



# Health System Watch

## Erfolg und Scheitern von Gesundheitsreformen: Ursachen und Reformanalysen für die USA und Ungarn

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Susanne Mayer\*

### Zusammenfassung

Die Anpassungsfähigkeit von Gesundheitssystemen an die gesellschaftlichen Entwicklungen erfordert kontinuierliche Reformbemühungen, deren Erfolg oder Misserfolg von einer Reihe von Determinanten abhängt, die die Wissenschaft erst besser zu verstehen beginnt. Zum einen ist dies Information über das Gesundheitswesen und die Zusammenhänge, die frühzeitige Einbindung von Experten und Betroffenen, die notwendige politische Durchsetzungskraft und das richtige Ausmaß von (De-)Zentralisierung.

Diese Faktoren lassen sich anhand von Reformen in den USA und Ungarn gut empirisch nachweisen. Während Präsident Obama viele Fehler der Ära Clinton vermieden hat und versucht, Stakeholder, Experten und Bevölkerung einzubinden, liefern der komplexe politische Prozess in den USA und die hohe Dezentralisierung für Lobbyisten zahlreiche Angelpunkte, seine Bemühungen zu torpedieren. In Ungarn zeigten sich in der Transformationsphase um 1990 mit ihren homogenen politischen Verhältnissen große Erfolge, während mit der mangelnden politischen Kontinuität der Folgejahre Reformen nur zögerlich voranschritten. Die jüngste spektakulär gescheiterte Reform, die auch zu einer stärkeren Privatisierung der Krankenversicherung hätte führen sollen, beschleunigte 2008 gleich auch die Auflösung der Koalitionsregierung. Zu hohes Tempo, mangelndes Expertenwissen und fehlende Einbindung der Bevölkerung trugen dazu bei.

### Determinanten für den Erfolg bzw. das Scheitern von Gesundheitsreformen

Eine zunehmend alternde Bevölkerung und gleichzeitig fortschreitende Technologien im medizinisch-technischen Bereich werden in den kommenden Jahrzehnten einen großen Kostendruck auf die westlichen Gesundheitssysteme ausüben. Vor diesem Hintergrund werden auch in Zukunft Systemreformen<sup>1</sup> im Gesundheitsbereich, die den bestmöglichen und kosteneffizientesten Einsatz der Ressourcen sicherstellen, an Notwendigkeit nicht einbüßen.<sup>2</sup> Wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema befassen sich bislang allerdings mehrheitlich mit den Inhalten solcher Reformen, die den beschriebenen Herausforderungen begegnen sollen. Und obwohl gilt: „Content matters“, ist die

\* Alle: Institut für Höhere Studien  
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at.  
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

1 Reformen im Gesundheitswesen werden als strukturelle Veränderungen definiert, die dazu implementiert werden, die Performance in einer oder mehreren Dimensionen zu verbessern. Damit sind sie von inkrementellen Umwälzungen, die systeminhärent sind, oder von anderen, nicht intendierten Veränderungsfaktoren zu unterscheiden. Vgl. Saltman R. B., Figuers J. (1997), European health care reform: Analysis of current strategies, World Health Organization, Regional Publications, European Series, No. 72, S. 3, sowie OECD (2009): Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6, S. 5.  
2 Vgl. Saltman R. B., Figuers J., Sakellarides C. (1998), Critical challenges for health care reform in Europe. World Health Organization, Open University Press: Buckingham, Philadelphia, S. V.

Zusammenfassung

Determinanten für den Erfolg bzw. das Scheitern von Gesundheitsreformen





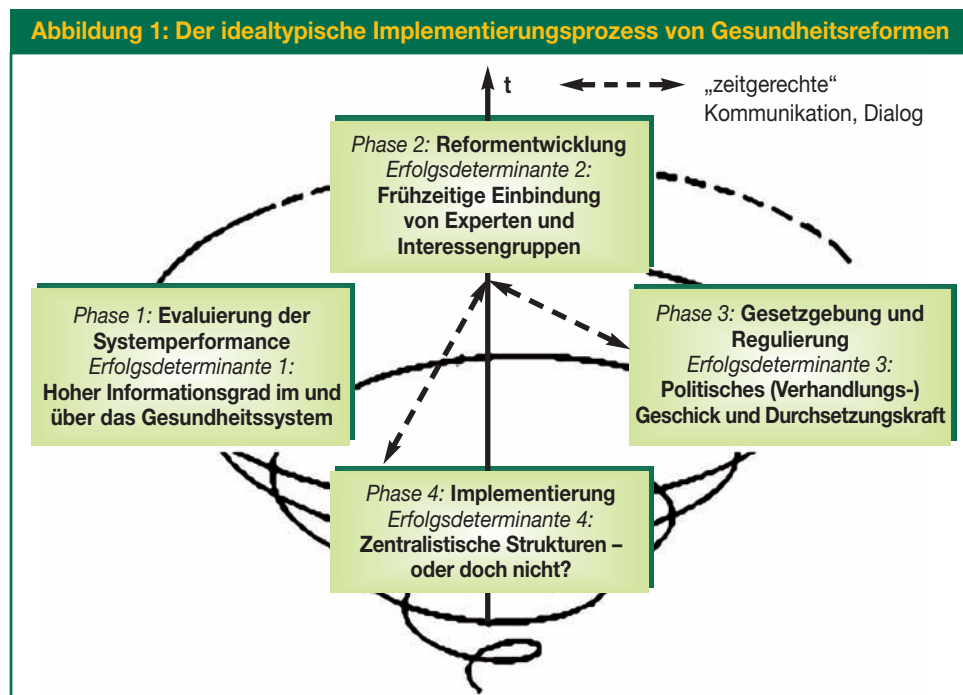
## Der Implementierungsprozess von Gesundheitsreformen

Ausgestaltung der Implementierung für Erfolg bzw. Scheitern der Reform mindestens ebenso bedeutsam.

Im Fokus des vorliegenden Beitrags stehen somit jene Faktoren, die den Erfolg oder das Scheitern des Implementierungsprozesses einer Gesundheitsreform determinieren. An dieser Stelle sei angemerkt, dass nicht alle potenziellen Determinanten von den für die Reformen im Gesundheitsbereich verantwortlichen Akteuren steuerbar sind. So handelt es sich beim Wachstum des Bruttoinlandsprodukts oder auch bei der konstitutionellen Ausformung eines Landes – zweifelsohne bedeutsame Rahmenbedingungen für Gesundheitsreformen – im Prinzip um exogene Einflussgrößen.<sup>3</sup> Im Folgenden möchten wir nur jene Faktoren behandeln, die zumindest teilweise bzw. kurz- oder mittelfristig von den politischen Verantwortungsträgern gesteuert werden können. Als roter Faden fungiert der zeitliche Ablauf der Implementierung einer Reform, anhand dessen die Erkenntnisse aus den Reformenerfahrungen der OECD-Länder beschrieben werden.<sup>4</sup>

### Der Implementierungsprozess von Gesundheitsreformen

Idealtypisch ist der Prozess der Implementierung einer Reform<sup>5</sup> – nicht nur im Gesundheitsbereich – zyklusartig ausgestaltet (Abbildung 1). Ebenso wie die zeitgerechte Kommunikation und der Dialog zwischen den einzelnen Stufen ist dabei der positive Verlauf jeder einzelnen Phase zwingend erforderlich für den Gesamterfolg des Prozesses. An dessen Beginn und von zentraler Bedeutung steht die Evaluierung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Aufbauend auf den erhobenen Unzulänglichkeiten wird von den Systemverantwortlichen in einem weiteren Schritt das Design der Reform entworfen, das in Stufe drei – ausreichend Führungskraft und politisches Durchsetzungsvermögen auf Seiten der Verantwortlichen vorausgesetzt – in Gesetzgebung, Regulierung und andere Maßnahmen übersetzt wird. Letztlich wird die Reform von den Akteuren, die mit der Finanzierung des Systems oder der Bereitstellung der Leistungen betraut sind, implementiert. Geschlossen und potenziell von neuem in Gang gesetzt wird der Kreislauf, indem die Reform nach einiger Zeit wiederum einer Evaluation unterzogen wird.



Quelle: Eigene Darstellung nach Nutley S., Smith P. C. (1998), League Tables for Performance Improvement in Health Care. Journal of Health Service Research Policy, 3(1).

3 Vgl. OECD (2009), Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6, S. 5.  
 4 Zusammengefasst in folgenden zwei Artikeln: OECD (2008): Making Reform Happen: Project Framework and Plans, SG/MRH(2008)1, Paris, sowie OECD (2009), Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6.  
 5 Vgl. Nutley S., Smith P. C. (1998), League Tables for Performance Improvement in Health Care, Journal of Health Service Research Policy, 3(1), in: OECD (2009), Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6.





Es zeigt sich also, dass das idealtypische Verständnis eines Reformprozesses diesen als im Prinzip „unendlich“ charakterisiert. Und tatsächlich ist es unrealistisch, eine einzige Gesundheitsreform als einmalige und isolierte Lösung aller identifizierten Defizite auf einen Schlag zu verstehen. Denn keine Reform wird im luftleeren Raum vollzogen: Der Kontext, in den diese eingebettet ist, sowie der Prozess der Verwirklichung nehmen wesentlichen Einfluss auf deren Gelingen. Auch den Akteuren, die von der Reform betroffen sind oder auf diese einwirken können, kommt eine entscheidende Rolle zu.<sup>6</sup> Die Reform wirkt also eingebettet in ein System, und so sind unerwartete und unbeabsichtigte „Nebenwirkungen“ ein häufiges Problem, das nach weiteren strukturellen Veränderungen verlangt. Erfolg oder Scheitern von Gesundheitsreformen hängt also selten lediglich von einer einzigen Ursache ab. Und nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb des Gesundheitssystems wirken Kräfte, die das Endresultat erheblich beeinflussen.<sup>7</sup> Die Realität zeigt, dass auch externe Einflüsse wie technologische Innovationen oder ökonomische Krisen eine Motivation für das Beschreiten eines „neuen Weges“ sein können.<sup>8</sup> Denn als wesentliches Erklärungselement für die Entwicklung von Systemen gilt in der Politikwissenschaft die Pfadabhängigkeit. So kann den Akteuren in ihren Handlungen zwar Rationalität unterstellt werden, allerdings mit dem Hinweis darauf, dass diese nicht isoliert agieren. Der historische Kontext eines Gesundheitswesens kann also nicht einfach so abgestreift werden. Mehr noch: Der Kontext formt die Entwicklung des Gesundheitswesens entscheidend. Diese Erkenntnis erlangt vor allem vor dem Hintergrund internationaler Systemvergleiche und dem Versuch, Best Practices zu übernehmen, Relevanz, da die Systemresultate auch im nationalen Kontext zu bewerten sind.<sup>9</sup>

