

Projektbericht
Research Report

Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen

Thomas Czypionka
Markus Kraus
Monika Riedel
Clemens Sigl



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

Projektbericht
Research Report

Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen

Thomas Czypionka
Markus Kraus
Monika Riedl
Clemens Sigl

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Mai 2012

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: cypionk@ihs.ac.at

Bemerkungen

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Inhalt

Einleitung	1
1. Theorie	2
1.1. Funktionen des Gesundheitswesens	2
1.1.1. Modelle von Gesundheitssystemen	2
1.1.1.1. Ein Überblick	2
1.1.1.2. Abgrenzung des Gesundheitssystems	3
1.1.1.3. Einteilung von Modellen	5
1.1.2. Funktionen aus Sicht analytischer Modelle	6
1.1.2.1. Das Modell von Londoño und Frenk (1997)	6
1.1.2.2. Performance Framework	8
1.1.2.3. Building Blocks	9
1.1.2.4. Modell der USAID (U.S. Agency for International Development)	10
1.1.2.5. Control Knobs Framework	10
1.1.3. Funktionen aus Sicht deskriptiver Modelle	12
1.1.4. Schlussfolgerungen	12
1.2. Aufgaben von Gesundheitssystemen	16
1.2.1. Der Mensch im Zentrum von Gesundheitssystemen	16
1.2.2. Die Rollenbilder des Menschen	17
1.2.2.1. Der Bürger	19
1.2.2.2. Der Versicherte	23
1.2.2.3. Der (potentielle) Patient	25
1.2.3. Schlussfolgerungen	31
2. Ländervergleich	34
2.1. Deutschland	34
2.1.1. Patient	38
2.1.1.1. Sicherung der Bereitstellung von Ressourcen	38
2.1.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)	47

2.1.2. Versicherte	61
2.1.2.1. Wie kann der Versicherte Entscheidungen mitbestimmen?	64
2.1.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit	67
2.1.3. Bürger	69
2.1.3.1. Governance und „Health in all Policies“	69
2.1.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?	71
2.1.4. Konsument.....	73
2.1.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich	73
2.1.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich	77
2.1.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich	77
2.2. England	78
2.2.1. Patient.....	82
2.2.1.1. Sicherung der Bereitstellung von Ressourcen	82
2.2.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)	92
2.2.2. Versicherte	101
2.2.2.1. Wie kann der Versicherte mitbestimmen?	101
2.2.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit	102
2.2.3. Bürger	104
2.2.3.1. Governance und „Health in all policies“	104
2.2.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?	106
2.2.4. Konsument.....	108
2.2.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich	108
2.2.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich	110
2.2.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich	111
2.3. Niederlande.....	112
2.3.1. Patient.....	117
2.3.1.1. Sicherstellung der Bereitstellung von Ressourcen	117
2.3.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)	128
2.3.2. Versicherte	139
2.3.2.1. Wie kann der Versicherte Entscheidungen mitbestimmen?	139
2.3.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit	139
2.3.3. Bürger	142
2.3.3.1. Governance und „Health in all policies“	142
2.3.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?	143

2.3.4. Konsument	146
2.3.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich	146
2.3.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich	149
2.3.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich	150
3. Analyse und Vorschläge	151
3.1. Das österreichische Gesundheitswesen	152
3.1.1. Konstitution und rechtliche Grundlagen	152
3.1.2. Struktur und Aufgabenverantwortung	154
3.1.3. Bereitstellung von Gesundheitsleistungen	161
3.1.3.1. Gesundheitsförderung und Prävention	161
3.1.3.2. Primärversorgung	162
3.1.3.3. Sekundärversorgung	163
3.1.3.4. Tertiärversorgung	163
3.1.3.5. Rehabilitation	164
3.1.3.6. Behandlung nach Unfällen	165
3.1.3.7. Notfallversorgung	165
3.1.3.8. Übergangspflege	165
3.1.3.9. Krankentransport	165
3.1.4. Qualitätssicherung	166
3.1.4.1. Qualitätssicherung im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)	166
3.1.4.2. Qualitätssicherung im extramuralen Bereich	168
3.1.4.3. Qualitätssicherung im intramuralen Bereich	169
3.1.5. Humanressourcen	170
3.1.5.1. Ärztliche Ausbildung	170
3.1.5.2. Sonstige, nicht ärztliche Gesundheitsberufe	171
3.1.6. Arzneimittel	171
3.1.6.1. Zulassung von Arzneimitteln	172
3.1.6.2. Preisdiktion bei Arzneimitteln und Erstattungskodex	173
3.1.7. Heilbehelfe und Hilfsmittel	175
3.1.8. Beteiligungsmöglichkeiten der verschiedenen Aspekte im österreichischen Gesundheitswesen	176
3.1.8.1. Bürger	176
3.1.8.2. Versicherte	177
3.1.8.3. Patienten	178
3.1.8.4. Konsumenten	180

3.2. Aufgabenorientierung an den Bedürfnissen einzelner Rollenbilder.....	181
3.2.1. Aufgaben des Gesundheitswesens aus Sicht des Bürgers und des Versicherten.....	181
3.2.1.1. Bewertung Österreichs im Ländervergleich	181
3.2.1.2. Verbesserungsmöglichkeiten	185
3.2.2. Aufgaben des Gesundheitswesens aus Sicht des Patienten und Konsumenten	188
3.2.2.1. Defizite	188
3.2.2.2. Vorschläge	194
Anhang	200
Literaturverzeichnis	205

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grenzen des Gesundheitssystems	4
Abbildung 2: Das Modell von Londoño und Frenk.....	7
Abbildung 3: Performance Framework	8
Abbildung 4: Building Blocks.....	10
Abbildung 5: Control Knobs	11
Abbildung 6: Vom Patienten zum Bürger – Rollen des Nutzers des Gesundheitswesens	18
Abbildung 7: Arnstein'sche Leiter.....	20
Abbildung 8: Partizipationsebenen im Gesundheitssystem.....	22
Abbildung 9: Felder des Konsumentenschutzes.....	28
Abbildung 10: Zuordnung der Rollenperspektiven, Bedürfnisse und Aufgaben aus Patientensicht.....	30
Abbildung 11: Rollenbilder, Bedürfnisse und daraus abgeleitete Aufgaben des Gesundheitssystems.....	32
Abbildung 12: Das Gesundheitssystem in Deutschland	37
Abbildung 13: Gesetzliche Grundlage für Präventionen in Deutschland.....	48
Abbildung 14: Wirkungsmöglichkeiten des GKV- Spitzenverbandes	63
Abbildung 15: Selbstverwaltung des GKV- Spitzenverbandes	64
Abbildung 16: Funktionen nach Regulierungsebenen in England	80
Abbildung 17: Zuständigkeiten im englischen Gesundheitswesen, 2010.....	81
Abbildung 18: Struktur des „Department of Health“	81
Abbildung 19: Darstellung der Gesundheitsdaten der Public Health Observatories	94
Abbildung 20: Akteure und Märkte im niederländischen Gesundheitssystem.....	112
Abbildung 21: Übersicht über die Organisation des niederländischen Gesundheitswesens	116
Abbildung 22: Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen am Beispiel Oberösterreich für 2006	159

Einleitung

Die Sicht auf das Gesundheitswesen ist in Österreich traditionell sehr institutionenlastig, um nicht zu sagen organisationslastig. Bei einem Blick auf Reformvorschläge erfolgt daher meist sofort die Frage „Wo bin ich? Wo ist meine Organisation? Welche Rolle nimmt sie ein?“. Daher sollte das Gesundheitswesen nicht primär an den bereits vorhandenen Organisationen gemessen werden sondern auch einmal danach betrachtet werden, welche Aufgaben es für den Menschen erfüllen sollte. Es ist die Idee der vorliegenden Studie, genau diesen Blickwinkel einzunehmen und daraus Erkenntnisse abzuleiten, wie die Zuordnung von Aufgaben verbessert werden kann. Dies kann sowohl in Hinblick auf große als auch kleinere Veränderungen sinnvoll sein. Während eine große Gesundheitsreform für die Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitswesens geboten scheint, ist sie politisch schwierig durchsetzbar. Daher müssen Wege gefunden werden auch mit anderen Mitteln Verbesserungen im Kleinen zu erreichen. Die Prämisse der Studie ist daher, dass die Kenntnis der Aufgabenzuordnung und Ideen zu ihrer Verbesserung ein sinnvoller Ansatzpunkt ist, sowohl große wie kleine Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen. Dabei ist die Anzahl und Art der Aufgaben natürlich vielfältig. Es erfolgt daher eine Konzentration auf derzeit wesentliche Felder der Reform.

In Abschnitt 1 leiten wir daher, ausgehend von schon bestehenden Modellen zu Gesundheitssystemen, eine neue, aufgabenorientierte Systematik ab, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Daraus wurde ein Analyseraster abgeleitet, mit dem andere Gesundheitssysteme bzgl. dieser Aufgabenorientierung untersucht werden können.

Abschnitt 2 enthält die Systembeschreibungen dreier europäischer Gesundheitssysteme nach dem Analyseraster. Sie dienen als Ausgangspunkt für Abschnitt 3.

In Abschnitt 3 erfolgt eine kurze Darstellung der Aufgabenzuteilung in Österreich und schließlich eine Analyse der Defizite sowie Vorschläge zur Verbesserung.

1. Theorie

Häufig wird in der Literatur nicht zwischen **Funktionen und Aufgaben** von Gesundheitssystemen unterschieden. Die Begriffe werden sehr oft als Synonyme verwendet. Für die vorliegende Studie muss daher eine klare Abgrenzung ihrer Bedeutung und Verwendung erfolgen, da diese Begriffe durchaus unterschiedliche Dinge beschreiben, beide jedoch einen Anhaltspunkt für die Aufgabenorientierung darstellen.

Aufgaben sind die Elemente, welche es von einem Gesundheitssystem zu erfüllen gilt. Diese können von den Bedürfnissen des Menschen abgeleitet werden (siehe Kapitel 1.2). Die Aufgaben beantworten die Frage: Was muss für den Menschen in all seinen Aspekten von einem Gesundheitssystem erledigt werden?

Dieses „Erfüllen der Aufgaben“ erfolgt durch geeignete Mechanismen, welche als **Funktionen** bestimmt werden können.

In Kapitel 1.1 erfolgt eine Analyse konzeptueller theoretischer und deskriptiver Modelle, die sich mit den Funktionen von Gesundheitssystemen auseinandersetzen.

Im folgenden Kapitel 1.2 werden die Rollenbilder des Menschen, ihre Bedürfnisse sowie die daraus resultierenden Aufgaben analysiert.

Als Resultat dieser beiden Betrachtungen entsteht ein Raster, welches die Aufgaben bzw. Funktionen eines Gesundheitssystems analysieren hilft. Durch diesen Raster werden Gesundheitssysteme, ihre Aufgabenzuordnung sowie die Abstimmung zwischen den erfüllenden Organen analysiert.

1.1. Funktionen des Gesundheitswesens

1.1.1. Modelle von Gesundheitssystemen

1.1.1.1. Ein Überblick

Die Funktionen von Gesundheitssystemen spielen vor allem eine Rolle bei Modellen, die die Leistungsfähigkeit derselben untersuchen (z. B. WHO 2000), die sich mit der Stärkung von Gesundheitssystemen auseinandersetzen (z. B. WHO 2007, USAID 2008, Roberts et al. 2008, Shakarshvili et al. 2010b) bzw. die Überlegungen anstellen, welche unter dem Begriff des „System Thinking“ (z. B. Atun 2008, Leischow et al. 2008) aufscheinen. Bei diesen werden die Auswirkungen einzelner spezifischer gesundheitsbezogener Politikmaßnahmen (z. B. krankheitsbezogener Gesundheitsprogramme) auf das gesamte Gesundheitssystem hervorgehoben.

Die Modelle, welche sich mit den Funktionen von Gesundheitssystemen beschäftigen, zielen zumeist auf Reformen und Analysen bzw. Leistungssteigerungen von weniger entwickelten Gesundheitssystemen ab.

Nach einer Einleitung und Abgrenzung unterschiedlicher Modelle wird im Folgenden ein Überblick über Darstellungen von Funktionen von Gesundheitssystemen gegeben. Aus diesen soll die Grundlage für eine weitere Analyse der Aufgaben eines Gesundheitssystems im Rahmen der Studie entstehen.

1.1.1.2. Abgrenzung des Gesundheitssystems

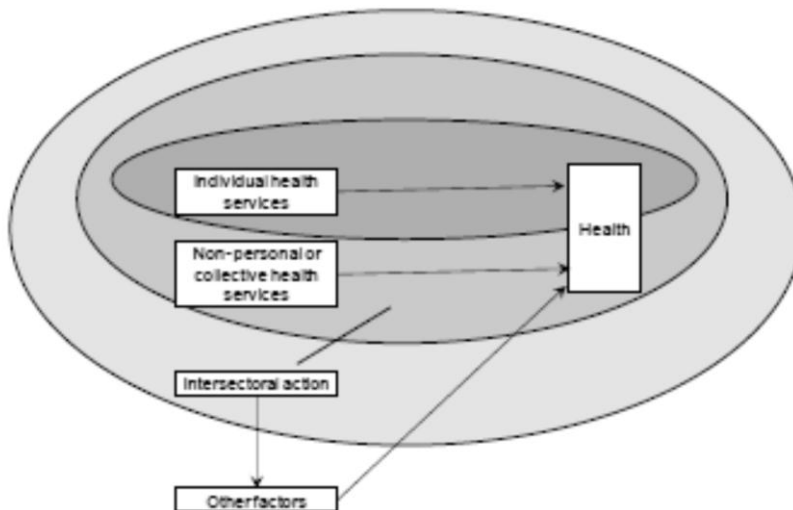
Eine eindeutige begriffliche Definition von Gesundheitssystemen ist in der Literatur nicht zu finden. Stattdessen zeigt sich eine Vielzahl von Beschreibungen und Abgrenzungen, was Gesundheitssysteme oder auch das Gesundheitswesen sind. Neben unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Elementen sind diese Begriffe auch häufig als Synonyme in Gebrauch. Einen kleinen Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten einer Definition, die in weiterer Folge in Bezug auf die diskutierten Modelle zu sehen sind, erfolgt an dieser Stelle.

Nach Murray und Evans (2003) kann der Aufgabenumfang von Gesundheitssystemen in drei Stufen dargestellt werden. Die engste Definition beinhaltet nur jene Aktivitäten, die direkt in Verantwortung eines Gesundheitsministeriums liegen und welche oft nur eine limitierte Anzahl von persönlichen medizinischen Leistungen beinhaltet.

Eine weitere Definition umfasst neben diesen auch nicht-persönliche („non-personal“) Gesundheitsleistungen, dies sind Maßnahmen, die zwar die Gesundheit beeinflussen, allerdings in einem anderen Bereich durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Versorgung mit Wasser oder die Bereitstellung einer Kanalisation.

Die dritte und weiteste Definition beinhaltet alle Akteure, Institutionen und Ressourcen, deren primäres Ziel die Verbesserung der Gesundheit darstellt.

Abbildung 1: Grenzen des Gesundheitssystems



Quelle: Murray and Evans (2003), bearbeitet durch Ritan et al. (2010).

Die letzte dieser Abgrenzungen entspricht der von der WHO im World Health Report 2000 (WHO 2000) genannten, welche das Gesundheitssystem als „comprising all the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions“ definiert. Diese Definitionen finden sich bei der WHO (2007) noch erweitert : „A health system consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health.“ Ein Gesundheitssystem ist demzufolge breiter zu sehen, als nur seine öffentlichen Einrichtungen die Dienstleistungen im Gesundheitsbereich anbieten. Als Beispiele für weitere Elemente werden unter anderem, die Pflege eines kranken Kindes durch seine Eltern und private Anbieter oder Programme die auf das Verhalten der Bevölkerung Einfluss nehmen, genannt.

Mit einer umfassenden Definition ist auch die analytische Gliederung eines Gesundheitssystems in drei Teilbereiche, welche von Rega (2007, 23) vermerkt wird, in Einklang zu bringen. Dazu gehört das Gesundheitsversorgungssystem, welches sich wieder in die Unterbereiche Krankenversorgungs-, Medizin- und das Behandlungssystem unterteilt, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und die Gesundheitspolitik. Diese Einteilung kann auch mit den Rollenbildern, welche in Kapitel 1.2.2 diskutiert werden, in Zusammenhang gebracht werden.

Engere Definitionen des Gesundheitswesens sind zum Beispiel bei Mills und Ranson (2006, 513) zu finden, welche dieses an den Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen, welche Gesundheitsversorgung an Individuen erfüllen, knüpft, oder die zwei Definitionen von Beske et. al (2005a, 28), welche diese bei ihrer Untersuchung der Leistungen verschiedener Gesundheitssysteme vornehmen. Während die enge Definition alle „Einrichtungen und Personen, die an der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit mitwirken“ umfasst, beinhaltet die weitere Definition auch „die Versorgung im Pflegefall und bei Berufskrankheiten und Berufsunfällen“ sowie „Geldleistungen, die bei Krankheit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit und Unfallfolgen“ gezahlt werden.

Für die Darstellung der Funktionen eines Gesundheitssystems ist, wie im Folgenden ersichtlich wird, der Umfang der Definition nicht notwendigerweise ausschlaggebend, da diese zumeist abstrahiert dargestellt werden und sich in ihrer Grundeigenschaft mit einer Erweiterung des Umfangs nicht ändern.

1.1.1.3. Einteilung von Modellen

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Modellen, die sich mit dem Gesundheitssystem beschäftigen.¹ Während frühere Modelle die Gesundheitssysteme über seine Akteure, ökonomische Beziehungen bzw. Geldströme beschrieben haben, zeigen jüngere Definitionen eine Beschreibung nach den zu erfüllenden Funktionen um gewünschte Ziele zu erreichen. (Atun und Menabde (2008: 123)

Neben differenziertem Umfang und Fragestellungen verfolgen diese unterschiedliche Ziele. Ein weiteres Problem der vielen Modelle ist eine abweichend verwendete Terminologie, die eine Kombination mehrere Modelle bzw. eine parallele Betrachtung erschwert.

Folgt man Hsiao und Siadat (2008), lassen sich Modelle von Gesundheitssystemen in folgende drei Gruppen einteilen:

Deskriptive Modelle („descriptive models“)

Analytische Modelle („analytical models“)

Deterministische bzw. vorausschauende Modelle („deterministic and predictive models“)

Während deskriptive Modelle die Elemente innerhalb des Systems, aber nicht dessen Wirkungsweise darlegen, zeigen analytische Modelle größere Zusammenhänge und

¹ Einen äußerst detaillierten Überblick über unterschiedliche Ansatzpunkte liefern zum Beispiel Atun und Menabde (2008), Hsiao und Siadat (2009) oder Shakarshvili et al. (2010a), wobei letztere eine Notwendigkeit in einem klaren begrifflichen Rahmen für die Durchführung von Reformen im Gesundheitssystem verorten und die Erstellung eines übergeordneten Meta-Modells als notwendig erachten, auch um Missverständnisse bezüglich Definitionen und Zielsetzungen zu vermeiden.

Verfahrensweisen. Deterministische Modelle versuchen hingegen fundamentalere Fragen zu klären, wie zum Beispiel welchen Einfluss gewisse Faktoren auf Leistungen verschiedener Gesundheitssysteme haben. Im Rahmen dieser Studie werden vor allem analytische und deskriptive Modelle eine wesentliche Rolle spielen.

Betrachtet man verschiedene Modelle, unabhängig von deren Zweck, ist ersichtlich, dass Gesundheitssysteme – durch die teilnehmenden Akteure und ihre Handlungen – Auswirkungen auf die gesellschaftlichen Werte haben. Shakarashvili et al. (2010a) finden bei diesen Modellen sehr ähnlich geartete Ziele und Absichten. Unter anderem werden neben dem primären Ziel eines Gesundheitssystems, der verbesserten Gesundheit, auch „Absicherung gegen finanzielle Risiken in Zusammenhang mit Gesundheitsausgaben“, „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Zufriedenstellung der Erwartungen der Bevölkerung“ genannt.

Darüber hinaus ist auch eine Übereinstimmung in Bezug auf allgemeine Grundsätze zu finden. So werden Prinzipien wie Gleichheit, Effizienz, Nachhaltigkeit, Qualität, Zugang, Deckung, Sicherheit oder Wahlfreiheit in den unterschiedlichen Modellen genannt.

1.1.2. Funktionen aus Sicht analytischer Modelle

1.1.2.1. Das Modell von Londoño und Frenk (1997)

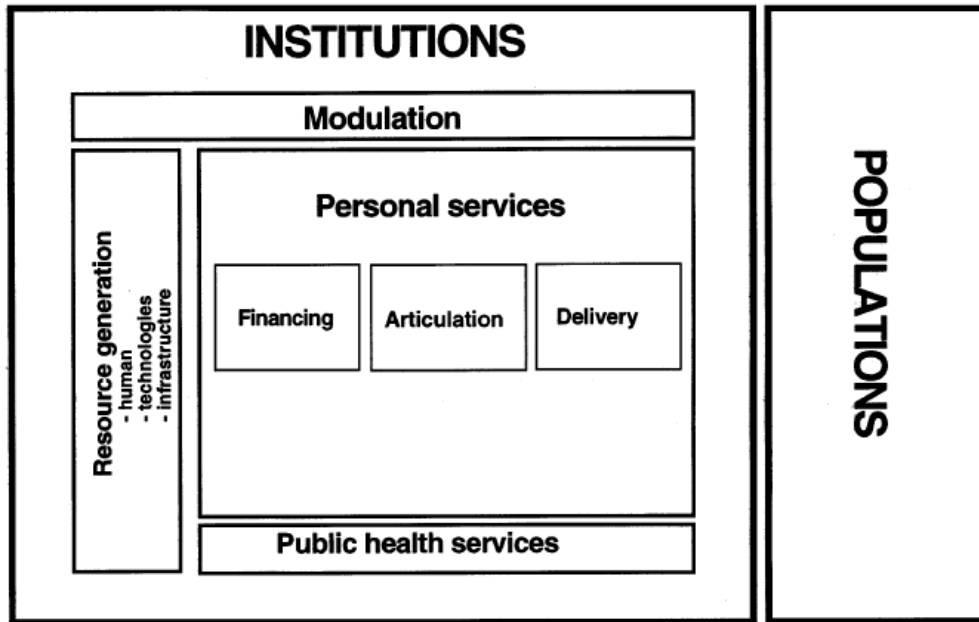
Die Darstellung der Bestandteile und Funktionen eines Gesundheitssystems von Londoño und Frenk (1997) teilt dieses in zwei Hauptkomponenten, nämlich die Bevölkerung und Institutionen, welche mehrfach dynamisch verknüpft sind. Ziel des Beitrages ist eine institutionelle Analyse und Einteilung von existierenden Gesundheitssystemen in Lateinamerika und der Vorschlag einer Restrukturierung.

In diesem Modell werden vier Basisfunktionen eines Gesundheitssystems bestimmt, die notwendig sind, um die Bedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen. Neben den Funktionen Finanzierung und Durchführung von Gesundheitsleistungen wird „articulation“, eine Funktion, die zwischen diesen beiden liegt und die Koordination verschiedener Elemente der Gesundheitsversorgung beinhaltet, genannt. Londoño und Frenk (1997) weisen darauf hin, dass diese Funktion oft im Rahmen der Finanzierung oder der Bereitstellung von Dienstleistungen durchgeführt wird. Als letzte Basisfunktion wird „modulation“ bezeichnet, die als erweiterte Form der Regulierung definiert wird. Diese beinhaltet neben einer strategischen Ausrichtung auch die Festlegung, Durchführung und Überwachung von gewünschten Regeln.

Als weitere Schlüsselfunktion von Gesundheitssystemen wird die Generierung von Ressourcen bezeichnet, wie auch in Abbildung 2 ersichtlich ist. Diese wird nach Londoño und Frenk (1997) von vielen Anbietern durchgeführt und ist von den vier genannten Basisfunktionen abhängig. Das vorliegende Modell setzt den Fokus auf persönliche

Gesundheitsleistungen, obwohl erwähnt wird, dass die Funktionen ebenso für „public health services“ (öffentliche Gesundheitsdienste) Gültigkeit besitzen.

Abbildung 2: Das Modell von Londoño und Frenk

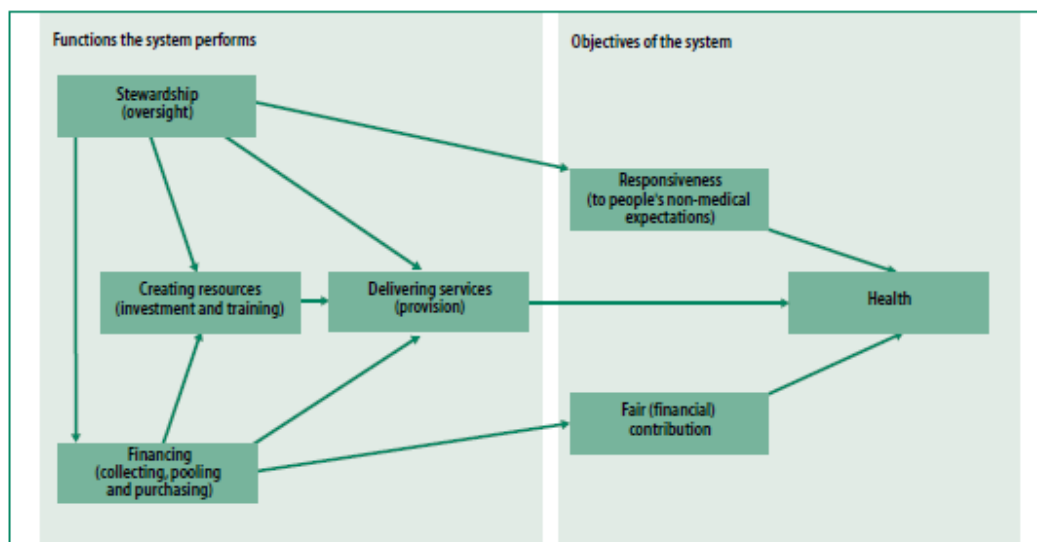


Quelle: Londoño und Frenk (1997).

1.1.2.2. Performance Framework

Das Rahmenmodell, welches die WHO (2000) im World Health Report zur Analyse der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen bietet, lässt sich in vier Schlüsselfunktionen unterteilen, welche drei Ziele „health“, „responsiveness“ und „fair financial contribution“ haben.

Abbildung 3: Performance Framework



Quelle: WHO (2000)

Neben der Erzeugung von Ressourcen („Resource Generation“), also dem Investieren in Menschen, Gebäude und Ausrüstung, wird die Durchführung von persönlichen und nicht-persönlichen Gesundheitsleistungen („Service Delivery“), so wie die Finanzierung („Financing“), also das Aufbringen und Zusammenführen finanzieller Mittel um Leistungen einkaufen zu können, genannt. Über all diesen Punkten steht die „Stewardship“-Funktion, welche Einfluss auf und Aufsicht über alle anderen Funktionen hat. In der schematischen Darstellung Abbildung 3: Performance Framework

sind die Verknüpfungen zwischen den einzelnen Funktionen und die Auswirkungen auf die Ziele eines Gesundheitssystems ersichtlich.

Dieses Modell der WHO erlaubt eine verhältnismäßig klare Einteilung und Abgrenzung von Funktionen, die Gesundheitssysteme erfüllen sollten.

1.1.2.3. Building Blocks

Ein jüngeres Modell der WHO (2007) teilt Gesundheitssysteme in sechs „Building Blocks“, also Bausteine ein, welche auf den bereits genannten Funktionen (WHO 2000) basieren. Diese Erweiterung soll, gemäß der Modellerklärung der WHO (2007), das Verständnis und die Stärkung von Gesundheitssystemen gewährleisten.

Die sechs Bausteine sind:

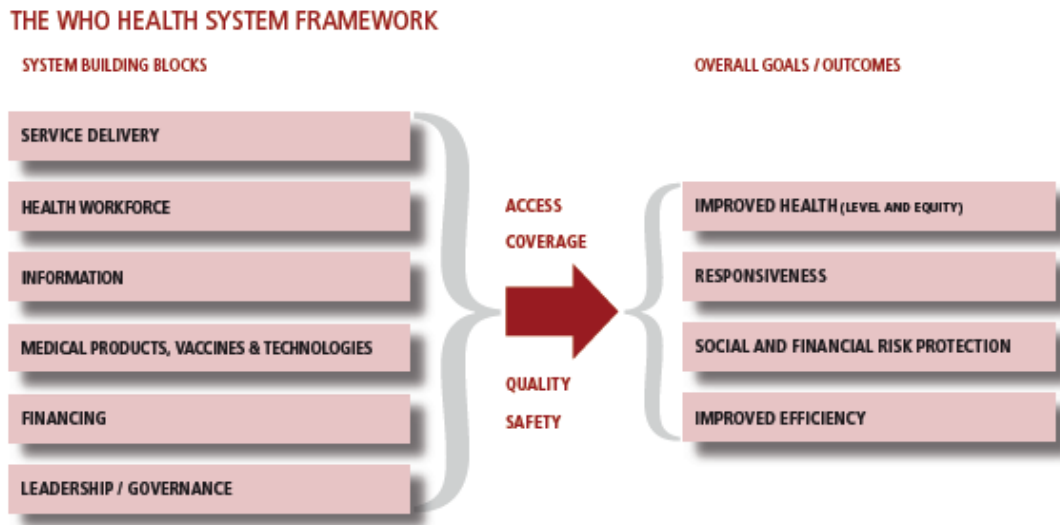
- Erbringung von Dienstleistungen („Service Delivery“),
- Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich („Health Workforce“),
- Information („Information“),
- Medizinische Produkte und Technologien („Medical Products, Vaccines & Technologies“),
- Finanzierung („Sustainable Financing and Social Protection“) und
- Leadership/Governance

Letzterer Baustein kann als komplexester Block und über allen anderen stehend gesehen werden. Diesem obliegt die Steuerung der anderen Blöcke. Folgt man der Beschreibung der Eigenschaften und Aufgaben der Bausteine, ist ersichtlich, dass zwischen diesen eine äußerst enge Verknüpfung herrscht, die eine getrennte Betrachtung erschwert.

Darin ist auch der Nachteil dieser Gliederung zu sehen, denn eine Abgrenzung gemäß detaillierter Beschreibungen der einzelnen Bereiche ist beinahe nicht möglich. Betrachtet man die von der WHO zugeteilten Prioritäten der Aufgabenblöcke, wird dies klar ersichtlich (wie zum Beispiel bei der Trennung der Aufgaben Arbeitskräfte und medizinische Produkte, die zusammengefasst als Generierung von Ressourcen beschrieben werden könnten). Darüber hinaus werden einzelne Bausteine als Unterblöcke anderer beschrieben, wie zum Beispiel Information als wesentlicher Bestandteil der Steuerung.

Gemäß der WHO (2007) lassen sich durch die gewählten Bausteine einerseits wünschenswerte Eigenschaften durch diese Aufteilung besser darstellen, andererseits zeigen diese vor allem die Aufgabenprioritäten bzw. bieten einen Rahmen für die Programme und die Tätigkeitsfelder der WHO.

Abbildung 4: Building Blocks



Quelle: WHO (2007).

1.1.2.4. Modell der USAID (U.S. Agency for International Development)

Die U.S. Agency for International Development (USAID 2007) teilt Gesundheitssysteme, entsprechend dem Modell der WHO (2000), in vier Schlüsselfunktionen ein und erweitert diese um sechs technische Module, welche Steuerung, Finanzierung, Durchführung von Dienstleistungen, Humanressourcen, Management von pharmazeutischen Produkten und ein Informationssystem beinhalten. Diese Einteilung entspricht den bereits bekannten Elementen.

Auch dieses Modell ist zur Bewertung bzw. Schaffung und Verbesserung von Gesundheitssystemen im Rahmen von USAID Programmen zu sehen und zielt folglich auf weniger entwickelte Länder ab.

1.1.2.5. Control Knobs Framework

Das von Roberts et al. (2008) entwickelte Modell² beschäftigt sich überwiegend mit der Durchführung von Gesundheitsreformen. Ebenso wie das Modell der WHO (2000) ist die Grundlage eine systematische Annäherung an eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit, welche durch fünf Steuerungselemente von Gesundheitssystemen erfolgt.

Gemäß diesem Modell werden Gesundheitssysteme durch fünf Elemente gesteuert sowie

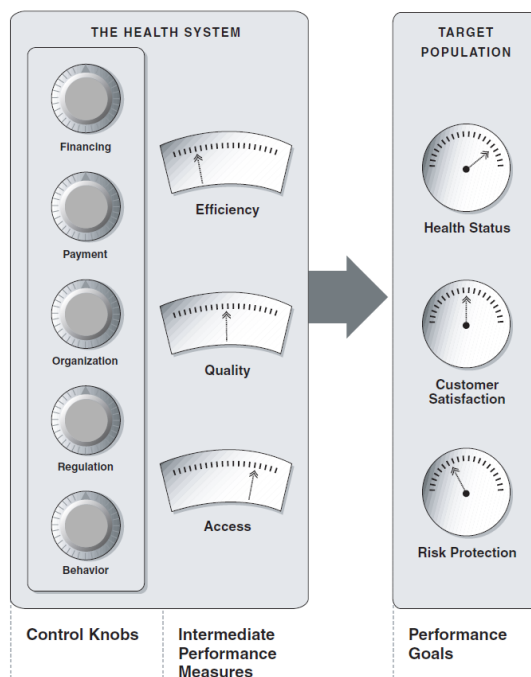
² Dieses Modell wird auch als Basis für das Reformprogramm der Weltbank verwendet.

Zwischenziele, welche die Leistung des Gesundheitssystems an Qualität, Effizienz und Zugang messen, bestimmt. Die von Gesundheitssystemen zu erreichenden Ziele können auf diesem Wege beeinflusst werden. Im Rahmen der Studie können diese „Control Knobs“ mit den Mechanismen bzw. Funktionen, welche für die Umsetzung der Aufgaben notwendig sind, in Verbindung gebracht werden.

Diese Funktionen sind, wie in Abbildung 5 ersichtlich: Finanzierung („Financing“), Bezahlung („Payment“), Organisation („Organization“), Regulierung („Regulation“) und Verhalten („Behaviour“). Letzteres wird mit den Anstrengungen der Beeinflussung des Verhaltens von Menschen in Zusammenhang gebracht.

Bei der umfangreichen Diskussion von Gesundheitssystemen von Roberts et al. (2008) liegt deren Fokus auf den Auswirkungen von Gesundheitspolitik auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, der Diskussion von Gesundheitszielen und der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen auf Grund ethischer Theorien sowie der Diskussion von politökonomischen Theorien für die Betrachtung von (gesundheits-)politischen Änderungen und Strategien.

Abbildung 5: Control Knobs



Quelle: Roberts et al. (2008).

1.1.3. Funktionen aus Sicht deskriptiver Modelle

Als ein weiterer Ansatzpunkt zur Darstellung von Funktionen und Aufgaben eines Gesundheitssystems können im Rahmen der Studie deskriptive Modelle gewertet werden. Diese liefern eine Beschreibung der Komponenten innerhalb existierender Systeme und können nach Hsiao und Siadat (2008) einerseits in die Beschreibung von Sub-Systemen, also speziellen Teilbereichen von Gesundheitssystemen, bzw. von nationalen Systemen unterteilt werden.

Einen wichtigen Beitrag liefert in diesem Zusammenhang Roemer (1993), welcher eine Vielzahl von Gesundheitssystemen unterschiedlich entwickelter Länder analysiert und so einen Überblick über die zu findenden Funktionen liefert. Gemäß seiner Analyse können fünf Komponenten von Gesundheitssystemen definiert werden, die eine sehr enge Verknüpfung aufweisen:

- Schaffung von Ressourcen („Production of Resources“)
- Institutionelle Organisation („Organization of Programs“)
- Wirtschaftliche Unterstützung („Economic Support“)
- Verwaltung („System Management“)
- Erbringung von Gesundheitsleistungen („Delivery of Services“)

Andere deskriptive Modelle beschreiben zumeist nationale Gesundheitssysteme (wie z. B. Beske et al. (2005a) oder die „Health in Transition“-Reihe der WHO), stellen allerdings zumeist keine schlussfolgernden Überlegungen bezüglich der Funktionen bzw. Gemeinsamkeiten der durchführenden Elemente auf. Viel mehr sind in diesen Leistungen, die von unterschiedlichen Gesundheitssystemen bzw. Teilbereichen erbracht werden, dargestellt.

1.1.4. Schlussfolgerungen

Auch wenn die vorgestellten Modelle unterschiedliche Zwecke verfolgen, sind bei den beschriebenen Funktionen Gemeinsamkeiten feststellbar. Einige der präsentierten Modelle weisen einen stärker gegliederten Ausgangspunkt auf. Auf Grund deren Beschreibungen ist ersichtlich, dass dieser Aufbau, hinsichtlich der Übersichtlichkeit und Klarheit, verkomplizierend wirkt, da dadurch Überschneidungen von Aufgaben zwischen den einzelnen Funktionen vermehrt auftreten.

Zusammenfassend lassen sich bei der Analyse der betrachteten Modelle vier Funktionen ausmachen, welche in allen Beschreibungen von Gesundheitssystemen zu finden sind, auch

wenn einzelne Elemente auf eine leicht unterschiedliche Art und Weise zusammengefasst werden können. Hierbei handelt es sich um:

- Stewardship³,
- Finanzierung,
- Erschließung von Ressourcen und
- Bereitstellung bzw. Erbringung von Dienstleistungen.⁴

Diese Einteilung, die auch weitestgehend der Gliederung der WHO (2000) entspricht, erlaubt eine mögliche Zuteilung von Elementen bzw. den definierten Funktionen von Gesundheitssystemen.⁵ Somit können diese als Ausgangspunkt für weitere Betrachtungen dienen.

Zu vermerken gilt, dass diese Basisfunktionen nicht für sich stehen können und enge Verknüpfungen zwischen denselben bestehen. In einem ersten Schritt wird versucht, eine möglichst eindeutige Trennung zu schaffen, um einen Überblick zu gewährleisten. Offensichtlich ist, dass in jeder Funktion des Gesundheitssystems mehrere Ansätze möglich und diese parallel zu betrachten sind. Diese einzelnen Funktionen spielen sich auf mehreren Ebenen, sei es eine institutionelle oder aufgabenbezogene Sichtweise, ab.

Der **Stewardship-Funktion** von Gesundheitssystemen wird bei allen genannten Modellen eine essentielle Aufgabe zugeordnet. Sie lenkt alle anderen Funktionen und beinhaltet, wie aus der Beschreibung der Modelle ersichtlich, viel mehr als bloße Regulierungsaufgaben. Stewardship beinhaltet den Überblick und die Lenkung des gesamten Gesundheitssystems im Sinne des öffentlichen Interesses, ganz gleich, ob es sich hierbei um private oder öffentliche Akteure handelt. (vgl. WHO 2007) Darüber hinaus sieht die WHO (2000) bei Stewardship nicht die Rolle des Staates in der Verwaltung und Leitung aller Agenden, die mit dem Gesundheitsbereich in Verbindung stehen, sondern vielmehr auch das Festlegen von Zielen, Vorgaben und Regeln.⁶ In diesem Zusammenhang wird auch die Erhebung und Auswertung von Informationen essentiell.

³ Der Begriff des „Stewardship“ bleibt unübersetzt, da dieser mehr als nur die Steuerung eines Gesundheitssystems beinhaltet.

⁴ Diese Einteilung gilt auch für Beschreibungen von Gesundheitssystemen, die an dieser Stelle nicht näher diskutiert wurden. So definieren Mills und Ranson (2006) für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen „regulation“, „financing“, „resource allocation“ und „provision“ als Schlüsselfaktoren. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass diese Funktionen bei allen Systemen vorhanden sind, allerdings auf Grund unterschiedlicher Systeme stark differieren.

Bei der Betrachtung für die Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern setzen Mills et al. (2006) den Fokus auf die Funktionen „stewardship and regulation“, „organizational structures and financing“ und „general management“ (mit der Untergliederung „human resources“ und „quality assurance“), während die Existenz von weiteren Funktionen erwähnt wird.

⁵ Ebenso können die von der Pan American Health Organization definierten elf essentiellen Funktionen von Gesundheitssystemen (PAHO 2008) in diese Gliederung eingeordnet werden.

