, 35

Preisnachlässe für verschreibungspflichtige Medikamente für
unversicherte Kalifornier; VII/VIII, 89
Erste Erfahrungen mit Gesundheitssparkonten; VII/VIII, 91
CMS veröffentlicht Preise für Krankenhausleistungen;
VII/VIII, 96