Die idealtypische Gesundheitsreform verfolgt im Wesentlichen mehrere Teilziele, die sich gegenseitig konterkarieren können: Im Rahmen einer Reform Erfolg und Nachhaltigkeit sowie die Geschwindigkeit der Implementierung zu maximieren, nicht jedoch die dafür aufzuwendenden Ressourcen kann sich widersprechen. Tatsächlich kommt es in der Realität oft zu einem Trade-off zwischen den einzelnen Teilzielen. Gegen eine einzige, alles umfassende Reform sprechen auch andere Einflussfaktoren, die sich auf längere Sicht drehen können: Sich verändernde Erwartungen auf Seiten der Konsumenten oder sich verändernde Ressourcen beispielsweise können weitere Reformen implizieren.<sup>10</sup>

## **Erfolgsdeterminante 1: Hoher Informationsgrad im und über das Gesundheitssystem**

Auch für das Gesundheitswesen gilt: ohne akkurate Diagnose keine „Heilung“. Der Grundstein für eine erfolgreiche Gesundheitsreform wird also mit einer präzisen Bestimmung allfälliger Defizite gesetzt, die letztlich als Abweichungen der allgemein verfolgten Gesundheitsziele zu verstehen sind. Informationen aller Art, d. h. Analysen, evidenzbasierte Gutachten oder internationale Vergleiche, können dafür dienlich sein. Unterminiert wird diese Forderung von in der Realität herrschenden Informationsasymmetrien, die zwischen Leistungserbringern, Regierungsmitgliedern, diversen Stakeholdern und Patienten bestehen. Und auch die Tatsache, dass derartige Forschungsergebnisse den Charakter öffentlicher Güter aufweisen, indem sie für alle zugänglich sind und durch die Nutzung eines weiteren Akteurs keine zusätzlichen Kosten anfallen, verführt eher dazu, als Trittbrettfahrer bestehende Quellen zu nützen, als diese Lücken selbst zu schließen; solche Informationen sind also von einer kollektiven Ebene bereitzustellen.<sup>11</sup>

So präsentiert sich die Datenlage, je nach Fragestellung, in unterschiedlicher Qualität und Quantität. Während in Bezug auf die Daten zum Zugang („access“) zu Gesundheitsleistungen die OECD beispielsweise von ausreichend Material zur Beurteilung berichtet, gestaltet sich die Evaluierung hinsichtlich Systemeffizienz („efficiency“), die eine mögliche Ergebnismessung voraussetzen würde, als erheblich schwieriger. Neben harten Fakten kann in diesen Bereichen auch eine veränderte subjek-

6 Vgl. Walt G. (1998), Implementing health care reform: A framework for discussion, in: Saltman R. B., Figuers J., Sakellarides C. (Hrsg.), Critical challenges for health care reform in Europe, World Health Organization, Open University Press: Buckingham, Philadelphia, S. 365, 378.

7 Vgl. Saltman R. B. (2002), The Western European Experience with Health Care Reform, abrufbar unter: [http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223_2).

8 Vgl. Oliver A. J., Mossialos E. (2005), European health system reforms: looking backward to see forward?, Journal of Health Politics, Policy and Law, 30(1-2), S. 9, 12.

9 Tuohy C. (1999), Accidental Logics: the Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada, OUP, S. 6 sowie OECD (2009), Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6, S. 7.

10 Vgl. OECD (2009), op. cit., S. 3, 6.

11 Vgl. OECD (2007), op. cit., S. 209.

**Erfolgsdeter-  
minante 1: Hoher  
Informationsgrad  
im und über das  
Gesundheits-  
system**





tive Wahrnehmung der (mangelhaften) Systemperformance zu Reformen motivieren.<sup>12</sup> Vor allem für weniger entwickelte, aber auch für entwickelte Staaten ist bei fehlenden Informationen die Frage nach dem Verhältnis der anfallenden Kosten der Erhebung zum Nutzen im Entscheidungsprozess zu berücksichtigen.<sup>13</sup>

Einen theoretischen Unterbau für diese Phase der Defizitdiagnose im Gesundheitswesen bietet die Versorgungsforschung, beispielsweise nach Pfaff (2003)<sup>14</sup>. Dessen Modell identifiziert den Input (z. B. Ressourcen), Throughput (d. h. Versorgungsstrukturen und -prozesse), Output (Versorgungsleistung) und Outcome (Ergebnis) als relevante, potenziell defizitäre Systemebenen, an die im Zuge von Reformmaßnahmen angeknüpft werden kann.

## **Erfolgsdeterminante 2: Frühzeitige Einbindung von Experten und Interessengruppen**

Die Design-Phase einer Gesundheitsreform kann unterstützt werden, indem explizit dafür verantwortliche Experten oder Kommissionen ernannt werden, die sich sowohl der klaren Diagnose als auch entsprechenden Lösungsfindung widmen.<sup>15</sup> In der konkreten Ausgestaltung der Reform ist vor allem auf deren Durchführbarkeit Wert zu legen. Dazu erforderlich ist ein (Vorab-)Verständnis jener Faktoren, die eine erfolgreiche Reform potenziell torpedieren könnten.<sup>16</sup> Die Vorab-Implementierung von Elementen, die dazu dienen, diese zu entschärfen, hat sich in diesem Zusammenhang bereits bewährt. Diesbezüglich empfiehlt sich auch eine Analyse voraussichtlicher Verteilungsauswirkungen durch die Reform, um – in Bezug auf die Durchführbarkeit – möglichen Oppositionen zukünftiger „Verlierer“ Strategien zu entwerfen. Derartige Schlüssel-Interessengruppen wie die Pharmaindustrie, Ärztekammern oder spezifische Patientengruppen können dann bereits frühzeitig zu einem gemeinsamen Dialog aufgerufen werden. Auch eine Integration institutionalisierter Interessensvertreter in den Reform-Design-Prozess hat sich in der Praxis gut bewährt.<sup>17</sup>

Eine Kalkulation der voraussichtlichen Reformkosten soll außerdem die Frage der Finanzierbarkeit rechtzeitig aufbringen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse dient der Sicherstellung der Wahl der besten Alternative. Um eine Evaluierung nach Abschluss dieser Reform möglich zu machen, sind derartige Schritte bereits im Design der Reform festzuhalten. Dazu kann eine Baseline festgelegt werden, die später von unabhängigen Experten dem erzielten Ergebnis gegenübergestellt wird. Auf eine tatsächliche Messbarkeit des Ergebnisses ist in diesem Zusammenhang im Vorhinein Wert zu legen.

Aber nicht nur die zukünftigen Kosten von Gesundheitsreformen, sondern auch die im Zuge der Evolution des Status quo entstandenen Ressourceneinsätze gilt es zu berücksichtigen auf der Suche nach möglichen Reformbarrieren. Ohne Zweifel wurden bisher nämlich bereits erhebliche Ressourcen politischer, finanzieller, intellektueller und emotioneller Natur investiert in der Entwicklung des Gesundheitswesens – die im Falle einer Neuordnung als irreversible und verlorene Kosten zu verbuchen sind.<sup>18</sup>

## **Erfolgsdeterminante 3: Politisches (Verhandlungs-)Geschick und Durchsetzungskraft**

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung einer Reform im Gesundheitswesen ist eine starke politische Führung, die die dritte und vierte Stufe vorantreiben kann. Neben dem Gesundheitsminister müssen dazu auch die national Ranghöchsten sowie andere Schlüssel-Politiker wie der Finanzminister hinter der Notwendigkeit einer Reform stehen und bereit sein, Ressourcen zu investieren, und dieser Reform, auch gegenüber anderen Vorhaben, Priorität ein-

12 Vgl. OECD (2009), op. cit., S. 9.

13 Vgl. Schieber G. (1995), Preconditions for health reforms: Experiences from the OECD countries, Health Policy, 32, S. 284.

14 Pfaff H. (2003), Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff H., Schrappe M., Lauterbach K. W., Engelmann U., Halber M. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung (S. 13–23). Bern: Verlag Hans Huber.

15 Vgl. OECD (2009), op. cit., S. 9.

16 Vgl. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009), Financing health care in the European Union, Challenges and policy responses, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

17 Vgl. OECD (2008), Making Reform Happen: Project Framework and Plans, SG/MRH(2008)1, Paris, S. 10.

18 Vgl. Oliver A. J., Mossialos E. (2005), op. cit., S. 14.

**Erfolgsdeterminante 2: Frühzeitige Einbindung von Experten und Interessensgruppen**

**Erfolgsdeterminante 3: Politisches (Verhandlungs-)Geschick und Durchsetzungskraft**





räumen. Tuohy (1999)<sup>19</sup> sieht hinter dieser politischen Mobilität die Chance für das Öffnen eines sogenannten „window of opportunity“, also eines Zeitfensters für Veränderungen.

Politisches Geschick ist auch im Umgang mit sogenannten Veto-Playern erforderlich. Darunter werden gemäß Tsebelis (2002) jene individuellen oder kollektiven Akteure verstanden, deren Zustimmung für Veränderungen de facto erforderlich ist, weil sie das Potenzial haben, diese zu blockieren oder zumindest zu untergraben.<sup>20</sup> Reformen sollen langfristige Vorteile für eine breite Bevölkerungsgruppe bringen, womit zumeist kurzfristig der Status quo einer kleinen Gruppe zu opfern ist. Diese wenigen Personen tragen dann die „Kosten“ einer Reform, deren (potenziell unsicherer) Erfolg hingegen allen zukommen wird. Dies kann beobachtet werden, wenn etwa neue Richtlinien für die Versorgung einer spezifischen Patientengruppe implementiert werden mit der Absicht, bei gleicher Qualität Kosten einzusparen, obwohl die tatsächlichen Effekte und auch deren Einsparungseffekt nicht gänzlich abschätzbar sind. Eine solche ungleichmäßige Verteilung der Reformauswirkungen wird von vielen Ökonomen als Schlüsselhindernis für Reformen gesehen.<sup>21</sup>

Koromzay (2004)<sup>22</sup> beispielsweise teilt diese Argumentation und betont in weiterer Folge die Notwendigkeit der Kommunikation potenzieller Reformfolge. Er versteht Reformen als Prozess der Reduktion von Renten oder, mit anderen Worten, eine Veränderung bisheriger Rechte und Ansprüche. Und diejenigen Personen, deren Renten auf dem Spiel stehen, werden diese Situation erkennen und dagegen opponieren. Die bevorteilte Bevölkerung hingegen ist sich ihrer Gewinne (bzw. ihrer Position als Gewinner) weniger bewusst, auch weil diese im Gegensatz zu den drohenden Rentenverlusten laut Koromzay eher einen dynamisch-wechselnden als einen statisch-fixen Charakter aufweisen. Die glaubwürdigen Argumente für eine Reform und deren Ziele sowie potenzielle Erfolge müssen also einer breiten Öffentlichkeit explizit kommuniziert werden.<sup>23</sup> Denn – so zeigen frühe Untersuchungen von Fernandez und Rodrik<sup>24</sup> – ist sich die Allgemeinheit diesbezüglich nicht im Klaren, wird sie sich auf die Seite der Reformgegner stellen und den Status quo einer Veränderung mit unsicherem Ausgang vorziehen.