⁶ Funktionen, die eine verantwortungsbewusste Steuerung von Gesundheitssystem ausmachen, wurden von den Mitgliedstaaten der Europäischen Region haben dargestellt. (WHO 2008a)

Diese basieren auch auf ethischen Vorstellungen, die eine Grundlage für Stewardship von Gesundheitssystemen ausmachen (Roberts et al. 2008) und werden in demokratischen Systemen gemäß einer demokratischen Entscheidungsfindung festgelegt.

Diese Funktion kann auch im Sinne der Rechenschaftspflicht und höheren Transparenz gesehen werden, die als treibende Kraft in Bezug auf Leistungen des Gesundheitssystems bezeichnet wird. (WHO 2008a)

Neben einer institutionellen Sichtweise, der man gemäß der Aufgliederung von Gesundheitssystemen von Roemer (1993) die Elemente staatliche Gesundheitsorgane, Sozialversicherungen, private Gesundheitsorgane und ehrenamtliche Gesundheitsorgane zuordnen kann, ließe sich auch eine aufgabenbezogene Darstellung des Stewardships von Gesundheitssystemen darstellen. Hierzu findet sich eine mögliche Einteilung nach Planung, Administration, Regulierung und Gesetzgebung⁷.

Als essentielle Funktion von Gesundheitssystemen wird immer wieder die **Finanzierung** derselben genannt. Gemäß der WHO (2007) sorgt ein gutes Gesundheitssystem dafür, dass einerseits ausreichend Mittel eingehoben werden, um der Bevölkerung die benötigten Leistungen zur Verfügung zu stellen, andererseits sollte in der „Funktion Finanzierung“ auch eine soziale Absicherung enthalten sein, damit Gesundheitsausgaben nicht zu einem persönlichen finanziellen Ruin führen.

Eine weitere Gliederung dieser Funktion kann in Mitteleinhebung („revenue collection“), das Zusammenführen der Mittel („pooling“) bzw. dem Leistungseinkauf („purchasing“) erfolgen.⁸ Darüber hinaus zeigt sich ein wichtiger Einfluss der Finanzierung auf die anderen Funktionen. So sind mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht nur die Bereitstellung von etwaigen Gesundheitsleistungen, also die laufenden Kosten zu decken, sondern auch Investition in Ressourcen notwendig. (WHO 2000)

Bei Roemer (1993) zeigt sich eine Gliederung nach den Quellen der Mittel, die für die Ausgaben notwendig sind bzw. die Absichten, die mit diesen zu erreichen gewünscht werden.

Folgt man der Einteilung und Beschreibung von Gesundheitssystemen der WHO (2000) bei der **Generierung von Ressourcen**, ausgehend von dem Einsatz finanzieller Mittel, zeigen sich drei Inputs, nämlich Humanressourcen („human resources“), materielles Kapital („physical capital“) und Verbrauchsgüter („consumables“).

Diese Dreiteilung entspricht auch weitestgehend den bei Roemer (1993) genannten Elementen, welche in Arbeitskräfte, Gesundheitseinrichtungen, sowie Gesundheitsgüter und Wissen eingeteilt werden können, wobei letzteres einerseits als Gut, andererseits wie schon erwähnt als Information dargestellt werden kann.

Auch hier kann eine weitere Unterteilung erfolgen. So sind die Arbeitskräfte nach

⁷ Neben Gesetzgebung spielen auch Verordnungen und Richtlinien eine entscheidende Rolle bei der Steuerung von Gesundheitssystemen.

⁸ Für eine detaillierte Beschreibung sei auf WHO (2000) und auf Kutzin (2008) bzw. für Österreich auf Czypionka et al. (2009) verwiesen.

Berufsgruppen, die Einrichtungen in ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen, so wie die Güter in Pharmazeutische Produkte und Technologie unterteilbar.

Die Generierung von Ressourcen kann als Voraussetzung für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen betrachtet werden.

Die Funktion der **Leistungserbringung** im Rahmen von Gesundheitssystemen ist nach der WHO (2000) die präsenteste. Oft werden gesamte Gesundheitssysteme nur über die Erbringung von Gesundheitsleistungen identifiziert. Gemäß der Funktionen der WHO, wird allerdings hervorgehoben, dass die Bereitstellung dieser Leistungen nur eine Funktion und nicht das Gesundheitssystem selbst darstellen kann.

Eine mögliche Einteilung der Gesundheitsleistungen kann in persönliche bzw. nicht-persönliche erfolgen. In Erstere würden die Elemente einer ambulanten bzw. stationären Versorgung fallen, während nicht-persönliche Gesundheitsleistungen unterschiedliche Programme beinhalten. Hier wäre eine Unterteilung in populationspezifische, indikationsspezifische bzw. sonstige Programme zu nennen. (Roemer 1993)

Während diese Gliederung wahrscheinlich stärker einer institutionellen entsprechen würde, wäre eine alternative Einteilung von Leistungen gemäß der WHO (2007) in Prävention, Behandlung und Rehabilitation, die an unterschiedlichen Orten erbracht werden können. Hierzu zählen zu Hause, in der Gemeinschaft, dem Arbeitsplatz oder Gesundheitseinrichtungen. Die Gliederung der Leistungserbringung spielt auch aus der Sicht der Aufgaben (Kapitel 1.2) eine wichtige Rolle.

Die Modelle zeigen verschiedene Mechanismen, welche die **Umsetzung von Aufgaben mit dem Wunsch gewisse Ziele zu erreichen**, von Gesundheitssystemen zu leisten sind. Diese lassen allerdings keine Bestimmung der Aufgaben, welche von diesen zu erbringen sind, zu. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel der Ansatz um die Aufgaben, welche es zu erfüllen gilt, erweitert. Hierbei ist der zentrale Ausgangspunkt der Mensch, welcher als Zentrum des Gesundheitssystems definiert werden kann.

1.2. Aufgaben von Gesundheitssystemen

1.2.1. Der Mensch im Zentrum von Gesundheitssystemen

Im folgenden Abschnitt soll der Mensch als Ausgangspunkt für die Aufgaben, welche von Gesundheitssystemen durch etwaige Funktionen umgesetzt werden, diskutiert werden. Diese differenzierte Sichtweise erscheint notwendig, um die Aufgaben der Gesundheitssysteme von den vorherrschenden institutionellen und sektoralen Abgrenzungen abstrahiert betrachten zu können und eine Aufgabenorientierung und deren Zuteilung innerhalb des Gesundheitssystems behandeln zu können.

Die offensichtliche Orientierung von Gesundheitssystemen an den Menschen ist auch an deren Hauptziel, der Verbesserung der Gesundheit, ersichtlich. Hierauf lässt alleine schon deren Existenz schließen. (WHO 2000, Roberts et al. 2008)

In jüngster Literatur, die sich mit Gesundheitssystemen bzw. der Erbringung von Gesundheitsleistungen beschäftigt, wird wieder verstärkt auf den Menschen als Zentrum von Gesundheitssystemen hingewiesen. (vgl. WHO 2000, WHO 2007a, SVR 2009, WHO 2009) Jahrzehnte lang wurde verabsäumt, Informationen über Präferenzen und Erwartungen von Bürgern, Versicherten und Patienten, die diese gegenüber dem Gesundheitswesen haben, zu sammeln. Damit wurden die unterschiedlichen Rollenbilder des Menschen vernachlässigt, während eine Dominanz der Experten im Gesundheitswesen feststellbar war. (Badura 2001) Als Beispiel für die Überbetonung der Expertenrolle kann die späte Entwicklung der Betrachtung der Arzt-Patienten Beziehung bzw. der Patientenrolle gesehen werden (siehe Kapitel 1.2.2.3).

Das Gesundheitssystem und der Mensch interagieren in einer umfassenden Komplexität. Versucht man diese aufzugliedern und die verschiedenen Schnittpunkte aus Sicht des Menschen darzustellen, lassen sich unterschiedliche Rollen, die dieser einnimmt, ausmachen.

Dieser Fokus ist besonders im Rahmen der vorliegenden Studie von Bedeutung, da sich die Aufgaben, welche ein Gesundheitssystem erbringen soll, an deren Ziel, den Bedürfnissen der Menschen, orientieren. Ausgehend von den differenzierten Rollenbildern können unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen, die das Gesundheitssystem befriedigen soll, definiert werden.

Mit den unterschiedlichen Rollenbildern, welche der Mensch im Gesundheitssystem einnimmt, gehen bestimmte Eigenschaften einher. Betrachtet man die Literatur, so werden zumeist verschiedene Rollen mit unterschiedlichen Fragestellungen in Zusammenhang gebracht. (vgl. z. B. WHO 2000, Saltmann 2000, Glaeske 2011)

So ist der Mensch **Bürger, der über seine Funktion als Wähler** die Grundstrukturen und damit die Steuerung von Gesundheitssystemen beeinflusst. Als Mitglied einer Zivilgesellschaft oder Interessensgruppen, als Manager oder politischer Entscheidungsträger

stehen ebenfalls steuernde Elemente im Vordergrund.

Daneben ist der Mensch **Zahler von Steuern und/oder Sozialversicherungsbeiträgen** und somit verantwortlich für die Finanzierung des Gesundheitssystems.

Als **Konsument** agiert der Mensch in Bezug auf die Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen. Dieser beeinflusst durch seine Konsumententscheidungen seinen Gesundheitszustand, konsumiert aber auch Versicherungen und Gesundheitsleistungen.

Die präsenteste Rolle im Gesundheitssystem, welche auch die direkte Schnittstelle zwischen diesem und dem Menschen ist, sind die des **Produzenten und des Anbieters** von Gesundheitsleistungen einerseits und dem Auftreten des **Menschen als Patienten** bei persönlichen, und als Zielgruppe bei nicht-persönlichen Gesundheitsleistungen, andererseits.

Darüber hinaus erfährt der Mensch als Arbeitnehmer im Bereich der Sozialversicherung, als Mitglied von Selbsthilfegruppen, als Kind oder als Erziehungsberechtigter unterschiedliche Berührungspunkte mit dem Gesundheitssystem.

1.2.2. Die Rollenbilder des Menschen

Als Ausgangspunkt für eine weitere Analyse der Bedürfnisse der unterschiedlichen Rollenbilder wird das Modell von Dierks et al. (2001) bzw. Dierks und Schwartz (2003) herangezogen, welches für die vorliegende Studie modifiziert und erweitert wurde.

Dieses Modell geht von dem Begriff des Nutzers aus, welcher vom Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland (SVR 2000) eingeführt wurde. Als **Nutzer** wird jedes Individuum bezeichnet, welches Zugang zu der gesundheitlichen Versorgung hat. Eine tatsächliche Nutzung des Gesundheitssystems wird nicht als Voraussetzung hierfür gesehen. Dieses Konzept zeigt folglich den Menschen in der Rolle des Nachfragers, welches mit drei grundlegenden Rollenbildern in Zusammenhang gebracht werden kann: der Patient, der Versicherte und der Bürger.

Die Gliederung der Rollenbilder des Menschen im Gesundheitssystem wird in diesem Modell mit drei Ebenen in Zusammenhang gebracht.

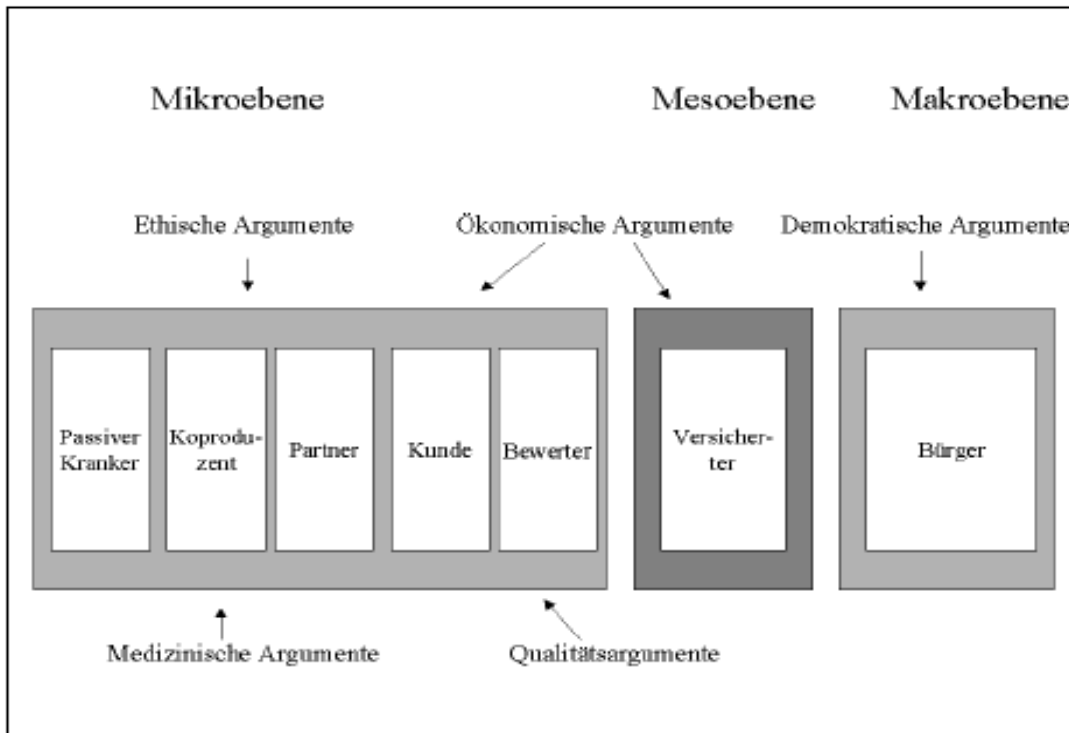
Die Mikroebene stellt den Menschen als Patienten dar. Dieser sucht eine wirksame Behandlung für seine Krankheit. Die Ausgestaltung der Rolle kann auf unterschiedliche Weise erfolgen.

In der Mesoebene tritt der Mensch als Versicherter auf, der sich gegen das Risiko der Krankheit und der damit verbundenen Kosten absichert. Im Vordergrund stehen hierbei ökonomische Überlegungen.

Die Makroebene zeigt den Menschen als Bürger, der die Gewährleistung funktionierender Versorgungsstrukturen und gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen erwartet und Partizipation an Entscheidungen im Gesundheitswesen wünscht. Bürger und Patienten

können als einzelne Individuen oder in Gruppen agieren und verfügen in diesen Rollen auch über verschiedene Rechte.

Abbildung 6: Vom Patienten zum Bürger – Rollen des Nutzers des Gesundheitswesens



Quelle: Dierks et al. (2001).

Wie schon erwähnt, können die Schnittstellen zwischen Mensch und Gesundheitssystem nicht nur nach Rollen, sondern auch nach weiteren Faktoren differenziert werden. Dies ist besonders bei der Analyse von demographischen und soziodemographischen Daten zu beobachten.⁹

Die Berücksichtigung dieser Unterschiede ist zwar, vor allem bei dem Umfang und der Erbringung von Leistungen, eine notwendige, da der Fokus dieser Studie allerdings die Zuteilung der Aufgaben darstellt, spielen diese nur eine untergeordnete Rolle.

Im Folgenden wird auf die Rollenbilder, die der Beschreibung von Gesundheitssystemen im Rahmen dieses Projektes zu Grunde liegen, näher eingegangen. In der Literatur erfolgt häufig eine Beschreibung derselben; die damit verbundenen Aufgaben werden allerdings zumeist nicht diskutiert. Eine Bestimmung derselben muss im Rahmen dieser Studie erfolgen.

Ausgehend von den Bedürfnissen, die den unterschiedlichen Perspektiven der genannten

⁹ Vgl. zB WHO 2010. Siehe auch zB Deutschland (GBE 2006) oder Österreich (Czypionka et al. 2011).

Rollen entspringen, werden Aufgaben bestimmt, die es – aus der Sicht des Menschen – von Gesundheitssystemen hinter einem „Veil of Ignorance“, zu erfüllen gilt. Offensichtlich ist, dass sich Aufgaben gemäß Rollenbildern überschneiden können, da diese ja im Menschen zusammenfallen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, wie dies auch das Modell von Dierks et al. (2001) beschreibt, dass je nach Rolle unterschiedliche Perspektiven, also demokratische, ökonomische, ethische oder medizinische Argumente, im Vordergrund des Gesundheitssystems stehen.

1.2.2.1. Der Bürger

Ausgangspunkt für die Betrachtung des Gesundheitssystems aus der Sicht des Bürgers ist das demokratische System. Die Rolle des Bürgers wird, vor allem bei Reformperspektiven¹⁰ von Gesundheitssystemen in hoch entwickelten Staaten immer präsenter. (Forster und Kranich 2007) Der Begriff Bürger wird im Folgenden als zentrale Begrifflichkeit für die Beteiligung des Menschen am Gesundheitssystem verwendet.

Folgt man demokratiethoretischen Überlegungen, hat der Bürger ein viel weiteres Betätigungsfeld als bloß die Eigenschaften des Wählers. So sind ebenso kontinuierliche Meinungsbildung und Äußerung der Bürger, an welcher sich die Politik orientiert, Teil davon. (vgl. Sartori 1962) Die Beteiligung des Bürgers bei der Planung, Organisation und Verwaltung des Gesundheitssystems beruht auf demokratischen Überlegungen, welche die Kontrolle denjenigen zuspricht, die das System tatsächlich über Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge finanzieren. (Vienonen 2000)

Bei der Diskussion des **Feldes der Beteiligung** werden zumeist vier verschiedene Aktivitätsbereiche genannt. Hierzu gehört die Wahl des klinischen Leistungserbringers bzw. Versicherers, Patientenrechte, Mitbestimmung und Einflussnahmen bei Behandlungsentscheidungen sowie Einflussnahme auf der Systemebene durch politische Entscheidungen. (Saltman 2000)

Oft werden in der Literatur die Beteiligungen unterschiedlichen Rollenbildern zugeordnet. Der Begriff der Bürgerbeteiligung von dem der Nutzerbeteiligung, der Konsumentenbeteiligung oder Patientenbeteiligung getrennt betrachtet.

Die Bürgerbeteiligung meint zumeist eine kollektive Interessensvertretung, als Gegenstück zu den organisierten Interessensvertretern im Gesundheitssystem, wie zum Beispiel den Krankenkassen. Die Nutzerbeteiligung kann als ein Teilbereich der Bürgerbeteiligung gesehen werden, der die Vertretungsansprüche selbst organisierter Patientenkollektive

¹⁰ Bei politischen Entscheidungen ist unumstritten, dass Partizipation auf allen Ebenen notwendig für eine Weiterentwicklung des Versorgungssystems ist. Vgl. zB Deutschland (SVR 2003).

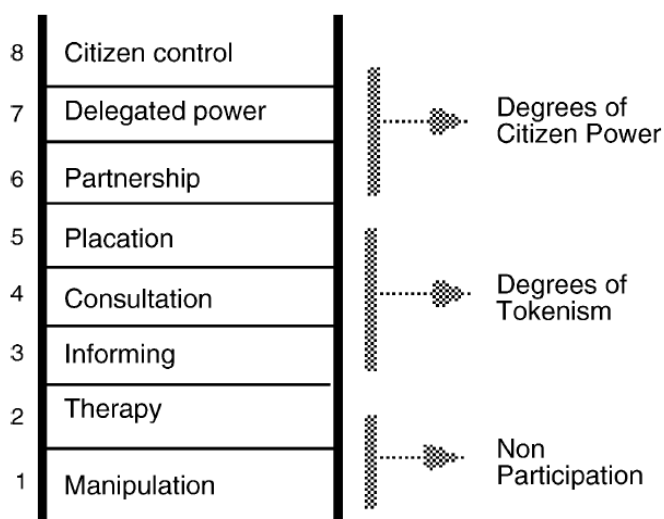
beschreibt. Die Patientenbeteiligung kann mit der Vertretung persönlicher Interessen des Patienten im Krankenbehandlungsablauf dargestellt werden.¹¹ Während in der Literatur die Bürgerbeteiligung verstärkt mit der Interaktion von Gruppen oder Vereinigungen von Menschen in Zusammenhang gebracht werden, so auch im Bereich der Versicherung, wird die Sicht des Individuums verstärkt mit dem Patienten verknüpft.¹²

Diese Zuteilungen erfolgen in der vorliegenden Studie allerdings nur lose, da primär die Aufgaben aus Sicht der unterschiedlichen Rollen betrachtet werden. Ob die Erfüllung der Bedürfnisse des Menschen für das Kollektiv oder individuell erfolgt, scheint hier nur am Rande von Bedeutung zu sein. Im Rahmen der Studie wird folglich jegliche Partizipation im Gesundheitssystem der Rolle des Bürgers – auf Grund einer demokratischen Legitimation – zugeordnet.

Eine Vielzahl an theoretischen Modellen liefern Überlegungen zum **Grad der Beteiligung**. Als Beispiel sei hier auf die häufig zitierte Arnstein'schen Leiter verwiesen (siehe Abbildung 7), welches unterschiedliche Formen der Beteiligung auf vertikaler Ebene darstellt.

Als zentrales Kriterium der Beteiligung wird die Macht, Entscheidungen zu treffen, definiert. Der Grad der Macht zur Kontrolle und Steuerung wird anhand einer Leiter mit acht Sprossen dargestellt. (Arnstein 1969).

Abbildung 7: Arnstein'sche Leiter



Quelle: Tritter und McCallum (2005).

¹¹ Vgl. zB Rega 2007, WISO 2011.

¹² Hart und Francke (2002) sehen in der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen eine Fortführung von individuellen Patientenrechten auf kollektiver Ebene als Bürger, Versicherter und Patient.

Rega (2007, 37) ordnet individuelle und kollektive Sichtweisen partikularistischen bzw. universalistischen Rollenperspektiven, also Patienten bzw. Bürgern zu. So wird die Patientenperspektive auf krankheitsbezogene Eigenschaften (akut und chronisch) und Aktivitäten (Prävention, Förderung, Heilung, Selbsthilfe) als partikularisch definiert. Sowie die Sichtweisen von Verbraucher, Kunden und Versicherten, die sich auf bestimmte Aktivitäten (Verbrauch, Nutzung, Arbeit) oder Mitgliedschaften (Versicherung, Betrieb) beziehen.

Bedeutend an dieser Stelle ist aber nicht nur der Grad der Mitbestimmung, sondern auch das horizontale Gefüge, in welchem an Entscheidungen teilgenommen werden kann. Formen der **Beteiligung** können **nach der Ebene**¹³ unterschieden werden, auf welchen Entscheidungs- und Handlungsprozesse anzutreffen sind. Hierzu gehören gesellschaftliche, politische, administrative oder produktive Bereiche. (Rega 2007)

Einen Überblick über etwaige Entscheidungsebenen und -inhalte, Akteure und deren Partizipation zeigt Abbildung 8. Auf Makroebene werden Grundlagen in Bezug auf gesundheitspolitische Fragen sowie Rahmen- und Planungsentscheidungen getroffen, welche auf Meso-Ebene durch Entscheidungen bezüglich einer konkreten Umsetzung von Leistungen und Ausführungen erfolgt. Auf Mikro-Ebene steht die Leistungserbringung, also der direkte Kontakt von Arzt und Patient im Vordergrund.

Es ist dabei klar ersichtlich, dass grundlegende Entscheidungen, die die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems betreffen, nicht nur auf politischer Ebene, sondern auch von Leistungserbringern und Versicherungen getroffen werden. Ethische Grundlagen, Eigenschaften, bzw. Zielvorstellungen, die ein Gesundheitssystem (auf theoretischer Ebene) bestimmen, werden allerdings auf Makro-Ebene definiert.

Dabei hängt die Beteiligung der Bürger für die Entscheidungsfindung von der Art der Organisation bzw. den Akteuren ab. Inwieweit die Zielsetzung den Bedürfnissen von Bürgern erfolgt, hängt folglich von der Art und Zusammensetzung der Institutionen und der Organisation des Gesundheitssystems ab.

¹³ Als Basis für theoretische Überlegungen sei auf Charles und DeMaio (1993), welche die Vielschichtigkeit und Komplexität der Laienbeteiligung in Bezug auf die Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem hervorheben. Drei Rahmenbedingungen für Entscheidungsfindungen im Gesundheitsbereich werden bei diesen zwei Rollenbildern, dem Bürger und dem Patienten, mit unterschiedlichen Ausprägungen an Partizipation zugeordnet.

Ebenso ist an dieser Stelle auf den Untersuchungsraaster für Gesundheitssysteme von Rega (2007, 31-33) zu verweisen, welcher zur vergleichenden Erfassung von Gesundheitssystemen dient. Neben der Gesundheitspolitik sollen vor allem die Einbindung und die Einflussmöglichkeiten von Patienten und Bürgern auf Entscheidungen und Handlungsprozesse im Gesundheitssystem erfasst und Ordnungs- und Prozessstrukturen analysiert werden.

Abbildung 8: Partizipationsebenen im Gesundheitssystem

Partizipationsebene	Institutionen/Entscheidungs-kontexte	Partizipationskontext/Akteure
Makro-Ebene	übernationale Ebene: Europäische Union Weltorganisationen	politische Initiativen, z.B. zur Harmonisierung von Patientenrechten, zur Förderung von Patienten- und Bürgerbeteiligung
	politische Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene	Anhörung, sachliche Beteiligung von Patienten-/Nutzerinteressen
	Entscheidungsgremien der funktionalen Selbstverwaltung auf nationaler Ebene	z.B. Entsendung sachverständiger Bürger, „neutrale Personen“
	Spitzenverbände	Zusammenarbeit mit Wohlfahrts-, Patienten- und Verbraucherverbänden
Meso-Ebene	ggf. regionale Kooperationsformen wie z.B. regionale Gesundheitskonferenzen	regionale Patientenvertreter in Entscheidungs- oder Lenkungs-gremien
	ggf. lokale Kooperationsformen, Netze, Kommunen	lokale Patientenvertreter in Entscheidungs- oder Lenkungs-gremien
	Landesverbände, Kammern	Kooptation, reguläre Patientenvertreter in entspr. Gremien
	Krankenkassen	Intensivierung der Versichertenbeteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit mit Verbraucher-, Selbsthilfeorganisationen
	Organisationen der Leistungserbringung (Krankenhäuser, Gesundheitszentren)	Haus-/Heimbeiräte, patientenorientierte Organisationsrollen, Patienten-fürsprecher/-ombudsman
Mikro-Ebene	Versorgungsverläufe, Patientenkarrieren	Selbsthilfegruppen, Beteiligung von Angehörigen
	einzelne Leistungserbringer, Einzleinrichtungen (im unmittelbaren Patientenkontakt)	Zugänglichkeit, Patientenbewertung, Patientenfürsprecher
	Konfliktfälle, Schlichtungsstellen für Arzthaftungsfragen	Bürgerbeteiligung in Schlichtungsstellen, Patientenberatung
	Arzt-Patient-Beziehung, Therapieentscheidung	Kommunikations- und Beziehungsgestaltung, <i>informed consent</i> , Berücksichtigung von Patientenpräferenzen

Quelle: SVRKAiG (2002) nach Rega (2007).

Neben dem zentralen Element der Mitbestimmung, welche auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen kann, werden in der Literatur weitere Interessen und Bedürfnisse des Bürgers genannt, welche mit den zu erreichenden Zielen des Gesundheitssystems in Verbindung gebracht werden können. Nach dem Modell von Dierks und Schwartz (2003, 314) besteht neben der bereits genannten Partizipation an Entscheidungen im Gesundheitswesen der Wunsch nach gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und funktionierenden Versorgungsstrukturen.

Ebenso ist nach Hart und Francke (2002, 14) das Interesse des Bürgers an der Struktur, dem Versorgungsumfang und der Qualität von Medizin- und Gesundheitssystemen ein grundsätzliches.

Zusammenfassend lässt sich die Aufgabe der Partizipation, welche ein Gesundheitssystem erfüllen soll, in unterschiedlichen Ebenen darstellen. Allgemein kann diese als Gestaltung des Gesundheitssystems bestimmt werden. Diese erfolgt durch Mitbestimmung bei:

- Grundlagen, Zielen und Systementscheidungen,
- der Struktur und Gestaltung des Gesundheitswesens,
- der Mittelaufbringung und -verwendung sowie
- dem Leistungsumfang und Mindeststandards.

1.2.2.2. Der Versicherte

Die Rolle des Versicherten lässt sich aus mehreren Perspektiven darstellen. Prinzipiell kann eine Versicherung als Schutz gegen die nachteiligen Folgen, welche durch bestimmte Ereignisse ausgelöst werden, definiert werden. (Koch 2005) Weitestgehend ist folglich die Idee der Versicherung mit dem allgemeinen Bedürfnis des Menschen nach **Absicherung gegen Risiken des Lebens** und somit nach **Schutz vor Leid und Schmerz** in Verbindung zu bringen.

Im Gesundheitswesen wird die Versicherungsfunktion in der Zielsetzung derselben hervorgehoben. Menschen sollen nicht vor die Wahl zwischen Gesundheit und ökonomischen Wohlstand gestellt werden, sondern **im Krankheitsfall vor dem Risiko der Armut geschützt** und gleichzeitig die **benötigten Leistungen zur Verfügung gestellt** bekommen. (vgl. z. B. WHO 2000, Dierks und Schwartz 2003, Kutzin 2008)

Gemäß dieser Definition spielen mehrere Überlegungen eine wichtige Rolle. Diese beinhalten einerseits die wirtschaftswissenschaftliche Definition von Versicherungen.¹⁴ Für den Schutz vor Armut spielt keine Rolle, ob ein Gesundheitssystem als Sozialversicherung oder durch Steuern finanziert wird. Der Versicherte ist in jedem Fall die Quelle der finanziellen Mittel, die ein Gesundheitssystem finanzieren. (Kutzin 2001, 5) Diese triviale Feststellung unterstreicht die Relevanz des Menschen für die Existenz des Gesundheitssystems und rechtfertigt an dieser Stelle noch einmal die Bedürfnisse, die es aus der Sicht des Menschen von Gesundheitssystemen zu erfüllen gilt.

¹⁴ Vgl. hierzu Farny (1988, 872): „Versicherung ist Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Mittelbedarfs auf Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit.“

Die gewünschte Absicherung gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall zeigt das Gesundheitssystem aus finanzwissenschaftlicher Sicht als **Versicherungssystem**. Die Problematik von Versicherungen im Gesundheitsbereich ist in der ökonomischen Literatur, aufbauend auf den Ergebnissen von Rothschild und Stiglitz (1976) ausführlich behandelt worden. Hierbei sei wegen der Vollständigkeit auf die Probleme der Adversen Selektion und Moral Hazard, die auf Grund von Informationsasymmetrien entstehen können, verwiesen.

Die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsinteressen werden ebenso von Francke und Hart (2002) der Rolle des Versicherten beigemessen. Diese zeigen den Versicherten als ein Mitglied von öffentlich- oder privatrechtlichen Organisationen, als **Beitragszahler** und gleichzeitig **potentiellen Leistungsempfänger**. Aus dieser Sicht sind folglich effektive und effiziente Momente bei der Verwendung der bereitgestellten Mittel von Bedeutung, welche mit dem Solidaritätsprinzip, das als Basis für Sozialversicherungen gesehen werden kann, in Verbindung zu bringen sind. (vgl. WHO 2000; Roberts et al. 2008) Dieses ist nach Kutzin (2008) eng mit dem Ziel einer gerechten Verteilung der Lasten eines Gesundheitssystems verbunden, welche in der Literatur äußerst umfangreich abgehandelt wurde.¹⁵

Die Zielsetzung von Gesundheitssystemen beinhaltet noch ein weiteres Moment, welches in diesem Zusammenhang von Bedeutung ist. Wie zuvor erwähnt ist von der Bereitstellung der benötigten Leistungen die Rede. Dies beinhaltet schon implizit die Art bzw. **Form der Bereitstellung**, welche eine grundlegende Eigenschaft von Gesundheitssystemen widerspiegelt.

Hierbei können prinzipiell zwei unterschiedliche Formen der Leistungserbringung beobachtet werden, nämlich „Social benefits other than social transfers in kind“ und „Social transfers in kind“, welche in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung verzeichnet werden. (OECD 2011, 66) Während erstere Transfers mit einem Einkommen gleichzusetzen sind, haben Haushalte über die Verwendung zweiterer keine direkte Bestimmung.

Auf Grund wohlfahrtstheoretischer Überlegungen ist in diesem Zusammenhang die Frage zu stellen, inwieweit Sachtransfers, welche zumeist in europäischen Gesundheitssystemen zu beobachten sind, gegenüber Geldtransfers in Bezug auf Gesundheitsleistungen überlegen sind. (Breyer et al. 2005)

Diese Überlegungen beruhen auf speziellen **ökonomischen Eigenschaften von Gesundheitsgütern** und medizinischen Leistungen, welche für die Bereitstellung der Leistungen eine wesentliche Rolle spielen. Diese können im Rahmen der Studie allerdings nur Erwähnung finden.

Hierzu zählt neben externen Effekten, Kollektivguteigenschaften und dem Fehlen von Konsumentensouveränität, auch der Optionsgutcharakter von medizinischen Leistungen (Breyer et al. 2005) sowie deren Luxusgutcharakter (Gerdtham und Jönsson 2000). Die Bereitstellung „in kind“ enthebt überdies die Individuen von geldlichen Vorleistungen und hilft

¹⁵ vgl. zB Wagstaff et al. (1999), Wagstaff und Van Doorslaer (2000). Für eine Diskussion der Verteilungsgerechtigkeit siehe auch Czypionka et al. (2009).

damit, das Ziel der guten Zugänglichkeit und des Schutzes vor finanziellen Engpässen zu erreichen.

Die Charaktereigenschaft des **Optionsgutes** spielt aus der Sicht des Versicherten eine bedeutende Rolle. Es tangiert einerseits die Aufgabe der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, also den Beitragszahler, andererseits die Bereitstellung von Gesundheitsgütern.

Zumeist ist der Zeitpunkt des tatsächlichen Konsums medizinischer Leistungen nicht vorhersehbar und innerhalb kürzester Zeit müssen diese in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus ist der Konsum zumeist zeitlich befristet. Folglich erscheint eine ständige Verfügbarkeit gewisser Leistungen notwendig. (Breyer et al. 2005, Spiecker 2005) In weiterer Folge kann also davon ausgegangen werden, dass alleine die Existenz des Gutes dem (potentiellen) Konsumenten Nutzen stiftet, ein Aspekt der durchaus der weiteren Untersuchung harret.

Demzufolge erwächst für die Finanzierung des Gesundheitssystems die Aufgabe, eine ständige Präsenz von gewissen Leistungen zur Verfügung zu stellen. Diese ständige Option weist Eigenschaften eines Kollektivgutes auf, welche aber bei einem Versorgungsengpass zu einem Verstoß gegen das Ausschlussprinzip führen kann.

Der Blickwinkel des **Nutzens**, den die zur Verfügung gestellte **Versorgungssicherheit** liefert, wird bei empirischen Untersuchungen und der Entwicklung der Ausgaben von Gesundheitssystemen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, welcher auf Grund gewisser Indikatoren gemessen wird, zumeist nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lassen sich aus diesen Überlegungen drei Aufgaben definieren, die aus der Sicht des Versicherten von Gesundheitssystemen geleistet werden sollten:

- Absicherungssystem, welches mit dem Optionsgut Gesundheit in Verbindung zu bringen ist,
- Schutz gegen Armut bei Erkrankung sowie
- Bereitstellung von Leistungen im Falle der Versorgungsnotwendigkeit.

1.2.2.3. Der (potentielle) Patient

Der Ausgangspunkt für die Sichtweise in diesem Kapitel ist der **potentielle Patient**. In diesem Zusammenhang ist der Mensch mehr als nur eine erkrankte Person, die eine angemessene Behandlung sucht, zu sehen.

Dieser erweiterte Patientenbegriff wird aus mehreren Gründen verwendet. Der Mensch tangiert ständig das Gesundheitssystem. Faktoren, die die Gesundheit und somit für die Erkrankung des Menschen ausschlaggebend sind, sind mannigfaltig. Die WHO (2010) nennt unter anderem soziale und ökonomische Einflüsse, wie Einkommen oder Bildung, die

physische Umwelt, also zum Beispiel der Zugang zu sauberer Luft und Wasser oder Ähnliches. Darüber hinaus sind biologische Faktoren sowie persönliches Verhalten für den Gesundheitszustand mitbestimmend. Diese Vielzahl der Bestimmungsfaktoren lässt den Schritt vom Menschen zum Patienten als sehr kleinen erscheinen.

Ebenso sind diese Überlegungen mit Maßnahmen, die weitestgehend Einfluss auf den Gesundheitszustand des Menschen haben, wie die Koordination von gesundheitsbezogener Politik¹⁶ oder im engeren Sinn Gesundheitsförderung und Prävention in Zusammenhang zu bringen. An diesen rein institutionellen Beispielen zeigt sich die Gratwanderung deutlich.

Des Weiteren lässt sich durch den Begriff des potentiellen Patienten, welcher aus der ständigen Präsenz von Leistungen Nutzen zieht, die zuvor genannten Eigenschaften des Optionsgutcharakters von Gesundheitsgütern erfassen.

Sucht der erkrankte Mensch **Behandlung**, welche aus dessen Sicht **bedarfsgerecht und wirksam** sein soll (Dierks und Schwartz 2003), wird der potentielle Patient zum **Patienten**. Dieser ist an Patientenleistungen interessiert, welche als **Zugang zu Gesundheitsleistungen** und als **ausreichende und qualitativ hochwertige Behandlung** beschrieben werden.¹⁷ In der Rolle des Bürgers hat der Patient die Möglichkeit diese Bedürfnisse wirkungsvoller zu vertreten. (Rega 2007, 36).

Cassell (1991, 79) hebt hervor, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patienten erst durch die Krankheit als auch durch die Medizin den Menschen zum Patienten und die medizinische ausgebildete Person zum Arzt macht. Gerade diese auf den ersten Blick offensichtlich erscheinende Beziehung kann auf äußerst unterschiedliche Arten gesehen werden. Als Ausgangspunkt für die älteste Beschreibung der Beziehung zwischen Arzt und Patienten kann der **benevolente Paternalismus** angegeben werden. Dieser beherrschte die Gesundheitsmodelle bis in die 70er Jahre. Der Arzt wird auf Grund seines Wissensmonopols die ausschließliche Entscheidungsmacht gegenüber seinem Patienten, der sich als unmündiger, erdulder und passiv leidender Kranker diese Entscheidungen fügt. Begründet ist diese „Einmischung des Arztes“ auf Werte wie etwa „Gutes tun für andere“, dem Ziel, Wohl und Glückseligkeit zu fördern, und somit ohnehin im Besten Sinne es anderen zu handeln. (Dierks und Schwartz 2003)

Ausgehend von diesem alten Modell, entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten eine Fülle an Literatur bezüglich partizipativer Entscheidungsfindungen. Jüngere Patientenrollen stellen

¹⁶ In diesem Zusammenhang ist das Bedürfnis des Bürgers nach gesundheitsfördernden Lebensbedingungen zu nennen (siehe Kapitel 1.2.2.1). Zur Notwendigkeit und Umsetzung dieser Forderung im politischen Prozess sei auf Stahl et al. (2006) verwiesen.

¹⁷ Zu einer Differenzierung der bisher genannten Rollen kommt es aus der **Sicht des Patienten aus ökonomischem Blickwinkel**. Während der Mensch als Versicherter eine möglichst geringe Belastung seines zur Verfügung stehenden Budgets möchte und einen möglichst effizienten und Ressourcen schonenden Umgang mit seinen Beitragszahlungen wünscht (siehe 1.2.2.2), da ihn diese in seiner übrigen Konsumentscheidung einschränkt, spielen die Kosten für den Patienten keine Rolle. Er möchte jede mögliche Behandlung in Anspruch nehmen, da aus dieser Sicht die Kosten von der Allgemeinheit bzw. den übrigen Beitragszahlern getragen werden. In der ökonomischen Theorie wird dieser Umstand auch als Trittbrettfahrerproblematik bezeichnet.

In diesem Zusammenhang sei auch auf die präsenste Diskussion zur Bedarfsgerechtigkeit verwiesen.

den Menschen als **Partner im medizinischen Behandlungsprozess**¹⁸ dar. (vgl. Hoefert und Glotter 2011) Dem Patienten, dessen ganzheitliche Bedürfnisse erfasst werden, werden umfassende Informationen bezüglich seiner Krankheit, den Chancen und Risiken der möglichen Behandlungsmethoden zur Verfügung gestellt. Dieser kann im Entscheidungsprozess persönliche Präferenzen und Wünsche einfließen lassen.¹⁹ Daraus kann geschlossen werden, dass ein Bedürfnis der neueren Patientenrolle, neben der medizinischen Versorgung, differenzierte Informationen bezüglich Krankheit und Behandlungsoptionen darstellt.²⁰

Folglich ist der Patient auch als Partner im Behandlungsprozess zu sehen. In diesem Zusammenhang kann auch von einem **Koproduzenten der Gesundheit** gesprochen werden. Sein Mitwirken beim Prozess der medizinischen Dienstleistung ist wesentlich für das Ergebnis der erbrachten Leistungen. Hierfür förderlich werden kunstgerechte und angemessene Anwendung, geprüfte Verfahren, vertrauensvolles persönliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient, angemessene Beratung, Information, Schulung der Patienten zur Förderung ihrer Motivation, Mitwirkung und Kompetenz genannt. Hierbei wird von der **bewussten Koproduktion** gesprochen, wenn sich Menschen aktiv um ihre Gesundheit bemühen. (Dierks und Schwartz 2003)

In diesem Kontext ist der Mensch auch **Konsument und Verbraucher**. Hierbei ist der **Konsumentenschutz**²¹ als Aufgabe zu nennen, durch welchen zwei wesentliche Ziele verfolgt werden: der faktische Schutz des Konsumenten und die Wahrung seines ökonomischen Interesses. (vgl. OECD 2002; Cypionka et al. 2007)

Hierbei ist der Konsum von **Gesundheitsgütern** und der Konsum von **sonstigen Gütern** zu unterscheiden. Während mit Ersterem ein aktiver Eingriff in die Gesundheit des Konsumenten erfolgt, können andere Konsumgüter die Gesundheit als Nebenbedingung beeinflussen und so unerwünschte Wirkungen zur Folge haben.

Als Grundlage für die Durchführung von Konsumentenschutz können (Informations-) Asymmetrien zu Ungunsten des Konsumenten bei der Beziehung zwischen Anbieter und

¹⁸ Dieser partnerschaftliche Entscheidungsprozess wird auch unter dem Begriff „Shared Decision Making“ ausgehend von Charles et al. (1999) beschrieben.

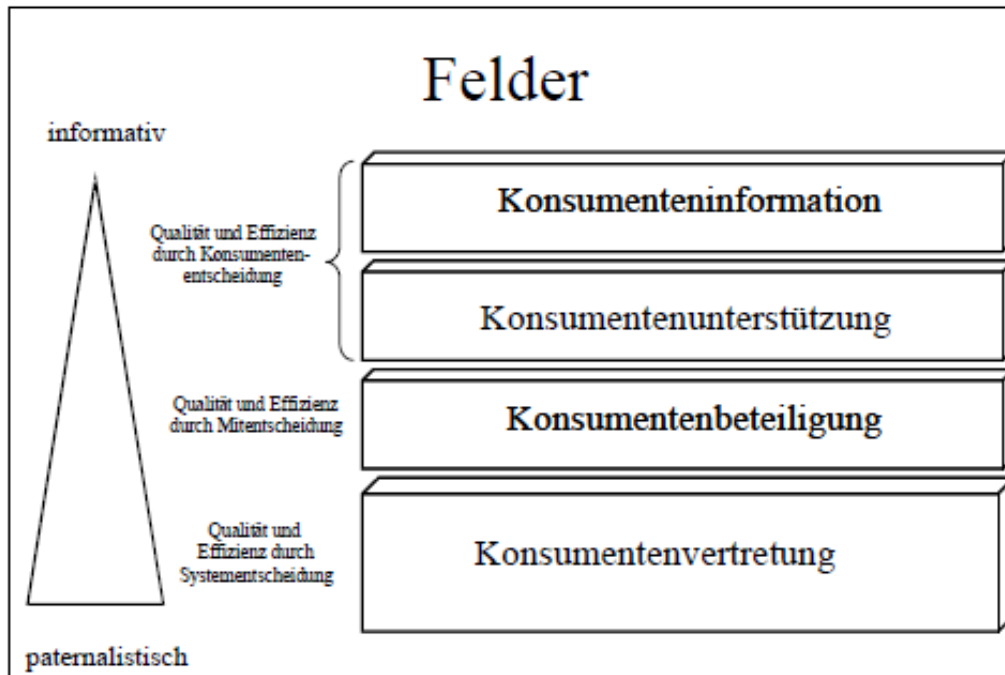
¹⁹ In diesem Zusammenhang muss auch die These des Neo-Paternalismus genannt werden. Da die Entscheidung des Patienten stark abhängig von der ärztlichen Information ist, kann diese neben dem Wohl des Patienten auch andere Motive enthalten, da diese selektiv ausgewählt sein könnte. (vgl. Sculpher et al. 2002, Dierks et al. 2001)

²⁰ Es wird davon ausgegangen, dass die verbesserte Wissensbasis zu einer effizienteren und sparsameren Nutzung der Ressourcen führt, welche bei einer vergleichsweise teuren Maximalmedizin nicht immer optimal für den Patienten sein muss. (Dierks und Schwartz 2003) Dies ist auch vor dem Hintergrund der Veränderung der auftretenden Krankheiten zu sehen, die in Industriestaaten immer öfter chronischen anstatt akuten Charakter aufweisen. (Rieder und Giesing 2011)

²¹ Eine ausführliche Diskussion des Konsumentenschutzes im Gesundheitssystem erfolgte bei Cypionka et al. (2007). An dieser Stelle soll nur ein kurzer Überblick über die unterschiedlichen Formen, die für das Projekt von Bedeutung sind, gegeben werden.

Nachfrager genannt werden. (Czypionka et al. 2007) Besondere Bedeutung kommt diesem im Bereich von Gesundheitsgütern zu, da es sich bei diesen um ein Vertrauensgut handelt.²²

Abbildung 9: Felder des Konsumentenschutzes



Quelle: Czypionka et al. (2007).

Dem Konsumenten können verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, um Asymmetrien zu überwinden. Offensichtlich verlaufen die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Formen des Konsumentenschutzes fließend. **Konsumenteninformation** soll die Basis jeder Konsumententscheidung sicherstellen. **Konsumentenunterstützung** kann im Gesundheitswesen mit der Beeinflussung des Verhältnisses der Beziehung von Patient und Leistungserbringer in Zusammenhang gebracht werden. Bei der **Konsumentenbeteiligung** geht es vor allem um die Berücksichtigung der Wünsche des Konsumenten (z. B. durch Befragungen²³), während sich die **Konsumentenvertretung** auf Ebene der Systemgestaltung wiederfindet. (vgl. Czypionka et al. 2007)

²² Für die speziellen Eigenschaften von Glaubensgütern siehe zB Dulleck et al. (2009).

²³ Eine weitere Rolle, die bei Dierks und Schwartz (2003) beschrieben wird, zeigt den Patienten als **Bewerter der Einrichtungen und gesundheitlichen Vorsorge**. Der Patient verfügt über eine privilegierte Sicht auf das Gesundheitswesen. Patienten haben einen Überblick über den gesamten Handlungsprozess und verfügen damit über einen umfassenden Gesamteindruck der Schnittstellen innerhalb der Einrichtungen, aber auch zwischen Einrichtungen. Die daraus gewonnenen Informationen bilden für Qualitätsbewertungen eine wichtige Grundlage. Im Rahmen dieser Studie in Bezug auf die Bedürfnisse, die dem Gesundheitssystem aus der Sicht des Patienten entwachsen, wird dieser Rolle nicht näher behandelt.

Im Zusammenhang mit dem Konsumentenschutz muss auch die Rolle des **Patienten als Kunde**²⁴ erwähnt werden. Dieser wird bei den Leistungen, welche nicht über die Beitragszahlungen, wie zum Beispiel Zusatzleistungen oder bestimmte Arzneimittel, relevant. Gerade in diesem Zusammenhang wird der Stellenwert von Konsumentenschutz aus der Sicht des Patienten hervorgehoben.

Zusammenfassend können aus der Sicht des (potentiellen) Patienten zwei essentielle Aufgaben gefolgert werden. Primär ist die **Bereitstellung von Gesundheitsleistungen** von Bedeutung.

Speziell für die Beschreibung der Aufgaben aus der Sicht des Menschen spielt eine Gliederung in institutionelle Einrichtungen eine untergeordnete Rolle. Besonders aus der Sicht des Patienten muss in diesem Rahmen – ausgehend von den bisherigen Überlegungen – eine weitere Abstraktion der Leistungen von institutionellen Einrichtungen, welche vom Gesundheitssystem erbracht werden, erfolgen.²⁵

Ausgehend von den unterschiedlichen Beschreibungen des Patienten und in engem Zusammenhang mit den Gesundheitsleistungen ist darüber hinaus der **Konsumentenschutz** als essentiell zu betrachten. Dieser beinhaltet sowohl das Bedürfnis nach Qualität der Leistungen als auch umfassende und verständliche Information, welche einfach zugänglich sein muss.

Die unterschiedlichen Ausprägungen der Patientenrolle werden in Abbildung 10 zusammenfassend den in diesem Kapitel definierten Bedürfnissen zugeordnet. Diese zeigt überblicksmäßig den vielfältigen Zugang zur Aufgabe des Konsumentenschutzes und der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sowie deren Ausprägungen, welche unterschiedlichen Perspektiven des Patienten entspringen.

²⁴ Nach Bürger (2003) wird dieser Blickpunkt im Gesundheitswesen immer stärker von Bedeutung, allerdings zeigt sich bei der Analyse von Dierks et al. (2001), dass die typischen Merkmale eines Kunden bzw. der Kundenbegriff im Gesundheitswesen nicht immer eindeutig zur Anwendung kommen kann, da das Gut Gesundheit besondere Eigenschaften aufweist

²⁵ Die Verminderung der Bedeutung der sektoralen Abgrenzung und die Wichtigkeit einer populationsorientierten Versorgung ist auch an der Reformpolitik im deutschen Gesundheitssystem vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaftsstruktur zu beobachten. Ausgehend von dieser Entwicklung wird hervorgehoben, dass die sektorale Abgrenzung in Zukunft weiter an Bedeutung verlieren muss, um die Leistungen adäquat erbringen zu können. (vgl. SVR 2009)

Abbildung 10: Zuordnung der Rollenperspektiven, Bedürfnisse und Aufgaben aus Patientensicht

Rollenperspektive	Eigenschaften und Interessen	Bedürfnis	Aufgabe	Ausprägungen
<p>potentieller Patient</p> <p>Patient</p> <p>Koproduzent</p> <p>Konsument und Verbraucher</p> <p>Kunde</p>	<p>Ständige Gefahr zu erkranken; Allgemeine Informationen zu Gesundheit, Versorgung,...</p> <p>Informationen zu Behandlungen und Therapien; Mindeststandards und Qualitätssicherung</p> <p>Informationen zu Gesundheit und Krankheit</p> <p>Informationen zu Gesundheitsgütern und sonstigen Gütern; Mindeststandards und Qualitätssicherung</p> <p>Informationen zu Gütern; Mindeststandards und Qualitätssicherung</p>	<p>Schutz und Information (Glaubensgut Gesundheit); Einflussnahme auf Gesundheitszustand</p>	<p>Konsumentenschutz (Konsumenten -information, -unterstützung, -beteiligung, -vertretung)</p>	<p>Grad, Information und Ausprägung des Konsumentenschutzes abhängig von Rollenperspektive und betrachteten Eigenschaften des Patienten (paternalistisch - partnerschaftlich - informativ); Informationsasymmetrien zwischen Anbieter und Konsument</p>
<p>potentieller Patient</p> <p>Patient</p>	<p>Risiko zu erkranken, Zugang zu Gesundheitsleistungen</p> <p>bedarfsgerechte, wirksame, ausreichende und qualitativ hochwertige Behandlung</p>	<p>medizinische Versorgung; Gesundheitsleistungen und Behandlung</p>	<p>Bereitstellung von Gesundheitsleistungen</p>	<p>Gesundheitsförderung; Prävention; Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung; Rehabilitation; Versorgung nach Unfällen; Notfallversorgung; Übergangspflege; Patiententransport; Arznei-, Heil- und Hilfsmittel</p>

Quelle: IHS 2011.

1.2.3. Schlussfolgerungen

Aus einer Vielzahl von Rollen, welche der Mensch im Rahmen von Gesundheitssystemen einnehmen kann, wurden diejenigen beschrieben, welche mit dem Überbegriff „Nutzers des Gesundheitssystems“ in Verbindung gebracht werden können.

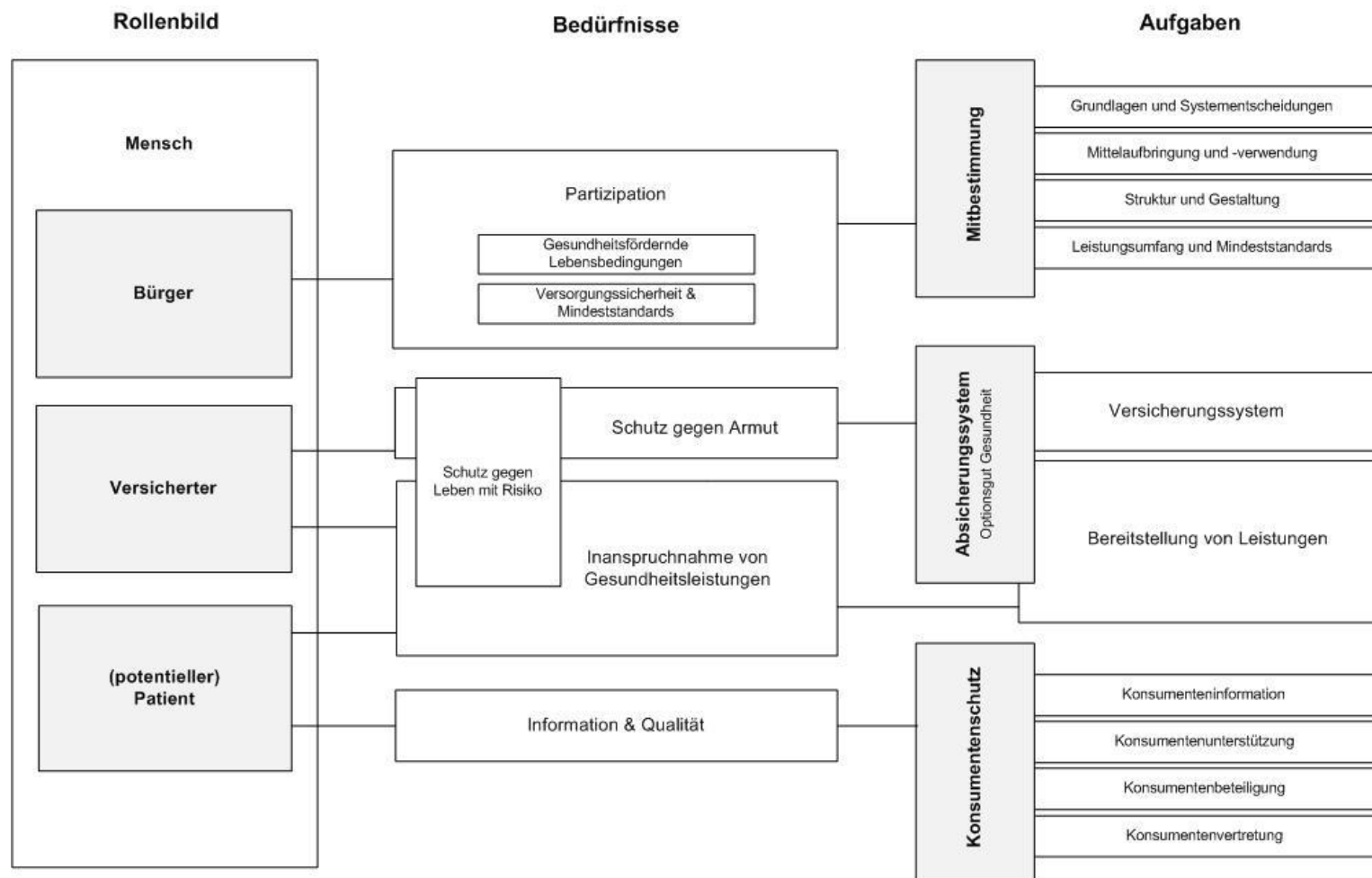
Hierbei wurde der wechselseitige Einfluss des Gesundheitssystems auf das Individuum dargestellt und allgemeingültige Aufgaben für Gesundheitssysteme bzw. die Gestaltung derselben beschrieben. Im Vordergrund der Betrachtung stehen die Rollenbilder des Bürgers, des Versicherten sowie des potentiellen Patienten.

Durch die Beschreibung der verschiedenen Perspektiven der Rollenbilder können Bedürfnisse, die diesen entspringen, ermittelt werden. Diese entstammen unterschiedlichen Sichtweisen, wobei demokratische, ökonomische, ethische oder medizinische Argumente im Vordergrund stehen.

Die so bestimmten Bedürfnisse sind die Grundlagen für die Aufgaben, welche es aus der Sicht des Menschen von einem Gesundheitssystem zu erfüllen gilt. Abbildung 11 zeigt als schematische Darstellung die Zuordnung der Bedürfnisse an die jeweiligen Rollenbilder sowie die daraus resultierenden Aufgaben.

Die Art der Erfüllung kann auf unterschiedliche Weisen erfolgen, wie auch aus den Länderanalysen ersichtlich sein wird.

Abbildung 11: Rollenbilder, Bedürfnisse und daraus abgeleitete Aufgaben des Gesundheitssystems



Quelle: IHS 2011

Aufbauend auf diesen theoretischen Überlegungen, sowie den diskutierten Funktionen von Gesundheitssystemen (siehe Kapitel 1.1) wurde im Rahmen der Studie ein Raster entwickelt, welches eine Untersuchung der Aufgabenorientierung und -zuteilung von Gesundheitssystemen zum Ziel hat. Dieser ist als Grundlage für die empirische Analyse von Gesundheitssystemen zu sehen. (siehe Anhang)

2. Ländervergleich

2.1. Deutschland²⁶

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist, wie das politische System, durch Gewaltenteilung zwischen Bund, Bundesländern und Zivilgesellschaften öffentlichen Rechts geteilt. Im Gesundheitssystem ist eine Vielzahl von Aufgaben an solche Gesellschaften delegiert, über die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Aufsicht wahrnimmt.

Das Bundesministerium für Gesundheit ist innerhalb der Bundesregierung für den Bereich Gesundheitspolitik verantwortlich. Diesem obliegt die Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften. Darüber hinaus sind dieses sowie der Bundesrat und der Bundestag die Hauptakteure des Gesundheitssystems in Deutschland. Formal werden diese Gesetze im Bundestag verabschiedet. Somit kann auf Bundesebene das BMG als Hauptzuständiger im Bereich Gesundheitspolitik genannt werden.

Spezifische Bereiche, die das Gesundheitssystem betreffen, sind jedoch auch in konkurrierender Gesetzgebung enthalten. Hier finden sich Beispiele bei der Sozialgesetzgebung, dem Strahlenschutz, die Zulassung von Ärzten bzw. anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen agieren, oder die Zuständigkeit im Bereich des Krankenhauswesens. Sofern Bundesrecht in diesen Bereichen besteht, tritt dies vor das Landesrecht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Aufsicht über eine Reihe von Institutionen, die sich mit übertragenen gesundheitlichen Aufgabenstellungen befassen.

Zu diesen Instituten zählen:

Das Robert Koch-Institut (RKI) übernimmt die Aufgaben der Öffentlichen Gesundheit zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ist verantwortlich für die Arzneimittelsicherheit und -zulassung bei (immun)biologischen Präparaten im Human- und Veterinärbereich.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die Aufgabe ein hochwertiges Informationsangebot für alle Bereiche des Gesundheitswesens zur Verfügung zu stellen mit dem Ziel die Fachöffentlichkeit zu informieren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die Aufgabe die Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen. Hierzu zählen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Aufklärung und Prävention.

²⁶ Das folgende Kapitel basiert auf den Überblickspublikationen zum Deutschen Gesundheitssystem Busse und Riesberg (2005) bzw. GBE (2006). Auf Grund der zahlreichen Reformen im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahren wurde die Information bezüglich des Gesundheitssystems aktualisiert. Hierzu wurden zahlreiche Quellen herangezogen. Die weiteren Strukturen bezüglich der jeweiligen Aufgaben entstammen den Internetseiten der genannten Institutionen, sowie ihrer Dachorganisation und den entsprechenden Gesetzestexten.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat als Hauptaufgabe die Zulassung von Arzneimitteln, die Registrierung von homöopathischen Arzneimitteln, die Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Überwachung des Verkehrs von Betäubungsmitteln.

Die bedeutendste Säule im Gesundheitssystem ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), welche im Folgenden aus der Sicht des Versicherten näher beschrieben wird. Prinzipiell besteht in Deutschland für Arbeitnehmer sowie für Auszubildende eine Versicherungspflicht bei freier Wahl des Versicherungsträgers, welches den zentralen Grundsatz in der GKV bildet. Die GKV haben rund 70 Mio. Versicherte, davon sind 18,6 Mio. Familienangehörige. Demgegenüber weist die Private Krankenversicherung in Deutschland ca. 8,8 Mio. Versicherte auf (Frühjahr 2010).

Als eines der Hauptelemente des deutschen Gesundheitssystems kann die Selbstverwaltung genannt werden. Hierbei spielen vor allem die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, welche den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts haben, eine wesentliche Rolle. Die dazugehörigen Einrichtungen basieren auf Pflichtmitgliedschaft und interner demokratischer Legitimierung. Diese werden im Rahmen der Aufgaben des Gesundheitssystems näher diskutiert werden (siehe unten).

Das zentrale Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, welches die gesetzliche Rahmengesetzgebung durch Richtlinien steuert und umsetzt, ist der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**. Dieser setzt sich aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen zusammen. Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Mitberatungsrecht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist für eine Vielzahl an Leistungsbereichen zuständig und erlässt für diese Richtlinien, welche für die beteiligten Akteure, also die Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten, verbindlich sind. Er bestimmt auf diesem Wege unter anderem die Leistungen, welche die gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen haben bzw. welche medizinische Versorgung von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet wird. Außerdem sind Maßnahmen für die Sicherung der Qualität der ambulanten und stationären Versorgung im deutschen Gesundheitssystem Aufgabe des G-BA. Die gesetzliche Grundlage für diese Aufgaben findet sich in § 92 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Eine detaillierte Analyse der Zuständigkeit findet sich bei der Analyse der Aufgabenverteilung.

Die tatsächlichen Aufgaben, die im Rahmen dieser Analyse vom G-BA erfüllt werden, sind im Rahmen des Fragenkataloges beschrieben. An dieser Stelle erfolgt ein Abriss über die institutionellen Eigenschaften.

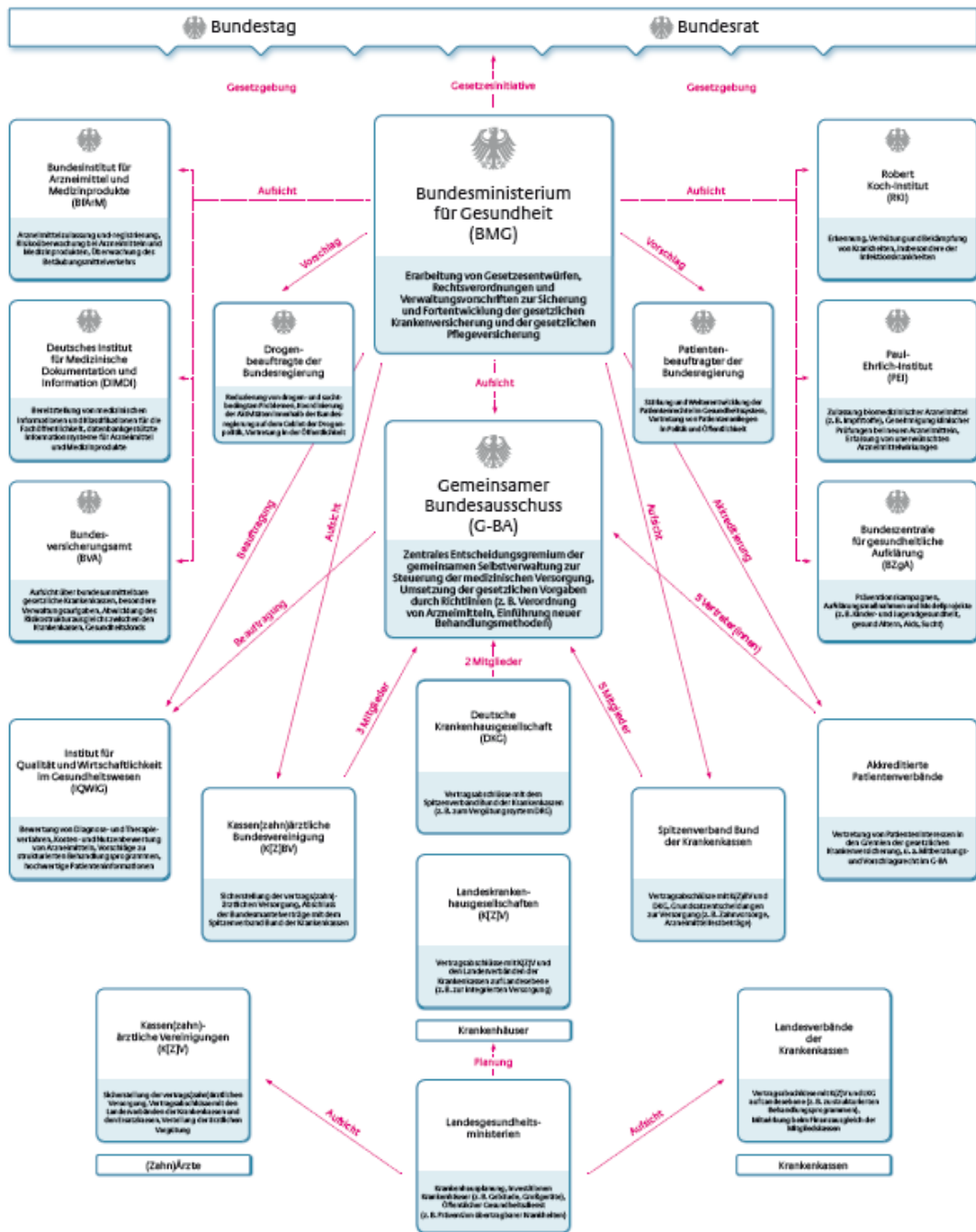
Seit dem 1. Juli 2008 werden alle Entscheidungen des G-BAs in einem einzigen sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremium für ambulante, ärztliche und

zahnärztliche sowie stationäre Belange getroffen. Der G-BA setzt sich aus 13 Mitgliedern zusammen. Hierzu zählen drei unparteiische Mitglieder, wovon eines der unparteiische Vorsitzende ist sowie einer paritätischen Besetzung von Leistungserbringern und Kostenträgern. Die fünf Vertreter der Kostenträger werden von den gesetzlichen Krankenkassen gestellt. Neben diesen gehören fünf Vertreter der Leistungserbringer, je zwei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), dem Gremium an.

Darüber hinaus sind an allen Sitzungen des Gremiums fünf Patientenvertreter beteiligt, die vom Gesetzgeber ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA erhalten haben (§ 140f SGB V), aber nicht stimmberechtigt sind. Die Sitzungen des Gremiums sind öffentlich.

Die Vorbereitung der Beschlüsse erfolgt in acht Unterausschüssen, welche Teilbereiche, wie Bedarfsplanung, Arzneimittel oder Qualitätssicherung behandeln. Diese Unterausschüsse sind ebenso paritätisch mit Leistungserbringern und Kostenträgern besetzt sowie der Teilnahme einer Patientenvertretung. Der Vorsitz obliegt jeweils einem unparteiischen Mitglied. Die Unterausschüsse geben dem Plenum eine Empfehlung, über welche dort beraten und beschlossen wird. Die Unterausschüsse sind im Gegensatz zum Plenum nicht öffentlich.

Abbildung 12: Das Gesundheitssystem in Deutschland



Quelle: BMG 2010. (www.bmg.de)

2.1.1. Patient

2.1.1.1. Sicherung der Bereitstellung von Ressourcen²⁷

2.1.1.1.1. Bereitstellung von angemessenen Humanressourcen

2.1.1.1.1.1. Wer ist zuständig für berufliche Standards?

Das BMG verfügt nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 19 GG über die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen. Die Umsetzung ist unter anderem an der Bundesärzteordnung oder die Approbationsordnung für Ärzte zu sehen, welche die Grundlagen, Voraussetzungen und Ziele der Ausbildung für Ärzte beinhaltet.

Regelungen über die Zulassung und Tätigkeit als Vertragsarzt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung enthält das Vertragsarztrecht (z. B. SGB V, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte).

Die Approbation folgt dem Bundesrecht, während die Anerkennung der Facharztanerkennung an die ärztliche Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene delegiert ist.

Die Grundlagen der GKV-Zulassung entspringen Bundesrecht. Mit Details (Bundesebene) und der tatsächlichen Umsetzung (Landesebene) sind die Selbstverwaltungspartner betraut. Für die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege ist das Krankenpflegegesetz (KrPflG), bei welchem es sich um ein Bundesgesetz handelt, die Grundlage. Die Ausbildungs- und Prüfungsgrundlagen für Berufe in der Krankenpflege sind in entsprechenden Bundesverordnungen (KrPflAPrV) geregelt.

2.1.1.1.1.2. Existiert eine Planung für Humanressourcen?

Der Bedarf an Ärzten (vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung) wird in den Regionen auf Landesebene auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgestellt.

Abgesehen von der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung ist bundes- oder landesweit keine systematische Personalplanung für Pflegeberufe und andere Gesundheitsdienstberufe zu finden.

Im Krankenpflegebereich gab es Anfang der 90er Jahre ein Programm zur Feststellung des Personalbedarfs mit täglicher Dokumentation der Pflegeaktivitäten und Einstufung der Patienten in eine von neun Gruppen mit standardisiertem Pflegezeitbedarf von täglich 52 bis 215 Minuten. Somit konnten für jede Station und weiter für jedes Krankenhaus erforderliche Stellen bestimmt werden. Ziel dieser Feststellung war die Behebung des Mangels an Pflegekräften. Im 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde die Regelung wieder abgeschafft, das

²⁷ Weitere in diesem Kapitel verwendete Quellen sind die Internetportale der Bundesärztekammer (www.bundesärztekammer.de) sowie des Deutschen Verbandes für Pflegeberufe (www.dbfk.de).

„diese im Zeitraum von 1993 bis 1995 zur Schaffung von fast 21 000 neuen Pflegestellen geführt habe, während vom Gesetzgeber nur 13 000 Stellen vorhergesehen worden waren.“ (Busse und Riesberg 2005, 146-147)

2.1.1.1.1.3. Wer wirkt beim Entscheidungsprozess mit?

Grundlage für den Entscheidungsprozess zur vertragsärztlichen Versorgung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und somit die in diesem tätigen Vertreter.

Für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen Bedarfspläne auf und passen diese der jeweiligen Entwicklung der Versorgungsstruktur an.

2.1.1.1.1.4. Wer ist für die Planung der Ausbildung zuständig?

Keine einheitliche Zuständigkeit herrscht in Gesundheitsberufen bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Diese ist aufgeteilt zwischen der Bundesregierung, den Landesregierungen und den Organisationen der verschiedenen Gesundheitsberufe.

Die ärztliche Ausbildung ist in der Bundesärzteordnung und damit vom Bund geregelt. Nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 33 GG ist der Bund für die Hochschulzulassung und damit für die Ausbildung von Ärzten zuständig. Die Länder entscheiden über die Zahl der Studienplätze (Ausbildungskapazitäten) und regeln das Bewerbungs- und Vergabeverfahren durch die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS).

Gemäß §4 KrPflG wird der Unterricht für Gesundheits- und Krankenpflege in Schulen, welche in Krankenhäusern oder mit diesen verbunden sind, durchgeführt. In einigen Bundesländern unterliegen diese Ausbildungsstätten dem Schulrecht der Landesregierungen.

2.1.1.1.1.5. Wer ist zuständig für die Vergabe von Lizenzen?

Der Zugang zum ärztlichen Beruf ist in der Bundesärzteordnung und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Approbationsordnung für Ärzte bundeseinheitlich geregelt. Voraussetzung für die ärztliche Berufsausübung ist grundsätzlich der Besitz einer Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs. Aufgrund des Zeugnisses über die Ärztliche Prüfung wird auf Antrag bei der zuständigen Stelle des Landes (Landesärztekammer) für die Approbation gestellt (§ 39 ÄAppO).

Die Regelung der Berufsausübung der Ärzte ist grundsätzlich Sache des Landesrechts. In den einzelnen Bundesländern existieren Landesärztekammern, welche auf weitgehend übereinstimmenden Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen beruhen. Diese unterstehen der staatlichen Aufsicht.

Aufgrund ihres Satzungsrechts erlassen die Ärztekammern mit Zustimmung der zuständigen

Landesbehörden u. a. Berufs- und Weiterbildungsordnungen und –regeln, neben der Errichtung berufsständischer Versorgungseinrichtungen noch die Rechte und Pflichten der Berufsangehörigen im Einzelnen. Danach sind Ärzte allgemein verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben, sich fortzubilden und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

2.1.1.1.1.6. Wer ist zuständig für die Weiterbildung?

Zusätzlich zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4 der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte ist eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung sowohl für Vertragsärzte (§ 95 SGB V) als auch für Fachärzte im Krankenhaus (§ 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) gesetzlich verankert.

Während für die fachärztlichen Fortbildungen der niedergelassenen Vertragsärzte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zuständig ist, ist die Fortbildungspflicht der Fachärzte in zugelassenen Krankenhäusern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durch die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern nach § 137 SGB V geregelt.

Die Festlegung der inhaltlichen Ausgestaltung von Kriterien zur Anerkennung geeigneter Fortbildungsveranstaltungen und die Anrechenbarkeit von Fortbildungsnachweisen einzelner Ärzte liegen in der Regelungskompetenz der (Landes-)Ärzttekammern. Diese beruht auf der (Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer, welche hierfür Kriterien in Form von Empfehlungen abgibt.

Als Fortbildungsveranstaltungen werden nur solche angerechnet, die zuvor von einer Ärztekammer oder anderen Heilberufskammern anerkannt und mit Fortbildungspunkten bewertet worden sind. Näheres regeln die jeweiligen Fortbildungsordnungen der Landesärztekammern.

2.1.1.1.1.7. Wer zahlt und wer ist zuständig für die Ausbildung?

Generell sind die Bundesländer verantwortlich für Regulierung und Finanzierung der Ausbildung. Für die Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege gibt es keine universitäre Ausbildung. Diese erfolgt zumeist in stationären Einrichtungen. (siehe iv.)

Die universitäre Ausbildung für den Arztberuf wird durch die Länder finanziert, während praxisbasierte Ausbildung in Krankenhäusern durch Mittel der GKV im Rahmen ihrer Verträge mit den jeweiligen Krankenhäusern finanziert wird. Teilweise sind die Ausbildungsplätze in den Krankenhausplanungen der einzelnen Länder festgelegt.

2.1.1.1.1.8. Wer ist mit der Qualitätssicherung betraut?

Die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung liegt in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder bei den Landesärztekammern verankert. Der G-BA ist mit der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sowie in zugelassenen Krankenhäusern betraut. Hierzu zählt auch die

Qualitätsbeurteilung und -prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung, Qualitätssicherung der Krankenhäuser und der ambulanten Behandlung in diesen. Die Qualitätssicherung ambulanter Heil- und Hilfsberufe sowie der Rehabilitation fällt nicht in deren Zuständigkeit. Die Anforderungen an persönliche Kenntnisse und Fähigkeiten von Angehörigen der Heilberufe werden in Deutschland durch die bundeseinheitlichen Approbationsordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Krankenpflegeberufe, die Heilberufsgesetze der Länder bzw. durch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt.

2.1.1.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistung)

2.1.1.1.2.1. Planung des Gesundheitswesens: Welche Institution ist mit der Planung des Gesundheitswesens (Struktur) betraut?

a) Bestimmung der Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber und die Gesundheitspolitik liefern den Rahmen für die Planung der Gesundheitsversorgung. Die Sicherung der Qualität der Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist in SGB V §135 bis §139 geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt (§137 SGB V) für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen. Dabei sind auch Mindestanforderungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt.

Für ambulante vertragsärztliche Versorgung kann zusammengefasst werden, dass die Verpflichtung durch Bundesrecht erfolgt und sowohl interne als auch externe Qualitätssicherung beinhaltet. Details sind an Selbstverwaltungspartner des Bundes delegiert, während die Umsetzung auf Landesebene erfolgt.

b) Bestimmung der Schauplätze der Leistungserbringung (Settings)

Die Orte der Leistungserbringung werden in SGB V geregelt und sind folglich Bundesrecht. (Für die Zulassung und Arten der Versorgungseinrichtungen siehe unten.)

c) Bestimmung der Orte und Dichte der Leistungserbringung

Die Erstellung der Richtlinien für die Bedarfsplanung, Über- und Unterversorgung der Vertragsärzte, obliegt in Deutschland dem Gemeinsamen Bundesausschuss (SGB V §99-§101) und wird auf Grundlage des Verhältnisses der Zahl der Vertragsärzte bezogen auf die

Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich festgelegt. Hierbei werden unter anderem Kreise, Kreisstädte und Landkreise unterschieden. Diese Verhältniszahlen werden für alle Facharztgruppen getrennt ermittelt. Darüber hinaus wird der sogenannte Demografiefaktor, der die Altersstruktur der Bevölkerung abbildet, mit berücksichtigt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sind die kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich.

Liegt in einem Planungsbereich eine Überversorgung vor, können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen räumliche und arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkungen angeordnet bzw. bei Wegfall der Überversorgung wieder aufgehoben werden.

Die aktuellen Regelungen der Bedarfsplanung werden vom BMG dahin gehend kritisiert, dass die Berechnungsgrundlage nicht mehr zeitgemäß ist. Eine Verknüpfung mit der Studienzulassung und finanziellen Anreizen wird gefordert, da in einigen Regionen ein Ärztemangel feststellbar ist.

Pläne bezüglich der Versorgung mit Krankenhäusern sind im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Nach §6 KHG ist es Aufgabe der Länder, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Auf Grund der Verteilung der Kompetenzen sind in den Bundesländern weder einheitliche Planungsgrundlagen, noch eine einheitliche institutionelle Einrichtung zur Planung der Krankenhäuser und Investitionen zu finden. Für einen Überblick siehe Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. (DKG 2010)

Mit dem für 2012 geplanten Versorgungsstrukturgesetz soll die flexiblere vertragsärztliche Bedarfsplanung möglich sein.²⁸

2.1.1.1.2.2. Wie sind Versicherte beteiligt?

Da die Krankenhausplanung in die Kompetenz der Bundesländer fällt, ist die Bürgerbeteiligung abhängig von den unterschiedlichen landesgesetzlichen Bestimmungen. Somit unterliegt die Mitbestimmung den Aufgaben als Bürger.

Für die Beteiligung bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sei auf die Beschreibung des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen. Im Unterausschuss für die Bedarfsplanung, wie in allen anderen Gremien, nehmen Patientenvertreter Teil. Sie haben ein Antrags-,

²⁸ Vgl. . Pressemeldung des BMG:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/PM_Versorgungsstrukturgesetz_110803.pdf. (10.08.2011)

jedoch kein Stimmrecht. Außerdem werden in der Sozialwahl die Vertreter der Versicherten in die Krankenkassengremien gewählt.

2.1.1.1.2.3. Wer ist für die Durchführung zuständig?

Für die Durchführung sind die jeweiligen Organe und Institutionen verantwortlich (siehe oben).

2.1.1.1.2.4. Wer ist für Monitoring und Sanktionen zuständig?

Alle Leistungserbringer im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Prinzip der Qualitätssicherung verpflichtet. Diese Grundanforderungen sind im Fünften Sozialgesetzbuch geregelt (§ 135a SGB V), welche zum Beispiel die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an externer Qualitätssicherung festlegen.

Die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Sicherung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser fasst Beschlüsse zur Qualitätsbeurteilung und macht Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfung.

Hierbei wird zum Beispiel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung von Diagnose- und Therapieverfahren betraut.

Krankenhäuser sind zum Beispiel verpflichtet regelmäßig Qualitätsberichte zu veröffentlichen, welche frei zugänglich sind.