Die Potenziale politischer Einflussnahme eröffnen sich auch in der Implementierungsphase. Insbesondere wenn die tatsächlichen Leistungserbringer von öffentlicher Hand unabhängig sind, besteht hier großer Verhandlungsbedarf mit diesen Akteuren, um sie ins „Reform-Boot“ zu holen. Ein Grundlagenartikel von Alford (1975)<sup>25</sup> identifiziert in diesem Zusammenhang die „professionellen Monopolisten“, also die Anbieter der Gesundheitsdienste und davon speziell die Ärzte, als die mächtigste Gruppe oder, in der Terminologie von Tsebelis, als Veto-Player. Gerade wenn sie durch die bevorstehenden Veränderungen ihre unabhängige Urteilsfreiheit oder wirtschaftliche Position in Gefahr sehen, avancieren sie zu einer starken Opposition. Andererseits sind auch sie diejenigen, die, wenn sie die Reform unterstützen, bei den Patienten beispielsweise Meinungsführerschaft genießen und somit dafür lobbyieren können.

## **Erfolgsdeterminante 4: Zentralistische Strukturen – oder doch nicht?**

Der Theorie von Tsebelis zufolge variiert die Reformfähigkeit eines Landes sowohl mit der Anzahl solcher Veto-Player als auch deren ideologischer Distanz zueinander. Er argumentiert außerdem, dass diese in einem föderalistischen Staat verstärkt anzutreffen sind und deren Macht auch mit Elementen direkter Demokratie zunimmt. Gemäß Tsebelis' theoretischen Überlegungen verfügen also Staaten mit zentraler und unitärer Führung über größere Reformkapazitäten. Denn mit einer zentralen Organisation des Gesundheitsbereichs geht außerdem die Tatsache einher, dass lokale und regio-

19 Vgl. Tuohy C. (1999), *Accidental Logics: the Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, OUP, S. 12.

20 Vgl. Tsebelis G. (2002), *Veto Players: How Political Institutions Work*, Princeton U. P., S. 2.

21 Vgl. OECD (2008), *Making Reform Happen: Project Framework and Plans*, SG/MRH(2008)1, Paris, S. 11.

22 Vgl. Koromzay V. (2004), *Some reflections on the political economy of reform*. Comments presented to the International Conference on Economic Reforms for Europe: Growth Opportunities in an Enlarged European Union, Bratislava, Slovakia, 18 March, abrufbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/41/59/31506532.pdf>.

23 Vgl. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009), op. cit.; Saltman R. B., Figuers J. (1997), *European health care reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization, Regional Publications, European Series, No. 72, S. 262.

24 Fernandez R., Rodrik D. (1991), *Resistance to Reform: Status Quo Bias in the Presence of Individual-Specific Uncertainty*. *American Economic Review*, 81(5).

25 Alford R. R. (1975), *Health care politics: Ideological and interest group barriers to reform*. *Am J Public Health*, 65(7).

**Erfolgsdeter-  
minante 4:  
Zentralistische  
Strukturen – oder  
doch nicht?**





nale Akteure mit weniger Einflussnahme ausgestattet sind.<sup>26</sup> Eine solche Re-Zentralisierung von wesentlichen Funktionen des Gesundheitswesens konnte in den vergangenen Jahren in einer kleinen, aber wachsenden Anzahl von Ländern wie Polen, der Slowakei oder in den skandinavischen Staaten beobachtet werden. Beispielsweise wurde in Norwegen 2002 im Zuge einer Reform des öffentlichen Krankenanstaltenwesens die Verantwortung und Eigentümerschaft von den 19 Regionen abgezogen, um sie dann seitens des Staates wieder fünf neu gebildeten regionalen, in Regierungsbesitz stehenden, aber unabhängig agierenden Gesundheitsagenturen zuzuteilen.<sup>27</sup> Die Absicht dahinter war auch, die betrieblichen Interventionsmöglichkeiten von regionalen Akteuren zu reduzieren.<sup>28</sup> Und tatsächlich, so die Autoren, war mit dieser Neuorganisation ein Ende der „professionellen Dominanz“ der Ärzte verbunden, was zu einer erheblichen Schwächung der politischen Position dieser Veto-Gruppe führte.<sup>29</sup>

Mit einer solchen zentralen staatlichen Organisation geht allerdings auch die Gefahr einher, dass von der einen Regierung implementierte Reformen von der nächsten wieder umgekehrt werden – der Autor spricht in diesem Zusammenhang vom Gesundheitswesen als „politischem Spielball“.<sup>30</sup> Dem ist hinzuzufügen, dass aber auch das konkrete nationale politische System von Bedeutung ist. Denn in Rechtssystemen wie in Großbritannien, wo auch bei knappem Wahlausgang keine Koalition nötig ist, um Reformen durchzusetzen, können solche Machtdemonstrationen viel extremer ausfallen als beispielsweise in Österreich, wo von vornherein eine – zumindest politisch – breite Basis zur Durchsetzung erforderlich ist. Solche Effekte werden wir auch in der Analyse der Reformbestrebungen in den USA sehen.

Die Empirie zeigt, dass Reformen, die über einen langen Zeitraum mit verschiedenen Stakeholdern diskutiert wurden, potenziell nachhaltiger sind. Genauso kann, wie bereits erwähnt, eine realistische Abschätzung potenzieller Oppositionen im Vorfeld den Erfolg einer Reform signifikant erhöhen. Auch wenn diese Widerstände mit entsprechender politischer Macht übergangen werden können, ist für die Nachhaltigkeit der Reform das Commitment gegnerischer Stimmen definitiv vorteilhafter. In diesem Zusammenhang spielen auch Anreize – sowohl in Form von positiven als auch negativen Sanktionen, materiell oder immateriell – eine entscheidende Rolle. Anreize können von zentraler Stelle nicht nur dazu eingesetzt werden, private Akteure zu motivieren, auch staatliche Stellen mit entscheidender Verantwortung für Schlüsselbereiche im Gesundheitswesen können damit beeinflusst werden. Und nachdem die Bereitstellung dieser auch eine Frage öffentlicher Mittel ist, sei an dieser Stelle auch nochmals auf die erforderliche Ex-ante-Abschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses hingewiesen.<sup>31</sup>

Die USA:  
Ein schwieriges  
Terrain für  
Gesundheits-  
reformer

## **Analyse der aktuellsten Reformen in Ungarn und den USA**

### **Die USA: Ein schwieriges Terrain für Gesundheitsreformer**

Die in diesen Tagen am häufigsten zitierte Kennziffer des US-amerikanischen Gesundheitswesens, die gleichzeitig eines der Hauptprobleme des Systems benennt, bezieht sich auf die Zahl der Unversicherten: 46,3 Millionen Menschen<sup>32</sup>, also rund 15,4 Prozent der in den USA lebenden Bevölkerung, gaben in einer Umfrage des U.S. Census Bureau an, im ganzen Jahr 2008 über keine Krankenversicherung verfügt zu haben.

Dass der Anteil der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz so viel höher ist als aus Europa gewohnt, liegt daran, dass in den meisten Bundesstaaten weder eine Pflichtversicherung wie etwa in Öster-

26 OECD (2007), Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Herausgegeben von Saltman R. B., Bankauskaite V., Vrangbaek K., Open University Press: Berkshire, S. 171.

27 Vgl. Byrkjeflot H., Neby S. (2004), The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison, Stein Rokkan Center for Social Sciences Working Paper 2004.

28 Byrkjeflot H., Neby S. (2004), op. cit., S. 8.

29 OECD (2007), op. cit., S. 172.

30 OECD (2009), op. cit., S. 10, 11.

31 OECD (2009), op. cit., S. 11 ff.

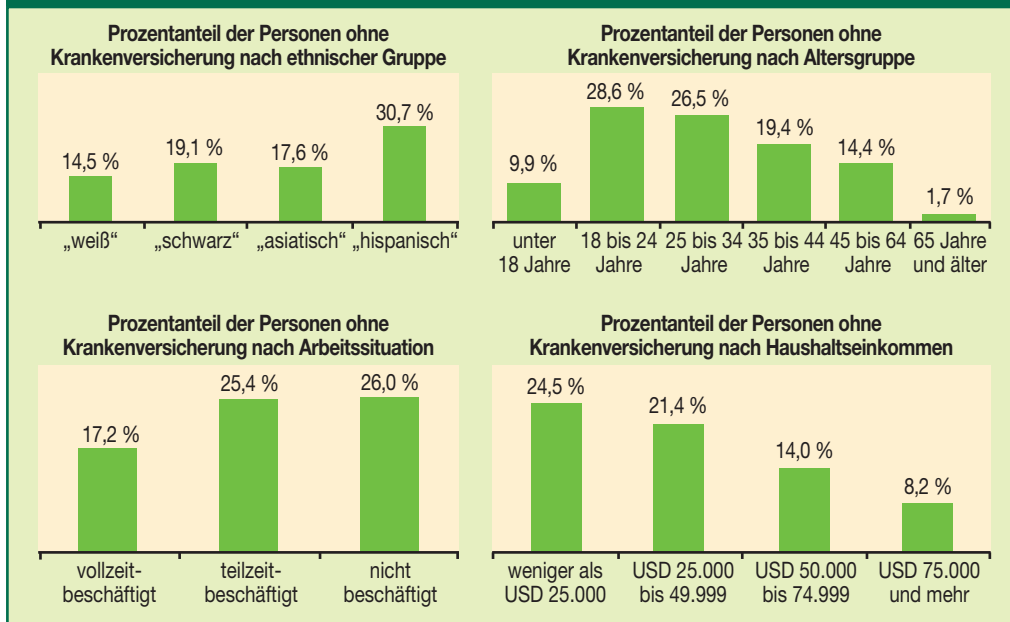
32 Vgl. U.S. Census Bureau (2009), Current Population Reports, P60-236, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., Smith J. C., U.S. Government Printing Office: Washington, D.C., S. 20.





reich noch eine allgemeine Versicherungspflicht wie in Deutschland oder Holland besteht und ein staatlicher Versicherungsschutz nur für gewisse Bevölkerungsteile (Medicare für die Bevölkerung 65+, Medicaid für ansonsten unversicherte Arme und SCHIP für bestimmte Kinder) existiert.