2.1.1.1.3. Bereitstellung von Arzneimitteln

2.1.1.1.3.1. Wer ist für die Zulassung der Arzneimittel zuständig?

Im Arzneimittelgesetz (AMG) werden die Herstellung, Zulassung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die staatliche Überwachung der Arzneimittelversorgung geregelt. Für die Zulassung von Arzneimitteln sind zwei Institute zuständig, welche dem BMG unterstellt sind. In den Verantwortungsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) fallen die Zulassung und regelmäßige Überprüfung von Impfstoffen, Sera, Immundiagnostika und Blutprodukten sowie der damit verbundenen begleitenden Forschung.

Die Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist die Zulassung von Arzneimitteln, die Registrierung von homöopathischen Arzneimitteln, die Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten (etwa Herzschrittmacher, Computertomographen, Implantaten) und die Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln und Grundstoffen.

2.1.1.1.3.2. Wie wird über die Erstattung von Arzneimitteln entschieden?

In Deutschland gibt es keine Positivliste GKV-erstattungsfähiger Arzneimittel (§33 SGB V). Dies bedeutet, dass prinzipiell alle Arzneimittel erstattet werden können. Für die tatsächlichen Erstattungsregelungen siehe unten.

Von der Erstattung explizit ausgenommen (§34 SGB V) sind Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mitteln, Mund- und Rachentherapeutika sowie ausgenommen bei Pilzinfektionen, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

2.1.1.1.3.3. Welche Rolle spielen hierbei die Versicherten?

Der Versicherte hat im Rahmen der Aufgaben, die der Gemeinsame Bundesausschuss (siehe unten) im Bereich der Arzneimittel übernimmt, hierzu gehören unter anderem die Verordnungsfähigkeit und die Festpreisfestsetzung, indirektes Mitbestimmungsrecht.

2.1.1.1.3.4. Wer bezahlt die Arzneimittel?

Die Krankenkasse übernimmt die Bezahlung verschreibungspflichtiger Medikamente. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen für jedes rezeptpflichtige Arzneimittel eine Zuzahlung von zehn Prozent des Verkaufspreises dazu, höchstens jedoch zehn Euro und mindestens fünf Euro. Die Zuzahlung beträgt jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Mittels.

Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel kann der Patient auf eigene Kosten kaufen (Selbstmedikation). In bestimmten Ausnahmefällen (§34 SGB V) werden diese auch von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Ausnahmen sind Kinder unter zwölf Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen nach ärztlicher Verordnung. Auch schwer Erkrankte bekommen unter Umständen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von ihrer Krankenkasse ersetzt. Die Richtlinien hierfür legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest.

Zuzahlungsfrei sind auch Medikamente, die 30 Prozent unter dem Festbetrag liegen. Eine Liste dieser Medikamente wird vom GKV-Spitzenverband bereitgestellt (siehe 2.1.1.1.3.5.).

Darüber hinaus existiert eine Belastungsgrenze für Versicherte. Diese beinhaltet neben Zuzahlungen für Arzneimittel, Heilmittel und häuslicher Pflege auch die Praxisgebühr und den Eigenanteil für stationäre Behandlung. Sie liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke bei einem Prozent.

Die Krankenkassen können mit den Herstellern für alle Arzneimittel Preisnachlässe vereinbaren. Die Apotheken sind verpflichtet, die Versicherten vorrangig mit den Vertragspräparaten dieser Krankenkasse zu versorgen außer es wird ein spezifisches Arzneimittel verordnet. Besonders preisgünstige Arzneimittel sind für Versicherte aller Krankenkassen zuzahlungsfrei. Jede Krankenkasse kann zusätzlich für weitere Arzneimittel

die Zuzahlung halbieren oder aufheben, wenn sie günstige Preise mit den Herstellern vereinbart hat.

2.1.1.1.3.5. Wie sind die Preise festgelegt?

Nach §35 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Festbeträge, also Höchstpreise für bestimmte Arzneimittel-Wirkstoffgruppen. Es wird festgelegt bis zu welchem Betrag die gesetzlichen Krankenkassen ein Fertigarzneimittel dieser Wirkstoffgruppe bezahlen. Es handelt sich hierbei um ein Preisregulierungsinstrument, das weder eine Verordnungseinschränkung noch einen -ausschluss darstellt. Senkt der pharmazeutische Hersteller nach Eingruppierung eines Arzneimittels in eine Festbetragsgruppe dessen Preis nicht auf das Festbetragsniveau ab, müssen die Versicherten den Differenzbetrag selbst aufzahlen. Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die nachweislich eine bedeutende therapeutische Verbesserung erzielen, dürfen nicht in eine Festbetragsgruppe eingeordnet werden (4. Kapitel § 22 Abs. 1 Verfahrensordnung des G-BAs).

Festbeträge werden in einem mehrstufigen Verfahren festgelegt. Die gesetzliche Grundlage dieses Verfahrens ist § 35 SGB V. Der G-BA bestimmt Wirkstoffgruppen, für die Festbeträge festgelegt werden können, mittlere Tages- und Einzeldosen werden als weitere Grundlage von diesem bestimmt. Diese Festbetragsgruppen werden in regelmäßigen Abständen überprüft. Der GKV-Spitzenverband setzt die Festbeträge, bis zu welchen die Krankenkassen die Kosten für den Wirkstoff tragen in einem zweiten Arbeitsschritt fest. Diese Festbeträge werden dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zur Veröffentlichung übermittelt.

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) regelt die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel und damit deren Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) seit 1. Januar 2011 neu. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss fällt gemeinsam mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Nutzenbewertung von neu zugelassenen Arzneimitteln nach § 35a SGB V zu. Diese ist Grundlage dafür, zu welchem Preis ein Hersteller sein neues Arzneimittel in Deutschland anbieten kann.

Der G-BA bewertet innerhalb von drei Monaten nach Marktzulassung eines neuen Arzneimittels, ob ein gegebenenfalls behaupteter Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird. Wird nach diesem Verfahren ein Zusatznutzen festgestellt, verhandeln der GKV-Spitzenverband und der jeweilige pharmazeutische Unternehmer über den Erstattungsbetrag. Kommt es zu keiner Einigung, setzt eine Schiedskommission diesen Betrag nach europäischem Vergleichsniveau fest.

Wird kein Zusatznutzen festgestellt, wird das Arzneimittel in das Festbetragsystem überführt. Kann dieses einer Festbetragsgruppe zugeordnet werden, wird ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten nicht höher sind als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Die Preise für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht festgelegt und werden von den Apotheken bestimmt. Die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) macht Vorgaben über die zulässigen Preisaufschläge des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken.

2.1.1.1.3.6. Wie werden Arzneimittel verteilt?

Arzneimittel können von Krankenhäusern und so genannten öffentlichen Apotheken sowie von Apotheken bestimmter Einrichtungen abgegeben werden. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die zudem nicht apothekenpflichtig sind, können auch in Drogerien und Supermärkten verkauft werden. GKV-erstattungsfähige Arzneimittel werden nur von Apotheken abgegeben. (Busse und Riesberg 2005)

Das Apothekengesetz (ApoG) und die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) regeln die Voraussetzungen zur Erlaubnis für und die Anforderungen an den Betrieb von Apotheken. Nach § 43 des Arzneimittelgesetzes besteht in Deutschland eine grundsätzliche Apothekenpflicht für Arzneimittel. Die Verordnungen über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel werden ebenfalls im Arzneimittelgesetz geregelt.

2.1.1.1.4. Andere Heil- und Hilfsmittel.

Nach §32 SGB V besteht der Anspruch der Versicherten auf Heilmittel (Ausnahmen werden in §34 SGB V geregelt). Die Verordnung von Heilmitteln (medizinische Dienstleistungen, die von Vertragsärzten verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden), sowie ein Heilmittel-Katalog wird in den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

Der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene beschließen zudem Rahmenempfehlungen, die die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sowie das Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu den Leistungserbringern regeln. Die Zuzahlung bei Heilmitteln beträgt zehn Prozent der Kosten des Heilmittels zuzüglich zehn Euro je Verordnung.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für ein Hilfsmittel, wenn es von einem Vertragsarzt verordnet, sowie dieses zuvor von der Krankenkasse genehmigt wurde. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung ist die Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Versorgung der Versicherten erfolgt nur durch Vertragspartner der Krankenkassen.

Die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung ist im Regelfall nur möglich, wenn die Produkte im vom GKV-Spitzenverband erstellten Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist jedoch nicht ausschließlich, sondern als Entscheidungshilfe bzw. Informationsgrundlage zu sehen. Das Hilfsmittelverzeichnis findet zudem nach § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB V Berücksichtigung bei der

Festlegung von Festbetragsgruppen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Zuzahlung des Versicherten für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, beträgt zehn Prozent, maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln. Für alle anderen Hilfsmittel sind zehn Prozent des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags zuzuzahlen, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt, bildet dieser die Obergrenze für die vertraglich zu vereinbarenden Preise.

2.1.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)

2.1.1.2.1. Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist im Deutschen Gesundheitssystem einer Vielzahl von Gesetzen unterstellt und mit Aufgaben der Prävention teilweise eng verbunden und von denselben Institutionen durchgeführt. Die Vielzahl der gesetzlichen Grundlagen sind in Abbildung 13 zu sehen.

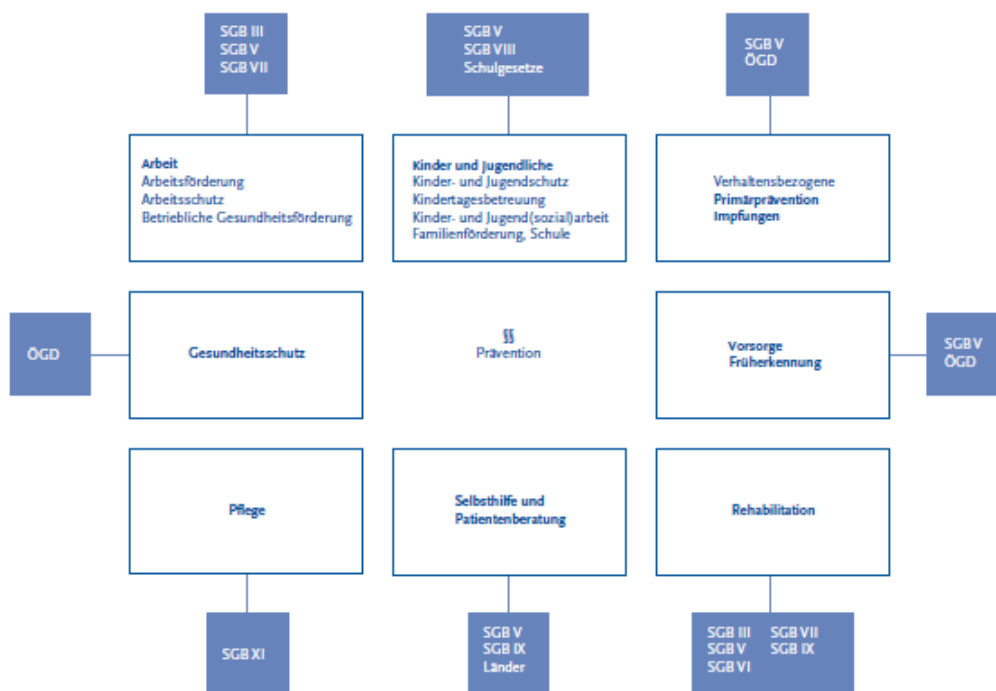
Gemäß §20 SGB V legt der GKV-Spitzenverband entsprechend in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Diese hat das Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

Dazu zählen unter anderem Schutzimpfungen (diese bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit), Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die Zahnprophylaxe, die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Angebote der primären Prävention für Krankenversicherte. In den Aufgabenbereich des G-BAs fallen hierbei nur Schutzimpfungen, zahnärztliche Prophylaxe und teilweise mit einer Früherkennung verbundene Beratungen zur Krankheitsvermeidung.

Die Entwicklung und Umsetzung breitenwirksamer, ganzheitlicher Gesundheitsförderung und an der Bündelung der verschiedenen Aktivitäten und -strategien in Bund, Ländern und

Kommunen findet einen Zusammenschluss in Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.²⁹

Abbildung 13: Gesetzliche Grundlage für Präventionen in Deutschland.



Quelle: GBE (2006).

2.1.1.2.1.1. Wer ist mit der Gesundheitsförderung im Allgemeinen betraut?

Die Durchführung der Gesundheitsförderung obliegt den Krankenkassen. Teilweise wird betriebliche und schulische Gesundheitsförderung in zahlreichen Gesetzen auf Bundes- und Landesebene geregelt. Darüber hinaus finden sich die Aufgaben der Gesundheitsförderung auch in der Zuständigkeit der Gesundheitsämter auf Ebene der Bundesländer, die gesundheitsfördernden Elemente in Deutschland in den einzelnen Bundesländern im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese Aufgaben sind oft auch auf Kommunalebene übertragen und somit unterschiedliche Gesetzesgrundlagen zu finden. (siehe auch Prävention)

Gemäß §20a SGB V sind die Krankenkassen für die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich. Hierzu werden die gesundheitliche Situation, sowie

²⁹ Vgl. Internetauftritt: www.bvpraevention.de.

Risiken und Potentiale erfasst und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben arbeiten die Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern zusammen. Diese können die Aufgaben durch andere Krankenkassen, ihre Verbände oder zu diesem Zweck gebildete Beauftragte und deren Zustimmung wahrnehmen.

2.1.1.2.1.2. Wer stellt Leistungen der Gesundheitsförderung bereit?

Die Durchführung der Gesundheitsförderung obliegt unterschiedlichen Institutionen auf mehreren Ebenen (siehe oben).

2.1.1.2.1.3. Wer stellt die Wissensbasis für Gesundheitsförderung zur Verfügung?

Mit dem Leitfaden Prävention legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach den §§ 20 und 20a des SGB V vor, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. (GKV 2010)

2.1.1.2.1.4. Weitere relevante Vermittler von Gesundheitsförderung

Die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird in Deutschland als eine übergreifende Daueraufgabe von allen staatlichen Ebenen unter Einbindung der Betroffenen durchgeführt. Diese nimmt die Aufgabe auf Bundesebene als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wahr. Gemeinsam mit Kooperationspartnern entwickelt diese Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und setzt sie in Kampagnen und Projekten um. Diese verfolgt die Gesundheitsförderung nach unterschiedlichen Zielgruppen, wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Frauen oder Menschen mit Migrationshintergrund.

Für die Förderung der Gesundheit im Arbeitsleben haben sich vier Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung zur Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zusammengeschlossen.³⁰

Ebenso für das Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung findet sich das DNBGF (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung), welches vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS und vom Bundesministerium für Gesundheit BMG unterstützt wird. Dieses beruht auf der Initiative des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP. Ziel ist es die Kooperation zwischen den nationalen Akteuren in Deutschland zu verbessern.³¹

2.1.1.2.1.5. Wo erfolgt Gesundheitsförderung primär?

³⁰ Internetauftritt: www.iga-info.de.

³¹ Internetauftritt: www.dnbgf.de.

Die Gesundheitsförderung der GKV erfolgt in unterschiedlichen Settings. Der Gesetzgeber macht in SGB V §20 eine Sollvorschrift für diesen Bereich über die Ausgaben der Krankenkassen. Es gibt aber keine klar definierten gesetzlichen Vorschriften, welche Leistungen zu erbringen sind.

Gesetzliche Krankenkassen führen unter anderem Präventionskurse für Versicherte sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor allem in Grund- und Berufsschulen, weiteren Schultypen, aber auch in Kindergärten und Kindertagesstätten, in Stadtteilen oder Orten sowie in Familien durchgeführt. (GBE 2006)

Zu den bis jetzt genannten Bereichen, in denen Gesundheitsförderung in Deutschland auftritt, werden auch Selbsthilfegruppen, welche von den Krankenkassen gefördert werden als Mittel für die Durchführung derselben genannt.

2.1.1.2.2. Prävention

2.1.1.2.2.1. Wer ist mit der Prävention im Allgemeinen betraut?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt für die gesetzliche Krankenversicherung den Bereich der Prävention, also gezielten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die durch eine frühe Erkennung effektiver behandelt werden können. Dazu gehören Gesundheitsuntersuchungen sowie Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Schwangeren ebenso Gesundheitsuntersuchungen, die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung sind und gemäß § 25 SGB V zum Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

2.1.1.2.2.2. Werden die Programme ausgewertet?

siehe iii.

2.1.1.2.2.3. Wer stellt die Wissensbasis für Prävention zur Verfügung?

Der Spitzenverband der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung eines unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik. Das Robert Koch Institut erhebt epidemiologische Daten, einerseits für die Gesundheitsberichtserstattung, andererseits für originäre epidemiologische Forschung. Darüber hinaus liefern diese Erhebungen die Grundlage für die Entwicklung von Präventionsempfehlungen.

2.1.1.2.3. Primärversorgung (erster Kontakt mit dem Gesundheitssystem)

Unter dem Punkt Primary Care werden in diesem Rahmen die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte, dazu zählen Haus- und Fachärzte, diskutiert.

Als wichtige Institution sind an dieser Stelle die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu nennen, deren Hauptaufgaben ist die Erfüllung der ihnen durch das SGB (Sozialgesetzbuch) -V übertragenen Aufgaben (§ 77 SGB V) und die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung (§ 75 SGB V). Dazu zählen Vertragsabschlüsse mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verteilung der ärztlichen Vergütung.

2.1.1.2.3.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Primärversorgung?

Die Sicherstellung der Versorgung sowie das Zusammenwirken von Krankenkassen, Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung sind im Fünften Sozialgesetzbuch geregelt (§§ 70 bis 75 SGB V).

Gemäß § 92 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährleistung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

Der Bedarf an Ärzten wird auf Landesebene für die einzelnen Regionen gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgestellt.

2.1.1.2.3.2. Wer finanziert die Primärversorgung?

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte erfolgt durch die Krankenkassen in zwei Stufen. Die Krankenkassen gewähren den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), welchen alle Vertragsärzte einer Region angehören eine Gesamtvergütung zur Vergütung aller in der betreffenden Region tätigen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die von den KV abgeschlossenen Verträge bezüglich der Gesamtvergütung beinhalten alle Leistungen für den jeweiligen KV-Bezirk und decken die Leistungen der GKV-Versicherten im Voraus ab.

Die KV verteilt die Gesamtvergütungen, welche sie von den Krankenkassen erhält, dann über bestimmte Verteilungsregeln an die Ärzte weiter. Diese Gesamtvergütung wird jährlich von Ärzten und Krankenkassen ausverhandelt und entsprechend der Morbidität der Bevölkerung, steigenden Praxiskosten und Verlagerungseffekten vom ambulanten zum stationären Sektor angepasst. Die KVen verteilen das Geld an ihre Mitglieder, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, sowohl Haus- als auch Fachärzte haben einen jeweils eigenen Topf, aus dem sie bezahlt werden.

2.1.1.2.4. Wer bietet Primärversorgung an?

Patienten haben freie Wahl der Ärzte, so auch Fachärzte. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren

sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil (§ 95 SGB V).

Nach §73 b müssen die GKV eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten, in diesem Fall ist eine Gatekeeping-Funktion gegeben, da die Hausärzte erster Ansprechpartner sind und die Koordination der Gesundheitsversorgung für den versicherten Patienten ist. Die Teilnahme für den Versicherten am Hausarztmodell ist allerdings freiwillig. Wird das Hausarztmodell in Anspruch genommen, gilt eine Ausnahme für die Inanspruchnahme von Augen- und Frauenärzten.

Medizinische Versorgungszentren stellen ebenso wie Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulante ärztliche Versorgung, die von den Gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert wird, bereit. In diesen arbeiten mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach zusammen. MVZ können von Vertragsärzten, aber auch von Krankenhäusern, Apotheken oder Heilmittelerbringern gegründet werden. Sie müssen eine ärztliche Leitung haben, die in medizinischen Fragen nicht an Weisungen gebunden ist.

2.1.1.2.4.1. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

2.1.1.2.4.2. Wie werden die Tarife festgelegt?

Maßgeblich für die GKV-Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Er ist die Grundlage für die ambulante sowie belegärztliche Versorgung und enthält alle Leistungen, die von der GKV getragen werden. Jeder Leistung sind sowohl Punkte als auch Preise in Euro zugeordnet.

Ausgangspunkt für das Arzthonorar sind die Punkte, mit denen die ärztlichen Leistungen im EBM bewertet sind, und der Punktwert der Leistung, welcher sich nach Anwendung der regionalen Vergütungsregelungen ergibt. Bis Juni 2010 wurden, freie Leistungen wie Hausarztbesuche, unbegrenzt zu festen Preisen vergütet. Somit stand weniger Geld für die Regelleistungen zur Verfügung. Seit 1. Juli 2010 gibt es getrennte Töpfe für Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), die die freien Leistungen und Fallwertzuschläge ersetzen.

Bis zu einer bestimmten Mengengrenze bekommt die Arztpraxis ihre Leistungen zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Darüber hinausgehende Leistungen werden zu einem gestaffelten Preis vergütet.

Der EBM wird auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt. Gesonderte Vereinbarungen, wie das Hausarztmodell, werden separat vergütet.

Die Gebühren für Privatpatienten bzw. individuelle Gesundheitsleistungen sind in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegt. Hierbei handelt es sich um ein Bundesgesetz.

2.1.1.2.5. Sekundärversorgung (spezialisierte ambulante Versorgung und stationäre Versorgung ohne Langzeitpflege)

Zur Sekundärversorgung können in Deutschland einerseits niedergelassene Fachärzte, gezählt werden. Hierbei entsprechen die Eigenschaften denen der sonstigen niedergelassenen Ärzte (siehe Kapitel 2.1.1.2.3). Dieses Kapitel beschäftigt sich folglich mit der stationären bzw. ambulanten Krankenhausbehandlung.

Als wichtige Institution für dieses Aufgabengebiet kann die Deutsche Krankenhausgesellschaft³² (DKGEV) genannt werden. Diese ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und auf dem Gebiet des Krankenhauswesens und bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Sie ist Partner für Politik, Institutionen Verbände und Wissenschaft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereint 28 Mitgliedsverbände von Krankenhausträgern, davon 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände.

2.1.1.2.5.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Sekundärversorgung?

Für den niedergelassenen Facharzt tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Versorgungsauftrag, wobei die Versorgung mit Ärzten den Richtlinien des G-BAs folgt. Planung und Regulierung von stationären Einrichtungen obliegen gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz den für Gesundheit zuständigen Landesministerien, so wie bei Universitätskliniken den für den Bildungsbereich entsprechenden Ministerien. Dies gilt sowohl für die sekundäre, als auch die tertiäre Versorgung (siehe 2.1.1.2.6).

Mitsprache bei der Krankenhausplanung erfolgt durch Krankenkassen und Leistungserbringer in den Landeskrankenhause Ausschüssen, die endgültige Entscheidung trifft aber die jeweilige Landesregierung. Die Krankenkassen üben durch die Finanzierungsregeln per DRG eine gewisse Steuerungsfunktion aus.

2.1.1.2.5.2. Wer finanziert die Sekundärversorgung?

Bei Krankenhäusern ist in Deutschland eine duale Finanzierung anzutreffen. Investitionskosten werden von den Ländern getragen, während laufende Kosten von gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlern finanziert werden.

2.1.1.2.5.3. Wer bietet Sekundärversorgung an?

³² Internetauftritt: www.dkgev.de.

Gemäß §108 SGB V dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Stationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern.

Hoch spezialisierte ambulante Leistungen bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel Krebs, HIV/AIDS oder Mukoviszidose § 116 b 2 SGB V) können auch von bestimmten Krankenhäusern erbracht werden. Darüber hinaus sind Krankenhäuser auch im Rahmen der integrierten Versorgung zur Erbringung solcher Leistungen berechtigt. Auch die ambulante ärztliche Behandlung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen kann von Krankenhäusern übernommen werden, und in strukturschwachen Regionen können Krankenhäuser die ambulante Versorgung unterstützen.

2.1.1.2.5.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

§112 SGB V besagt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge abschließen, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen entsprechen.

Die von Krankenhäusern durchgeführten ambulanten Leistungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert (§ 39 SGB V). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1).

2.1.1.2.5.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde für die deutschen Krankenhäuser gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt.³³

Die Verbände der Krankenkassen haben Vergütungsvereinbarungen einheitlich zu treffen. Krankenhäuser selbst (und nicht ihre Kollektivvertretung) verhandeln auf Basis des DRG-Systems. In den Budgetverhandlungen legen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG unter Beachtung des Versorgungsauftrages die Leistungsstruktur und das Budget des Krankenhauses fest. Das Budget von Krankenhäusern besteht aus dem Erlösbudget für DRG-Leistungen, aus der Summe für sonstige Leistungen, wie zum Beispiel neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Leistungen für besondere Einrichtungen. Die Preise für sonstige Leistungen werden zwischen Krankenhaus und Kostenträgern

³³ Nähere Ausführungen siehe: www.g-drg.de.

individuell vereinbart. Seit Anfang 2010 werden alle Krankenhäuser mittels eines einheitlichen Landesbasisfallwertes vergütet, maW hat jeder DRG-Punkt einen bundeslandheitlichen Wert.

Die nach § 116 b 2 SGB V ambulanten Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, haben der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen (SGB V §120). Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach den Absätzen 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM § 87).

2.1.1.2.6. Tertiärversorgung (hoch spezialisierte medizinische Leistungen)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert, die in § 116b SGB V genannten hoch spezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Einzelheiten zum Krankheitsbild und Behandlungsverlauf werden bestimmt und die Anforderungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um diese ambulanten Behandlungen anbieten zu dürfen, festgelegt. Darüber hinaus werden Bedingungen für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus definiert. Die Krankenhäuser, die diese ambulanten Behandlungen durchführen, müssen im Rahmen der Krankenhausplanung des Bundeslandes als dafür geeignet bestimmt worden sein.

2.1.1.2.7. Rehabilitation

Für den Austausch und die Weiterentwicklung der Rehabilitation ist die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation³⁴, zu nennen, welche als ein interdisziplinäres Forum agiert. Zu den Mitgliedern zählen Verbände der Träger der sozialen Leistungen, Rehabilitationsdienste und -einrichtungen für Menschen mit Behinderung, Behinderten- und Selbsthilfeverbände, Rehabilitationsexperten sowie Berufs- und Fachorganisationen der Rehabilitation.

2.1.1.2.7.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Rehabilitation?

Teilhabe an der medizinischen Rehabilitation können nach SGB IX §6 die Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge, öffentlichen Jugendhilfe oder Sozialhilfe haben.

2.1.1.2.7.2. Wer finanziert Rehabilitation?

³⁴ Internetauftritt: www.dvfr.de.

Finanzierung der Rehabilitationsleistungen wird von der zuständigen Kassen erbracht..

2.1.1.2.7.3. Wer bietet Rehabilitation an?

Sofern ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bieten die Krankenkassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter (§ 40 Abs. 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Abs. 2 SGB V) Form in entsprechenden Einrichtungen an.

2.1.1.2.7.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Rehabilitations-Richtlinien werden von dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V ausgegeben.

2.1.1.2.7.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Gemäß §21 SGB IX sind Verträge zwischen Leistungserbringern und Trägerschaft des Rehabilitationsträgers auch für deren Leistungen und Vergütung ausschlaggebend. Für das Beispiel der Krankenversicherung schließen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der genannten Rehabilitationsleistungen. Die Vergütungen für die festgelegten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart (§111 SGB V).

2.1.1.2.8. Behandlung nach Unfällen³⁵

2.1.1.2.8.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Behandlung nach Unfällen?

Die gesetzliche Unfallversicherung ist Teil des Sozialversicherungssystems in Deutschland. Grundlage für diese ist das Siebente Sozialgesetzbuch (SGB VII). Nach §1 SGB VII ist es die Aufgabe der Unfallversicherung „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ und „nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.“

Unterschiedliche Personengruppen sind in der Unfallversicherung versichert. Alle Beschäftigten sind unfallversichert unabhängig von der Höhe ihres Arbeitsentgelts. Dazu

³⁵ Weitere Quellen, welche in diesem Kapitel Verwendung finden, sind der Internetauftritt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de), BMAS (2011) sowie der Internetauftritt des Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV (www.dguv.de).

gehören auch Auszubildende sowie bestimmte ehrenamtlich tätige Personen, Kinder, in Kindertageseinrichtungen, Schüler und Studierende in Schulen und Hochschulen sowie Personen in der beruflichen Aus- und Fortbildung, Personen, die in der Landwirtschaft selbständig, als mitarbeitende Familienangehörige oder als abhängig Beschäftigte arbeiten, Entwicklungshelfer, Personen in der Rehabilitation und andere.

Die Unfallversicherung wird von den nach Branchen gegliederten gewerblichen Berufsgenossenschaften, den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand durchgeführt.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln möglichst vollständig wieder herzustellen. Leistungen, die die gesetzlichen Unfallversicherungen erbringen, sind in hauptsächlich medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sowie monetäre Lohnersatz- bzw. Entschädigungsleistungen (Verletztengeld, Übergangsgeld, Pflegegeld, Rentenleistungen) zu gliedern.

2.1.1.2.8.2. Wer finanziert die Behandlung nach Unfällen?

Die Leistungen, die mit den Aufgaben der Unfallversicherung zusammenhängen, werden von den jeweiligen Unfallversicherungen getragen. Die gesetzliche Unfallversicherung ist für die Versicherten beitragsfrei.

Die Kosten für den Versicherungsschutz, welcher Prävention, Rehabilitation und Entschädigungen beinhaltet, tragen die Arbeitgeber. Im Bereich der Öffentlichen Hand tragen der Bund, die Länder und Gemeinden die Kosten.

Die Finanzierung der Aufgaben der Unfallversicherungsträger wird von den Unternehmen durch Beiträge aufgebracht. Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus den Kosten der Prävention, der Entschädigung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie den Verwaltungskosten. Bei den Beiträgen wird das Ausmaß der Gefährdung durch die Einstufung in Gefahrenklassen berücksichtigt.

Unfallversicherungsträger dürfen keine Gewinne erzielen.

2.1.1.2.8.3. Wer bietet die Behandlung nach Unfällen an?

Ein flächendeckendes Netzwerk von spezialisierten Ärzten sowie Unfall- und Rehabilitationskliniken wird von der Unfallversicherung sichergestellt. Bei schweren Verletzungen werden die notwendigen Maßnahmen durch Rehabilitations-Manager und Berufshelfer koordiniert und vernetzt.

Ein sogenannter Durchgangsarzt entscheidet, ob eine allgemeine Heilbehandlung beim Hausarzt durchgeführt wird oder wegen der Art der Verletzung besondere Behandlungen erforderlich sind, die dann vom Durchgangsarzt selbst durchgeführt werden. In Fällen der allgemeinen (hausärztlichen) Behandlung überwacht er den Heilverlauf.

Unfallverletzte mit bestimmten schweren Verletzungen wird eine besondere unfallmedizinische Behandlung zu Teil. Diese erfolgt in speziellen Krankenhäusern der Akutversorgung. In Deutschland sind über 600 Krankenhäuser und Kliniken in dieses Verfahren vertraglich eingebunden. Darüber hinaus unterhalten die Unfallversicherungsträger für eine hoch spezialisierte, umfassende medizinische Rehabilitation eigene berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken und Sonderstationen. In diesen Einrichtungen können Schwerst-Unfallverletzte behandelt werden. Darüber hinaus werden unter anderem von geeigneten Rehabilitationskliniken Leistungen durchgeführt.

2.1.1.2.8.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Gemäß § 26 SGB VII haben Versicherte „Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen.“ Dabei wird im Einzelfall über Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung und der nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden. Das gesetzliche Ziel hierbei ist „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.“

Die Leistungen der Unfallversicherung gehen somit weit über die Leistungen der Krankenversicherung hinaus, da die Träger verpflichtet sind, die Erwerbsfähigkeit des Verletzten wieder herzustellen, wobei kein Budget bestimmt ist.

2.1.1.2.8.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Nach § 34 SGB VII schließen Verbände der Unfallversicherungsträger sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung für ihre Mitglieder Verträge über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung ab.

Von dem behandelnden Arzt wird eine Rechnung direkt an die Berufsgenossenschaft gestellt, wobei jede Leistung einen festen Wert gemäß der Gebührenordnung für gesetzliche Unfallversicherungen vorsieht.

2.1.1.2.9. Notfallversorgung

Gemäß §75 SGB V haben Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung bereitzustellen. Hierbei sind diese auch für die Koordinierung des Notdienstes, der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten durch Präsenz- und Bereitschaftsdienste zuständig, nicht jedoch für die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, welchen die einzelnen Länder innehaben.

Für die Notfallversorgung innerhalb des Krankenhauses wird die allgemeine Regelung zur Krankenhausfinanzierung und -planung angewendet.

2.1.1.2.10. Übergangspflege

Nach § 11 Absatz 4 SGB V haben die Versicherten Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Gemäß dem Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz, der am 1. Januar 2012 in Kraft treten soll,³⁶ wurde diese Vorschrift nicht im gewünschten Maße umgesetzt und genutzt, da nicht alle Krankenhäuser diese Leistung anbieten.

Dieser Gesetzesentwurf beinhaltet das Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen, welche beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung auftreten. Dieses soll in §39 SGB V als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert werden.

Das Entlassungsmanagement betrifft erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), welche nach einer Krankenhausbehandlung notwendig sind.

Ziel ist, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten und die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern.

Die Krankenkassen sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist. Die Einzelheiten sollen in Verträgen nach § 112 SGB V geregelt werden. Dies bedeutet also, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger Vertragspartner sind.

2.1.1.2.11. Krankentransport

2.1.1.2.11.1. Wer ist für die Sicherstellung des Krankentransports zuständig?

Häufig ist der nicht-rettungsbezogene Krankentransport organisatorisch an das Rettungswesen angeschlossen. Bereitschafts-, Rettungs- und Notfalldienste sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, finanziert und organisiert. Zumeist wird die Erfüllung Krankenhäusern übertragen. Die Rettungsdienstversorgung wird hingegen von den meisten Ländern an die Kommunen übertragen.

Im Krankentransport (ohne Rettung) können zumeist auch gewinnorientierte Leistungserbringer tätig werden, wobei jedoch die meisten Landesgesetze auch hier gemeinnützigen Leistungserbringern bevorzugen.

³⁶Vgl. Presseaussendung:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/V//Versorgungsstrukturgesetz/PM_Versorgungsstrukturgesetz_110803.pdf. (10.8.2011)

Sind die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen.

2.1.1.2.11.2. Wer finanziert den Krankentransport?

Nach §60 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Fahrten einschließlich von Krankentransporten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. Zuzahlungen gemäß §61 werden unter gewissen Voraussetzungen von der GKV übernommen.

Nicht-notfallbedingte Krankentransporte sind gesetzlich aus der GKV ausgeschlossen, mit Ausnahme der vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten schweren Behinderungen oder bestimmter Behandlungsformen.

Die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung von Seiten der Versicherten bezieht sich auf jede Fahrt und beträgt 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 und maximal 10 Euro.

2.1.2. Versicherte³⁷

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist die zentrale Säule im deutschen Gesundheitssystem. Die Beiträge der Mitglieder werden treuhänderisch verwaltet. Gesetzlichen Krankenkassen ist die Gewinnerzielungsabsicht gesetzlich untersagt. Die wesentlichen Strukturprinzipien sind Solidarität, Sachleistung, paritätische Finanzierung, Selbstverwaltung und Pluralität.

Nach § 1 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensführung hinzuwirken.

Es existieren sechs Kassenarten in Deutschland, die nach unterschiedlichen Organisationsprinzipien gegliedert sind. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen sind regional organisiert, die Betriebskrankenkassen nach Betrieben, die Innungskrankenkassen nach Berufsgruppen, die Ersatzkassen waren ursprünglich nach dem Beschäftigungsverhältnis organisiert, so wie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach Wirtschaftszweigen. Darüber hinaus existieren noch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Die Bedeutung der Untergliederung ist aber heute rein organisatorischer Natur, da die meisten Krankenkassen frei gewählt werden können. Auch kassenartenübergreifende Fusionen sind mittlerweile möglich.

Im Juli 2011 existierten 154 gesetzliche Krankenkassen, deren Zahl die letzten Jahre kontinuierlich abgenommen hat. Im Jahr 2000 existierten noch 420 Krankenkassen.³⁸

Eine wichtige Säule des gesamten deutschen Sozialsystems ist die **Selbstverwaltung**. Diese ist auch **für die gesetzlichen Krankenkassen** von Bedeutung. Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und erfüllen die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung. Die Durchführung der Aufgaben erfolgt organisatorisch und finanziell selbstständig. Sie unterliegen hierbei staatlicher Rechtsaufsicht.

Die Selbstverwaltungen in der gesetzlichen Krankenversicherung haben verschiedene Aufgaben. Hierzu zählen die Entscheidung über die Förderung und Bezahlung von Präventions- oder Rehabilitations-Maßnahmen, die Entscheidung über den Vorstand der Krankenkasse und dessen Gehalt, die Erstellung des Haushaltsplans und die Abnahme der Jahresrechnung, die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern und die Kontrolle der Betriebsabläufe sowie die Errichtung von ehrenamtlich geführten Widerspruchsausschüssen, an welche sich Versicherte wenden können, wenn die jeweilige

³⁷ Eine für dieses Kapitel zusätzlich verwendete Quelle ist das Internetportal des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de).

³⁸ Vgl. Informationen des GKV-Spitzenverbandes: www.gkv-spitzenverband.de.

Kasse Entscheidungen gegen sie getroffen hat.

Die Organe der Selbstverwaltung sind bei Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen der Verwaltungsrat und der Vorstand. Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sind im Rahmen des SGB IV geregelt. Der Verwaltungsrat ist in der Regel paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber grundsätzlich ehrenamtlich besetzt. Ausnahmen sind die Ersatzkassen, bei diesen besteht der Verwaltungsrat nur aus den Vertretern der Versicherten; bei den Betriebskrankenkassen gehört der Arbeitgeber oder sein Vertreter dem Verwaltungsrat an; bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird eine Vertreterversammlung anstelle des Verwaltungsrats gebildet.

Die Vertreter des Verwaltungsrats werden von den Versicherten und den Arbeitgebern alle sechs Jahre in freier und geheimer Wahl gewählt. Dies geschieht im Rahmen der Sozialwahlen, welche als Kernstück der demokratischen Sozialversicherung bezeichnet werden können und im SGB IV geregelt sind. Nach Grundsätzen der Verhältniswahl wählen Versicherte und Arbeitgeber die Vertreter ihrer Gruppe getrennt aufgrund von Vorschlagslisten.

Der Verwaltungsrat wählt die Mitglieder des Vorstands. Der hauptamtliche Vorstand leitet das laufende Geschäft der Krankenversicherung.

Seit dem 1. Juli 2008 übernimmt der **Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen** (GKV-Spitzenverband) die gesetzlichen Aufgaben der früheren, für die einzelnen Kassenarten bestehenden Spitzenverbände. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und wird von den Krankenkassen gebildet. Dieser erledigt alle wettbewerbsneutralen Aufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Zu dessen Aufgaben gehören unter anderem Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung; Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, Vertretung der GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss) und gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung; Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie der Höchstbeträge für Arzneimittel; Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene; Ausgestaltung der Telematik im Gesundheitswesen; Definition von Grundsätzen zur Prävention, Selbsthilfe und Rehabilitation.

Außerdem unterstützt dieser die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen. Er trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Beitragserhebung, zudem zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband entsendet Vertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Abbildung 14: Wirkungsmöglichkeiten des GKV- Spitzenverbandes

Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes



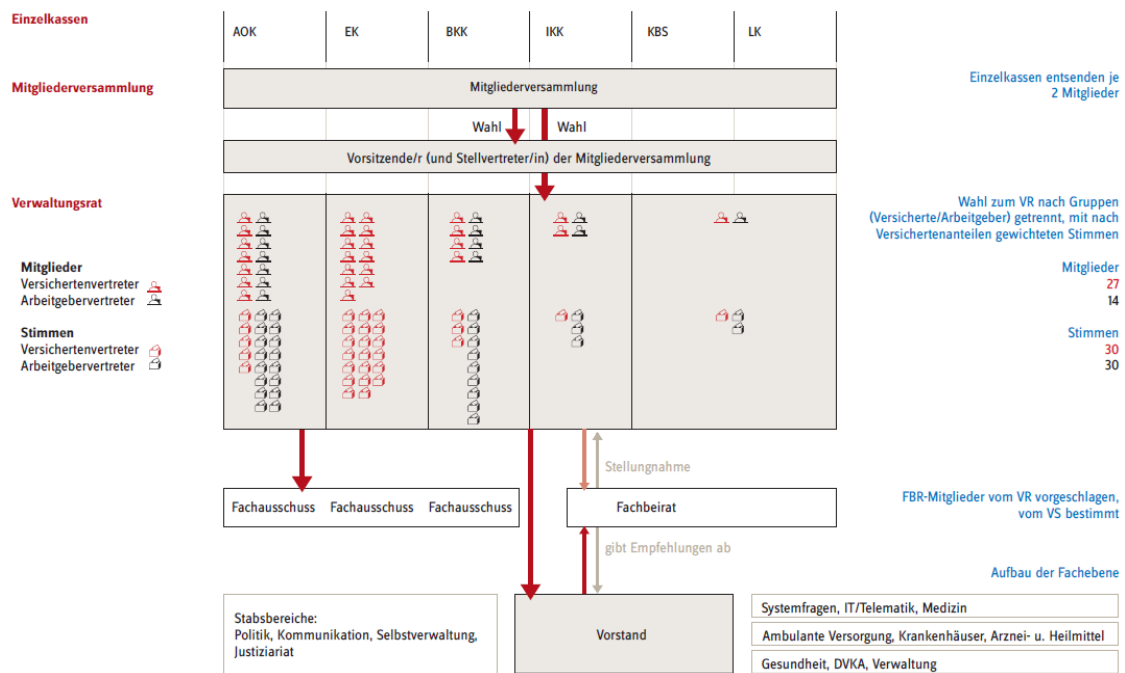
Quelle: www.gkv-spitzenverband.de.

Die Gremien des GKV-Spitzenverbandes sind die Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat, der Vorstand sowie ein Fachbeirat. Sie haben unterschiedliche Aufgaben. Die Mitgliederversammlung ist das Bindeglied zu den Mitgliedskassen und bildet mit den Delegierten der Versicherten- und Arbeitgeberseite aus allen Kassen das grundlegende Selbstverwaltungsorgan. Sie wählt in einem Turnus von sechs Jahren die Mitglieder des Verwaltungsrates, in dem alle Kassenarten gemäß ihrer Versichertenzahlen mit entsprechender Stimmgewichtung repräsentiert sind.

Zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Verwaltungsrat vier Fachausschüsse, deren Aufgabenfelder sich an der Aufbauorganisation des GKV-Spitzenverbandes orientieren, eingerichtet: die Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Organisation und Finanzen, Verträge und Versorgung sowie Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die Ausschüsse bereiten in Form einer Arbeitsteilung Beschlüsse des Verwaltungsrates sowie Themen, die im Plenum zu behandeln sind, fachlich vor

An der Spitze des GKV Spitzenverbandes steht ein hauptamtlicher Vorstand, dem drei Mitglieder angehören, welcher vom Verwaltungsrat gewählt wird. Dieser besteht aus insgesamt 41 Versicherten- und Arbeitgebervertretern der AOK, der Ersatzkassen, der BKK, der IKK, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Abbildung 15: Selbstverwaltung des GKV- Spitzenverbandes



Quelle: www.gkv-spitzenverband.de.

2.1.2.1. Wie kann der Versicherte Entscheidungen mitbestimmen?

2.1.2.1.1. Fundamentale Prinzipien

Die Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung sind im SGB V festgelegt. Eine Änderung der Prinzipien kann nur durch die Änderung dieses Bundesgesetzes erfolgen und obliegt somit der Mitbestimmung als Bürger. Das Grundprinzip der GKV ist Solidarität. GKV-Versicherte erhalten die gleiche Versorgung, wobei weder Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko eine Rolle spielen (im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung).

Arbeitnehmer sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich versicherungspflichtig, wenn ihr Bruttogehalt eine bestimmte Höchstgrenze nicht überschreitet. Tritt diese Überschreitung ein, können sich diese freiwillig bei der GKV oder Privaten Krankenversicherung versichern.

Im Rahmen der GKV bzw. der Versicherungspflicht kann der Versicherte zwischen den unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen wählen und so im Rahmen des Wettbewerbs innerhalb des Systems Entscheidungen treffen.

2.1.2.1.2. Mitbestimmung bei der Finanzierung, Festlegung der Beitragshöhe

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge werden von den Mitgliedern der den Mitgliedern der Krankenkassen, den Arbeitgebern, den Rentenversicherungsträgern oder sonstigen Stellen einkommensabhängig getragen und fließen dem Gesundheitsfonds zu, der sie als Zuweisungen an die Krankenkassen verteilt.

Mit dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz (GKVFinG) sind einige Änderungen bei der Finanzierung der GKV verbunden.

Bis dahin waren Krankenkassenbeiträge an die Ausgabenentwicklung gekoppelt. Mit der neuen Regelung wurde der allgemeine Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung auf 15,5 Prozent festgeschrieben (§ 241 SGB V). Damit werden die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten weitgehend entkoppelt. Der Arbeitgeberbeitrag wurde dabei auf 7,3 Prozent fixiert.

Ausgabensteigerungen, die über die Entwicklung der Einnahmen reichen, werden durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder der Krankenkassen finanziert, was den Wettbewerb zwischen den Kassen steigern soll, da dieser Zusatzbeitrag unterschiedlich hoch ist und von der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Kassen abhängt. Diesen Zusatzbeitrag zahlen die Mitglieder direkt an ihre Krankenkassen.

Darüber hinaus existiert ein automatischer und Sozialausgleich, der durch Steuermittel finanziert wird. Der einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds wird zu diesem Zweck um den Betrag gesenkt, um den das Mitglied durch Entrichtung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags überfordert wäre. Erhält eine Krankenkasse Zuweisungen, die ihren eigenen Finanzbedarf überschreiten, so kann sie an ihre Mitglieder Prämien auszahlen.

Der Zusatzbeitrag ist keinesfalls unproblematisch und stellt gewissermaßen einen ungünstigen Kompromiss zwischen Einheitsbeitragssatz und dem Wunsch nach mehr Wettbewerb dar. Ist nämlich die Versichertenstruktur (entsprechend dem Morbi-RSA) günstig, so wird er nicht fällig, die Versicherten erhalten auch noch Prämien zurück, anstatt diese für Bedürftige zu nutzen. Ist die Versichertenstruktur ungünstig, so werden Zusatzbeiträge fällig, was die hochmobilen günstigen Versicherten vertreibt, wodurch noch höhere Zusatzbeiträge fällig werden. Schon aus Wettbewerbsgründen werden die Versicherungen so lange wie möglich auf Zusatzbeiträge verzichten. Die geringe Höhe ist gegenüber den Verwaltungskosten abzuwägen.

Über die Wahl der gesetzlichen Krankenkasse hat folglich der Versicherte eine Möglichkeit die Finanzierungsmittel bedingt auf Grund der Zusatzbeiträge, die auch in Zusammenhang mit dem zur Verfügung gestellten Service, den Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern und der Versorgungsstruktur stehen, zu beeinflussen.

2.1.2.1.3. Pooling

Für alle gesetzlich Versicherten gilt seit 1. Januar 2009 derselbe Beitragssatz. Die am Gesundheitsfonds beteiligten Krankenkassen (das sind alle außer den Landwirtschaftlichen Krankenkassen,) legen ihre Beitragssätze nicht mehr selbst fest.

Grundsätzlich werden die Beiträge für die GKV von den Mitgliedern der Krankenkasse, den Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern oder sonstigen Stellen einkommensabhängig getragen und fließen dem Gesundheitsfonds zu, wie die aus Steuergeldern finanzierten Bundeszuschüsse.

Seit 2009 wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds auch ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich³⁹ eingeführt. Je Versicherten erhalten die Krankenkassen eine einheitliche Grundpauschale, die durch ergänzende Zu- und Abschläge, abhängig von Alter, Geschlecht und Morbidität beeinflusst wird. Der Risikostrukturausgleich zielt folglich auf einen Ausgleich der finanziellen Auswirkungen, welcher durch exogene Größen bestimmt wird, nämlich der Risikostruktur der Versicherten.

Im Gesundheitsfonds werden die zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Mittel gesammelt. Diese werden vom Bundesversicherungsamt verwaltet, welches eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist. Als Rechtsaufsichtsbehörde für die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung arbeitet dieses mit dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen. Das Bundesversicherungsamt ist nur allgemeinen Weisungen der Bundesministerien verpflichtet, Weisungen im Einzelfall dagegen nicht.

2.1.2.1.4. Leistungskatalog

Das Rahmengesetz für die zu erbringenden Leistungen wird im fünften Sozialgesetzbuch geregelt. Der Versicherte hat Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden medizinischen Krankenbehandlung. Dazu zählen die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlungen sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Die Leistungen müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

Einzelheiten zum Leistungsumfang bzw. der Versorgung sind nicht im Sozialgesetzbuch, sondern im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert.

³⁹ Vgl. BVA (2008).

2.1.2.1.5. Verhandlungen mit Anbietern

Die Krankenkassen und ihre Verbände erledigen die ihnen übertragenen Aufgaben grundsätzlich eigenverantwortlich und kassen- bzw. kassenartenspezifisch durch die Selbstverwaltung. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, Aufgaben in Form von Arbeitsgemeinschaften (siehe z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung oder Prävention in §20 SGB V) durchzuführen.

Eine zentrale Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist es, verbindliche kollektivvertragliche Regelungen z. B. für die ärztliche und stationäre Versorgung zu treffen.

Alle nicht gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben liegen grundsätzlich in der Gestaltungsfreiheit der Kassen. Zu diesen wettbewerblichen Aufgaben gehören beispielsweise Rabattverträge mit der Pharmaindustrie oder Sonderverträge mit den Hausärzten. Ebenso können diese auf kassenartbezogene Verbände oder Unternehmen übertragen werden.

2.1.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit

2.1.2.2.1. Versicherungsfunktion des Gesundheitssystems

Gemäß des Internetauftritts des BMG (www.bmg.de) geht es bei der GKV darum, sich individuell gegen das Risiko der mit einer Krankheit verbundenen Kosten zu versichern. Das Risiko wird hierbei von der Allgemeinheit der Versicherten getragen. Im Gegensatz zu anderen Versicherungen werden die Beiträge überwiegend abhängig vom Einkommen getragen.

In diesem Sinne ist offensichtlich der beschriebene Risikostrukturausgleich zu werten. Ebenso liefert der Sozialausgleich, welcher bei den Zusatzzahlungen bereitgestellt wird (siehe oben) Elemente einer solidarischen Versicherungsfunktion schon auf Basis der Beitragszahlungen.

2.1.2.2.2. Social Transfers in Kind

Als eines der tragenden Strukturprinzipien wird vom GKV-Spitzenverband das „Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip“ genannt.

Die von der Krankenkasse erbrachten Leistungen (siehe Kapitel 2.1.1.) entsprechen der Ausführung von Social Transfer in Kind. Die Sachleistungen werden ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sichergestellt.

2.1.2.2.3. Transfers in Cash

Zu den Leistungen, die von der Krankenversicherung getragen werden, zählt auch das Krankengeld (§ 44 SGB V). Ist ein Arbeitnehmer, aufgrund seiner Krankheit arbeitsunfähig, erhält dieser als Mitglied der GKV ab der siebenten Woche der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld anstatt seiner Lohnzahlung. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf Krankengeld, wenn die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten und versicherten Kindes das Fernbleiben von der Arbeit erforderlich macht.

2.1.3. Bürger

2.1.3.1. Governance und „Health in all Policies“

2.1.3.1.1. Konstitutionelle Prinzipien des Gesundheitssystems: Wie wird über fundamentale Prinzipien entschieden?

Der Staat gibt die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor, in welchen die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems dann in weiterer Folge agieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist innerhalb der Bundesregierung für den Bereich Gesundheitspolitik verantwortlich. Diesem obliegt die Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften. Formal werden diese Gesetze im Bundestag verabschiedet. Somit kann das BMG als Hauptzuständiger im Bereich Gesundheitspolitik genannt werden.

Bei der Vorbereitung von Gesetzen sind Koordination und Abstimmung mit anderen Ressorts nötig, wenn Überschneidungen in den Geschäftsbereich stattfinden. Im Bereich des Verbraucherschutzes ist zum Beispiel das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz tätig, für Fragen der Finanzierung das Bundesministerium für Finanzen und bei der sozialen Sicherung das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Als weitere entscheidende Institution der Bundespolitik ist der Bundesrat zu nennen. Dieser ist auch die Institution der Länder, in der die Ministerpräsidenten sich zu gesundheitspolitischen Fragen äußern.

Zuständig für die Durchführung der Bundesgesetze sind die Bundesländer. Neben dieser Aufgabe haben die Bundesländer auch Kompetenzen zur Gesetzgebung. Zuständig sind diese normalerweise für die Fach- und Dienstaufsicht der kommunalen Gesundheitsämter, welche Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnehmen, zum Beispiel die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder die Schulgesundheitspflege. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Planung der Krankenhauslandschaft.

Die Zuständigkeit für gesundheitspolitische Fragen kann auf Ebene der Bundesländer auf die Bereiche der stationären Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst beschrieben werden. Außerdem sind die Länder im Rahmen der Prävention tätig. Darüber hinaus haben die Bundesländer die Aufsicht über die regionalen Kassen.

Zumeist ist die Zuständigkeit im Bereich der Gesundheitspolitik der Länder in einem Landesministerium konzentriert. Die Landesgesundheitsminister tagen regelmäßig im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder.

2.1.3.1.2. Durchführung von „Health in all Policies“: Welche Institutionen sind für die Koordination von Gesundheitsfragen mit anderen öffentlichen Bereichen zuständig?

Im deutschen Gesundheitssystem existiert auf Grund des Grundsatzes der Selbstverwaltung eine Vielzahl von Institutionen, die im Bereich der Gesundheitspolitik agieren. Die

Koordination und Aufsicht der unterschiedlichen Einrichtungen erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit.

2.1.3.1.3. Existieren Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder?

Im Jahr 2000 hat das Bundesministerium für Gesundheit das Projekt gesundheitsziele.de ins Leben gerufen. Gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitsziele, in welchem Bund, Länder und Akteure der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens agieren und Empfehlungen zur Zielerreichung entwickeln.

Zu diesem gehören mehr als 70 Institutionen aus Bundes-, Länder- und Kommunalpolitik, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und wissenschaftliche Institutionen. Neben nationalen Gesundheitszielen werden auch Arbeitsstrukturen und Handlungsrahmen für die Umsetzung der Maßnahmen breiter Basis vorgegeben.

Im Mittelpunkt steht als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung. Gesundheitsziele.de konzentriert sich auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen bzw. für bestimmte Gruppen. Darüber hinaus sind die Verbesserungen der Strukturen ein Thema.⁴⁰

Gemäß gesundheitsziele.de werden auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse ausgewählte Zielbereiche definiert und Empfehlungen bzw. Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Ebenso werden Zeithorizonte zur Umsetzung bestimmt. Momentan verfolgt gesundheitsziele.de sechs nationale Ziele, ein Siebentes ist in Vorbereitung.

Neben den Gesundheitszielen auf Bundesebene werden auch von allen Bundesländern länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder in deren Gesundheitspolitik verfolgt. Gesundheitsziele.de bietet auch hierfür eine Plattform, da unterschiedliche Ansätze, Techniken und Werkzeuge der einzelnen Länder dargestellt werden und als Beispiele dienen.

2.1.3.1.4. Welche Institutionen legen Gesundheitsziele fest?

Siehe oben. Es existiert eine Koordinationsplattform aller Beteiligten, die bereits genannte gesundheitsziele.de auf Basis der GVG. Die GVG ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung, ein seit 1947 existierender Verein, dem die Sozialversicherungen, Leistungserbringer, Wissenschaftler, Gewerkschaften etc. angehören. Ziel ist, die Soziale Sicherung wissenschaftsgestützt und konsensorientiert weiterzuentwickeln.

⁴⁰ Internetauftritt. www.gesundheitsziele.de

Ein wichtiges Instrument sind auch die regionalen/kommunalen Gesundheitskonferenzen, die in variabler Zusammensetzung und variabler Bürgerbeteiligung auch Gesundheitsziele beschließen.

2.1.3.1.5. Wie erfolgt das „Monitoring“?

Der Evaluationsbeirat von gesundheitsziele.de entwickelt Evaluationskonzepte. Die Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes liefern hierbei wichtige Erkenntnisse. Da die Erstellung der Gesundheitsziele nicht top-down erfolgt, ist das Monitoring eher „weich“.

2.1.3.1.6. Welche Mittel werden eingesetzt um die Interessensvertreter gemäß der Ziele zu leiten?

Gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsverbund, bei welchem sich die einzelnen Akteure verpflichten die gemeinsamen Ziele in ihrem Aufgabebereich umzusetzen. Eine formale Kontrolle oder Zwang existiert nicht.

2.1.3.1.7. Welche Institutionen steuern und begleiten diesen Prozess?

Siehe oben

2.1.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?

Die Prinzipien des Gesundheitssystems sind vom Bürger durch die demokratischen Wahlen auf Bundesebene beeinflussbar. Darüber hinaus besteht eine politische Steuerung über die Landtagswahlen auf Länderebene. In Deutschland erfolgt die Wahl des Bundestags in der Regel alle vier Jahre. Die Wahlen der Landesregierungen erfolgen alle vier bzw. fünf Jahre. Auf Grund der Versicherungsform des deutschen Gesundheitssystems werden die Formen der Mitbestimmung aus der Sicht des Versicherten beschrieben (siehe Kapitel 2.1.2). Hierzu zählen auch, die schon beschriebenen Sozialwahlen bzw. die paritätische Besetzung der Krankenkassen.

Wie bei der Beschreibung des G-BAs schon ersichtlich, haben auf Bundesebene Interessensvertreter von Patienten sowie chronisch kranken und behinderten Menschen in Deutschland ein Mitberatungs- und Antragsrecht nach §104f SGB V. In der Patientenbeteiligungsverordnung ist festgelegt, welche Kriterien Organisationen erfüllen müssen, um als Interessenvertretung der gesetzlich Versicherten anerkannt zu werden. Namentlich werden der Deutsche Behindertenrat (DBR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. genannt. Auf Antrag kann das Bundesministerium für Gesundheit weitere Organisationen, die nicht Mitglied der benannten Verbände sind, als

maßgebliche Organisationen auf Bundesebene anerkennen.

Für das Mitberatungsrecht in den Gremien des G-BAs können Organisationen sachkundige Personen benennen, wobei die Hälfte hiervon aus dem Kreis der selbst Betroffenen oder ihrer Angehörigen, also von den Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sein muss.

Als weiteres politisches Element der Patientenvertreter sei der Patientenbeauftragte der Bundesregierung genannt. Dieser hat die Weiterentwicklung der Patientenrechte im Gesundheitssystem zur Aufgabe. Ebenso obliegt diesem die Vertretung von Patientenangelegenheiten in Politik und Öffentlichkeit. Dieser wird auf Beschluss des Bundeskabinetts ernannt.

Grundsätzlich vertritt der Patientenbeauftragte auf Bundesebene die Interessen der Patienten und verstärkt deren Berücksichtigung im politischen Entscheidungsprozess. Gemäß der Aufgabe des Patientenbeauftragten sollen Patienten zukünftig stärker an Entscheidungen des Gesundheitswesens beteiligt werden und selbst zum aktiven Partner aller Beteiligten im Gesundheitswesen werden.

Dieser steht in ständigem Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen. Patienten und Patientinnen können sich auch direkt an den Patientenbeauftragten wenden.

Darüber haben Vertreter der Patienteninteressen eine beratende Stimme in die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303b SGB V); die Landesausschüsse (§ 90 SGB V); die Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V); die Berufungsausschüsse auf Landesebene (§ 97 SGB V).

Gesundheitskonferenzen unterstützen Bürgerinteressen auf regionaler und kommunaler Ebene. Auf regionaler Ebene können sich Bürgerinnen und Bürger, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten in kommunalpolitischen Zusammenhängen oder im Rahmen so genannter Gesundheitskonferenzen an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung beteiligen.

2.1.4. Konsument

Ganz allgemein liegt die Zuständigkeit für den Verbraucherschutz in Deutschland beim Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV). So übernimmt dieses Ministerium auch Aufgaben im Bereich der Gesundheit, setzt sich für Transparenz im Gesundheits- und Pflegemarkt ein und unterstützt Projekte, die den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen Orientierung bieten.

Mit einem im Juli 2011 verabschiedetem Gesetzesentwurf zur Novellierung des Verbraucherinformationsgesetzes sollen die Verbraucherrechte erweitert und eine schnellere, umfassendere und günstigere Information der Bürger erreicht werden.⁴¹ Darüber hinaus wird eine Vielzahl an Informationen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellt.

Eine klare Einteilung bezüglich Information der unterschiedlichen Institutionen, welche gesundheitsrelevante Themen behandeln, ist nicht einfach möglich.

Im Folgenden werden daher einzelne Einrichtungen mit ihren Schwerpunkten vorgestellt. Hierbei wird vor allem gemäß der Studie die institutionelle Seite in den Vordergrund gestellt. Wie aus den Beschreibungen ersichtlich ist, überschneiden sich die erbrachten Informationen vielfach. Informationen, die gesundheitsrelevante Bereiche umfassen, werden sowohl von Behörden, die der Aufsicht des BMG unterstehen, von Krankenkassen, von den Interessensvertretern von Ärzten, von Stiftungen und Vereinen angeboten.

2.1.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich

2.1.4.1.1. *Wer bietet Konsumenteninformation an?*

Die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung⁴² (BzGa) übernimmt als Bundesbehörde Informations- und Kommunikationsaufgaben mit dem Ziel Bereitschaft der Bürger, ein verantwortungs- bewusstes, gesundheitsgerechtes Verhalten und die sachgerechte Nutzung des Gesundheitssystems zu fördern. Mittels inhaltlichen Aufklärungsschwerpunkten sollen Neuerkrankungshäufigkeiten und Krankheitsfrüherkennung gesteigert werden sowie die Gesundheit gefördert.

Als primärer Ansprechpartner für Versicherte bezüglich aller gesundheitlichen Belange können Gesetzliche Krankenkassen genannt werden. Diese haben in Deutschland den gesetzlichen Auftrag ihre Versicherten zu informieren.

Diese halten umfangreiche Angebote über eine Vielzahl von Medien bereit. Hierzu zählen

⁴¹ Informationen des BMELV zum Verbraucherinformationsgesetz: www.vig-wirkt.de. (10.08.2011)

⁴² Internetauftritt: www.bzga.de.

neben den Internetportalen, Internetforen, persönliche und telefonische Beratungen, Broschüren und Informationsblätter, Aussendungen, und Ähnlichem.

Von diesen werden zumeist allgemeine Fragen über Leben, Ernährung, Gesundheit, aber auch medizinische Fragen sowie Fragen über die von den Versicherungen erbrachten Leistungen.

Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) einen gesetzlichen Auftrag zur Beratung der Versicherten. Diese bieten auf ihrer Internetplattform Informationen zu Patientenrechten, so wie aktuellen gesundheitsrelevanten Themen. (www.kbv.de)

Das Webportal www.patienten-information.de, welches von der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt wird und zur Patienteninformation dient beinhaltet eine Vielzahl von Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungskosten, Patientenrechte, das Gesundheitssystem, usw.

Für alle Bürger, unabhängig ob diese versichert sind oder nicht, bietet in Deutschland seit Beginn des Jahres 2011 die Möglichkeit die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) Informationen und Beratung. (www.upd-online.de) Diese kann persönlich in 21 Beratungsstellen vor Ort als auch telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Seit August 2011 erfolgt die Beratung nicht nur in Deutsch, sondern auch auf Türkisch und Russisch.

Zu dem Informationsangebot gehören unter anderem Informationen über Patientenrechte, gesetzlichen Regelungen, Leistungen der Kassen, allgemeine Fragen über Behandlungsmöglichkeiten und deren Kosten, allgemeine Fragen zu Behandlungen, rechtliche Fragen. Darüber hinaus liefert die UPD Informationen für die regionale Suche nach Behandlungsorten, Selbsthilfegruppen, rechtlicher Hilfe.

Finanziert wird dieses Projekt, welches seit 2001 im Modellversuch vorhanden war, von der Gesetzlichen Krankenkasse (mit 5,2 Mio. Euro jährlich), darüber hinaus beteiligt sich die Private Krankenversicherung auf freiwilliger Basis (mit 364 000 Euro jährlich).

Ziel dieses Angebotes ist neben der Beratung auch die Erfassung von Entwicklungen. Inhalte und Gründe für die gewünschte Beratung sollen ausgewertet werden, damit Probleme, die im deutschen Gesundheitssystem anzutreffen sind, erkannt und dargestellt werden können. Diese werden zweimal jährlich an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung übermittelt.

Der Auftrag für die Gestaltung des Angebots wurde für fünf Jahre, nach erfolgter europaweiter Ausschreibung, an die Verbraucherzentrale Bundesverband, Sozialverband VdK Deutschland, Verbund Unabhängige Patientenberatung vergeben. Unterstützt wird das Angebot durch das IGES-Institut und einen Beirat.

2.1.4.1.2. Wer bietet Informationen über Diagnosen und Behandlungsmethoden?

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat neben den bereits erwähnten Aufgaben (siehe oben) einen gesetzlichen Auftrag, allgemein verständlich

Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck wurde das zweisprachige (englische und deutsche) Internetportal www.gesundheitsinformation.de entwickelt, in welchem aufbereitete medizinische Themen und der aktuelle Stand der Forschung präsentiert werden. Dieses dient als Informationsquelle für die Öffentlichkeit, für Ärzte, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Konsumenten und Bürger, bietet aber keine individuelle Patientenberatung an.

Die behandelten Themen sind einerseits auf Grund direkter Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. dem BMG zurückzuführen, andererseits werden Berichte von anderen Ressorts des Instituts, welche erstellt wurden, berichtet. Darüber hinaus erfolgt eine ständige Beobachtung der Fachliteratur, um aktuelle Themen zu Gesundheitsversorgung oder Krankheiten präsentieren zu können.

Darüber hinaus werden die erstellten Inhalte vor der Veröffentlichung zur Stellungnahme an Gremien, Patientenvertreter, usw. geschickt, sowie Rückmeldungen von Konsumenten berücksichtigt.

2.1.4.1.3. Wer bietet navigatorische Informationen zum Gesundheitssystem?

Die Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen und die Bertelsmann Stiftung betreiben das Projekt „Weisse Liste“. (www.weisseliste.de)

Dieser Wegweiser unterstützt unabhängig Patienten und Versicherte bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus, Arzt oder Pflegeheim. Krankheiten, Behandlungs- bzw. Untersuchungswünsche liefern die Grundlage für die Suche nach dem entsprechenden Behandlungsort.

Die Krankenhaussuche enthält nur nach SGB V zugelassene Krankenhäuser, welche somit Qualitätsberichte zur Verfügung stellen müssen. Diese sind die Grundlage für das Internetportal, welche über Zahlen und Fakten der Krankenhäuser, sowie über die Qualifikation der Ärzte und die Behandlungserfolge berichten. Darüber hinaus bietet die Plattform auch Zusatzinformationen, wie zum Beispiel Verkehrsanbindung.

Die Stiftung Gesundheit (www.stiftung-gesundheit.de) ist eine rechtsfähige gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Die Aufgabe dieser Stiftung ist die Förderung der Transparenz im Gesundheitswesen und eine praktische Orientierungshilfe. Dazu gehört einerseits die Prüfung von Publikationen durch Experten, andererseits die Arzt-Auskunft (www.arzt-auskunft.de), welche nach Auswahlkriterien die passenden Behandlungsorte liefert.

Eine Arztsuche sowie Informationen zu Patientenrechten bietet ebenso die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite (www.kbv.de). Ebenso bietet diese Informationen die Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

2.1.4.1.4. Wer bietet Informationen zu bestimmten Leistungen und der Qualität von Leistungen?

Siehe oben. Zur Qualität von Leistungen stehen derzeit vor allem die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zur Verfügung. Daten aus der verpflichtenden externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser steht nur anonymisiert zur Verfügung.

2.1.4.1.5. Wer bietet Informationen zu Patientenrechten?

Von unterschiedlichen Organisationen werden Informationen für Patientenrechte geboten. Hierzu zählen unter anderem die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, aber auch die jeweiligen Krankenkassen und die unabhängige Patientenberatung.

Prinzipiell ist eine Vielzahl an Patientenrechte im deutschen Rechtssystem verankert, allerdings auf vielen Gesetzen aufgeteilt und durch Gerichtsurteile weiter ausdifferenziert. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung im Koalitionsvertrag das Ziel gesetzt, die Patientenrechte zu bündeln und die Rechte weiter zu stärken. Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit dem Bundesministerium für Justiz und Patientenbeauftragten ein Grundlagenpapier für das geplante Patientenrechtgesetz erarbeitet.⁴³

2.1.4.1.6. Wer bietet Informationen zu Konsumentenrechten?

Die Verbraucherverbände sind selbst tätig sowie über die unabhängige Patientenberatung eingebunden.

2.1.4.1.7. Wer bietet Informationen zur Konsumentenunterstützung?

Siehe i.-iv.

2.1.4.1.8. Wer bietet Informationen über Leistungsansprüche?

Siehe i.-iv.

⁴³ Informationen zum Patientenbeauftragten des Bundes:
http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=56. (10.8.2011)

2.1.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich

2.1.4.2.1. Wer bietet Informationen zur Entscheidungsfindung?

Siehe oben.

2.1.4.2.2. Wer unterstützt im Fall von Beschwerden?

Beschwerden können bei Krankenkassen, unabhängige Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen oder Selbsthilfeorganisationen vorgebracht werden, die in unterschiedlichen Institutionen, bei öffentlichen Trägern, privaten Initiativen oder Verbraucherzentralen, eingerichtet wurden.⁴⁴

Die Landesärztekammern haben Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die als weisungsunabhängige Gremien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient objektiv klären. Ziel ist die außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient.

Auch viele Krankenhäuser verfügen über Beschwerdestellen, einen Ombudsmann, welcher in einigen Bundesländern gesetzlich verpflichtend ist, so zum Beispiel in Rheinland-Pfalz, Hessen oder Berlin.

2.1.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich

2.1.4.3.1. Wer vertritt Konsumentenrechte?

Konsumentenrechte (bzw. Verbraucherrechte) liegen in der Zuständigkeit vom BMELV (siehe oben).

Ebenso vertritt und informiert die Verbraucherzentrale Bundesverband⁴⁵, welche sich aus 42 Verbraucherverbänden, 16 Verbraucherzentralen und 26 weiteren Verbänden zusammensetzt, die Interessen der Verbraucher gegenüber Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit. Im Rahmen dieser Verbrauchervertretung werden auch gesundheitsrelevante Themen behandelt. Diese beinhalten sowohl Informationen zu Gesundheit wie auch zum Gesundheitssystem.

Patientenrechte werden von diversen Patientenvertretern und –beauftragten vertreten (siehe unten).

⁴⁴ Eine Liste mit Beschwerdestellen wird auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt. <http://www.kbv.de/patienteninformation/103.html>. (10.8. 2011)

⁴⁵ Internetauftritt: www.vzbv.de.

2.2. England

Für alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in England stellt seit 1948 der NHS die Leistungen in den Bereichen Prävention, Primärversorgung und Krankenhausaufenthalte zur Verfügung. Rund 13 Prozent der Bevölkerung haben privaten Versicherungsschutz, der vor allem für elektive Akutversorgung genutzt wird. (Boyle 2011, S.21f)

Die Verantwortung für die öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung liegt beim Gesundheitsminister (Secretary of State for Health), der dem Parlament des Vereinigten Königreichs angehört und ihm gegenüber rechenschaftspflichtig ist. Die Festlegung der grundsätzlichen politischen Linie für das NHS, Public Health, soziale Fürsorge für Erwachsene und verwandte Gebiete liegt beim Gesundheitsministerium (Department of Health). Da das Gesundheitsministerium mit dem Finanzministerium die Höhe des nationalen Gesundheitsbudgets verhandeln muss, kommt auch letzterem eine Schlüsselrolle zu. Die Leitung des Gesundheitsministeriums liegt einerseits operativ beim Permanent Secretary (der höchste Beamte), der sowohl dem Minister als auch dem Parlament verantwortlich ist, und andererseits beim CEO des NHS für die strategische Leitung des NHS und der sozialen Wohlfahrt (social care). (Boyle 2011, S.21f) Die Führungsebene des Gesundheitsministeriums wird ergänzt durch den Chief Medical Officer, der für Public Health und klinische Qualität verantwortlich zeichnet, vgl. Abbildung 18.

Auf der nationalen Ebene wird das Gesundheitsministerium von einer Reihe⁴⁶ von teils unabhängigen, teils dem Ministerium angegliederten Institutionen unterstützt, die sich insbesondere der Festsetzung und Überprüfung von Standards sowie der Regulierung des Gesundheitswesens widmen („arm's length bodies“). Diese Einrichtungen sind in der Regel regierungsunabhängig, werden großteils vom Gesundheitsministerium finanziert und übernehmen inzwischen den Hauptteil der Regulierungsaufgaben. Die wichtigsten derartigen Einrichtungen sind:

- The Care Quality Commission (CQC) hat seit 2009 die Performance-Überprüfung des NHS und der unabhängigen Institutionen übernommen und fördert generell die Qualitätsverbesserung in diesen Bereichen.
- Monitor (Independent Regulator of NHS Foundation Trusts) fungiert seit 2004 als unabhängige Zulassungsstelle und Regulator für NHS Foundation Trusts mit dem Ziel, finanzielle Stärke und ihr gutes Management sicherzustellen.

⁴⁶ Ihre Anzahl wurde seit 2004 von 38 auf rund 20 reduziert; ob dies auch die erwünschten Einsparungen zur Folge hatte, ist offen. Die aktuelle Koalitionsregierung plant eine weitere Verringerung der Anzahl.

- Health Protection Agency (HPA) ist verantwortlich für den „Schutz“ von Public Health und fungiert als Berater von Gesundheitsministerium, NHS, lokalen Gesundheitsbehörden und vielen anderen gesundheitsrelevanten Behörden. Zu den Aufgaben zählen der Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten und Gesundheitsrisiken wie Strahlung, Giften, Chemikalien.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wurde 1999 mit dem primären Ziel gegründet, Assessments und Anleitungen im Zusammenhang mit neuen und bestehenden Medikamenten, Behandlungen und anderen medizinischen Anwendungen zu erstellen. Inzwischen wurde das Aufgabengebiet auf Public Health erweitert.

Auf regionaler Ebene ist das Gesundheitsministerium durch die zehn „Strategic Health Authorities“ (SHAs) vertreten, die innerhalb ihrer geographischen Region für Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitsdienstes verantwortlich sind. Zusätzlich arbeiten Gesundheitsministerium und SHAs mit jenen regionalen Behörden zusammen, die die Verantwortung für die regionalen Programme in allen zentralen staatlichen Agenden haben. Die Verantwortung für die lokale Bereitstellung der Gesundheitsleistungen liegt bei 151 lokalen Organisationen, in der Regel Primary Care Trusts (PCTs), deren Einzugsbereich durchschnittlich gut 340.000 Einwohner umfasst. PCTs werden von ihren regional zuständigen SHAs einem Monitoring unterzogen und sind dem Gesundheitsminister rechenschaftspflichtig. Rund 80 Prozent des NHS Budgets werden durch das Gesundheitsministerium den PCTs zugeteilt, wobei eine Formel zur Berechnung der Kopfpauschalen zur Anwendung kommt, die neben der Altersstruktur auch Morbiditätsindikatoren und geographische Faktoren berücksichtigt. Die meisten Primary Care Leistungen sind über PCTs bereitzustellen die auch weiterhin die finanzielle Verantwortung tragen, obwohl seit 2005 auch den Hausärzten (GPs) unter dem Schlagwort Practice Based Commissioning (PBC) hierbei eine Rolle zugeteilt wurde.⁴⁷

Seit Einführung des internen Marktes in den NHS 1991 und seinen Ausbau durch die Labour Regierungen der letzten Jahre wurden die Aufgaben des Gesundheitsministeriums zunehmend darauf reduziert, strategische und politische Richtungen vorzugeben, die dann von mehr oder weniger unabhängigen und dezentralen Einrichtungen umgesetzt werden sollten. Der legislative Rahmen, innerhalb dessen diese Einrichtungen sich dann bewegen, ist jedoch nach wie vor zentral und verpflichtend vorgegeben, und die zentrale Kontrolle über die Verteilung der finanziellen Mittel bleibt ein einflussreiches Steuerungsinstrument für die Gebarung des NHS. Um die Anwendung von „Best Practice“ und effizientem Ressourceneinsatz voranzutreiben, werden zunehmend Richtlinien von NSF und NICE eingesetzt. Die theoretische Autonomie von Einrichtungen des NHS bzw. ihrem Management wird faktisch sehr empfindlich durch die Regierung(svorgaben) eingeschränkt. Zudem wechseln die vorgegebenen Zielsetzungen oft, und Kontrolle und Monitoring haben sich seit

⁴⁷ Siehe UK Kapitel in Cypionka et al. 2009.

Einsetzen dieser Dezentralisierungswelle eher verstärkt. (Boyle 2011, S. 44) Einen Überblick über die Aufgabenteilung zwischen zentraler und dezentralen Ebenen liefert Abbildung 16.

Abbildung 16: Funktionen nach Regulierungsebenen in England

Decentralization of functions and regulatory institutions in England

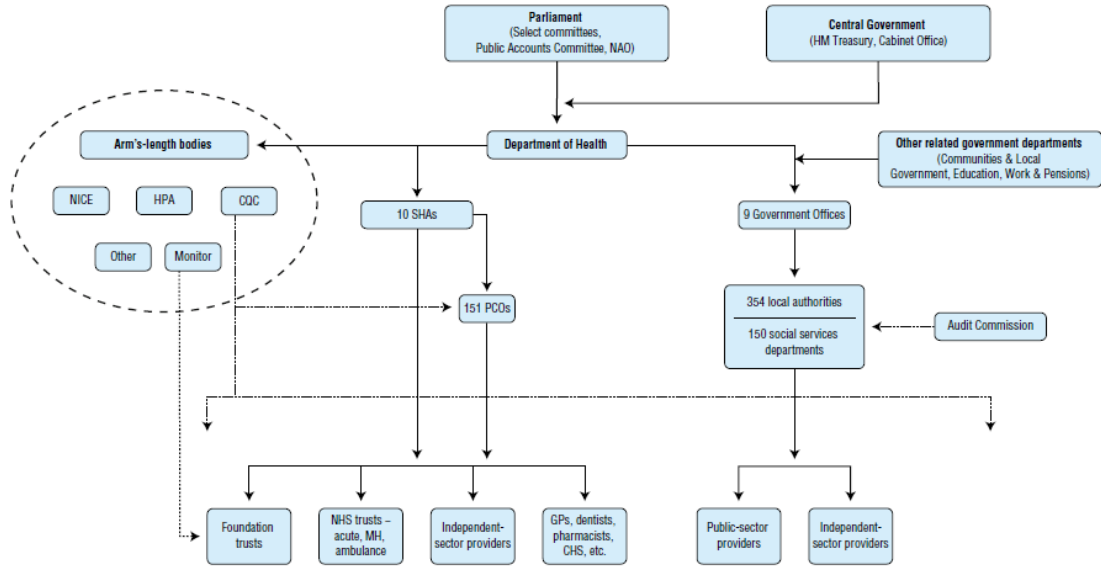
Function	Type of decentralization	Regulatory institution
Set standards	Centralization	Department of Health
	Delegation	NICE
Monitoring	Delegation	CQC, Audit Commission, NAO, NPSA, Monitor
	Deconcentration	SHAs
	Devolution	Local government overview and scrutiny committees
Enforce regulation	Privatization	GMC, General Dental Council (GDC), Nursing and Midwifery Council, General Pharmaceutical Council, General Optical Council, General Chiropractic Council, General Osteopathic Council, Health Professions Council
	Delegation	CQC, General Social Care Council, Monitor
	Deconcentration	NHS trusts

Quelle: Boyle 2011, S. 132

Die neue Koalitionsregierung seit Mai 2010 hat größere Änderungen für die Organisationsstruktur angekündigt, die zwar noch nicht im Detail vorliegen, von denen sich aber abzeichnet, dass sie große Auswirkungen auf die Struktur haben werden: So sollen SHAs, PCTs und Trusts abgeschafft werden. Trotz der teils radikalen Änderungen erkennt Boyle (Boyle 2011, S. 373f) darin doch in einigen Punkten eine Fortsetzung der generellen Politikrichtung der vergangenen Jahre: Eine Machtverschiebung weg von Zentralgewalten und auf die lokale Ebene, Stärkung der marktwirtschaftlichen Elemente, eine bedeutendere Rolle für Mediziner - insbesondere GPs - in der Gestaltung des NHS, mehr effektive Wahlmöglichkeiten für Patienten und auch eine größere Rolle lokaler Behörden bei Gesundheitsförderung und -bewahrung.