**Abbildung 2: Charakteristika von in den USA lebenden Personengruppen ohne Krankenversicherung**



Quelle: Eigene Darstellung nach U.S. Census Bureau (2009), Current Population Reports, P60-236, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., Smith J. C., U.S. Government Printing Office: Washington, D.C., S. 21.

Das Risiko, zur Gruppe der Unversicherten zu gehören, ist erheblich höher bei nicht-amerikanischer Staatsbürgerschaft, nicht-weißer Hautfarbe, einem prekären Job mit niedrigem Einkommen und bei jungen Erwachsenen (Abbildung 2) – es handelt sich also tendenziell um eher unterprivilegierte Bevölkerungsschichten: So sind Personen ohne Krankenversicherung anteilmäßig besonders stark bei der Bevölkerungsgruppe mit hispanischen Wurzeln bzw. schwarzer Hautfarbe anzutreffen (Anteil Unversicherter an der gesamten Subgruppe: 30,7 Prozent bzw. 19,1 Prozent), während im Vergleich dazu lediglich 14,5 Prozent der „weißen“ Bevölkerungsgruppe nicht krankenversichert sind (Anteil der unversicherten „weißen“ Bevölkerungsgruppe ohne Personen mit hispanischem Hintergrund: 10,8 Prozent). Was den Geburtsort betrifft, so ist der Anteil nicht krankenversicherter Personen unter jenen, die außerhalb der USA geboren wurden, sehr hoch (33,5 Prozent im Vergleich zu 12,9 Prozent der als US-Staatsbürger geborenen), insbesondere bei solchen ohne US-amerikanischem Pass (Anteil Unversicherter: 44 Prozent). Ebenso auffällig ist, dass eher jüngere Altersgruppen unversichert sind: Am größten ist dieser Anteil bei den 18- bis 24-Jährigen (28,6 Prozent), gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen (26,5 Prozent). Diese Charakteristika der krankenversicherungslosen Personen gehen auch mit der Einkommens- und Arbeitssituation konform. Denn gerade bei jenen, die im letzten Jahr über weniger als 25.000 US-Dollar Jahreseinkommen verfügten (Anteil Unversicherter: 24,5 Prozent) bzw. nicht beschäftigt waren oder lediglich halbtags arbeiteten, sind die Anteile am höchsten (26,0 Prozent bzw. 25,4 Prozent dieser Bevölkerungsgruppen).<sup>33</sup> Die Ursachen für diese starke Ungleichheit liegen sehr tief und gehen auf die vom europäischen Rawls'schen Egalitarismus sehr verschiedene wirtschaftspolitische Tradition in den USA zurück. Diese libertäre Tradition hat ihre Wurzeln in John Lockes Prinzip der natürlichen Rechte, welches Staatsingriffe in Besitz (und damit Umverteilung) sehr negativ beurteilt. Die medizinische Versorgung liegt hierbei in der Verantwortung des Einzelnen, und eine gute medizinische Versorgung ist gleichsam auch Belohnung für den eigenen Fleiß. Sich dieses fundamentalen Unterschieds bewusst zu sein hilft, die großen Widerstände gegen eine Versicherung nach sozialen Grundsätzen zu verstehen.

<sup>33</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2009), op. cit., S. 21.



## The American Dream von der „Universal Coverage“ und warum sie bislang ein Traum blieb

### The American Dream von der „Universal Coverage“ und warum sie bislang ein Traum blieb

In den USA wurde 1912 erstmals vorgeschlagen, eine nationale Krankenversicherung einzuführen. In der Zwischenzeit wurden zahlreiche Reformvorschläge in diese Richtung erarbeitet, überarbeitet, debattiert, abgeändert, aber schlussendlich samt und sonders nicht verwirklicht. Dies lag in der Regel nicht an inhaltlichen Mängeln, denn viele Vorschläge versprachen in der Theorie und manchmal auch in der Praxis anderer Länder Verbesserungen gegenüber dem amerikanischen Status quo. „Universal Coverage“, also Krankenversicherungsleistungen für die gesamte Bevölkerung, ist ein wiederkehrendes zentrales Thema der Reformvorschläge.<sup>34</sup> Nicht zufällig stand dieses Thema weit vorn auf der Agenda im Wahlprogramm beider Endkandidaten der letzten US-Präsidentenwahl. Der Unterschied diesbezüglich lag lediglich darin, wie diese Universal Coverage bezeichnet und wie sie erreicht werden sollte.<sup>35</sup>

Warum Reformen in dieser Richtung jedoch immer wieder gescheitert sind, führt Oberlander (2003) auf einen Hauptfehler der Reformkonzepte zurück: Sie vernachlässigen Fragen der politischen Umsetzbarkeit und konzentrieren sich zu ausschließlich auf inhaltliche Fragen: „Designing an ideal health reform plan that assures access, quality, and cost control is, in comparison, the easy part; designing an ideal plan or even a decent one that has a compelling political strategy to survive the legislative process is the difficult task.“

Bereits in der Analyse der Durchführbarkeit einer Reform können gravierende Fehler unterlaufen, die Oberlander folgendermaßen charakterisiert:

- ◆ Reformkonzepte konzentrieren sich meist auf die Frage „Was wäre inhaltlich sinnvoll?“ ohne Rücksicht auf die Frage „Was ist politisch möglich.“
- ◆ Zu großes Eingehen auf in den Medien aufgebauchte Themen, ohne deren längerfristige Relevanz und Durchsetzbarkeit zu beachten.
- ◆ Analysten und Berater der Gesundheitspolitik sind nicht gefeit vor Irrtümern, gerade hinsichtlich der Durchführbarkeit von Reformen – sonst wäre die „große amerikanische Gesundheitsreform“ ja bereits Geschichte. Aus diesem Grund gehören Analysen und Empfehlungen auch bezüglich Machbarkeit hinterfragt und abgeklopft.
- ◆ Eine Machbarkeitsanalyse darf nicht als eine rein passive, beobachtende Übung missverstanden werden, sie ist aktiv genug, um Gesundheitsreformen zu Fall bringen zu können, siehe die gescheiterte Clinton-Reform. Hätte Gesundheitsökonomie bereits ähnliche Verbreitung und Breitenwirkung gehabt, als 1965 Medicare eingeführt wurde, so wäre die Einführung kaum so glatt vonstatten gegangen, und vermutlich wäre weit mehr Energie zur Verteidigung gegenüber Angriffen notwendig geworden, dass Medicare private Versicherungen vom Markt drängen würde.

Oberlander (2003) zeigt die politischen Barrieren auf, die Reformen des US-amerikanischen Gesundheitswesens überwinden müssten, um tatsächlich durchgesetzt werden zu können. Er identifiziert im Wesentlichen drei generelle politische Hindernisse: die institutionelle Fragmentierung, das politische Ungleichgewicht zwischen Gesundheitslobbys (die in der Regel den Status quo bewahren wollen) und den Reformbefürwortern und last, but not least die politische Kultur.

- ◆ Institutionelle Fragmentierung: Die Struktur der US-amerikanischen politischen Institutionen birgt grundsätzlich einige mögliche Hindernisse für jedes Bundesgesetz: Die Struktur stellt, anders als etwa im reformfreundigen England, keineswegs sicher, dass der Präsident jener Partei angehört, die die Kongressmehrheit stellt; zudem unterliegen auch Abgeordnete keiner ähnlich starken Parteidisziplin oder Verpflichtung, die Parteilinie bei Abstimmungen mitzutragen, nicht zuletzt da sie ja auch als Person kandidieren und ihren Wahlkampf personenspezifisch finanzieren. Aber bereits bevor Gesetzesvorschläge den Kongress oder den Senat erreichen, müssen sie einen Hürdenlauf

34 Allerdings führt auch der am 24.12.2009 im Senat beschlossene Gesetzesantrag noch nicht zu einer Krankenversicherung für wirklich jeden Amerikaner: Der Reformvorschlag würde rund 31 Millionen Amerikanern eine Krankenversicherung bringen, aber rund 23 Millionen Amerikaner (darunter keine älteren Personen) nach wie unversichert belassen. Unter Letzteren wären rund ein Drittel Immigranten ohne Aufenthaltsbewilligung (undocumented immigrants). Der Gesetzesentwurf fordert für fast alle legalen US-Bürger den Abschluss einer Krankenversicherung und von allen Arbeitgebern mit mehr als 50 Beschäftigten, eine solche bereitzustellen oder eine Strafzahlung in Kauf zu nehmen. Siehe Iglehart J. K. (2009), Senate's Reform Package Wrapped Up in Time for Christmas. New England Journal of Medicine, abrufbar unter: <http://healthcarereform.nejm.org/?p=2620>.

35 Ohne Verfasser (2008), Health Care Reform and the Presidential Candidates, Perspective. New England Journal of Medicine, 359(15), S. 1537–1541.





durch Komitees und Unterkomitees bewältigen. Während ein Reformvorhaben ja jede einzelne legislative Stufe positiv bewältigen muss, reicht das Scheitern auf einer Stufe bereits aus, um einen Reformvorschlag zu Fall zu bringen. Dementsprechend ist eine Tendenz ins System eingebaut, den Status quo zu bewahren.

Die Komplexität der Gesetzgebung kann aktuell wieder beobachtet werden:<sup>36</sup> Im Senat und im Kongress wurden unterschiedliche Gesetzesvorschläge mit unterschiedlichen projektierten Kosten der Gesundheitsreform erarbeitet, die auf einen (mehrheitsfähigen) Nenner gebracht werden müssen und ihrerseits bereits Kompromisse der Demokraten im jeweiligen „Haus“ darstellen. Beide Vorschläge stammen somit von Angehörigen der Demokratischen Partei, die Differenzen zu den Vorstellungen der Republikaner sind naturgemäß noch größer.

- ◆ Ungleichgewichte der politischen Arena: Die gesamte Gesundheitsindustrie von Ärzten, Spitälern, Pharmafirmen und Versicherungen bis zu Herstellern der Medizintechnik hat ein unmittelbares Interesse daran, Gesundheitsreformen zu verhindern, die zukünftiges Wachstum der Gesundheitsausgaben (also ihres Einkommens) bremsen sollen. Dementsprechend machen ihre mächtigen und finanziell gut ausgestatteten Lobbys von den oben beschriebenen institutionellen Hürden Gebrauch. Die Gruppe der Unversicherten hingegen ist sehr heterogen, finanzschwach und ohne starke Lobby und macht wie bereits erwähnt rund 15 Prozent der amerikanischen Bevölkerung aus. Die rund 85 Prozent Versicherten hingegen sind in der Regel mit ihrer Versicherung zufrieden, fühlen sich aber oft durch Reformpläne verunsichert oder sogar durch individuelle Verschlechterungen bedroht. Somit stellen die Versicherten oft einen weiteren Gegner und keinen Verbündeten der Unversicherten dar.
- ◆ Politische Kultur: Die politische Kultur in den USA ist traditionell misstrauisch gegenüber einem starken, einheitlichen, zentralen Staat. Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist diese Haltung zwar weit schwächer ausgeprägt, die zeitweise mehrheitsfähige Zustimmung zu einer Gesundheitsversorgung für alle hat sich aber als sehr volatil und wenig verlässlich erwiesen. Hier hakt auch ein wesentlicher Unterschied in den zurzeit vorliegenden Gesetzesentwürfen von Kongress und Senat ein: Während der Kongress die Umsetzung der Universal Coverage durch eine einheitliche Bundesbehörde in Kooperation mit den Bundesstaaten ansiedelt, lässt der Senatsentwurf den einzelnen Bundesstaaten mehr Freiheiten: Sie können wählen, ob sie das Bundesmodell übernehmen, eine völlig entkoppelte einzelstaatliche Version entwickeln oder eine Zwischenlösung umsetzen wollen.<sup>37</sup> Dieser Aspekt gemeinsam mit den niedrigeren veranschlagten Kosten vergrößert die Chancen der vom Senat vorgeschlagenen Reformlösung gegenüber jener des Kongresses, obwohl die vom Kongress vorgeschlagene Bundeslösung unter gesundheitsökonomischen Aspekten Vorzüge aufweist, wie etwa die bundesweite Regelung bezüglich der Mitnahme von Ansprüchen bei Versicherungswechsel. Ein negativer Aspekt der Senatslösung wäre zweifelsohne, dass die legislative Mühle dann in 50 Bundesstaaten das gleiche Korn ein weiteres Mal mahlen muss, das bereits im abgelaufenen Jahr die „Bundesmühle“ beschäftigt hat.

## Parallelen in der Ausgangssituation für die Gesundheitsreformen von Clinton und Obama ...

Die öffentliche Meinung wird als einer der wesentlichsten Erfolgsfaktoren für das Zustandekommen einer amerikanischen Gesundheitsreform gesehen. Blendon und Benson (2009)<sup>38</sup> versuchen jene Faktoren zu identifizieren, die die öffentliche Meinung prägen, und ziehen hierzu einen Vergleich der diesbezüglichen Erfahrungen aus dem gescheiterten Reformprojekt der Ära Clinton mit dem aktuellen Geschehen heran. Ausgehend von Meinungsumfragen mit möglichst ähnlich lautenden Fragen, zeigen sie eine Reihe von Parallelen: Auf die Frage zum Reformbedarf antworten im April 1994 und im Oktober 2009 nahezu exakt gleich große Bevölkerungsanteile, das Gesundheitssystem müsse völlig umgebaut werden (31 Prozent), dass es zwar gute Aspekte gäbe, aber fundamentale Änderungen notwendig seien (53 bis 54 Prozent) bzw. dass es im Grunde gut funktioniere und nur

36 Vgl. aktuell z. B. Iglehart J. K. (2010), Nearing Negotiations – Reconciling Key Differences between House and Senate Reform Measures. *New England Journal of Medicine*, abrufbar unter: <http://healthcarereform.nejm.org/?p=2723>.

37 Jost T. S. (2009), Implementation and Enforcement of Health Care Reform – Federal versus State Government, *New England Journal of Medicine*, abrufbar unter: <http://healthcarereform.nejm.org/?p=2628&query=home>.

38 Blendon R. J., Benson J. M. (2009), The American Public and the Next Phase of the Health Care Reform Debate, *New England Journal of Medicine*, e48(1)-(4).

Parallelen in der Ausgangssituation für die Gesundheitsreform von Clinton und Obama ...





geringe Änderungen benötige (14 bis 15 Prozent). Die Einschätzung, wie gut der Präsident mit Gesundheitsfragen umgeht, fällt aktuell kaum besser aus (Zustimmung 41 bis 48 Prozent, Ablehnung 42 bis 51 Prozent) als unter Clinton (Zustimmung 40 bis 43 Prozent, Ablehnung 48 bis 54 Prozent). Die Einstellung zum konkreten Reformplan dürfte sich aktuell zwar auf einem ähnlichen Zustimmung- bzw. Ablehnungsniveau bewegen wie unter Clinton, allerdings weisen die aktuellen Umfragen eine etwas breitere Streuung der Ergebnisse aus (1994: Zustimmung 39 bis 43 Prozent, Ablehnung 46 bis 47 Prozent, 2009: Zustimmung 34 bis 49 Prozent, Ablehnung 42 bis 49 Prozent). Obwohl 1994 85 Prozent der Amerikaner angaben, dass das Gesundheitssystem fundamental geändert oder völlig umgebaut werden sollte, stimmte nur ein halb so großer Bevölkerungsanteil den damaligen Reformplänen zu. Dies erklären Blendon und Benson (2009) damit, dass von denjenigen, die erwarteten, von den geplanten Änderungen unmittelbar selbst betroffen zu werden, mehr Personen mit einer finanziellen oder qualitativen Verschlechterung der eigenen Position rechneten als mit einer Verbesserung. Die Autoren gehen daher davon aus, dass die Erwartung der Amerikaner bezüglich ihrer eigenen Betroffenheit durch die Reform der einflussreichste Faktor für die öffentliche Meinung zur Gesundheitsreform sein wird. Die aktuelle Einschätzung der individuellen Betroffenheit ähnelt allerdings ebenfalls derjenigen während der Clinton-Reformpläne. Unterstützung für oder Ablehnung von spezifischen Reformelementen wird als zweitwichtigster Faktor nach der persönlichen Betroffenheit angesehen.

Die meisten Amerikaner sind weder Spezialisten in Sachen Gesundheitspolitik, noch ist zu erwarten, dass sie sich durch eine komplexe Gesetzesmaterie durcharbeiten. Sie werden ihre Einstellung zum Reformvorhaben danach formen, wie es ihnen von jenen erklärt wird, denen sie vertrauen. Da nach Umfragen den Aussagen der Führer der beiden großen politischen Parteien hier weniger vertraut wird als den Stellungnahmen anderer Interessenvertretungen (jenen der Ärzte, des Pflegepersonals, der Senioren und der Patienten), gehen Blendon und Benson (2009) davon aus, dass die Haltung dieser Gruppen die öffentliche Meinung im entscheidenden Zeitfenster maßgeblich formen wird.

## ... aber eine konträre Herangehensweise

Bekanntlich wurde die unter Clinton anvisierte Gesundheitsreform nie realisiert. Wohl nicht zuletzt deshalb wird die im aktuellen Reformvorhaben von Präsident Barack Obama und seinen Beratern gewählte Strategie durch den fundamentalen Unterschied zu diesem gescheiterten Experiment charakterisiert – „reverse Clintonism“.<sup>39</sup> Am Beginn des Reformvorhabens wurde eine Task Force bestehend aus Bundesbeamten und Beratern gebildet, die ein 1.300 Seiten langes Dokument namens Health Security Act (in etwa: Krankenversicherungsgesetz) produzierten. Dieses umfangreiche und komplexe Dokument entstand aber zur Gänze im exekutiven Bereich, ohne Einbindung von Kongress oder den dortigen Komitees. Die Öffentlichkeit wurde erst relativ spät informiert. Clinton machte in mehrfacher Hinsicht deutlich, wie sehr er hinter dem Projekt stand: Zum einen betonte er, wie wenig kompromissbereit er in Bezug auf Universal Coverage war, zum anderen war die Einsetzung seiner Frau als Leiterin der Task Force ein deutliches Signal für den Stellenwert, den er dem Reformprojekt beimaß.

Völlig anders ist das Herangehen von Präsident Obama. Wohl um dem Kongress weniger Möglichkeit zur Kritik zu bieten, erging der Auftrag zur Ausarbeitung der konkreten Gesetzesvorschläge direkt an den Kongress, während die Exekutive grobe Grundzüge vorgegeben hatte. Im Gegensatz zum komplexen Clinton-Programm wird auf eine einfache Struktur Wert gelegt, die auf bekannte Elemente aufbaut und zeitlich überschaubar bleibt. Solange die großen Prinzipien gewahrt bleiben, wird Kompromissbereitschaft über Details signalisiert.

## Ungarn: Eine Reformgeschichte mit Höhen und Tiefen

Unser östlicher Nachbarstaat mit seinen rund zehn Millionen Einwohnern ist seit 1989 eine parlamentarische Demokratie. Die Umwälzungen nach dem kommunistischen System haben auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt gemacht. Dieser Zeitraum markiert die erste von drei Phasen in der Reformgeschichte Ungarns, mit denen wir uns im Folgenden beschäftigen.

39 Epstein A. (2008), Election 2008: Health Care in the Next Administration, Roundtable Oct. 15, 2008, Transkript abrufbar unter <http://www.nejm.org/perspective/health-care-reform-video/> NEJM, S. 1.

... aber eine  
konträre Herange-  
hensweise

Ungarn: Eine  
Reformgeschichte  
mit Höhen und  
Tiefen

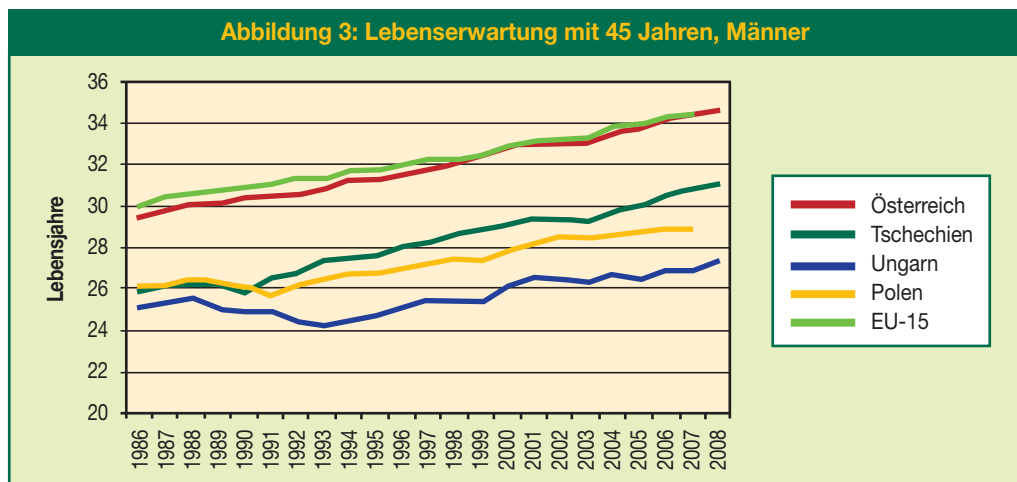




## Phase 1: Ein Neuanfang

Das ungarische Gesundheitswesen ist leider vor allem für eines bekannt: Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist einer der schlechtesten in der OECD. Besonders stark ersichtlich ist dies an der Lebenserwartung der Männer. In Abbildung 3 kann man erkennen, dass die Lebenserwartung mit 45 Lebensjahren in den Reformländern weiterhin unter derjenigen in den EU-15-Staaten liegt. Dies ist nicht verwunderlich, da sich hier sehr stark der lebensgeschichtliche Einfluss auswirkt und erst mit der Zeit Anpassungen in Lebensstil und Gesundheitswesen Wirkung zeigen. Allerdings liegt Ungarn besonders schlecht und hat nach dem Umbruch noch einmal einen deutlichen Einbruch erlebt.