Die Ausführungen im vorliegenden Bericht beziehen sich mangels konkreter Informationen über kommende Strukturen auf die alte Struktur.

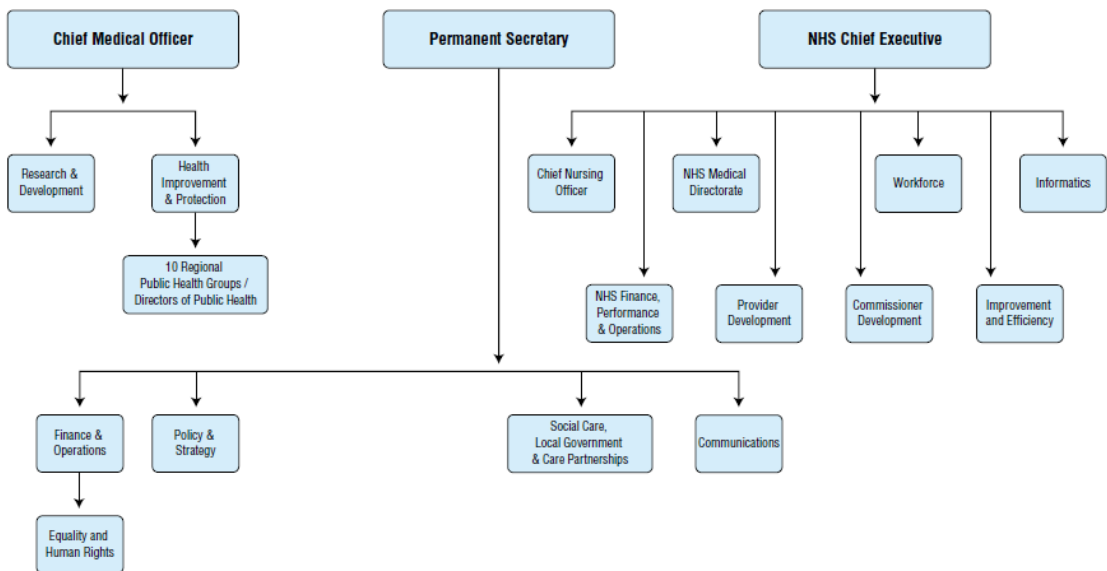
Abbildung 17: Zuständigkeiten im englischen Gesundheitswesen, 2010



Source: Based on Department of Health 2007a.
 Notes: Contractual or managerial relationships shown by continuous lines; Regulatory role shown by dotted lines; CHS: community health services; MH: mental health; PCO: primary care organization.

Quelle: Boyle 2011

Abbildung 18: Struktur des „Department of Health“



Quelle: Boyle 2011.

2.2.1. Patient

2.2.1.1. Sicherung der Bereitstellung von Ressourcen

2.2.1.1.1. Bereitstellung von angemessenen Humanressourcen

Die meisten Gesundheitsberufe werden durch gesetzliche Berufsverbände reguliert. Diese setzen verpflichtende Standards für Ausbildung, Verhalten und Ethik und müssen sich um Behandler mit unzureichender Qualität kümmern. Sie führen Register, in die zur Berufsausübung berechnigte Personen eingetragen und aus denen sie gegebenenfalls auch gelöscht werden. Außerdem führen sie Register über Personen, die durch entsprechende Aus- oder Weiterbildung zur Führung von Berufstiteln berechnigt sind. Dies schließt oft auch Verpflichtungen zur „Continuing Professional Education“ ein. Sie erarbeiten Behandlungsstandards und/oder „Codes of Conduct“, sind für die Durchsetzung und das Monitoring der Behandlungsstandards zuständig. In England bestehen acht solche selbstregulierenden Berufsverbände. (Boyle 2011, S. 142).

2003 wurde der „Council for the Regulation of Health Care Professionals“ (CHRE) mit folgenden Berechnigungen errichtet (Boyle 2011, S. 143):

- Monitoring, wie die Regulatoren der Berufsgruppen ihre Funktion ausüben,
- Erstellung eines jährlichen Leistungsbericht für jeden dieser Regulatoren,
- Jene Fälle, in denen die Entscheidung als zu milde erachtet wird, Gerichten zuzuweisen, nachzuforschen und wenn nötig, die letztinstanzliche Entscheidung über die Fähigkeit zur Berufsausübung einzelner Gesundheitsberuflicher an das oberste Zivilgericht zu verweisen.

Dieses System der Selbstregulierung geriet jedoch durch eine Reihe von Problemfällen unter heftige Kritik, insbesondere die Unabhängigkeit der Regulatoren und die Notwendigkeit zur Revalidierung von Berufsberechnigungen. Das Gesundheitsministerium erarbeitete in Folge einen Bericht mit Verbesserungsmaßnahmen, die zu einer Neuregelung führten (Health and Social Care Act 2008). Dies führte unter anderem dazu, dass nunmehr bei allen acht Berufsverbänden und einer ähnlichen Organisation für Sozialarbeiter die Entscheidung über die Berufsfähigkeit in eine gemeinsame unabhängige Organisation, das „Office of the Health Professions Adjudicator“, ausgelagert ist. Ebenso wurde ein einheitlicher Standard für Nachweise eingeführt, und eine Verpflichtung für Regulatoren, aus mindestens ebenso vielen Laien wie Professionisten zu bestehen. Zudem wurde eine spezielle Aufsichtsschiene für Ärzte eingeführt. Das CHRE erhielt den Auftrag, ein einheitliches Protokoll zu entwickeln, wie alle Regulatoren überprüfen sollen, und Anhaltspunkte für Arbeitgeber, wann Problemfälle an den nationalen Regulator übergeben werden sollten. (Boyle 2011, S. 143f)

Alle gesetzlich regulierten Gesundheitsberufe müssen Vorkehrungen für die Revalidierung der Berufsberechtigungen haben.

2.2.1.1.1.1. Wer ist zuständig für berufliche Standards?

Die zuständigen Berufsverbände, bei Ärzten beispielsweise das „General Medical Council“ (GMC), eine unabhängige Einrichtung mit der Verantwortung für die Regulierung der Ärzte im Vereinigten Königreich. Ihre Zielsetzung sind Schutz, Förderung und Bewahrung von Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung, indem entsprechenden Standards für die medizinische Praxis vorgegeben werden. Die Gründung des GMC geht auf den „Medical Act“ von 1858 zurück. Die meisten der zahlreichen Modifikationen der Zwischenzeit wurden im Medical Act von 1983 zusammengefasst. Die vier wesentlichsten Rollen der GMC sind (1) ein aktuelles Register der zugelassenen Ärzte zu führen, (2) gute medizinische Praxis (3) und hohe medizinische Ausbildungsstandards zu fördern, (4) sich um jene Ärzte zu kümmern, deren adäquate Praxis in Zweifel steht.

Viele medizinische Fächer und einige andere Gesundheitsberufe verfügen ebenfalls über Berufsvertretungen, die sich für die Wahrung der Standards, die Repräsentation ihrer Mitglieder und andere mehr berufsspezifische Angelegenheiten verantwortlich zeichnen. Solche Vertretungen firmieren oft als „Royal Colleges“, wie das Royal College of Physicians, das Royal College of Surgeons, das Royal College of General Practitioners und das Royal College of Nursing (RCN). (Boyle 2011, S. 39).

2.2.1.1.1.2. Existiert eine Planung für Humanressourcen?

Die Personalplanung erfolgt größtenteils auf der Ebene der lokalen Anbieter (Trusts, PCTs, öffentliche oder private Anbieter). Anbieter reagieren auf die Anforderungen/Aufträge der PCTs, und planen ihr Personal entsprechend. Die Planung der PCTs bezieht sich auf die erforderlichen Leistungen und bezieht die Personalplanung der Anbieter mit ein. SHAs sind einerseits verantwortlich dafür, dass lokale Organisationen über effektive Personalplanungssysteme verfügen, und erstellen andererseits basierend auf den PCT-Plänen die übergreifende Planung. Das Gesundheitsministerium agiert als Monitor für die Planung der SHAs und teilt darauf aufbauend finanzielle Mittel für Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe zu. Die langfristige Strategie und die Einbeziehung von allgemeinen Arbeitsmarkt- und Globaleffekten für die Personalentwicklung gehören ebenfalls zu den Agenden des Ministeriums. (Boyle 2011, S. 153)

2.2.1.1.1.3. Wer wirkt beim Entscheidungsprozess mit?

Die „NHS Confederation“ ist eine unabhängige Einrichtung für Mitglieder (Organisationen), die in die Leistungserbringung im Rahmen des NHS eingebunden sind: PCTs, NHS Trusts, FTs und Ambulance Trusts. Die NHS Confederation umfasst 95% aller NHS Einrichtungen

sowie viele Anbieter aus dem privaten Sektor und zielt auf eine Unterstützung ihrer Mitglieder in dieser Leistungserbringung ab. Hierzu werden Einflussnahme auf Politik, Implementierung und öffentliche Diskussion, Networking und Dissemination von Informationen eingesetzt. Die Unterorganisation NHS Employers befasst sich für NHS Organisation mit jenen Themen, die Beschäftigung und Arbeitskräfte betreffen: Sie agiert beispielsweise als Arbeitgebervertretung in Lohnverhandlungen und anderen Agenden.

Es bestehen für eine Reihe von Gesundheitsberufen eigene Gewerkschaften, wovon die „British Medical Association“ (BMA) die bekannteste sein dürfte. Sie wurde 1832 gegründet und repräsentiert (freiwillige) Mitglieder, die allen medizinischen Fächern angehören können. Über zwei Drittel der praktizierenden Ärzte sind Mitglieder, das entspricht einer Mitgliedschaft von über 140.000 Personen innerhalb und außerhalb des Vereinigten Königreichs. Als unabhängige Gewerkschaft widmet sich die BMA dem Schutz der individuellen Mitglieder sowie der Wahrung kollektiver Mitgliederinteressen. Weitere einflussreiche Gewerkschaften sind UNISON, BDA, Unite the Union, GMB (Britain's General Union) und Hospital Consultants and Specialists Association. (Boyle 2011, S. 39)

2.2.1.1.1.4. Wer ist für die Planung der Ausbildung zuständig?

Als zuständiger Berufsverband ist bei Ärzten GMC ist verantwortlich für die die gesamte medizinische Aus- und Weiterbildung⁴⁸. Im Bereich der universitären Erstausbildung wird diese Verantwortung durch eine Reihe von Aktivitäten wahrgenommen:

- GMC entscheidet, welche Universitäten den Abschluss für Humanmedizin vergeben dürfen, und basiert diese Entscheidung auf definierten Ansprüchen an die Absolventen,
- GMC inspiziert Ausbildungseinrichtungen vor Ort,
- GMC publiziert seine Erkenntnisse aus dem Monitoring.

Analog sind die Verantwortlichkeiten für die fachärztliche Ausbildung: GMC muss Ausbildungskurricula, -einrichtungen und –personal akkreditieren bzw. zulassen und setzt dafür Anforderungen fest und inspiziert vor Ort. Zudem fungiert GMC als Anlaufstelle für Beschwerden von praktisch allen involvierten Stakeholdern.

2.2.1.1.1.5. Wer ist zuständig für die Vergabe von Lizenzen?

Die Lizenzen werden vom jeweiligen Regulator vergeben, der auch die Revalidierung überwacht. Aber Streitfälle werden mit dem Health and Social Care Act 2008 für die meisten Gesundheitsberufe nunmehr in eine gemeinsame unabhängige Organisation, das „Office of the Health Professions Adjudicator“, ausgelagert ist. (Boyle 2011, S. 143f)

⁴⁸ <http://www.gmc-uk.org/education/index.asp>

Die Einführung eines Revalidierungsprozesses für Ärzte ist in Vorbereitung und wird für Ende 2012 ins Auge gefasst. Revalidierung soll auf lokal entwickelte Systeme für Appraisal und Governance aufbauen; die zu erwartende Kostenbelastung soll erst untersucht werden. (Department of Health et al 2010)

Die Revalidierung wird zwei Komponenten haben, deren Standards von den Royal Colleges und ihren Fachgruppen zu setzen und vom GMC abgenommen werden müssen. Revalidierung in 5-Jahresintervallen wird für alle berufsausübenden Ärzte verlangt, nicht nur für jene im NHS. (Boyle 2011, S. 145)

Revalidierung bei anderen Gesundheitsberufen fällt in drei Gruppen: Für Angestellte approbierter Einrichtungen (wie z. B. viele Anbieter im NHS) müssen Arbeitgeber im Zuge von Personalmanagement und klinischer Qualitätssicherung Nachweise erbringen und den Regulatoren Empfehlungen abgeben. Bei privaten Organisationen, die im Auftrag von NHS Primary Care Organisations arbeiten, übernimmt der Vertragspartner auf Seiten des NHS eine ähnliche Funktion, sofern nicht die Arbeit beider Vertragspartner zu beurteilen ist: dann fällt diese Funktion dem Regulator zu. Für verbleibende Berufsgruppen sind Regelungen noch in Ausarbeitung. (Boyle 2011, S. 145)

2.2.1.1.1.6. Wer ist zuständig für Weiterbildung?

Wie bei anderen Gesundheitsberufen ist auch mit der beruflichen Weiterbildung von Ärzten ihre gesetzliche Standesvertretung (in diesem Falle die GMC) betraut. Diese bietet jedoch nur „Guidance“ für die berufliche Weiterbildung und –entwicklung. So betont die entsprechende Webpage⁴⁹ in der Rubrik „Principles for CPD“, wie vielfältig CPD sein kann und, dass diese Vielfalt ihre Effektivität erhöhe, um dann bei Unterpunkt 16 b auf die Eigenverantwortung der Ärzte zu verweisen:

„16. There are, however, certain principles that those involved in CPD may want to bear in mind.

- a. CPD contributes to improved patient healthcare and to a healthier society.
- b. Each individual is responsible for taking part in and recording their own relevant CPD activities.“

Ärzten kann jedoch ein Interesse an CPD unterstellt werden, da sie einem Revalidierungsprozess unterliegen, woran Absatz 20 (Rubrik: Content of CPD activity) erinnert:

⁴⁹ http://www.gmc-uk.org/education/continuing_professional_development.asp. Ein ausformuliertes Dokument von 2004 wird als veraltet und daher nur mehr von historischem Wert bezeichnet, die Überarbeitung des Dokuments ist zum Zeitpunkt der Recherche (August 2011) noch nicht abgeschlossen; statt dessen wird auf die Inhalte der Webpage verwiesen.

„20. Most doctors have always carried out CPD activities and identified experiences and opportunities for CPD in their work. Doctors must recognise the need to record enough CPD to meet appraisal and revalidation requirements.“⁵⁰

Die „Academy of Medical Royal Colleges“ hat ein Hintergrundpapier publiziert, wie Royal Colleges in die Weiterbildung eingebunden werden können ('CPD: The Ten Principles. A Framework for Continuing Professional Development', February 2002). Dieses Dokument bietet einen für alle medizinischen Fächer anwendbaren Standardansatz für CPD und wurde von allen Medical Royal Colleges akzeptiert.

Außerdem bieten verschiedene Ausbildungseinrichtungen wie Medical Schools Weiterbildungskurse an.

2.2.1.1.1.7. Wer zahlt für die Weiterbildung?

Es gibt keine speziellen Bestimmungen, die die finanzielle Abhängigkeit von Industrieinteressen verhindern.

2.2.1.1.1.8. Wer ist mit der Qualitätssicherung betraut?

Die jeweils zuständige der acht Berufsverbände.

2.2.1.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Struktur)

Die CQC trägt die Verantwortung für Regulierung (inklusive Zulassung) und Inspektion aller Anbieter von Gesundheitsleistungen, einschließlich NHS, private und gemeinnützige Anbieter. Diese Verantwortung erstreckt sich über alle Anbieter die medizinische Behandlung unter Anästhesie oder Betäubung vornehmen, Zahnbehandlung unter Anästhesie, Schwangerschafts- oder Geburtshilfeleistungen aber auch Schwangerschaftsabbrüche, medizinische Leistungen oder kosmetische Chirurgie. Somit finden sich auch Privatspitäler, unabhängige Kliniken und Hospize unter Aufsicht der CQC. (Boyle 2011, S. 174)

Die MHRA reguliert und lizenziert Medikamente, medizinische Hilfsmittel, Blut und therapeutische Hilfsmittel sowie Produkte aus „tissue engineering“. NICE obliegt die Feststellung der Sicherheit, Effektivität und Kosteneffektivität von NHS-Leistungen (Arzneimittel, Prozeduren, klinische Richtlinien und teilweise systemische Interventionen). (Boyle 2011, S. 174)

2.2.1.1.2.1. Planung des Gesundheitswesens: Welche Institution ist mit der Planung des Gesundheitswesens (Struktur) betraut?

⁵⁰ Siehe Fußnote 49

Es gibt zwar keine zentrale Krankenhaus- oder Bettenplanung, die nationale Regierung übt über die Budgetsetzung aber indirekt einen gewissen Einfluss auf die Gesamtmenge der Kapazitäten aus. Dieser indirekte Einfluss erstreckt sich auch auf die Standortplanung, und zwar sowohl über die Zuteilung von Investitionsmitteln als auch über die Finanzierung der laufenden Ausgaben. Obwohl die Entscheidung über Spitalsschließungen nominell bei den lokalen Gesundheitsbehörden lag, hat die nationale Gesundheitspolitik in der Praxis wiederholt entschieden (aber oft ohne Erfolg versucht), Einfluss zu nehmen, beispielsweise in Zusammenhang mit der hohen fachärztliche Versorgung im Londoner Raum. Derzeit liegt die Entscheidungsgewalt über Schließungen, Reduktionen und Verlagerungen von Kapazitäten bei den SHAs. Die Entscheidungsgrundlagen beruhen in der Regel auf Informationen, Vorschlägen oder Businessplänen, die von den PCTs – oft in Kooperation mit NHS Trusts – erarbeitet wurden. (Boyle 2011, S. 169f)

Es gibt keinen formalen, zentralen Reihungsprozess für große Investitionsprojekte mehr. Die seit 1997 hierfür zuständige „Capital Prioritisation Advisory Group“ besteht nicht mehr. Statt dessen sind die lokalen Anbieter selbst dafür verantwortlich, die notwendigen Projekte zu initiieren. Für die Entscheidungsfindung hat das Finanzministerium einen regulativen Rahmen definiert, den das Gesundheitsministerium weiter ausgeführt hat (z. B. ab welcher Investitionshöhe gilt dieser Rahmen, wie sieht gute Business Practice aus. Für Foundation Trusts gelten diese finanziellen Limits nicht, da sie innerhalb ihrer von Monitor festgelegten Limits investieren dürfen. (Boyle 2011, S. 180)

Die Zuständigkeit für die Entscheidung über Investitionsprojekte steigt mit der veranschlagten Investitionssumme: Trusts und PCTs können – je nach ihrer eigenen Budgetsumme und letzten Performanceratings - bei Beträgen von 3 Mio. Pfund bis 12 Mio. Pfund selbst entscheiden, das Limit für SHAs liegt bei 35 Mio. Pfund. Für Beträge bis 100 Mio. Pfund ist das Gesundheitsministerium verantwortlich, darüber das Finanzministerium. (Boyle 2011, S. 181)

Seit 2005 ist das „Department of Health Estates and Facilities Division“ für Strategie und Politik im Zusammenhang mit Gebäuden zuständig, ein Register für diese zu führen und alle einschlägigen Transaktionen einem Monitoring zu unterziehen. Am lokalen Niveau müssen sich NHS Trusts wie auch PCTs mit den Vorgaben ihrer SHAs abstimmen. Trusts müssen regelmäßig über den Zustand ihrer Einrichtungen berichten, diese Informationen werden gesammelt und für das Ministerium zu einer Reihe von Indikatoren verdichtet. (Boyle 2011, S. 175)

Investitionen in das NHS erfolgen hauptsächlich durch die Allokation öffentlicher Mittel an die lokalen Gesundheitseinrichtungen. Obwohl an sich die Regierung für die Bereitstellung von Mitteln für die Gesundheitsversorgung verantwortlich ist, hat sich das generelle Bild in der jüngeren Vergangenheit durch die „Private Finance Initiative“ und die Einführung der FTs gewandelt. FTs müssen nunmehr auch ihre Investitionen selbst finanzieren, vor allem aus

Leistungsentgelten aber auch durch Kreditaufnahme bei Banken oder Staat, wobei der Regulator Monitor Letzterem eine Obergrenze setzt. (Boyle 2011, S.179)

Gemäß den allgemeinen derzeitigen Gebarungsgrundsätzen muss jedes Ministerium für die von ihm eingesetzten Kapitalgüter bezahlen. Seit Einführung der NHS Trusts 1991 müssen diese daher ebenfalls entsprechende Beiträge zahlen, die sich als Prozentsatz auf den Schätzwert dieser Vermögensgüter berechnen (sog. Public dividend capital). Der Prozentsatz, anfangs 6 Prozent und seit 2003 allgemein 3,5 Prozent, bezieht sich auf das Netto-Kapital. (Boyle 2011, S.180)

a) Bestimmung der Qualitätssicherung

Hier liegt die Kernaufgabe von NICE: Die Bestimmung ob Interventionen verschiedenster Art, die durch das NHS bereitgestellt werden (Medikamente, Behandlungen, aber auch Guidelines und systemische Interventionen) sicher, effektiv und effizient sind. Seit dem Jahr 2000 hat NICE mehrere hundert derartiger Reports veröffentlicht. NICE nimmt diese Aufgabe insbesondere durch die Errichtung von Guidelines in drei Bereichen wahr:

- Gesundheitstechnologie: Neue und bestehende Medikamente, Behandlungen und andere Leistungen die im Rahmen des NHS erbracht werden,
- Klinische Praxis: Anhaltspunkte dafür, welche Behandlung bei bestimmten Krankheiten oder Befindlichkeiten im Rahmen des NHS angebracht ist, und
- Public Health: Maßnahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung insbesondere für Mitarbeiter in NHS, lokalen Behörden und dem öffentlichen sowie freiwilligen Sektor.

Seit 2009 wurde NICE auch die Aufgabe übertragen, zur Qualitätsverbesserung im NHS beizutragen indem Qualitätsstandards definiert werden und NICE bei der Indikatorensuche für das QOF berät. (Boyle 2011, Kapitel 4.1.3)

b) Bestimmung der Schauplätze der Leistungserbringung (Settings)

Welche Leistungen prinzipiell von Anbietern welcher Form erbracht werden dürfen, unterliegt landesweiten Regelungen. Dies gilt für die Rechtsform ebenso wie für die Frage, ob z. B. die hausärztliche Versorgung durch Gruppenpraxen, Einzelpraxen, „Walk-in-Centers“ oder Anbieter anderer Formen geleistet wird. Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung siehe hierzu z. B. das UK-Kapitel in Cypionka et al. (2011). Anbieter welcher Form aber in der Praxis die Gesundheitsversorgung durchführen, wird zu einem großen Teil dadurch bestimmt, mit welchen Anbietern PCTs als wesentlichste Einkäufer Verträge abschließen.

Dieser doch recht großen Entscheidungsfreiheit der PCTs setzen die landesweiten Bestimmungen naturgemäß Grenzen: Beispielsweise wurde im Zuge der Private Finance Initiative (PFI) praktisch landesweit eine Ausweitung der privaten Beteiligung erwartet, und alle PCTs wurden verpflichtet, unter dem Namen „GP Health Center“ in ihrem Einzugsbereich ein Ärztezentrum zu errichten.

c) Bestimmung der Orte und Dichte der Leistungserbringung

In der Planung und Wahrung der Servicequalität wird wenig mit vorgeschriebenen strukturellen Zielen wie Ärztedichten gearbeitet. Die zu erreichenden Ziele sind hingegen stärker ergebnisorientiert und knüpfen insbesondere an dokumentierte Wartezeiten an, von denen dann allfällige Kapazitätserweiterungen abgeleitet werden. Boyle (2011, S. 186) erläutert dies am Beispiel der bildgebenden Verfahren bzw. Geräte.

2.2.1.1.2.2. Wie sind Versicherte beteiligt?

Da das NHS nicht versicherungsbasiert ist, sondern allen Bürgern zur Verfügung steht, deckt sich diese Frage mit dem entsprechenden Abschnitt im Unterkapitel „Bürger“.

2.2.1.1.2.3. Wer ist für die Durchführung zuständig?

Im wesentlichen SHAs, siehe Einleitungstext dieses Abschnittes.

2.2.1.1.2.4. Wer ist für Überwachung und Sanktionen zuständig?

Die Verantwortung des CQC für Lizenzierung und Monitoring erstreckt sich auch auf die Durchsetzung der Qualitätssicherung (z. B. Geldstrafen, öffentliche Verwarnungen, Suspension oder Aberkennung von Registrierungen, bis zur strafrechtlichen Verfolgung). Von der Healthcare Commission hat das CQC die Aufgabe übernommen, Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung zu überwachen sowie Sonderreviews für einzelne Leistungen oder Behandlungspfade zu erstellen, wenn allgemeine Bedenken vorliegen, sowie auf ernste oder akute Bedenken zu reagieren. Das CQC legt jährlich einen Bericht (Boyle 2011, S. 138).

PCTs – die ja 80% der NHS Ausgaben verantworten - werden von ihren geographisch zuständigen SHAs einem Monitoring unterzogen. .

Zusätzlich zum eigentlichen Monitoring wurde 2001 die „National Patient Safety Agency“ (NPSA) errichtet. Die NPSA soll für Patienten des NHS Sicherheit erhöhen und Risiken vermindern, indem es die Fehlerkultur verbessert. Das NPSA führt ein nationales Fehlerreportsystem und fördert die Idee Fehler zu berichten, zu analysieren und mithilfe

dieser Erfahrungen Fehlerquellen auszuschalten. Seit 2005 hat das NPSA weitere Agenden in den Bereichen Ethik und Sicherheit übernommen.

2.2.1.1.3. Bereitstellung von Arzneimitteln

2.2.1.1.3.1. Wer ist für die Zulassung der Arzneimittel zuständig?

„Medicines and Healthcare products Regulatory Agency“ (MHRA) reguliert und lizenziert für das Gesundheitsministerium Medikamente, medizinische Hilfsmittel, Blut und therapeutische Hilfsmittel sowie Produkte aus *tissue engineering*. Zu den Aufgaben der MHRA gehört die Wahrung der Standards für Sicherheit, Qualität, Leistungsfähigkeit und Effektivität. MHRA ist die einzige der 20 „arm's length bodies“ die als *executive agency* klassifiziert wird. MHRA gehört dem Gesundheitsministerium an, wird aber nur zu einem geringen Teil direkt vom Ministerium finanziert: Fast 90 Prozent des Budgets werden selbst erwirtschaftet, hauptsächlich aus den Gebühren der Pharmafirmen für die Zulassung von Pharmazeutika und anderen Produkten (Boyle 2011 S. 34 mit Verweis auf Medicines and Healthcare products Regulatory Agency 2008).

2.2.1.1.3.2. Wie wird über die Erstattung von Arzneimitteln entschieden?

PCT Budgets beziehen sich auf ein Leistungspaket, das auch den NHS Anteil an der Medikamentenversorgung umfasst. Für PCTs ist zwar transparent, wie hoch der für Medikamente gedachte Anteil am Budget ist, es besteht aber keine Zweckbindung. Für viele Anwendungen bestehen NICE Guidelines. Da deren (Nicht-)Befolgung aber ohne finanzielle Konsequenzen ist, hatten sie bislang nur eingeschränkten Einfluss auf das Verschreibeverhalten der GPs. Manche PCTs unternehmen Anstrengungen unterschiedlicher Art, um das Verschreibeverhalten zu beeinflussen, diese sind z.T. erfolgreicher. (Boyle 2011, S. 269).

Bis 2002 waren NICE Guidelines lediglich Empfehlungen für die Kostenübernahme durch den NHS, aber nicht bindend. Inzwischen aber müssen NHS Organisationen in England die nötigen finanziellen Mittel bereitstellen, um die von NICE positiv bewerteten Medikamente und Behandlungen im Bedarfsfall auch tatsächlich zu finanzieren, und zwar ab drei Monate nach Veröffentlichung der NICE Guideline. Entsprechend müssen sich NHS Organisationen auch an negative Befunde von NICE halten. (Boyle 2011, S. 82).

2.2.1.1.3.3. Welche Rolle spielen hierbei die Versicherten?

Wie alle Einrichtungen des NHS müssen seit 2003 auch NICE und CQC Laien (Patienten oder interessierte Bürger) in die Entscheidungen einbinden.

2.2.1.1.3.4. Wer bezahlt die Arzneimittel?

Im Wesentlichen die PCTs. Es besteht ein elektronisches System der Kontrolle des Verschreibungsverhaltens. (siehe Czypionka et al 2009).

2.2.1.1.3.5. Wie sind die Preise festgelegt?

Die Preissetzung für alle lizenzierten Markenmedikamente, die dem NHS verkauft werden, wird über das „Pharmaceutical Price Regulation Scheme“ (PPRS) geregelt. Das PPRS ist eine freiwillige, nicht-vertragliche Vereinbarung, die zugunsten der pharmazeutischen Industrie zwischen Regierungsstellen des Vereinigten Königreiches mit der Association of the British Pharmaceutical Industry typischerweise für fünf Jahre geschlossen wird. Diese Vereinbarung erfasst weder Generika noch rezeptfreie Präparate (außer sie werden verschrieben), und bezieht sich auf Produzenten innerhalb des Vereinigten Königreiches sowie die UK-Vertretungen von ausländischen Produzenten. Die Regelung zielt auf eine Limitierung der erzielbaren Profite ab und ist recht komplex, da sie Limits für den Gewinnaufschlag und Return on Capital aber auch Umsätze berücksichtigt. Offenbar konnte die Zielsetzung jedoch kaum erreicht werden, u. a. da die vorgesehenen Rückzahlungen bei „excessive profits“ nicht durchgesetzt werden konnten. Die Vereinbarung von 2009 sieht einige neue Regelungen vor sowie Preisrückgänge für 2009 und 2010, und 0,5% Anstiege für die drei Folgejahre. (Boyle 2011, S. 264f)

Mit August 2000 hat das Gesundheitsministerium als Reaktion auf die dynamische Preisentwicklung auch für Generika eine Preisobergrenze eingeführt. OTC Preise sind nach wie vor unreguliert. (Boyle 2011, S. 267)

2.2.1.1.3.6. Wie werden Arzneimittel vertrieben?

Der Staat hat seine Aufsichtspflicht in der Medikamentenversorgung an die PCTs delegiert, die eine Liste von Medikamentenlieferanten für das NHS führen.

Der größte Teil der Medikamente wird über Großhändler vertrieben, die dann an Apotheken und Ärzte mit Hausapotheke vertreiben; üblicherweise bekommen Großhändler einen Diskont von um 12,5 Prozent, der zum Teil an die Apotheken weitergegeben wird. (Boyle 2011, S. 268)

2.2.1.1.4. Andere Heil- und Hilfsmittel

Es gelten ähnliche Regeln wie für Medikamente.

2.2.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)

Für alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in England stellt seit 1948 der NHS die Leistungen in den Bereichen Prävention, Primärversorgung und Krankenhausaufenthalte zur Verfügung. Rund 13 Prozent der Bevölkerung haben privaten Versicherungsschutz, der vor allem für elektive Akutversorgung genutzt wird. (Boyle 2011, S.21f)

Das Gesundheitsministerium ist auf regionaler Ebene operativ durch zehn SHAs vertreten, die für die Qualität und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsdienste in ihrer jeweiligen Region verantwortlich sind. Diese haben die Verantwortung für die Bereitstellung der Leistungen auf 151 Primary Care Organisations delegiert, im wesentlichen Primary Care Trusts (PCTs).

Das Finanzministerium setzt das Gesundheitsbudget nach Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium fest. Im Rahmen eines Public Service Agreement (PSA) wird für das Gesundheitsministerium festgeschrieben, was für dieses Geld innerhalb der 3 Jahre zu leisten ist. Das Gesundheitsministerium wiederum teilt den PCTs die Mittel für die Erbringung der eigentlichen Gesundheitsleistungen innerhalb ihrer jeweiligen Region zu. (Boyle 2011, S.32)

2.2.1.2.1. Gesundheitsförderung

Public Health gehört zu jenen sieben Bereichen, deren Monitoring (Kern- und Entwicklungsbereich) der Healthcare Commission unterstellt sind. Die Standards die einem Monitoring unterzogen werden, umfassen sowohl systematische Krankheitsverhütungs- als auch Gesundheitsförderungsprogramme und das Thema Ungleichheit und Gesundheit. In diesen Bereichen wurden eine Reihe von nationalen Prioritäten identifiziert, für deren Auflistung siehe z. B. Boyle (2011), S. 213.

2.2.1.2.1.1. Wer ist mit der Gesundheitsförderung im Allgemeinen betraut?

Gesundheitsförderung gehört zu den Kernaufgaben des Gesundheitsministeriums. Die wichtigste nationale Einrichtung in diesem Bereich ist die 2005 errichtete „Health Protection Agency“ (HPA). Ihre Aufgabe besteht gemäß Health Protection Agency Act 2004 im Schutz der Gesellschaft vor Infektionskrankheiten und anderen Gesundheitsrisiken. Zu ihren Kernaufgaben gehört aber auch die Unterstützung und Beratung anderer Regierungsstellen mit verwandten Agenden. Die HPA verfügt über eine Reihe von spezialisierten Zentren und neun regionalen Zentren, deren Verteilung an die zehn SHAs angenähert sind. Diese Zentren koordinieren die entsprechende Arbeit lokaler Einheiten und unterstützen das NHS bei Akutfällen. (Boyle 2011, S.214)

Immunisierung und Screening als wesentliche Teilbereiche der Gesundheitsförderung sind größtenteils in das Spektrum der NHS-Leistungen integriert, werden z.T. aber auch privat angeboten. (Boyle 2011, S.216)

Das „Joint Committee on Vaccination and Immunisation“ ist ein vom Gesundheitsministerium unabhängiges Standing Advisory Committee mit der Aufgabe, das Gesundheitsministerium im Bereich Impf- und Immunisierungswesen zu beraten. Der regelmäßige Bericht hierzu ist als „Green Book“ bekannt (Boyle 2011, S. 217)

Seit 1996 ist es Aufgabe des National Screening Committee, Screeningprogramme zu empfehlen, die für alle vier Länder des Vereinigten Königreiches relevant sind. Empfehlungen über Neuaufnahmen, Weiterführung und Beendigung von Programmen gehören zu den Zuständigkeiten, aber auch die Erarbeitung von Standards für neue Programme und die Beratung zur Implementierung. (Boyle 2011, S. 218)

2.2.1.2.1.2. Wer stellt Leistungen der Gesundheitsförderung bereit?

Die Durchführung der Immunisierungen und Screenings liegt im wesentlichen bei den für das NHS arbeitenden GP-Praxen und Spitälern.

2.2.1.2.1.3. Wer stellt die Wissensbasis für Gesundheitsförderung zur Verfügung?

Nationale Einrichtungen wie National Screening Committee, Joint Committee on Vaccination and Immunisation oder NICE.

2.2.1.2.1.4. Weitere relevante Vermittler von Gesundheitsförderung

Seit 1993 betreibt und finanziert das NHS ein HTA Programm, dessen Aufgaben seit 2005 auch Gesundheitsförderung umfassen. Inzwischen wurde das Programm in das National Institute for Health Research (NIHR) integriert, das am Wessex Institute der University of Southampton beheimatet ist. (Boyle 2011, S. 154f)

2.2.1.2.2. Prävention

Auf nationaler Ebene werden durch das Ministerium nationale Prioritäten definiert, die dann teils in entsprechende „maßgeschneiderte“ Programme Eingang finden, und teils Bestandteil übergreifender Programme werden. So setzt beispielsweise die GP-Entlohnung im Zusammenhang mit dem Quality and Outcomes Framework (QOF) finanzielle Anreize für GPs, die gewisse Quoten in der Versorgung ihrer eingeschriebenen Patienten erreichen, siehe u. a. das entsprechenden Kapitel in Cypionka et al. (2011). Beispielsweise wird der Anteil der Patientinnen mit gynäkologischem Krebsabstrich als einer von vielen

Qualitätsindikatoren berücksichtigt. Somit wird zwar National die Priorität definiert und das Programm aufgesetzt, aber Lokal entschieden, inwieweit dieser Anreiz aufgegriffen wird.

2.2.1.2.2.1. Wer ist mit der Prävention im Allgemeinen betraut?

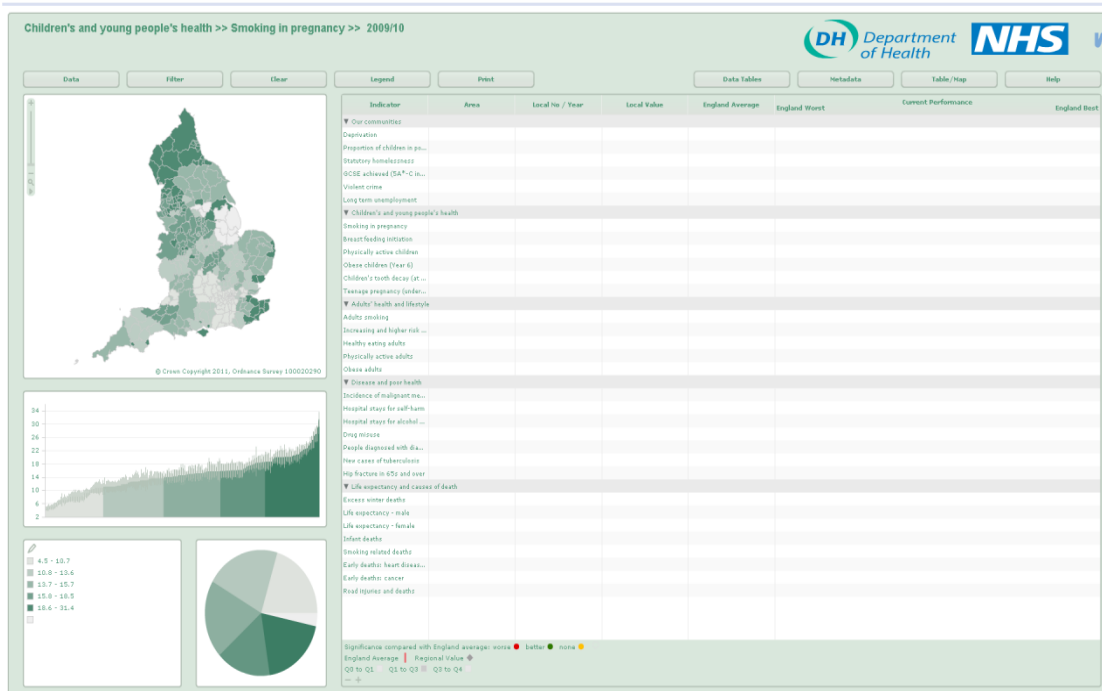
Das NHS im allgemeinen. Es besteht dadurch eine höhere Kontinuität mit anderen Leistungsbereichen. In jeder SHA gibt es einen „director for public health“, der bei den nachgeordneten Einheiten (PCTs) die Umsetzung von Public Health Prioritäten durchsetzt. Auch in PCTs gibt es einen ausschließlich für Public Health verantwortlichen Direktor.

2.2.1.2.2.2. Werden die Programme ausgewertet?

Es gibt in England neun Public Health Observatories (12 im ganzen UK), die die Gesundheit der Bevölkerung überwachen und Daten für das Monitoring und die Wissenschaft generieren.

Die folgende Abbildung zeigt das Beispiel „Rauchverhalten in der Schwangerschaft“.

Abbildung 19: Darstellung der Gesundheitsdaten der Public Health Observatories



Quelle: Association of Public Health Observatories (<http://www.apho.org.uk/>)

2.2.1.2.2.3. Wer stellt die Wissensbasis für Prävention zur Verfügung?

Die Health Protection Agency stellt das Wissen und Ansprechpartner im Bereich der klassischen Hygiene und Umwelthygiene. Das NICE erarbeitet mit seinem Netzwerk an Forschungseinrichtungen Leitlinien zu Public Health. In der Primär- bzw. Sekundärprävention spielen außerdem das Joint Committee on Vaccination and Immunisation (Impfungen) und das National Screening Committee eine Rolle.

2.2.1.2.3. Primärversorgung (erster Kontakt mit dem Gesundheitssystem ohne Gesundheitsförderung und Prävention)

Das Gesundheitsministerium hat die Verantwortung für die Primärversorgung an die 10 SHAs und diese wiederum an die 151 PCTs delegiert. Diese tragen im Prinzip die finanzielle wie auch organisatorische Verantwortung für die primäre Versorgung.

2.2.1.2.3.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Primärversorgung?

PCTs sind verantwortlich für Koordinierung wie auch Erbringung der primären Versorgung; sie müssen dafür sorgen, dass der Bevölkerung ihres Einzugsbereiches die nötigen Anbieter und Leistungen zur Verfügung stehen. Hierzu müssen sie entsprechende Verträge mit anderen Anbietern abschließen (Commissioning). (Boyle 2011, S. 225, Czypionka et al. 2011)

2.2.1.2.3.2. Wer finanziert die Primärversorgung?

Das NHS übernimmt die Bezahlung der meisten Primary Care Leistungen, daneben besteht ein überschaubarer privater Markt, auf dem durch PMI oder direkt privat vom Patienten bezahlt wird.

2.2.1.2.3.3. Wer bietet Primärversorgung an?

Primärversorgung wird in unterschiedlichen Einrichtungen von Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe geleistet, wobei im Vereinigten Königreich andere Gesundheitsberufe als Mediziner eine im Vergleich zu Österreich wohl deutliche größere, auch eigenverantwortliche Rolle spielen. Die zentrale Rolle in der Leistungserbringung kommt aber wohl dennoch den GPs zu. Neben GP Praxen stehen der Bevölkerung weitere Einrichtungen wie Walk-in-Centers, NHS Direct, Community Health Centres, District Nurses offen. Für Details über Rechtsformen und Praxengröße vgl. Czypionka et al. 2011 und dort zitierte Quellen.

PCTs dürfen zwar selbst auch Leistungen erbringen, seit 2009 muss aber eine Trennung zwischen der Funktion als Commissioner und Leistungserbringer gewährleistet sein, um Interessenskonflikte zu vermeiden. So müssen PCTs als Anbieter die gleichen Kriterien erfüllen wie ihre Konkurrenten am Anbietermarkt. (Boyle 2011, S 134)

2.2.1.2.3.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Verträge bzw. Vertragselemente werden jährlich zwischen NHS Employers und BMA ausverhandelt, beispielsweise die QOF-Elemente und bestimmte Zusatzleistungen mit eigenen Entgelttarifen (sogenannte *enhanced services*, siehe z. B. Cypionka et al. 2011). Zusätzlich haben die beiden Vertragsparteien einen 2-stufigen Konsultationsprozess für den Vertrag vereinbart. (Boyle 2011, S. 123)

Die Vertragsvereinbarungen werden auf nationaler Ebene geschlossen, was u.a. dadurch ermöglicht wird, dass das wesentlichste Entgelt sehr komplex zu berechnende Kopfpauschalen vorsieht, in denen eben auch regionale Effekte berücksichtigt werden. Zu beachten ist, dass der Abschluss dieser Verträge bzw. der Prozess bis zur Einigung sehr langwierig sein kann: Boyle (2011, S. 123) berichtet, dass Konsultationen 2007 über Änderungen der Carr-Hill Formel (zur Berechnung der Kopfpauschalen) bis jetzt noch nicht abgeschlossen waren.

Um faire, transparente und nicht-diskriminierende Vertragsabschlüsse zu gewährleisten, ist ein offizielles Portal für Werbung und Vertragsabschluss errichtet worden (Supply2Health). Bei unlösbaren Streitfällen zwischen PCT und Anbietern wird auf eine Lösung durch SHA oder das unabhängige Co-operation and Competition Panel zurückgegriffen (Boyle 2011, S. 136)

2.2.1.2.3.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Die Bestimmung der Pauschalen beruht auf der Carr-Hill Formel, die in einem langwierigen Prozess entwickelt wurde und angepasst wird. In die Entwicklung bzw. Adaptionen werden regelmäßig externe Wissenschaftler eingebunden.

2.2.1.2.4. Sekundärversorgung (spezialisierte ambulante Versorgung und stationäre Versorgung ohne Langzeitpflege)

2.2.1.2.4.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Sekundärversorgung?

PCTs sind dafür verantwortlich, mit geeigneten Trusts Verträge zu schließen.

2.2.1.2.4.2. Wer finanziert die Sekundärversorgung?

Rund 80 Prozent der NHS-Mittel werden an die PCTs verteilt, die damit u.a. die sekundäre Versorgung finanzieren.

2.2.1.2.4.3. Wer bietet Sekundärversorgung an?

Sekundäre wie tertiäre Versorgung wird vor allem in Krankenhäusern durch Fachärzte, Ärzte in Ausbildung, Pflegepersonal und Angehörige anderer Gesundheitsberufe erbracht. Auch im Vereinigten Königreich nimmt der Anteil der ambulanten Krankenhaus-Patienten im Bereich der Sekundärversorgung zu. Krankenhäuser sind in der Regel staatlich (Trusts). Diese Politik hat seit 2000 aber auch zu einem zunehmenden privaten Anteil geführt, auch NHS-Häuser erbringen ein kleinen Teil privater, d. h. nicht durch das NHS finanzierte, Leistungen.

Seit 2004 besteht neben NHS Trusts die neue Form der Foundation Trusts, die nicht mehr unter zentraler, sondern lokaler Führung und Kontrolle stehen, und mehr Freiheiten bei der Verwendung erwirtschafteter Überschüsse sowie der Personalpolitik haben. NHS Trusts sind direkt dem Gesundheitsminister verantwortlich. Ihre Regulierungsstruktur ist ähnlich jener der PCTs, so besteht ihr Führungsgremium aus fünf durch die Appointments Commission bestellten nicht-exekutiven Mitgliedern und bis zu fünf exekutiven Mitgliedern (CEO, Finanzdirektor, medizinischer Direktor). In FTs existiert neben dem Vorstand auch ein „board of governors“ welches vorwiegend aus gewählten Mitgliedern besteht. Wahlberechtigt ist jeder Bürger im Versorgungsgebiet. Für die Regulierung der FTs ist Monitor zuständig. Die Absicht war, dass alle NHS-Trusts zu FTs werden sobald sie die entsprechenden finanziellen Performance Kriterien erfüllen. Im September 2010 gab es 131 FTs einschließlich 40 psychiatrischer Einrichtungen. (Boyle 2011, S. 136f, 234f)

2.2.1.2.4.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Das Gesundheitsministerium hat Standardverträge für das Commissioning zwischen PCTs und Trusts, privaten Anbietern und einige andere Anbieter entwickelt. Solche Verträge gibt es seit 2007, seit 2010 in vier Varianten. Die Verträge haben teils allgemein verpflichtende Elemente, Teile können aber auch durch regionale Übereinkunft abgeändert werden. Die Verträge haben seit 2007 gesetzlich bindenden Charakter, d. h. Streitfälle kommen nicht mehr vor das Gesundheitsministerium, sondern können vor Gericht ausgetragen werden. (Boyle 2011, S. 112)

2.2.1.2.4.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Seit 2003/2004 wurde ein neues Bezahlungssystem eingeführt: „Payment by Results“ (PbR) entspricht einem nationalen, regulierten Tarif und ähnelt mehr einem Fallpauschalen- oder DRG-System als einem Outcome orientierten Bezahlungssystem. Die Entwicklung von PbR hinkt den Erwartungen etwas nach, so konnten Psychiatrie, Critical Care, Community Health Services und das Rettungswesen noch nicht mit eingeschlossen werden. PbR wurde beginnend mit Elektivleistungen schrittweise in einzelnen Bereichen eingeführt, seit 2006 auch bei einigen privaten Anbietern. Den Empfehlungen der Audit Commission folgend, hat das Gesundheitsministerium einen Code of Conduct für das PbR System erarbeitet und veröffentlicht, der allerdings nicht verbindlich ist. (Boyle 2011, S. 115f)

2.2.1.2.5. Tertiärversorgung (hoch spezialisierte medizinische Leistungen)

Das Gesundheitsministerium definiert „specialized services“ als jene, die in relativ wenigen spezialisierten Zentren für einen Einzugsbereich von über einer Million Personen geleistet werden. Dementsprechend findet man sie nicht in jedem Krankenhaus, sondern tendenziell in bevölkerungsreichen Gegenden (London, Birmingham, Manchester...). Sie stehen üblicherweise in Verbindung mit einer medizinischen Hochschule oder Universitätsspitalern. Die National Specialised Commissioning Group hat 34 solcher Specialized Services identifiziert. (Boyle 2011, S. 240f)

2.2.1.2.5.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Tertiärversorgung?

Commissioning für „Specialized Services“ erfolgt je nach Seltenheit entweder regional durch eine der zehn Specialized Commissioning Groups oder national durch die National Commissioning Group. (Boyle 2011, S. 240f)

2.2.1.2.5.2. Wer finanziert die Tertiärversorgung?

In der Regel der NHS.

2.2.1.2.5.3. Wer bietet Tertiärversorgung an?

Es kommen sowohl spezialisierte Krankenhäuser als auch allgemeine Akutkrankenhäuser in Frage. In England bieten rund 50 Spitäler „Specialized services“ oder tertiäre Leistungen an. (Boyle 2011, S. 240f).

2.2.1.2.5.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Es kommen dieselben verbindlichen Verträge wie für sekundäre Versorgung zur Anwendung.

2.2.1.2.5.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Es kommen dieselben verbindlichen Verträge wie für sekundäre Versorgung zur Anwendung.

2.2.1.2.6. Rehabilitation und Übergangspflege

Die Definition des Gesundheitsministeriums für Intermediate Care schließt Rehabilitation mit ein. Intermediate Care wird zum größten Teil öffentlich erbracht, seit 2001 in Kooperation von NHS und lokalen Regierungen. Es besteht auch ein geringer Umfang an privatem Angebot. Die Planung erfolgt lokal durch Drei-Jahres-Vereinbarungen zwischen PCTs und lokalen Behörden mit dem Hauptziel, die Nutzung der Spitäler gering zu halten. Von PCTs wird

erwartet, Leistungen in dem für die regionale Bevölkerung passenden Ausmaß sicherzustellen. (Boyle 2011, S. 271f)

Section 75 des National Health Service Act 2006 konsolidierte die bestehende Gesetzeslage hinsichtlich der Zusammenarbeit von NHS und lokalen Behörden (wie den zuständigen Stellen für soziale Dienste, Wohnwesen usw.). Daher können jetzt finanzielle Mittel unterschiedlicher Stellen für definierte Projekte zusammengeführt werden, das Commissioning an andere Organisationen delegiert werden und dergleichen. (Boyle 2011, S. 272)

Für Übergangspflege wurden die Kapazitäten im NHS-Plan 2000 ebenso wie für Pflege zu Hause stark ausgeweitet. Ebenso wird das Bemühen um Vermeidung von Aufnahmen verstärkt.

2.2.1.2.6.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Rehabilitation?

Das NHS ist zuständig und finanziert die Rehabilitation. Im Bereich der Übergangspflege/Medizinische Hauskrankenpflege arbeitet und finanziert das NHS mit den Kommunen, die für soziale Services die Hauptverantwortung tragen.

2.2.1.2.6.2. Wer finanziert Rehabilitation?

Siehe oben.

2.2.1.2.6.3. Wer bietet Rehabilitation an?

Es handelt sich vorwiegend um öffentliche Einrichtungen.

2.2.1.2.6.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Die Kontrahierung erfolgt ähnlich anderen NHS Services im Verhandlungsweg.

2.2.1.2.6.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Die Kontrahierung erfolgt ähnlich anderen NHS Services im Verhandlungsweg.

2.2.1.2.7. Behandlung nach Unfällen

2.2.1.2.7.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Behandlung nach Unfällen?

Das NHS betreibt sogenannte „Accident and Emergency Centers“ (A&E), die die erste Anlaufstelle nach (schwereren) Unfällen sind; als unkomplizierte niedrighschwellige Anlaufstelle bei kleineren Unfällen stehen zusätzlich NHS Walk-In-Centers und 225“ Minor Injuries Units“ (MIU) zur Verfügung. Die Webseite NHS Choices informiert über diese Angebote und bietet Hilfestellung, für welche Probleme welche Anlaufstelle gedacht ist. Demnach inkludiert das Spektrum der MUIs beispielsweise auch Knochenbrüche und kleine Kopfverletzungen.⁵¹

Walk-in Centers werden typischerweise von PCTs geführt; zusätzlich sind alle PCTs angehalten ein sogenanntes GP-led health Center zu eröffnen, das dann ähnliche Dienste wie Walk-in Centers anbietet. (Boyle 2011, S. 250). Notfallpatienten, die stationär aufgenommen werden müssen, belegen typischerweise Betten auf Stationen oder Intensivstationen von Standardkrankenanstalten oder den passenden Spezialkliniken.

2.2.1.2.7.2. Wer finanziert Behandlung nach Unfällen?

Behandlung im Rahmen des NHS ist für den Patienten kostenfrei, auch wenn ein Unfall Ursache für die Behandlung war.

2.2.1.2.7.3. Wer bietet Behandlung nach Unfällen an?

Siehe oben.

2.2.1.2.7.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Soweit sie im Rahmen der gewöhnlichen Tätigkeit der NHS-Partner erbracht werden, gelten auch die üblichen Zahlungsmodalitäten.

2.2.1.2.8. Notfallversorgung

Siehe auch Abschnitt über Unfälle. Praktisch die gesamte Notfallversorgung wird durch das NHS abgewickelt, obwohl auch private Betreiber bestehen, die in Zusammenarbeit mit dem NHS oder unabhängig und für Privatpatienten Notfallversorgung durchführen. Über private Anbieter gibt es kaum statistisches Material. Das NHS verwendet im allgemeine keine spezielle Definition von „Emergency Care“, versteht aber in der Regel Accident and Emergency Centers (A&E, siehe Abschnitt über Unfälle) sowie Krankentransporte darunter. Seit geraumer Zeit bestehen Klagen, dass die Notfallversorgung im Rahmen des NHS nicht ausreichend und vor allem nicht ausreichend schnell zur Verfügung steht, was zur

51

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSServices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Minorinjuriesunit.aspx>

Festsetzung einer Reihe von Zielen in Bezug auf Reaktionszeiten, Wartezeiten in Spitals-Notaufnahmen usw. geführt hat. (Boyle 2011, S. 248ff).

2.2.1.2.9. Krankentransport

Im wesentlichen werden Krankentransporte und Rettungswesen durch die öffentliche Hand finanziert. Verantwortlich für Rettungseinsätze sind die derzeit 11 NHS Ambulanz -Trusts, die sowohl im Zusammenhang mit Rettungseinsätzen als auch mit Transporten für Chroniker betraut sind.⁵² Außerdem gibt es 18 wohltätige Organisationen die Flugambulanzdienste (Rettungshubschrauber) betreiben. NHS Ambulanz-Trusts können auf diese zugreifen und finanzieren die klinische Belegschaft. (Boyle 2011, S. 254)

2.2.2. Versicherte

2.2.2.1. Wie kann der Versicherte mitbestimmen?

Da im Falle des Vereinigten Königreiches keine Krankenversicherung, sondern ein nationaler Gesundheitsdienst vorliegt, kann hier nicht von Versicherten (bzw. deren Rolle oder Interessenslage) im engeren Sinne gesprochen werden. Im hier vorliegenden Zusammenhang erscheint es daher sinnvoll, für das Vereinigte Königreich diesen Abschnitt umzuinterpretieren und die Rolle des Versicherten durch diejenige des Steuerzahlers zu ersetzen. Damit wird erreicht, dass im wesentlichen die analogen Fragestellungen behandelt werden.

Wie andere öffentliche Stellen auch unterliegt das NHS der Kontrolle durch Audit Commission und National Audit Office, zwei unabhängige Kontrollorgane. Die Audit Commission überprüft den ökonomischen, effizienten und wirksamen Einsatz öffentlicher Gelder und soll durch die Veröffentlichung der Berichte die finanzielle Gebarung verbessern. Das National Audit Office ist in ähnlicher Funktion dem Parlament verantwortlich und ist u.a. für alle Ministerien zuständig. Zu den letzten NHS relevanten Themen zählten beispielsweise PFI Verträge, gesundheitliche Ungleichheit oder das National Programme for Information Technology (NPfIT) im NHS. (Boyle 2011, S. 39)

Da die Mittel des NHS größtenteils (rund drei Viertel, siehe graphische Aufschlüsselung bei Boyle 2011, S. 84) aus allgemeinen Steuermitteln stammen, ist eine spezielle Einflussnahme aus der Position des NHS-Nutzers nur beschränkt erkennbar und fällt größtenteils mit der Rolle

⁵²

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Ambulanceservices.aspx>

des Staatsbürgers und Steuerzahlers zusammen. Selbstbehalte und ähnliches machen nach derselben Quelle unter drei Prozent des NHS Budgets aus.

Versicherung im engeren Sinn spielt in zwei Zusammenhängen eine Rolle im englischen Gesundheitswesen: Zum einen werden die bestehenden Sozialversicherungsbeiträge zu einem kleinen Teil auch für spezielle Gesundheitsagenden verwendet – der Löwenteil dient der Finanzierung beitragsabhängiger Leistungen wie Pensionen oder Arbeitslosengeld -, zum anderen besteht neben dem NHS auch ein privater Gesundheitsmarkt inklusive Privatversicherung (PMI).

2.2.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit

2.2.2.2.1. Versicherungsfunktion des Gesundheitssystems

Das NHS vertritt die Philosophie, dass Gesundheitsleistungen ohne Kostenbeteiligung zugänglich sein sollten und finanziert dementsprechend seinen Leistungskatalog unter Zuhilfenahme nur sehr eingeschränkter privater Zuzahlungen, siehe oben. Probleme können eher dann auftreten, wenn Leistungen nicht im Leistungskatalog enthalten sind, sowie durch Rationierung z. B. aufgrund des Alters.

2.2.2.2.2. Social Transfers in Kind

Die vom NHS erbrachten Leistungen entsprechen in den meisten Fällen Social Transfers in Kind. Die Sachleistungen werden ohne finanzielle Vorleistungen der Patienten sichergestellt.

2.2.2.2.3. Transfers in Cash

Arbeitgeber sind verpflichtet, während der ersten 28 Wochen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit „Statutory Sick Pay“ (SSP) zu zahlen, das steuerlich gleich wie reguläres Einkommen behandelt wird. Um Anspruch auf SSP zu haben, müssen Krankheit oder Behinderung und ein Verdienst von mindestens 102 Pfund pro Woche vorliegen. SSP beläuft sich auf einen einheitlichen Satz von 81,60 Pfund pro Woche; vertraglich kann jedoch ein höheres Krankengeld vereinbart werden. Selbständige haben keinen Anspruch auf SSP, für sie gelten wie für alle ohne SSP Anspruch die Regeln eines anderen Systems (Employment and Support Allowance, ESA). ESA besteht auf zwei Schienen: Ansprüche können (1) im Rahmen der Sozialversicherungsbeiträge erworben werden (hier wird eine geleistete Mindest-Beitragshöhe gefordert), und (2) bei Personen vorliegen, deren Einkommen und

Vermögen eine bestimmte Schwelle unterschreitet, und die keine anderen einer Reihe von Einkommensersatzleistungen beziehen.⁵³

53

http://www.adviceguide.org.uk/index/your_money/benefits/benefits_for_people_who_are_sick_or_disabled.htm#statutory_sick_pay

2.2.3. Bürger

2.2.3.1. Governance und „Health in all policies“

2.2.3.1.1. Konstitutionelle Prinzipien des Gesundheitssystems: Wie wird über fundamentale Prinzipien entschieden?

Die Gestaltung der Gesundheitspolitik ist in England nationale Angelegenheit, obwohl dezentrale Ebenen sehr wohl in ihre Implementierung eingebunden sind. Der Gesundheitsminister bestimmt den Rahmen, innerhalb dessen der NHS seine Strategien und Politik entwickelt, und ist dem Parlament darüber verantwortlich. Bei der Entwicklung der Maßnahmen ist ein ausgedehnter Konsultationsprozess üblich, in den sowohl Fachleute aus Praxis und Wissenschaft als auch Patienten eingebunden sein können. Im Falle wesentlicher Änderungen wird der formulierte Vorschlag üblicherweise drei Monate öffentlich zur Diskussion gestellt. Das Ministerium nimmt öffentlich zum Feedback Stellung und arbeitet ggfs. Änderungsvorschläge ein. Im Oktober 2010 beispielsweise standen acht Vorschläge öffentlich zur Stellungnahme. Die meisten Reformvorschläge benötigen jedoch keinerlei Gesetzesänderungen. Falls doch, erarbeitet das Gesundheitsministerium meist ein Weißbuch, das dann zur parlamentarischen Behandlung und ggfs. zu Gesetzesbeschlüssen führt. Gesetzesbeschlüsse benötigen parlamentarische Zustimmung, die jedoch nur selten verweigert wurde. (Boyle 2011, S. 41)

Im Januar 2009 wurde erstmals die **NHS-Constitution** für England veröffentlicht. Die Constitution wurde als Teil des NHS-Next-Stage-Review (eine Art Programm für die Weiterentwicklung der Bereiche GP und Community Care) unter der Leitung von Lord Darzi im Auftrag des Premierministers entwickelt; der englischen Tradition entsprechend, flossen in die Entwicklung Meinungen von Patienten, NHS-Angestellten, anderen Experten und der allgemeinen Öffentlichkeit ein. Die umfangreichen Erhebungsarbeiten schlossen Recherchen bei über 9000 NHS-Angestellten, 5500 Patienten und Reviews bestehender Surveys über mehr als einer Million Patienten ein. Eine Vorläuferversion wurde im Juni 2008 veröffentlicht. Als Reaktion darauf berichtet das englische Gesundheitsministerium allein von über 1000 Reaktionen, die sich direkt an das Ministerium richteten, und weiteren Diskussionen, die auf niedrigeren NHS-Ebenen stattfanden. Der Konsultationsprozess wurde von einem Gremium führender Stakeholder und Experten (Constitutional Advisory Forum) begleitet, das auch einen Bericht über seine Tätigkeit legte. Sowohl dieser Bericht als auch die Antwort der Regierung sind öffentlich zugänglich. (Adebowale et al. 2008)

2.2.3.1.2. Durchführung von “Health in all policies”: Welche Institutionen sind für die Koordination von Gesundheitsfragen mit anderen öffentlichen Bereichen zuständig?

Die Regierung bekennt sich zur Philosophie, unterschiedliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in einem umfassenden Public Health Service zu vereinen. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise mit Oktober 2010 der Zuständigkeitsbereich für Ernährung in das Gesundheitsministerium transferiert. (DoH 2010).

2.2.3.1.3. Existieren Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder?

Das Gesundheitsministerium legt national prioritäre Handlungsfelder fest, im Bereich Public Health bestehen derzeit sieben Prioritäten: Reduzierung der Alkoholfolgen, Dickleibigkeit bei Kindern, gesundheitliche Ungleichheit, Kindersterblichkeit, sexuelle Gewalt, Teenager Schwangerschaften, Tabakkontrolle, Impfen und Immunisieren. Es ist Tradition, dass für derartige Handlungsfelder auch Zielsetzungen erarbeitet werden und, dass NHS Einrichtungen angehalten sind, die Zielerreichung mitzutragen. Dies kann so weit gehen, dass diese Zielsetzungen auch in das Honorierungssystem Eingang finden (über das QOF).

2.2.3.1.4. Welche Institutionen legen Gesundheitsziele fest?

Gesundheitsministerium

2.2.3.1.5. Wie werden Gesundheitsziele beobachtet?

Das Ministerium veröffentlicht auf seiner Webseite Berichte, die die Entwicklung im Bereich der Gesundheitsziele dokumentieren, und auch die getroffenen Maßnahmen erläutern, siehe z. B. Department of Health (2009) für gesundheitliche Ungleichheit.

2.2.3.1.6. Welche Mittel werden eingesetzt um die Interessensvertreter gemäß der Ziele zu leiten?

Im oben genannten Beispiel der Reduzierung der Ungleichheit hat das Ministerium eine Reihe nationaler Support Teams (NST) gebildet, mit thematischen Fokusgebieten wie Kindersterblichkeit, Tabakkontrolle, Teenager Schwangerschaft oder Alkohol. NSTs sollen für besonders problematische geographische Gebiete maßgeschneiderte und intensive Unterstützung bieten. Sie verfolgen einen strukturierten Ansatz. Sie bieten beispielsweise an, die betroffenen Gebiete zu besuchen, und interviewen maßgebliche Stakeholder, um die Verzahnung zwischen lokalen Strukturen und Organisationen und Problembereichen adäquat in Analyse und Programmgestaltung zu berücksichtigen (Department of Health 2009).

2.2.3.1.7. Welche Institutionen steuern und begleiten diese Prozesse

Siehe oben.

2.2.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?

Da das Gesundheitsministerium die umfassende Gestaltungskraft für das Gesundheitswesen hat, erfolgt Einflussnahme der Bürger primär über die englischen Parlamentswahlen.

Das wichtigste Organ, mit dem das Parlament Einfluss auf den NHS nehmen kann, ist das Health Committee, ein ständiger Ausschuss des House of Commons. Auch das Public Accounts Committee und manchmal das Science and Technology Committee und das Public Administration Committee sprechen Themen an, die die Funktionsweise des NHS betreffen. Aufgabe des Health Committee ist es, Politik, Administration und Ausgaben des Gesundheitsministeriums und seiner nachgeordneten Dienststellen zu überprüfen. Ausgaben sind regelmäßig Thema des Health Committee, aber es kann jeden Bereich im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums aufnehmen. Etliche andere Committees widmen sich Themen, die gelegentlich ebenfalls Gesundheitsaspekte betreffen. (Boyle 2011, S.29f, www.parliament.uk/healthcom)

Da das NHS mit seinem ausgeprägtem Gate-keeping manche Freiheiten der Nutzer des NHS empfindlich einschränkt, wurde in den letzten Jahren eine direktere Weise der Einflussnahme ausgebaut. In jedem der fast 600 NHS-Trusts (PCTs wie auch FTs und andere beauftragte Trusts) wurden **Patient and Public Involvement Forums** (Kurz: Patient Forums) installiert, die bis 2008 in Funktion waren, und durch die LINKs ersetzt wurden. FTs haben sogar die gesetzliche Auflage, Patienten, Angestellte und Mitglieder von Patientenorganisationen in die strategische Planung mit einzubeziehen und aus diesen einen „board of governors“ wählen zu lassen.

Seit 2008 sollen **LINKs (Local Involvement Networks)**⁵⁴ der regionalen Öffentlichkeit die Möglichkeit geben, sich an Entscheidungsprozessen im Bereich der Gesundheit und des Gesundheitsservice in England zu beteiligen, um die lokale Gesundheitsversorgung zu verbessern. LINKs sind unabhängige, vom Gesundheitsministerium unterstützte öffentliche Einrichtungen. LINKs übernehmen dabei die Rolle der PPIF und sollen die Verbindung zwischen NHS und Bürger- oder Patienteninteressen verbessern. Nach einer Schulung können Mitglieder des LINKs auch Begehungen von Serviceeinrichtungen vornehmen (enter and view). Mit der geplanten neuen NHS-Reform „Liberating the NHS“ ist auch vorgesehen, den LINKs (wieder) eine Dachorganisation zu geben, den Health Watch England, der mit der CQC verbunden sein soll.

⁵⁴ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/links/Pages/links-make-it-happen.aspx>

OSCs (Overview and Scrutiny Committees) bestehen aus gewählten lokalen Politikern und sollen eine direkte Verbindung des NHS zu den Bürgern bzw. der niedrigsten politischen Ebene bilden. OSCs überwachen Prozesse und Planungsvorhaben im NHS, was durch die Übertragung von Informations- und Konsultationsrechten sichergestellt wird. LINKs können sich direkt an die OSCs wenden, um Verbesserungen zu erreichen.

Diese Organisationen stehen in engem Bezug zueinander und verlangen daher einen hohen Koordinierungsaufwand. Die Vernetzung der Patientenforen und die Qualitätssicherung liegen in Händen der Care Quality Commission.

2.2.4. Konsument

2.2.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich

Der NHS bietet seiner Bevölkerung mit „**NHS-Direct**“ eine umfangreiche Informationsmöglichkeit im Krankheitsfall, einschließlich Beratungen zu medizinischen Präventivmaßnahmen. Neben der Beratung zur professionellen Behandlung bietet NHS-Direct auch Informationen zur Selbstbehandlung, und es ist eine Beschwerdemöglichkeit eingerichtet. Diese Patientennähe erlangt der „NHS-Direct“ durch einen 24 Stunden Telefonservicedienst (*NHS Direct Telephone Service*) und dem *e-health* Internetportal (*NHS Direct Online*). Seit dem Jahr 2004 besteht sogar ein digitales TV-Service (*NHS Interactive digital TV*) um noch mehr Bürger im Land zu erreichen (Czypionka et al. 2007).

2.2.4.1.1. Wer bietet Konsumenteninformation an?

Die zentrale Informationsquelle dürfte das Webportal NHS Choices sein, das sich als elektronischer Zugang zum NHS sieht und eine reiche Fülle von Informationen bietet. NHS Choices beinhaltet ein A-Z mit Informationen zu Krankheiten, Medikamenten usw. Die Webpage enthält sowohl einen diagnose- und behandlungsorientierten Zweig als auch allgemeine Gesundheitsinformationen und Information zu Gesundheitskampagnen. Neben der Suche über Bezeichnungen kann auch von einer Darstellung des menschlichen Körpers ausgehend gesucht werden. Auffallend ist, dass am Ende der Kurzbeschreibungen der Krankheitsbilder nicht nur das Datum der Eintragung, sondern auch das Fälligkeitsdatum für ein Update gelistet ist.⁵⁵

2.2.4.1.2. Wer bietet Informationen über Diagnosen und Behandlungsmethoden?

Siehe oben.

2.2.4.1.3. Wer bietet navigatorische Informationen zum Gesundheitssystem?

Als elektronischer Zugang zum NHS bietet NHS Choices u. a. Service-orientierte und anbieterbezogene Informationen. Beispielsweise können mithilfe des eigenen Postcodes nahegelegene Anbieter identifiziert werden. Da die NHS-Organisationen ihre eigenen Informationen hochladen, variiert der Informationsgehalt.

Unter dem Titel „Map of Medicine Healthguides“ beinhaltet die Webpage des NHS auch ideale, evidenzbasierte Patientenkarrieren für weitverbreitete und wichtige Krankheitsbilder. Diese Überblicksdarstellungen sollen auch für Patient und Behandler gemeinsam nutzbar sein.

⁵⁵ <http://www.nhs.uk/Conditions/Pages/hub.aspx>, Zugriff 19.8.2011

2.2.4.1.4. Wer bietet Informationen zu bestimmten Leistungen und der Qualität von Leistungen?

NHS Choices

2.2.4.1.5. Wer bietet Informationen zu Patientenrechten?

Das NHS kennt in seiner bis 1948 zurückreichenden Geschichte keinen verbindlich festgeschriebenen Katalog von Konsumentenrechten (oder auch einen spezifisch festgelegten Leistungskatalog). Dies änderte auch die Patientencharta von 1991 nicht, sie bezog sich eher auf Limits für Wartezeiten, Informationen über Services und Behandlungen und Themen wie Wahrung von Privatsphäre und Würde bei der Behandlung. Auch ein Nachfolgedokument des Gesundheitsministeriums von 2001 (Your Guide to the NHS) änderte dies nicht grundlegend. Erst die NHS-Constitution unter dem (Unter)Titel "the NHS belongs to us all" von 2009 mit der Überarbeitung von 2010 widmet sich den eigentlichen Patientenrechten. (vgl. Boyle 2011, Kapitel 2.5 Patient Empowerment): Die NHS-Constitution soll zusammenfassen, was Gesundheitspersonal, Patienten und die Öffentlichkeit (bezeichnenderweise in dieser Reihenfolge genannt) vom NHS erwarten können. Sie erläutert aber auch, was NHS Nutzer tun sollen um das NHS und seine Effizienz und Effektivität zu unterstützen, also was das NHS von seinen Nutzern erwartet.

Die NHS-Constitution beschreibt aber auch die Rechte als NHS Patient bezüglich Zugang zu Leistungen, Qualität, Leistungskatalog, Vertraulichkeit, Information und Beschwerderechte.

⁵⁶

2.2.4.1.6. Wer bietet Informationen zu Konsumentenrechten?

Zur NHS-Constitution gehören nunmehr auch die Konsumenten und Patientenrechte. Zudem

2.2.4.1.7. Wer bietet Informationen zur Konsumentenunterstützung?

Konsumentenunterstützung gibt es in vielfältiger Weise. Das NHS-Direct Telephone Service und NHS-Direct helfen bei der Navigation. „Patient Care Advisers“ helfen in speziellen Fällen individuell weiter. Das „Expert Patients Programme“ dient dem Empowerment bei chronischen Krankheiten.

2.2.4.1.8. Wer bietet Informationen über Leistungsansprüche?

Die NHS-Constitution informiert über die Rechte als NHS Patient bezüglich Zugang zu Leistungen, Qualität, Leistungskatalog, Vertraulichkeit, Information und Beschwerderechte.

⁵⁶ <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx>, Zugriff 19.8.2011

2.2.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich

2.2.4.2.1. Wer bietet Informationen zur Entscheidungsfindung?

Das „**Expert Patients Programme**“ des NHS ist eine Empowerment-Initiative für Patienten mit chronischen Krankheiten. Es soll ein effizienteres Selbstmanagement in Kooperation mit den Primärversorgern gewährleisten. Somit kommt dem Patienten als Koproduzent seiner Gesundheit mehr Eigenverantwortung im Gesundheitssystem zu. Anhand von intensiven Kursen werden Strategien zum Leben mit der Krankheit und erforderliche Selbstmanagementfähigkeiten den chronisch kranken Teilnehmern vermittelt. Neben den Betroffenen selbst werden auch Kurse für Eltern von Kindern mit chronischen Krankheiten (*Supporting Parents Programme*) und für pflegende Angehörige (*Looking After Me*) angeboten, welche Managementkompetenzen vermitteln sollen, damit die eigenen Bedürfnisse nicht zu kurz kommen (vgl. Czipionka et al. 2007 und www). Diese Programme sollen die Initiative des NHS zu mehr Selbstverständnis von Patienten und Bürgern fördern. Eine weitere zentrale Initiative im NHS ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Professionellen und Patienten, welche durch „shared decision making“ bzw. Praxis-Leitlinien umgesetzt werden soll (Forster und Kranich 2007).

2.2.4.2.2. Wer unterstützt im Fall von Beschwerden?

Eine Einrichtung zur Unterstützung im Beschwerdefall ist das „**Patient Advice and Liaison Service**“ (**PALS**). Ziel ist es dabei als eine Art Vermittler zu fungieren. Darüber hinaus dient das PALS als Orientierungshilfe im Gesundheitssystem und informiert Patienten, wie diese stärker in die eigene Gesundheitsversorgung bzw. in den lokalen NHS eingebunden werden können. Dieses Zusammentragen von Beschwerden erleichtert das Auffinden grober Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem, womit das PALS auch eine Art Frühwarnsystem für den NHS darstellt. Erste Erfolge in Form von hoher Zufriedenheit und häufigem Gebrauch der Patienten konnten bereits empirisch nachgewiesen werden (Meyer et al. 2005) und sprechen für eine hohe Akzeptanz der Beschwerde- und Informationseinrichtung PALS.

Generell ist es jedem (ehemaligen) Patienten eines NHS-Dienstleisters (Arzt, Spital, etc.) möglich, eine Beschwerde einzureichen. Dabei kann diese auch im Namen einer anderen Person abgewickelt werden, muss jedoch im Normalfall innerhalb einer sechsmonatigen Frist ab der Behandlung eingehen. Das Beschwerdeverfahren im NHS gliedert sich in drei Stufen und ist wie folgt aufgebaut: Auf einer ersten Stufe (*First Stage – Local Resolution*) wird versucht die Angelegenheit vor Ort zu klären. Dazu muss jede NHS-Einrichtung einen Beschwerdebeauftragten (complaints manager) installiert haben, welcher als erste Anlaufstelle fungiert. Sollte die Angelegenheit in erster Instanz nicht zufriedenstellend gelöst werden können, wird in einem zweiten Schritt eine unabhängige Begutachtung (*independent review panel*) durch die Care Quality Commission (CQC) durchgeführt. Wenn auch hier

keine Einigung erzielt werden kann, wird in einer dritten Stufe ein Ombudsman (*Health Service Ombudsman*) hinzugezogen. Es obliegt nun der Ombudsstelle, eine Entscheidung herbeizuführen, jedoch kann auf diesem Beschwerdeweg keine finanzielle Entschädigung erzielt werden. Diese ist nur über die ordentliche Gerichtsbarkeit erlangbar (Cypionka et al. 2007).

Das „**Independent Complaints Advocacy Service**“ (**ICAS**) ist speziell zur Konsultation im Beschwerdefall eingerichtet worden. Es bietet sowohl während, als auch im Vorfeld des eben beschriebenen dreistufigen Beschwerdeprozesses kostenlose Unterstützung an (kann also nicht bei finanziellen Entschädigungsansprüchen vor Gericht hinzugezogen werden). Das *ICAS* ist vom Gesundheitsministerium bevollmächtigt und bietet seine Hilfe auch nicht-englischsprachigen Patienten an. Darüber hinaus können Patienten mit Bewegungseinschränkung auch zu Hause von einem *ICAS*-Mitarbeiter beraten werden (Cypionka et al. 2007).

2.2.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich

2.2.4.3.1. Wer vertritt Konsumentenrechte?

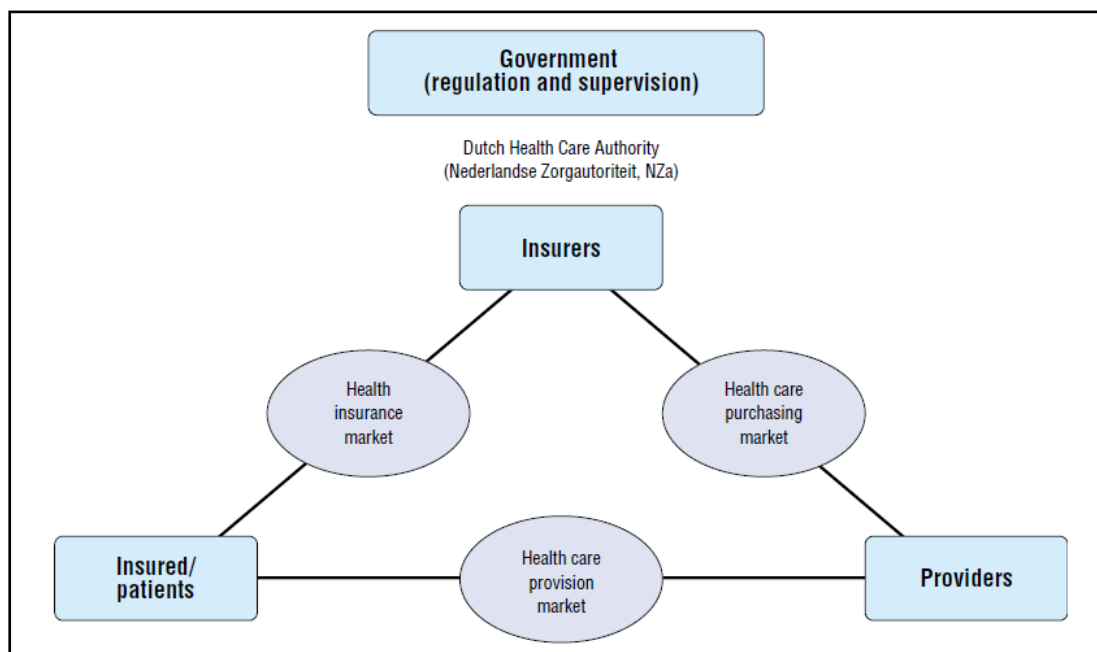
Neben den Verbraucherverbänden gibt es auch das Consumer Health Information Center, einen auf Gesundheitskonsum spezialisierten Verband. Daneben sind vor allem die bereits beschriebenen Institutionen der Bürgerbeteiligung maßgeblich.