## Phase 1: Ein Neuanfang



Quelle: WHO health for all database 2009, eigene Darstellung.

Die Gesundheitsausgaben stehen dazu in umgekehrtem Verhältnis: Ungarn hat gegenüber den hier verglichenen Staaten Tschechien und Polen eine relativ hohe Gesundheitsquote, auch wenn diese noch deutlich unter dem Schnitt der EU-15 liegt. Der starke Anstieg nach der Jahrtausendwende veranlasste die Politik in Ungarn, ein weiteres Reformprogramm ab 2005 zu initiieren, das gleichermaßen gute Erfolge und recht spektakuläres Scheitern zeigt. Seine Auswirkungen sind hier bereits zu erkennen: Die Gesundheitsquote reduzierte sich in der Folge deutlich (Abbildung 5).

Schon die Reformkommunisten, die das Land gegen Ende der achtziger Jahre regierten, erkannten die Notwendigkeit, das schwerfällige, spitalsbasierte Semaschko-System nach russischem Vorbild in ein modernes Gesundheitswesen umzugestalten. Dabei kam ihnen zugute, dass gleichermaßen Aufbruchsstimmung und ein unilaterales, zentralistisches System ohne Veto-Player vorherrschten und gleichzeitig die Handlungsnotwendigkeit in der Bevölkerung anerkannt wurde. Daher verwundert es auch nicht, dass diese Reformphase eine Totaländerung des Systems erreichen konnte mit Elementen, die selbst in vielen westeuropäischen Staaten zu dieser Zeit nicht selbstverständlich waren. So sah der Plan der Reformkommunisten bereits ein DRG-System, einen Schwerpunkt auf dem niedergelassenen Bereich und ein Pauschalvergütungssystem im niedergelassenen Bereich vor. Die Beiträge im Gesundheitswesen sollten vom restlichen Budget getrennt und damit nicht so leicht kürzbar sein. Es war auch bereits eine Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Dienstleistern vorgesehen (Gaál 2004: 99 ff.)<sup>40</sup>. Einige dieser Elemente wurden in Pilotprojekten getestet und teilweise noch unter den Reformkommunisten umgesetzt. Das Semaschko-System wurde in ein Sozialversicherungssystem mit einer Einheitskasse umgewandelt und eine völlige Trennung in Anbieter und Nachfrager erreicht. Unter der ersten gewählten Regierung der konservativ-bürgerlichen MDF (Magyar Demokrata Fórum) wurden diese Reformen fortgesetzt. Die Leistungserbringer wurden zum Teil dezentralisiert oder privatisiert. Die folgenden Jahre waren vor allem mit „Nachjustierungen“ befasst. So wurden Pensions- und Krankenkasse getrennt und der Übergang zur Selbstverwaltung durch Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter bewerkstelligt. Postgraduale Weiterbildung der Ärzte wurde verpflichtend vorgeschrieben, gleichzeitig wurden die Möglichkeiten zur Praxisgründung verbessert und in den Spitälern die Pläne für ein DRG-System umgesetzt.

40 Gaál P. (2004), Health care systems in transition: Hungary. Kopenhagen, WHO, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.





Das Ergebnis dieser ersten Reformphase war ein „runderneuetes“ Gesundheitswesen nach dem Sozialversicherungsprinzip und mit einigen bereits sehr modernen Elementen. Die Anpassung physischer Strukturen wie des Spitalssektors wurde allerdings noch ausgespart, und unpopuläre Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit wurden nicht durchgeführt. Auch wurden kaum Maßnahmen gesetzt, die Leistungserbringung effizienter zu gestalten. Wie leider in vielen Sozialversicherungssystemen wurde trotz des dringenden Wunsches, die Krankenversicherung „jenseits“ des Zentralstaates zu verankern, dieser nicht die notwendige strategische Einkaufsmacht zugebilligt. Außerdem wurde, wohl auch um den Zugang zu innovativen Arzneimitteln nach der langen Zeit kommunistischer Planwirtschaft nicht zu gefährden, der Arzneimittelbereich kaum kosteneffizient reguliert. In diesen Versäumnissen, die im Angesicht der großen und erfolgreichen Umwälzungen lässlich erscheinen, liegt andererseits der Keim für die zweite Phase in der Reformgeschichte.

## Phase 2: Stagnation und Kostenkontrolle

### Phase 2: Stagnation und Kostenkontrolle

1994 kam es zum Regierungswechsel und einer leichten Eintrübung des Wirtschaftswachstums (1995: 1,5 Prozent real, 1996: 1,3 Prozent real nach 2,9 Prozent im Jahr 1994)<sup>41</sup>. Unter der nun regierenden Koalition aus Sozialistischer Partei Ungarns (Magyar Szocialista Párt, MSZP) und den Liberalen (Szabad Demokraták Szövetsége, SZDSZ) wurden Kuraufenthalte gestrichen und erste Zuzahlungen eingeführt. Der Spitalssektor wurde einer Kapazitätsplanung unterworfen, und es konnten zwischen 1990 und 2003 immerhin 15.500 Akutbetten abgebaut werden.<sup>42</sup> Es zeigten sich dabei jedoch erste Widerstände von regionaler Seite, sodass Realität und Plan oft beträchtlich voneinander abwichen. Auf Aufkommenseite wurden die Arbeitgeberbeiträge zugunsten einer Gesundheitssteuer gesenkt. Gleichzeitig wurde der Einfluss des Staates auf die Krankenversicherung kontinuierlich erhöht, da Unzufriedenheit über die Gebarung herrschte. Dies war mitverursacht durch den mangelnden Spielraum der Krankenversicherung in der Ausgestaltung ihrer Vertragsbeziehungen. 1998 kam schließlich erstmals der Vorschlag eines Versicherungswettbewerbs ins Spiel. Die Pläne wurden aufgrund eines Regierungswechsels zu einer Koalition unter der rechtskonservativen Fidesz nicht umgesetzt. Schon 2002 erfolgte jedoch der nächste Regierungswechsel, wieder zu MSZP und SZDSZ.

Die Reformen dieser Phase sind geprägt von der Idee der bloßen Kostenkontrolle. Es wurden zu wenige Maßnahmen gesetzt, um wirklich Effizienz zu erhöhen und die Nachhaltigkeit zu sichern, gerade vor dem Hintergrund der schlechten Indikatorwerte bezüglich Gesundheitsoutcomes wurde der „Spagat“ zwischen Erhöhung der Qualität und Verringerung der Kosten nicht geschafft. Die letztlich wiederholten Regierungswechsel verhinderten eine kontinuierliche Politik. Die Gesundheitsquote konnte in dieser Phase allerdings tatsächlich von acht auf etwas unter sieben Prozent gesenkt werden.

## Phase 3: Neuer Anlauf

### Phase 3: Neuer Anlauf

Erstmals in der ungarischen Geschichte konnte im Jahr 2006 eine Regierungskoalition die Wiederwahl schaffen. Erstmals erhielten nun auch die Liberalen (SZDSZ) das Gesundheitsministerium. Die Regierung war mit dem Ziel einer großen Gesundheitsreform angetreten, und das Gesundheitsministerium entwarf Pläne, die noch über diese Absichtserklärungen hinausgingen, und veröffentlichte sie in einem Arbeitspapier, in dem unter anderem die große Diskrepanz zwischen Gesundheitsausgaben und Gesundheitszustand kritisiert und auf Fehlversorgung zurückgeführt wurde. Man orientierte sich bei der Reform vor allem an der Slowakei und den Niederlanden (Gál 2009)<sup>43</sup>. Sinkó (2008)<sup>44</sup> nennt dabei vier Ziele der Regierung, nämlich die Eigenverantwortung der Bürger zu stärken, die Nachfrage nach und das Angebot von Gesundheitsleistungen zu reduzieren und besser zu steuern, das Kostenbewusstsein zu stärken und die Effizienz der Sozialversicherung zu steigern. Diese Ziele sind auch vor dem Hintergrund des Konvergenzprogramms zu sehen, welches vorsah, die Gesundheitsquote um 0,6 Prozentpunkte zu reduzieren (OECD 2008)<sup>45</sup>.

41 SourceOECD 2010.

42 Eigene Berechnungen nach WHO health for all database 2010.

43 Gál R. (2009), Annual National Report 2009: Pensions, Health and Long-term Care Hungary. Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms in the EU Member States and EFTA/EEA, candidate and pre-candidate countries (Asisp) expert group.

44 Sinkó E. (2008), Hungarian case study – lessons from Eastern Europe for new members of the European Union. Intereconomics, 43(4).

45 OECD (2008), Reforms for stability and sustainable growth. An OECD perspective on Hungary. OECD Paris.





Um diese Ziele zu erreichen, wurden Maßnahmen in mehreren Bereichen vorgesehen:

- ◆ Selbstbehalte
- ◆ Spitalsbereich
- ◆ Arzneimittelbereich
- ◆ Krankenversicherung

Dafür wurden im Zeitraum Mitte 2006 bis Ende 2007 insgesamt sechs neue Gesetze verabschiedet (Sinkó 2008).

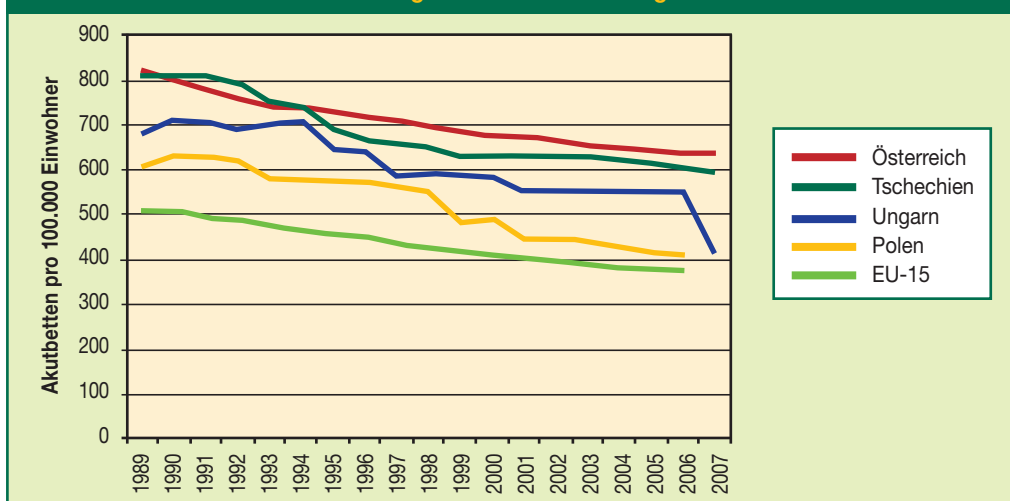
### Selbstbehalte und Arzneimittelbereich

Für die Inanspruchnahme von Leistungen im intra- und extramuralen Bereich wurden Selbstbehalte eingeführt, was das Ende für den freien Zugang zu Gesundheitsleistungen bedeutete. Für Ungarn war dies ein gewaltiger Einschnitt, der noch Folgen haben sollte, obwohl für rund 40 Prozent der Bevölkerung (OECD 2008: 67) Ausnahmeregelungen griffen. Die bereits bestehenden Medikamentenselbstbehalte wurden weiter erhöht. Der Arzneimittelbereich wurde recht radikal reformiert. Für jeden Pharmareferenten eines Unternehmens wurde eine Gebühr erhoben, ein Rabattsystem zugunsten der Krankenversicherung eingeführt und das Arzneimittelbudget auf Ebene der Einheitskasse gedeckelt. Defizite sollten durch eine Sondersteuer für Pharmaunternehmen hereingebracht werden. Außerdem wurden Ärzte verpflichtet, das günstigste Produkt in jeder ATC-Gruppe zu verschreiben, und ein Monitoring ihrer Aktivitäten mit einer Strafzahlung bei Überschreiten des nationalen Durchschnitts um 15 Prozent wurde eingeführt (OECD 2008: 77).

### Spitalsreform

Der auch nach den vorangegangenen Reformen noch immer sehr große Spitalssektor sollte reduziert werden. Dies gelang formal auch. Allerdings erfolgte dies in durchaus ungünstiger Weise. Durch politisches Lobbying wurden letztlich nur sechs der 173 Spitäler geschlossen und zwölf in Langzeitpflegeeinrichtungen umgewandelt (OECD 2008: 66), obwohl in Summe 25 Prozent der Akutbetten in nur etwas mehr als einem Jahr abgebaut wurden (siehe Abbildung 4). Dieses „Festhalten an Zahlen“ führte also nicht zu einer qualitativ bedeutsamen Veränderung, nämlich einer Konzentration aufwändigerer Leistungen an bestimmten Standorten sowie einer Umwandlung von Überkapazitäten in Pflegeeinrichtungen. Außerdem wurde die Verpflichtung geschaffen, Wartelisten zu veröffentlichen.

Abbildung 4: Akutbetten im Vergleich



Quelle: WHO Health for all database 2010, eigene Darstellung.

### Krankenversicherungsreform

Die Krankenversicherungsreform ist Ergebnis einer länger schwelenden und schließlich im Zuge der jüngsten Reform hitziger geführten Debatte. Es ging im Wesentlichen darum, Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich umzusetzen. Das Ausmaß der privaten Beteiligung war jedoch sehr strittig. Als Vorbild wurde vielfach das niederländische System genannt, welches ja eine Umwandlung in privatgewinnorientierte Versicherungsunternehmen nach sozialen Grundsätzen beinhaltet.<sup>46</sup> Zwischen den Koalitionsparteien wurde schließlich ein Kompromiss erzielt, der vorsah, dass private Investoren nur 49 Prozent der Anteile halten, dafür aber im Wesentlichen das Management übernehmen sollten

46 Siehe auch Health System Watch 1/2009.



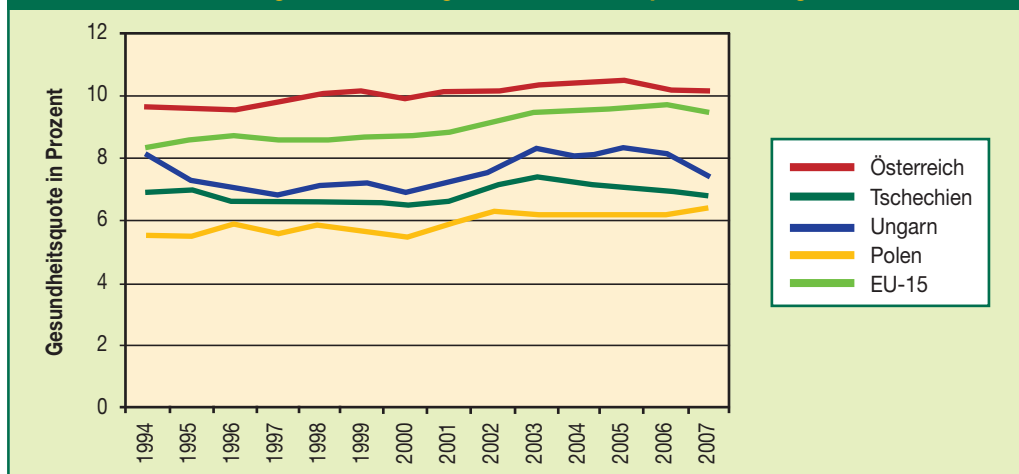
## Resultate und Analyse der Reform

(Sinkó 2008). Unter diesen Umständen hielt Gaál (2008)<sup>47</sup>, der das entsprechende Gesetz analysierte, es für unwahrscheinlich, dass sich private Investoren finden würden. Außerdem bezweifelte er, dass die Konstruktion überhaupt wettbewerblichen Spielraum zwischen den Versicherern eröffnen würde. Das Gesetz wurde allerdings nie umgesetzt. Das ungarische Parlament musste es zunächst in abgeänderter Form verabschieden, nachdem Staatspräsident László Sólyom sein Veto eingelegt hatte. Er kritisierte, dass kein Impact-Assessment durchgeführt worden war, und bezweifelte, dass Versicherungswettbewerb erfolgreich sein würde. In der Zwischenzeit bereitete die oppositionelle Fidesz-Partei ein Referendum gegen die Selbstbehalte vor. Es fand am 9. März 2008 statt, hatte eine außergewöhnlich hohe Beteiligung von 50 Prozent der Wahlberechtigten und wandte sich mit fast 85 Prozent der Stimmen gegen die bereits eingeführten Selbstbehalte (Sinkó 2008, Gál 2009). Das Referendum ist wohl als populistisch zu bezeichnen, da keine alternativen Finanzierungs- und Steuerungsmöglichkeiten genannt wurden. Es war aber sicher Ausdruck einer gewissen Reformmüdigkeit und einer Ablehnung der allgemeinen Gesundheits- und Sozialpolitik in Ungarn. Dementsprechend wurden nicht nur die Selbstbehalte wieder zurückgenommen. Auch die Krankenversicherungsreform wurde aufgegeben. Kurz darauf, im April, kollabierte dann die Regierungskoalition. Die Liberalen schieden aus und unterstützten eine Minderheitsregierung.

### Resultate und Analyse der Reform

Auf dem Papier lassen sich einige Erfolge durchaus sehen. Die ambulanten Kontakte wurden innerhalb eines Jahres um 13 Prozent verringert, die stationären Fälle um 12 Prozent (OECD 2008). Wie sich die Wiederabschaffung der Selbstbehalte auswirken wird, ist allerdings noch unklar. Der erwähnte Abbau von 25 Prozent der Akutbetten ist ebenfalls ein messbarer Erfolg, der den Blick auf die weiterhin bestehenden strukturellen Probleme etwas verdeckt. Im Arzneimittelbereich konnten die Preise für 764 Produkte um 13 Prozent gesenkt werden. Insgesamt wurde die Gesundheitsquote wieder deutlich reduziert (Abbildung 5). Der Impact auf Zugänglichkeit und Gesundheitsoutcomes sowie Verteilung können jedoch noch nicht abgeschätzt werden (Gál 2009).

Abbildung 5: Entwicklung der Gesundheitsquoten im Vergleich



Quelle: WHO health for all database 2009, eigene Darstellung.

Das spektakuläre Platzen der Regierungskoalition und die teilweise Rücknahme der Reformen sind jedoch deutliche Zeichen des Scheiterns. Sinkó (2008) führt das Scheitern der Krankenversicherungsreform in erster Linie auf die Ablehnung der grundsätzlichen Werthaltung in der Bevölkerung zurück. Gál (2009) betont hier besonders das fehlende Impact-Assessment, das schon vor dem Referendum für Unstimmigkeiten sorgte.

Wir möchten hier vor dem Hintergrund der Erfolgsdeterminanten argumentieren. Im Grunde verstieß die Reform gegen alle Voraussetzungen für den Erfolg. Die Informationsbasis war mangelhaft. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist der Erfolg eines Versicherungswettbewerbs zweifelhaft, jedenfalls nicht wie geschehen als Heilmittel zu sehen. Die Folgenabschätzung fehlte völlig, und wichtige



47 Gaál P. (2008), Analyses of Act I/ 2008 on Health Insurance Funds from the point of view of health care providers. IME 2008/2.





Aspekte der normativen Gesundheitspolitik wie die Frage nach den Auswirkungen auf Verteilung und Zugänglichkeit wurden ausgespart. Auch die Geschwindigkeit zur Umsetzung war sicher zu hoch, um die relevanten Stakeholder ausreichend einzubinden. Das gesamte Reformgeschehen spielte sich in knapp zwei Jahren ab. Sicherlich von Bedeutung war dabei das Konvergenzvorhaben. Allerdings läuft dieses nur außerhalb der Sphäre der Stakeholder im Gesundheitswesen ab, und eine „Reform des Gesundheitswesens aus Gründen des Euro-Beitritts“ ist kein gutes Argument. Veto-Player wiederum, die vor allem am Erhalt der Standorte interessiert waren, verwässerten das Ergebnis der Spitalsreform. Auch ein „window of opportunity“ kann höchstens anfangs erblickt werden, als die Regierungskoalition wiedergewählt wurde und diesen Auftrieb hätte nutzen können. Es kann jedoch bezweifelt werden, ob die Wiederwahl unbedingt als Zustimmung zu einer Privatisierung der Krankenversicherung gedeutet werden konnte. Hinzu kommt, dass die Regierung an sich bereits geschwächt war, unter anderem durch die Affäre um die Rede von Ministerpräsident Gyurcsány.<sup>48</sup>

## Fazit

Gesundheitsreformen sind ein kontinuierlicher Prozess, der nicht nur auf guten und richtigen Ideen, sondern auch auf einem überzeugenden Vorgehen in der Implementierung fußt. Vielen Reformen scheitern oder sind erfolgreich, weil sie bestimmte „Erfolgsrezepte“ beherzigen oder gegen diese verstoßen. Leider nicht alle Voraussetzungen lassen sich politisch beeinflussen. Tradition und Ideologie sowie gewachsene Strukturen oder weltwirtschaftliche Rahmenbedingungen sind vorgegeben. Der Schlüssel besteht wohl darin, diese nicht zu ignorieren, sondern sie zu beachten und zu nutzen. Wichtige Determinanten, die sich in der Literatur identifizieren lassen, sind einerseits die Informationsbasis, welche in vielen Staaten zumindest in Teilbereichen ungenügend ist. Zweitens die Einbindung aller Stakeholder und eine Analyse, welche Folgen mögliche Reformschritte für diese haben. Diese Folgen können bereits in der Planung antizipiert und mit Maßnahmen versehen werden, die den Interessen des Stakeholders entgegenkommen, ohne die Ziele der Reform aus den Augen zu verlieren. Drittens geht es darum, nicht nur das Richtige zu tun, sondern auch die politischen Möglichkeiten zu haben, es umzusetzen. Das beinhaltet das Erkennen, aber auch das Schaffen eines günstigen politischen Klimas ebenso wie konkretes Verhandlungsgeschick sowie die kontinuierliche Kommunikation mit den Betroffenen. Viertens geht es um den Umgang mit Föderalismus, der Reformen behindern kann. Zu viele Stakeholder mit Vetorecht oder Vetomacht verunmöglichen Reformen, wie das Beispiel USA zeigt. Hier muss ein schwieriger Spagat geschafft werden, indem Verantwortlichkeiten richtig auf einzelne Ebenen und Stakeholder verteilt werden, da reiner Zentralismus ebenso problembehaftet sein kann. Insgesamt zeigt sich empirisch, dass nach einigen Jahrzehnten der Dezentralisierung wichtige Aufgaben wieder rezentralisiert werden.

Die USA und Ungarn geben Beispiele für diese Problematiken. Die Reformbestrebungen Präsident Obamas nutzen das „window of opportunity“ einer Art Aufbruchsstimmung ebenso wie die Transformationsreformen Ungarns um 1990. Obama muss hier aber nicht nur gegen recht festgefahrene Ideologien ankämpfen, sondern sieht sich auch einer Menge an Lobbyisten gegenüber, die weit bessere politische Verankerung aufweisen als die Vielzahl von Unversicherten. Dass die konservativen Lobbyisten erfolgreich sein könnten, liegt dabei am (zu) komplexen Prozess, den die Reformvorhaben durchlaufen müssen. An vielen Stellen können Gegner die Reform torpedieren, auch wenn diese von der Bevölkerung befürwortet wird. Obama macht dabei vieles besser als seine Vorgänger, indem er auch eine breite wissenschaftliche Basis nutzt und seine Vorhaben gut kommuniziert. Der Zeitplan ist jedoch vielleicht in Hinblick auf die Einbindung von Veto-Playern zu knapp. Hier war wohl eher die Idee, diese unter öffentlichem Druck zum Einlenken zu bewegen. In Ungarn lag die Problematik weniger an echten Veto-Playern, als umgekehrt an einer schlechten Informationsbasis, dem Verkennen des Willens der Bevölkerung und ihrer Reformbereitschaft sowie an einer gewissen Hast, in Hinblick auf den Euro Einsparungen in quantitativer Hinsicht erreichen zu wollen, anstatt die Umstrukturierung qualitativ mit Leben zu erfüllen. In Österreich könnte die aggravierte Budgetproblematik der Körperschaften ein „window of opportunity“ öffnen, indem sie die Stakeholder in höherer Kompromissbereitschaft zusammenführt. Eine gemeinsame Vision aller Stakeholder auf breiter Evidenzgrundlage, die wie der niederländische Dekker-Plan über mehrere Legislaturperioden hinweg konsequent verfolgt und der Bevölkerung kommuniziert wird, wäre ein erfolgversprechender Weg.

48 Es ging dabei um die Frage, ob er die Wähler vor der Wahl über die Einsparungsvorhaben im Unklaren gelassen habe.



# Health System Watch I/2010

Tabelle A1:

**Kennzahlen der ambulanten Versorgung, 2007 oder letztverfügbares Jahr**

	Ärzte pro 100.000 Einwohner			Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohner			Fachärzte** pro 100.000 Einwohner			Zahnärzte pro 100.000 Einwohner			Arztkontakte pro Person und Jahr		
	2007	2000 =100	EU-27 =100	2007	2000 =100	EU-27 =100	2007	2000 =100	EU-27 =100	2007	2000 =100	EU-27 =100	2007	2000 =100	EU-27 =100
Österreich	375	120	117	153	113	162	109	122	93	54	122	89	6,7	100	101
Belgien	418 <sup>a</sup>	104	130	176 <sup>b</sup>	96	187	101 <sup>b)</sup>	126	86	83 <sup>a</sup>	103	137	7,0	94	105
Bulgarien	364	108	113	65	97	69	n. v.	n. v.	n. v.	84	101	139	5,4 <sup>a</sup>	n. v.	81
Dänemark	317 <sup>a</sup>	117	99	77 <sup>a</sup>	98	81	47 <sup>a</sup>	119	40	79 <sup>a</sup>	99	130	4,2	123	62
Deutschland	348	107	108	99	93	105	142	114	122	76	104	126	7,5	103	113
Estland	329 <sup>a</sup>	106	102	63 <sup>a</sup>	109	67	124 <sup>a</sup>	108	107	87 <sup>a</sup>	116	145	7,4	110	111
Finnland	331	108	103	95	57	101	94	119	81	85 <sup>a</sup>	93	141	4,2	98	63
Frankreich	336	102	105	164	102	174	82	105	70	67	97	111	6,3	91	95
Griechenland	535 <sup>a</sup>	124	166	n. v.	n. v.	n. v.	200 <sup>a</sup>	108	171	127 <sup>a</sup>	112	211	2,5 <sup>b</sup>	100	38
Irland	303	136	94	72	149	76	106	177	91	58	117	97	n. v.	n. v.	n. v.
Italien	365 <sup>a</sup>	88	114	92 <sup>a</sup>	96	97	n. v.	n. v.	n. v.	63 <sup>a</sup>	112	104	7,0 <sup>a</sup>	115	105
Lettland	305	95	95	55	135	58	89	95	76	68	127	113	5,8	121	87
Litauen	407	101	127	77	107	82	136	88	117	71	102	118	6,9	107	103
Luxemburg	285 <sup>b</sup>	115	89	91 <sup>b</sup>	109	96	106 <sup>b</sup>	113	91	77 <sup>b</sup>	120	128	6,1	100	92
Malta	332	125	103	83 <sup>h</sup>	n. v.	88	28	105	24	43	105	71	2,6	102	38
Niederlande	393	123	122	53	109	56	41 <sup>b</sup>	102	35	50	107	82	5,6	95	84
Polen	203 <sup>a</sup>	91	63	n. v.	n. v.	n. v.	166 <sup>a</sup>	90	143	32 <sup>a</sup>	104	53	6,6	122	99
Portugal	343 <sup>b</sup>	108	107	56 <sup>b</sup>	106	59	114 <sup>b</sup>	108	98	58 <sup>b</sup>	136	97	4,1	116	61
Rumänien	192 <sup>a</sup>	102	60	69 <sup>a</sup>	84	73	47 <sup>a</sup>	115	40	20 <sup>a</sup>	91	33	5,6	110	84
Schweden	358 <sup>a</sup>	116	111	60 <sup>a</sup>	114	64	80 <sup>a</sup>	117	69	83 <sup>a</sup>	103	138	2,8 <sup>a</sup>	100	42
Slowakei	313 <sup>c</sup>	97	97	43 <sup>b</sup>	97	46	151 <sup>c</sup>	98	130	45 <sup>c</sup>	95	75	12,5	77	187
Slowenien	237 <sup>a</sup>	109	74	49 <sup>a</sup>	107	52	69 <sup>a</sup>	103	59	60 <sup>a</sup>	103	99	6,7	98	101
Spanien	376	119	117	77	107	81	48 <sup>a</sup>	121	41	56	129	93	8,1 <sup>a</sup>	93	122
Tschechien	357	106	111	71	99	76	132	116	113	67	104	112	14,6	99	220
Ungarn	278	89	87	65	98	69	135	88	116	42	92	70	10,8	98	163
Vereinigtes Königreich	213 <sup>d</sup>	106	66	67 <sup>c</sup>	109	71	177	134	152	44 <sup>e</sup>	102	73	5,0	94	75
Zypern	253 <sup>a</sup>	97	79	n. v.	n. v.	n. v.	100 <sup>f</sup>	n. v.	86	93 <sup>a</sup>	104	154	2,0	102	31
EU-27*	321	104	100	94	99	100	117	111	100	60	106	100	6,6	101	100
EU-15*	339	106	106	99	100	105	114	117	98	65	106	108	6,3	100	95
EU-12*	253	98	79	65	94	69	125	95	107	42	101	70	7,8	105	117
Kroatien	259	109	81	65	92	69	77	107	66	72	106	119	6,4	91	96
Mazedonien	254 <sup>a</sup>	116	79	96 <sup>a</sup>	105	102	106 <sup>a</sup>	137	91	58 <sup>a</sup>	103	95	6,0 <sup>a</sup>	188	90
Türkei	154	122	48	76	108	80	61	239	52	26	109	43	5,7	239	86
Schweiz	385 <sup>a</sup>	110	120	52 <sup>a</sup>	134	55	137 <sup>a</sup>	120	118	51 <sup>a</sup>	106	85	4,0	118	60
USA	243	106	76	96	103	102	146	107	125	60 <sup>a</sup>	102	99	3,8 <sup>a</sup>	103	57

<sup>a</sup> 2006, <sup>b</sup> 2005, <sup>c</sup> 2004, <sup>d</sup> 2002, <sup>e</sup> 2001, <sup>f</sup> 2000, <sup>g</sup> 1999, <sup>h</sup> 1998

\*bevölkerungsgewichtet \*\*ohne Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie und Allgemeinmedizin

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2010; OECD Health Data, November 2009 für die USA, Arztkontakte AUT, FRA, GRE, ITA, LUX, ESP, GBR, SUI und Fachärzte IRL, GBR; eigene Berechnungen.