2.3. Niederlande

Das niederländische Gesundheitssystem beruht auf dem Prinzip der Solidarität, demzufolge haben alle Mitglieder der Gesellschaft einen Zugang zum Gesundheitssystem, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten.

Das zentrale Charakteristikum des privatisierten ehemaligen Sozialversicherungssystems ist der regulierte Wettbewerb zwischen den drei Hauptakteuren im Gesundheitssystem: 1) Patienten bzw. Versicherte, 2) Ärzte und Krankenanstalten, welche zum Großteil von privaten, nicht gewinnorientierten Gesellschaften betrieben werden und 3) ausschließlich privaten Krankenkassen/Krankenversicherungen. Der niederländische Staat agiert in diesem geschaffenen Wettbewerbsmarkt zwischen den drei Akteuren nur mehr als Regulator und Überwacher (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Akteure und Märkte im niederländischen Gesundheitssystem



Quelle: Schäfer et al. 2010.

Die Regierung und das niederländische Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport haben zur Wahrung dieser Aufgaben einige dieser Agenden an Aufsichtsbehörden übertragen bzw. delegiert. Zu den drei wichtigsten Aufsichtsbehörden in den Niederlanden zählen:

- 1) *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* (<http://www.nza.nl>) = unabhängige niederländische Gesundheitsbehörde

Das NZa ist die wichtigste Aufsichtsbehörde im niederländischen Gesundheitswesen. Sie agiert unabhängig und wird vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport finanziert. Die Aufgaben der NZa sind im *Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)* = Gesundheitswesen-Marktregulierungsgesetz definiert/geregelt (Schäfer et al. 2010).

Zu den zentralen Aufgaben der NZa zählt die Überwachung aller drei Akteure im Gesundheitssystem. Darüber hinaus ist die NZa für die Kontrolle/Überwachung und Administrierung des Versicherungsmarktes, des Leistungserbringungsmarktes und des Leistungseinkaufsmarktes zuständig. Hierbei führt sie unter anderem ständige Marktanalysen durch, um Korrekturen in der Regulation durchführen zu können. Zudem ist die NZa für die Beaufsichtigung der rechtmäßigen Implementierung des *Zorgverzekeringswet (Zvw)* = Gesundheitsversicherungsgesetz und des *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* durch alle Stakeholder verantwortlich. Des Weiteren kann die NZa den Leistungserbringern und den Krankenkassen/Krankenversicherungen neue Richtlinien zur transparenteren Marktgestaltung im Sinne der Leistungsanspruchnehmer auferlegen (Schäfer et al. 2010).

- 2) *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)* (<http://www.igz.nl>) = Aufsichtsbehörde für Gesundheitsinspektionen

Die IGZ ist eine unabhängige Einrichtung, welche die Qualität und Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung überprüft. Sie bewertet die Qualität von Leistungserbringern und kann dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport in beratender Rolle beistehen. Zudem hat die IGZ die Möglichkeit, Beschwerde oder sogar Klage gegen Leistungserbringer einzulegen (Den Exter et al. 2004).

- 3) *Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)* (<http://www.nma.nl>) = niederländische Wettbewerbsbehörde

Das NMa ist für die Überwachung eines ausgeglichenen Wettbewerbs in allen wirtschaftlichen Sektoren in den Niederlanden zuständig. In Gesundheitswesen überwacht die NMa alle Versicherungen und Leistungserbringer nach dem *Mededingingswet (Mw)* = Wettbewerbsgesetz. Dieses Gesetz zielt im Gesundheitswesen speziell auf die Verhinderung von Kartellen sowie auf das Aufspüren von Zusammenschlüssen zur Erlangung von signifikanter Marktmacht abzielt. Letztere Aufgabe wird zusammen mit der NZa wahrgenommen (Schäfer et al. 2010).

Zudem werden die Regierung und das niederländische Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport von folgenden Organen/Gremien beraten:

- 1) *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* (<http://www.cvz.nl>) = Krankenversicherungsausschuss

Der CVZ ist eine unabhängige Organisation, welche basierend auf dem *Zorgverzekeringswet (Zvw)* und dem *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* drei Aufgaben innehat (Schäfer et al. 2010):

- Der CVZ stellt sicher, dass alle Krankenkassen/Krankenversicherungen das *Zorgverzekeringswet (Zvw)* und das *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* einheitlich implementieren, da gerade bei der Abgrenzung des Basis-Leistungskataloges unterschiedliche Auslegungen/Interpretationen möglich sind.
- Der CVZ administriert den *Zorgverzekeringsfonds* (den Risikostrukturausgleichsfonds) sowie den *Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ)*.
- Der CVZ berät das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport im Hinblick auf die Zusammenstellung des Basis-Leistungskatalogs.

2) *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)* (<http://www.rvz.net>) = Rat für öffentliche Gesundheit

Der RVZ ist ein unabhängiges Beratungsorgan, welches vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport installiert wurde. Er setzt sich aus neun Vertretern der unterschiedlichen Akteure des Gesundheitswesens (Ärztevertreter, Krankenkassenvertreter) zusammen. Der RVZ berät die Regierung überwiegend in strategischen Fragen zu Gesundheitsversorgung und Sozialpolitik. Außerdem gibt der RVZ Stellungnahmen zu Reformbestrebungen und deren Umsetzung ab. Für gewöhnlich erfolgen die Abgabe von Stellungnahmen aufgrund von Anfragen durch die Regierung bzw. des Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport. Der RVZ kann aber auch selbst die Initiative zu Stellungnahmen ergreifen (Schäfer et al. 2010).

3) *Gezondheidsraad* (<http://www.gezondheidsraad.nl>) = Gesundheitsrat

Der *Gezondheidsraad* wird zur Gänze von der Regierung finanziert und stellt ein weiteres Beratungsorgan für die Regierung und das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport dar. Er bietet Beratungsleistungen vorwiegend in den Bereichen aktuellen wissenschaftlichen Stand (State of the Art) in der Medizin, Gesundheitsversorgung, Public Health und Umweltschutz an (Schäfer et al. 2010).

Ein zweites Charakteristikum im niederländischen Gesundheitssystem ist die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens von Leistungsanbietern durch die Krankenkassen/Krankenversicherungen. Damit soll ermöglicht werden den Vertragsabschluss von Qualitäts- und Kostenkriterien abhängig zu machen. Die Verhandlungen zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenversicherungen werden

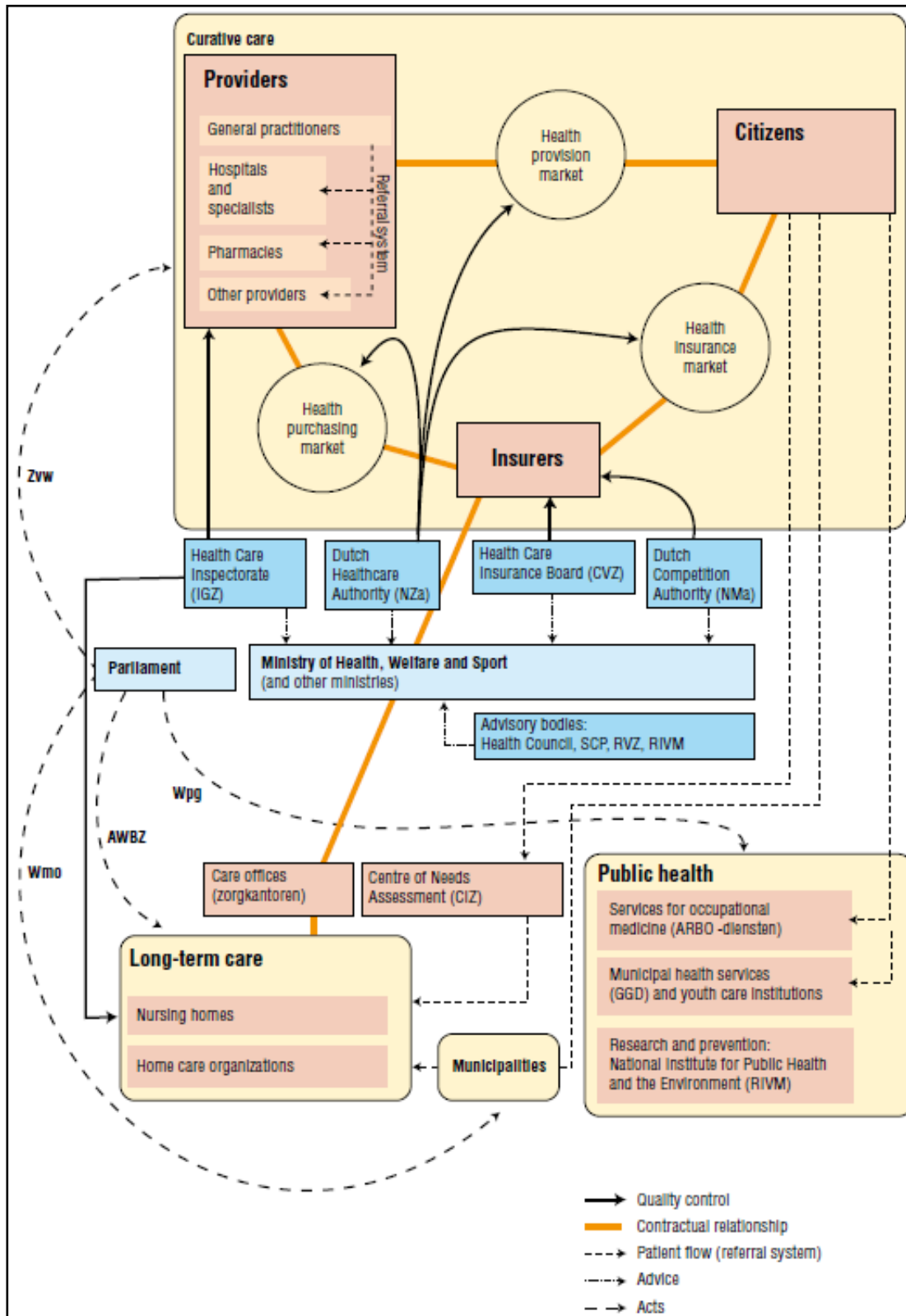
hierbei von den oben genannten Aufsichtsbehörden überwacht und kontrolliert. Die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens wird bisher (Stand 2010) von den Krankenversicherungen nur selten in Anspruch genommen, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung (Schäfer et al. 2010).

Ein anderes Charakteristikum im niederländischen Gesundheitssystem stellt die Versicherungspflicht für jeden Einwohner bei gleichzeitiger Annahmepflicht von Seiten der Krankenversicherungen dar. Die Einwohner können zwischen 32 privaten Krankenversicherungen (Stand 2008) auswählen, wobei der Großteil (88 Prozent, Stand 2008) ist bei einem der vier großen Krankenversicherungskonzernen versichert ist. Alle Krankenkassen/Krankenversicherungen sind verpflichtet denselben Basis-Leistungskatalog anzubieten, in welchem die von ihnen zu erbringenden Leistungen festgelegt sind. Für die Zusammenstellung und den Umfang dieses Basis-Leistungskataloges zeichnet sich die Regierung, welche in diesen Agenden vom *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* unterstützt bzw. beraten wird, verantwortlich. Änderungen der Zusammenstellung bzw. des Umfangs des Basis-Leistungskataloges bedürfen eines parlamentarischen Beschlusses. Die einzelnen Krankenversicherungen dürfen lediglich hinsichtlich Service, Preis und Qualität der Versorgung zueinander in Konkurrenz treten, nicht aber in Bezug auf Zusammenstellung und Umfang des Basis-Leistungskataloges. Außerdem ist es den einzelnen Krankenversicherungen untersagt risikoabhängige Prämien anzubieten, wodurch negative Effekte wie z. B. Risikoselektion verhindert werden sollen (Schäfer et al 2010).

Ein weiteres Charakteristikum im niederländischen Gesundheitssystem bildet die Gatekeeper-Funktion der praktischen Ärzte (GPs). In dieser Funktion stellt der praktische Arzt (GP) die erste und primäre Anlaufstelle in der medizinischen Versorgungskette (außer bei Notfällen und Akutbehandlungen) dar und beschränkt den Zugang der Patienten zu weiterer primärer oder sekundärer Versorgung. Abgesehen vom praktischen Arzt (GP) dürfen nur noch Zahnärzte und Hebammen Überweisungen zu weiteren/anderen Ärzten ausstellen. Alle Einwohner der Niederlande sind automatisch bei einem praktischen Arzt (GP) in ihrem Heimatbezirk registriert. In der Theorie können die Einwohner ihren praktischen Arzt (GP) frei wählen, in der Praxis ist diese freie Wahl jedoch beschränkt. Einerseits ist es den Bürgern nur erlaubt sich bei praktischen Ärzten (GPs) ihres Heimatbezirkes zu registrieren und andererseits gibt es in vielen ruralen Regionen einen Mangel an praktischen Ärzten (GPs), sodass kein anderer zur Wahl steht (Schäfer et al. 2010).

Die Organisationsstruktur des niederländischen Gesundheitswesens ist im Detail in Abbildung 21 dargestellt.

Abbildung 21: Übersicht über die Organisation des niederländischen Gesundheitswesens



Quelle: Schäfer et al. 2010.

2.3.1. Patient

2.3.1.1. Sicherstellung der Bereitstellung von Ressourcen

2.3.1.1.1. Bereitstellung von angemessenen Humanressourcen

2.3.1.1.1.1. Wer ist zuständig für die beruflichen Standards?

Ärzte

Die beruflichen Standards bei den Ärzten werden vom *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG)* (<http://knmg.artsennet.nl>) = Dachverband/Spitzenverband der Ärzte festgelegt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)* (Mot 2011). Die KNMG ist dabei nicht Dachverband regionaler Ärztevertretung, sondern fachlicher, z. B. des Fachärzteverbandes oder des Allgemeinmedizinerverbandes.

Pflegepersonal

Die gesetzliche Grundlage für die Festlegung der beruflichen Standards beim Pflegepersonal bildet das *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)*.

Ausblick

Ab 2013 wird ein neues Institut („Kwaliteitsinstituut“) geschaffen, welches für die Festlegung sämtlicher beruflicher Standards im Gesundheitsbereich verantwortlich sein wird (Mot 2011).

2.3.1.1.1.2. Existiert eine Planung von Humanressourcen?

Die Planung für Humanressourcen in den Niederlanden stellt sich wie folgt dar (Schäfer et al. 2010):

- Ärzte: es existiert ein sehr detaillierter Planungsprozess;
- Gehobenes Pflegepersonal: es existiert ein wenig detaillierter Planungsprozess;
- Weiteres Medizin- und Gesundheitspersonal wird in der Regel nicht geplant,

Planungsprozess bei den Ärzten

1999 wurde mit dem *Capaciteitsorgaan* (<http://www.capaciteitsorgaan.nl>) ein exklusives Beratungsorgan für das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport gegründet, welches die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Ärzten zum Gegenstand hat. Damit soll rechtzeitig auf einen eventuellen Mangel oder ein mögliches Überangebot von Ärzten reagiert werden können. Das *Capaciteitsorgaan* wird dabei vom *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg* (NIVEL) (<http://www.nivel.nl>) unterstützt. Das NIVEL, ein wissenschaftliches Institut für die Versorgungsforschung, hat in diesem Zusammenhang ein „stock and flow model“ zur Prognose des zukünftigen Ärztebedarfs entwickelt (Schäfer et al. 2010).

Die ermittelten Prognosen des Ärztebedarfs werden mit den Repräsentanten/Vertretern des Berufsstandes, den Krankenversicherungen und den Zuständigen im medizinischen Ausbildungssektor diskutiert. Im Anschluss daran werden die daraus resultierenden Empfehlungen, welche einen Vorschlag über die Anzahl neu auszubildender Fachärzte enthalten, mit dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport und dem Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft diskutiert (Schäfer et al. 2010).

Aus den Diskussionen resultiert letztlich eine Empfehlung an die medizinischen Fakultäten, Schulen und Universitäten über die jährlich aufzunehmende Zahl an Medizinstudenten (Schäfer et al. 2010).

Planungsprozess beim gehobenen Pflegepersonal

Der Planungsprozess beim gehobenen Pflegepersonal ist weitaus weniger komplex als jener bei den Ärzten. Hier existiert das sogenannte *regiomarge* Programm anhand dessen nationale, regionale und lokale Organisationen relevante Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt beobachten und Prognosen über den zukünftigen Bedarf an gehobenen Pflegepersonal basierend auf dem Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage errechnet werden können. Diese Prognosen werden von *Kiwa Prismant* (<http://www.kiwaprismant.nl/prismant>) durchgeführt, einem privaten Anbieter für Studien im Gesundheitswesen (Schäfer et al. 2010).

2.3.1.1.1.3. Wer wirkt beim Entscheidungsprozess mit?

Beim Planungsprozess der Ärzte wirken folgende Akteure mit: Capaciteitsorgaan, NIVEL, Repräsentanten/Vertreter des Berufsstandes, Krankenversicherungen, medizinische

Ausbildungssektor, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft.

2.3.1.1.1.4. Wer ist für die Planung der Ausbildung zuständig?

Keine Information verfügbar

2.3.1.1.1.5. Wer ist zuständig für die Vergabe von Lizenzen?

Das *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg* Gesetz regelt die Registrierung und Lizenzierung des Gesundheitspersonals in den Niederlanden. Dem Gesetz zufolge ist all jenem Gesundheitspersonal die Berufsausübung erlaubt, welches einerseits im BIG-Register registriert ist und andererseits die Lizenz des jeweiligen Berufsverbandes innehat (Schäfer et al. 2010).

Modus der Registrierung

Das *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)* sieht die verpflichtende Registrierung von Gesundheitspersonal vor. Hierzu zählen: Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten, Hebammen, Psychotherapeuten, Psychologen und Pharmazeuten (Schäfer et al. 2010).

Die Registrierung erfolgt nach Abschluss der (universitären) Ausbildung im sogenannten BIG-Register (<http://www.bigregister.nl>), welches die Registrierung im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport durchführt. Die Registrierung muss bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenpflegepersonal, Hebammen und Physiotherapeuten alle fünf Jahre erneuert/wiederholt werden, weil ebendiese auf eine Dauer von fünf Jahren beschränkt ist (Schäfer et al. 2010). Das Register ist öffentlich zugänglich, sodass sich jeder Niederländer von den Qualifikationen oder auch z. B. einem etwaigen Berufsverbot überzeugen kann.

Modus der Lizenzierung

Die Lizenzierung erfolgt in der Regel durch den Berufsverband der jeweiligen Profession.

Die Lizenzierung der Ärzte ist durch die Berufsgruppe vornehmlich selbst reguliert. Der Dachverband/Spitzenverband der Ärztevertretungen, *Koninklijke Nederlandsche*

Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) regelt die berufliche Ausbildung der Ärzte. Der KNMG legt in diesem Zusammenhang den Inhalte fest (Schäfer et al. 2010).

Der Lizenzierungsmechanismus für Ärzte gestaltet sich unterschiedlich:

Fachärzte

Der Verband der Fachärzte hat für die Lizenzierung der Fachärzte sein eigenes *Procedere* entwickelt, was sich wie folgt darstellt:

Das *Centraal College Medische Specialismen (CCMS)* legt die taxative Liste der unterschiedlichen Facharzttrichtungen sowie die Voraussetzungen für medizinische Kurse, Lehrer und Institutionen fest. Die diesbezüglich getroffenen Entscheidungen des CCMS erlangen nach der Genehmigung des Ministeriums für Unterricht und Wissenschaft Rechtsgültigkeit (Schäfer et al. 2010).

Das *Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)* setzt die Beschlüsse des CCMS um und ist für die eigentliche Registrierung der Fachärzte zuständig (Schäfer et al. 2010).

Beim *Centraal College Medische Specialismen (CCMS)* und seinem Ausschuss, *Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)*, handelt es sich um unabhängige Institutionen, welche nicht dem *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG)* unterstehen. Die Kommission besteht aus einem Vertreter des jeweiligen Fachs, drei Vertretern des Verbandes der Niederländischen Krankenanstalten (NVZ), drei Vertretern des Verbands der Universitätskliniken (VZA) sowie weitere beratende Mitglieder. Die Mitglieder des Ausschusses dürfen keine Führungsposition in anderen Berufsvertretungen (wie z. B. dem CCMS) innehaben. Insofern besteht in den Niederlanden eine Trennung bei den Zuständigkeiten für die Lizenzierung und der Festlegung der Voraussetzungen für die Zulassung.

Praktische Ärzte (GPs), Pflegeheimärzte, Sozialmediziner

Die praktischen Ärzte (GPs), Pflegeheimärzte und Sozialmediziner verfügen über ein eigenes „*Centraal College*“ und „*Registratie Commissie*“, welches sich für deren Lizenzierung in ähnlicher Weise verantwortlich zeigt.

2.3.1.1.1.6. Wer ist zuständig für die Weiterbildung?

Ärzte

Als eine Art der Weiterbildung kann die verpflichtende Reregistrierung alle fünf Jahre angesehen werden (genauere Details siehe oben). Eine der Grundvoraussetzungen für die

Reregistrierung war die Teilnahme an der *Continuous Medical Education (CME)*. Als Kritikpunkt bei der CME wurde genannt, dass sich Ärzte frei über die Fortbildungsveranstaltungen entscheiden können, welche sie besuchen möchten. Dieser Umstand führte dazu, dass sich Ärzte für Fortbildungsveranstaltungen entschieden welche ihr eigenes Interessensgebiet widerspiegeln aber nicht auf den Erwerb neuen Wissens bzw. die Füllung möglicher Wissenslücken abzielten. Insofern setzt das niederländische Gesundheitssystem im Rahmen der Reregistrierung auf *Continuous Professional Development (CPD)*, was explizit auf den strukturierten Erwerb neuen Wissens und neuer Fertigkeiten abzielt. Das *Centraal College Medische Specialismen (CCMS)* ist für die Durchführung dieses neuen Weiterbildungsansatzes verantwortlich. Für die inhaltliche Ausgestaltung des Weiterbildungsprogrammes zeichnet sich die *Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)* verantwortlich (Schäfer et al. 2010).

Generell ist für die Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen bei Fachärzten die *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)* und bei praktischen Ärzten (GPs) die *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* (<http://nhg.artsennet.nl/>) verantwortlich (Mot 2011).

Gehobenes Pflegepersonal

Die Aus- und Weiterbildungskriterien zur Diplomkrankenschwester (nurse specialist) werden vom *College Specialismen Verpleegkunde (CSV)* (<http://www.verpleegkundigspecialismen.nl>) festgelegt (Schäfer et al 2010).

2.3.1.1.1.7. Wer zahlt für die Weiterbildung?

Es gibt keine besonderen Regeln, wie Weiterbildung finanziert wird.

2.3.1.1.1.8. Wer ist mit der Qualitätssicherung betraut?

Die Rezertifizierung von Ärzten ist in den letzten Jahren strenger geworden. Neben der CME sind auch Teilnahmen an Peer Review und Visitationen vorgeschrieben. Standards werden vom CCMS vorgegeben, betreffen aber auch die Registrierung im BIG.

2.3.1.1.2. Sicherstellung der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (Struktur)

Seit der letzten Gesundheitsreform im Jahr 2006 ist der Staat im niederländischen Gesundheitssystem lediglich als Regulator und Überwacher eines nunmehr privatisierten ehemaligen Sozialversicherungssystems. Das Gesundheitswesen wird im wesentlichen von drei Akteuren bestimmt: 1) den Patienten bzw. Versicherten, 2) den agieren Ärzte und Krankenhäuser, die zum Großteil von privaten, nicht gewinnorientierten Gesellschaften betrieben werden und 3) den ausschließlich private Versicherungsunternehmen. Ziel der Gesundheitsreform war es in nachfrageinduziertes, patientenzentriertes Gesundheitssystem zu schaffen, welches von vermehrten Marktanreizen und verringerten Regierungsschnittstellen gekennzeichnet ist (Schäfer et al. 2010).

Zur Überwachung dieser drei Akteure/Gesundheitsmärkte und damit der Sicherstellung des Zuganges zu Gesundheitsdienstleistungen für Jedermann sind drei Aufsichtsbehörden verantwortlich.

- *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*, weiterführende Information siehe Beginn
- *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*, weiterführende Information siehe Beginn
- *Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)*, weiterführende Information siehe Beginn

2.3.1.1.2.1. Planung des Gesundheitswesens: Welche Institution ist mit der Planung des Gesundheitswesens (Struktur) betraut?

Im Zuge der Gesundheitsreform 2006 wurde die zentrale Planung von Gesundheitseinrichtungen wie z. B. Krankenanstalten abgeschafft. Es ist nunmehr jede Gesundheitseinrichtung dazu aufgerufen, selbst ihre Kapazitäten und Planungsstrategien festzulegen. Einig im Bereich der Alten- und Pflegeheime existiert noch eine zentrale Planung. Hier bestimmt die Regierung die Anzahl an Plätzen von Alten- und Pflegeheimen (Schäfer et al. 2010).

a) Bestimmung der Qualitätssicherung

Die Regierung zeichnet sich in den Niederlanden für die Qualitätssicherung der Leistungserbringer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verantwortlich.

Die gesetzlichen Grundlagen hierzu bilden folgende Gesetze: *Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)*, *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)* und *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)*.

In ihren Agenden wird die Regierung dabei maßgeblich von der *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)* (<http://www.igz.nl>) = Aufsichtsbehörde für Gesundheitsinspektionen unterstützt bzw. beraten. Die IGZ ist ein zentrales Organ in der Regulierung/Beaufsichtigung der zu erbringenden / der erbrachten Qualität in der medizinischen Versorgung. Hierbei setzt die IGZ unter anderem gesetzliche Bestimmungen/Regulierungen im Bereich Public Health um, untersucht Beschwerden und Unregelmäßigkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung und setzt Maßnahmen, wenn sie notwendig und angemessen erscheinen.

Qualitätssicherung auf Ebene der Institutionen im Gesundheitswesen (z. B. Krankenhäuser)

Die gesetzliche Grundlage in diesem Bereich stellt das *Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)* dar. Dieses Gesetz legt die Verantwortung im Qualitätsbereich in die Hand jeder einzelnen Institution im Gesundheitswesen und gibt ihnen die Freiheit die Qualitätsvorgaben/Qualitätskriterien in einem selbst gewählten Weg zu erfüllen. Die IGZ prüft die Einhaltung/Erfüllung der Qualitätsvorgaben/Qualitätskriterien (Schäfer et al 2010).

Qualitätssicherung auf Ebene der einzelnen berufsausübenden Individuen im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte)

Die gesetzliche Grundlage in diesem Bereich basiert auf dem *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)*. Es zielt auf die Qualitätssicherung der von den einzelnen Individuen im Rahmen ihrer Berufsausübung erbrachten Leistungen ab. In diesem Zusammenhang legt es unter anderem die Anforderungen hinsichtlich Kompetenz, Expertise und Fertigkeiten an die einzelnen Professionen im Gesundheitswesen fest. Die IGZ zeichnet sich in diesem Zusammenhang für die Implementierung des Gesetzes verantwortlich (Schäfer et al. 2010).

Qualitätsregulierung durch Ärzte

In diesem Zusammenhang hat z. B. das *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* (<http://nhg.artsennet.nl/home.htm>) Richtlinien für praktische Ärzte (GPs) entwickelt, welche Best Practice-Regeln für bestimmte Krankheiten oder Behandlungen beinhalten und durch ihre Anwendung die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern sollen (Schäfer et al. 2010).

- b) Bestimmung der Schauplätze der Leistungserbringung (Settings)

Die Bestimmung der Schauplätze der Leistungserbringer liegt im Verantwortungsbereich der Leistungsanbieter/Vertragspartner.

- c) Bestimmung der Orte und Dichte der Leistungserbringung

Ambulanter Bereich

Die Bestimmung der Orte und Dichte der Leistungserbringung obliegt im ambulanten Bereich der Selbstverantwortung der Leistungsanbieter/Vertragspartner. Es existiert hierzu keine Planung (Ettelt et al. 2008).

Stationärer Bereich

Analog zum stationären Bereich, fällt die Bestimmung der Orte und Dichte der Leistungserbringung im stationären Bereich in die Selbstverantwortung der Leistungsanbieter/Vertragspartner. Es existiert hierzu keine Planung (Ettelt et al. 2008, Schäfer et al. 2010).

2.3.1.1.2.2. Wie sind die Versicherten beteiligt?

Die Versicherten haben die freie Wahl der Krankenkasse/des Versicherungsträgers, sodass sie *per choice* und *exit* ausreichend Möglichkeiten haben, sich zu artikulieren.

2.3.1.1.2.3. Wer ist für die Durchführung zuständig?

Siehe oben, die zentrale Kapazitätsplanung wurde weitgehend verlassen.

2.3.1.1.2.4. Wer ist für Überwachung und Sanktionen zuständig?

Zur Überwachung und Sicherstellung der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen sind vor allem drei Behörden zuständig:

- *Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)*, weiterführende Information siehe Beginn
- *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*, weiterführende Information siehe Beginn
- *Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)*, weiterführende Information siehe Beginn

2.3.1.1.3. Bereitstellung von Arzneimitteln

2.3.1.1.3.1. Wer ist für die Zulassung der Arzneimittel zuständig?

Die *College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)* (<http://www.cbg-meb.nl>) = Arzneimittelbewertungskommission zeichnet sich in den Niederlanden für die Zulassung der Arzneimittel verantwortlich. Die CBG agiert unabhängig und besteht aus einem Vorsitzenden und 9 bis 17 Mitgliedern (Ärzte, Apotheker, Wissenschaftler), welche vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport nominiert werden (Cypionka et al. 2010).

In den Niederlanden bedürfen sämtliche Arzneimittel und pharmazeutische Produkte einer Zulassung. Die Zulassung erfolgt nach den Kriterien Qualität, Sicherheit und Effektivität. Im Zuge der Zulassung wird auch festgelegt, ob ein Arzneimittel verschreibungspflichtig ist oder nicht. Die CBG entscheidet dabei als unabhängige Instanz über die Erteilung, die Verweigerung und den Widerruf von Arzneimittelzulassungen.

2.3.1.1.3.2. Wie wird über die Erstattung von Arzneimitteln entschieden?

Verschreibungspflichtige Medikamente

Die Erstattung von Arzneimitteln ist durch eine Positivliste, die in drei Kategorien unterteilt ist, geregelt. Das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport entscheidet darüber, welche Arzneimittel in die Liste aufgenommen werden und in welche Kategorie sie eingeteilt werden (Cypionka et al 2010).

Annex 1A: Arzneimittel, welche aus therapeutischer Sicht untereinander austauschbar sind und Parallelimporte.

Annex 1B: Einzigartige Arzneimittel (Für die Aufnahme in Annex 1B ist der therapeutische Nutzen und die Kosteneffizienz ausschlaggebend, pharmakoökonomische Studien müssen geliefert werden).

Annex 2: Arzneimittel, welche nur unter bestimmten Umständen (z. B. Verordnung durch Facharzt, Verordnung für Krebsbehandlungen) oder nach Genehmigung durch die Krankenkassen erstattet werden.

Arzneimittel können von Annex 1A bzw. 1B entfernt werden, wenn wirksamere oder kosteneffizientere Alternativen vorhanden sind (Czypionka et al 2010).

2.3.1.1.3.3. Welche Rolle spielen hier die Versicherten?

Die Versicherten können nur über die Wahl des Versicherungsträgers Einfluss nehmen, wobei die Positivliste für alle verbindlich ist.

2.3.1.1.3.4. Wer bezahlt die Arzneimittel?

Verschreibungspflichtige Medikamente

Die Krankenkassen zeichnen sich im Rahmen des Basispakets der Krankenversicherung für die Erstattung der Arzneimittel aus der Positivliste verantwortlich. Arzneimittel, welche nicht in der Positivliste enthalten sind, sind von den Versicherten selbst zu bezahlen.

Für jede Gruppe von Arzneimitteln, welche untereinander aus therapeutischer Sicht austauschbar sind, existiert jedoch eine Erstattungsobergrenze. Falls ein Versicherter für ein Arzneimittel aus derselben Gruppe optiert, hat er die Differenz zwischen der Erstattungsobergrenze und dem Verkaufspreis selbst zu tragen (Schäfer et al. 2010).

2.3.1.1.3.5. Wie sind die Preise festgelegt?

Verschreibungspflichtige Medikamente

Für alle verschreibungspflichtigen Medikamente sind die Großhandelspreise gesetzlich über das *Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)* geregelt. Das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt

und Sport legt die maximalen Großhandelspreise fest. Diese werden aus den durchschnittlichen Großhandelspreisen von vergleichbaren Arzneimitteln in Belgien, Frankreich, Deutschland und Großbritannien berechnet.

Im Jahr 1999 wurde *Geneesmiddelen vergoedings system (GVS)* = Referenzpreissystem eingeführt. Alle Arzneimittel des Annex 1A (siehe Erstattung) werden in Gruppen von untereinander aus therapeutischer Sicht austauschbaren Arzneimitteln zusammengefasst. Ein gemeinsamer maximaler Erstattungsbetrag (Referenzpreis) wird für alle Arzneimittel innerhalb einer Gruppe festgesetzt. Grundlage für die Berechnung sind die durchschnittlichen Kosten pro Defined Daily Dose (DDD). Der Referenzpreis entspricht dem auf DDD umgerechneten Durchschnittspreis der Arzneimittel einer Gruppe oder liegt knapp darunter. Das niederländische Referenzpreissystem umfasst rund 80 Prozent der erstattungsfähigen Arzneimittel. Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2006 dürfen Krankenkassen über freiwillige Verträge mit den Ärzten auch vereinbaren, dass nurmehr eine Version eines Wirkstoffes (in der Regel die günstigste) pro Referenzgruppe erstattet wird. Die Ärzte verpflichteten sich, etwa 80 Prozent Patienten einen bestimmten Wirkstoff zu verschreiben. Bei Erreichung des Zieles erhalten die Ärzte von den Krankenkassen einen finanziellen Bonus (Cypionka et al 2010).

OTS-Medikamente

Für alle OTC-Medikamente gilt grundsätzlich freie Preisbildung. In der Praxis orientieren sich jedoch viele Drogerien, Supermärkte und Tankstellen an den Verkaufspreisen der Apotheken (Cypionka et al. 2010).

2.3.1.1.3.6. Wie werden die Arzneimittel vertrieben?

Verschreibungspflichtige Medikamente

Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel werden über Apotheken vertrieben und gegen Vorlage eines Rezepts an die Versicherten/Patienten abgegeben. In den Niederlanden gibt es drei unterschiedliche Arten von Apotheken: 1) öffentliche Apotheken, Spitalsapotheken und Hausapotheken bei praktischen Ärzten (GPs).

OTC-Medikamente

Die OTC-Arzneimittel werden über Apotheken, Drogerien, Supermärkte und Tankstellen vertrieben.

2.3.1.1.4. Andere Heil- und Hilfsmittel

Bei der Bereitstellung der bzw. Zuständigkeit für andere Heil- und Hilfsmittel ist zwischen dem kurativen Bereich und dem Langzeitpflegebereich für chronisch Kranke zu unterscheiden.

Kurativer Bereich

Die Bereitstellung und Finanzierung der anderen Heil- und Hilfsmittel in diesem Bereich ist im *Zorgverzekeringswet (Zvw)* gesetzlich geregelt.

Langzeitpflegebereich für chronisch Kranke

Die Bereitstellung und Finanzierung der anderen Heil- und Hilfsmittel in diesem Bereich ist im *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* gesetzlich geregelt. Dieser Bereich ist z. B. für die Bereitstellung von Rollstühlen, die Adaptierung des Wohnraumes verantwortlich.

2.3.1.2. Sicherung der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Erbringung der Dienstleistungen)

2.3.1.2.1. Gesundheitsförderung

2.3.1.2.1.1. Wer ist mit Gesundheitsförderung im Allgemeinen betraut?

Das *Wet Publieke gezondheid (WPG)* Gesetz bildet den gesetzlichen Rahmen für die Gesundheitsförderung. Demzufolge liegt die Entwicklung, Implementierung und Koordinierung von Gesundheitsförderungsprogrammen und damit die Hauptverantwortung im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Die Regierung ist verpflichtet, alle vier Jahre ein Strategiepapier mit den wesentlichen Zielen der Gesundheitsförderung zu verfassen.

2.3.1.2.1.2. Wer stellt die Leistungen der Gesundheitsförderung bereit?

Die Leistungen/Services im Bereich der Gesundheitsförderung werden von 29 *Gemeentelijk Gezondheidsdienst (GGDs)*, welche die Leistungs/Serviceerbringung für alle 443 Gemeinden übernehmen, zur Verfügung gestellt.

2.3.1.2.1.3. Wer stellt die Wissensbasis für Gesundheitsförderung zur Verfügung?

Nationale Einrichtungen, wie z. B. das *Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)* (<http://www.rivm.nl>) = Nationales Institut für Gesundheit und Umwelt; beim RIVM handelt es sich um ein großes wissenschaftliches Institut, welches unter anderem das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport maßgeblich in Public Health Agenden berät/unterstützt.

2.3.1.2.1.4. Weitere relevante Vermittler von Gesundheitsförderung

Zu weiteren relevanten Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung zählen:

- *Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (NVPG)* (<http://www.nvpg.net>), sie vertritt/fördert die Interessen von Personen, welche im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind;
- *Gezondheidsinstituut NIGZ (NIGZ)* (<http://www.nigz.nl>), es entwickelt für die Allgemeinheit Informationen bezüglich Gesundheit und eines gesunden Lebensstils;
- *Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek (PZO)* (http://www.rivm.nl/RIVM/Wie_wij_zijn/Volksgezondheid_en_Zorg/Centrum_voor_Preventie_en_Zorgonderzoek), hierbei handelt es sich um ein Subinstitut des RIVM, es führt originäre Forschung unter anderen in den Bereichen chronische Krankheiten, Prävention chronischer Krankheiten sowie Zugang zu und Qualität von medizinischer Versorgung durch;
- *STIVORO* (<http://www.stivoro.nl>), Kompetenzzentrum für Tabakprävention;
- *Soa Aids Nederland*, stellt sämtliche Information hinsichtlich AIDS zur Verfügung.

2.3.1.2.1.5. Wo erfolgt die Gesundheitsförderung primär?

Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden primär über die Schulen (Volksschule, Hauptschule/Gymnasium), den Arbeitsplatz, Sporteinrichtungen, praktische Ärzte, Informationen/Kampagnen in Zeitschriften und Fernsehen, das Internet vermittelt. Spezielle Beratung zur Gesundheitsförderung gibt es in den Bereichen Kindergesundheit, infektiöse Krankheiten, Umweltgesundheit und Hygiene.

2.3.1.2.2. Prävention

2.3.1.2.2.1. Wer ist mit Prävention im Allgemeinen betraut?

Das *Wet Publieke gezondheid (WPG)* Gesetz bildet, wie auch bei der Gesundheitsförderung, den gesetzlichen Rahmen für die Prävention. Demzufolge liegt die Entwicklung, Implementierung und Koordinierung von Gesundheitsförderungsprogrammen und damit die Hauptverantwortung im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Die Regierung ist verpflichtet, alle vier Jahre ein Strategiepapier mit den wesentlichen Zielen der Gesundheitsförderung zu verfassen.

2.3.1.2.2.2. Werden die Programme ausgewertet?

Die Programme werden vom *Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV)* (http://www.rivm.nl/RIVM/Wie_wij_zijn/Volksgezondheid_en_Zorg/Centrum_voor_Volksgezondheid_Toekomstverkenningen) ausgewertet. Hierbei handelt es sich um ein Subinstitut des RIVM. Das cVTV pflegt enge Kooperationen mit den führenden Wissenschaftlern und wissenschaftlichen Institutionen in den Niederlanden.

2.3.1.2.2.3. Wer stellt die Wissensbasis für Prävention zur Verfügung?

Siehe Gesundheitsförderung.

2.3.1.2.3. Primärversorgung (erster Kontakt mit dem Gesundheitssystem ohne Gesundheitsförderung und Prävention)

2.3.1.2.3.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Primärversorgung?

In der Primärversorgung gibt es wie in allen anderen Versorgungssettings keine alleinige Verantwortung eines einzelnen Ministeriums/einer einzelnen Institution. Vielmehr sind die Zuständigkeiten in der Primärversorgung sowie in den anderen Versorgungssettings dreigeteilt:

- Die Regulierung fällt in den Verantwortungsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport ist für die Regulierung;
- Die Verantwortung der Organisation ist bei den einzelnen Leistungsanbietern verortet;

- Die Bereitstellung der medizinischen Leistungen liegt im Verantwortungsbereich der Krankenkassen/Krankenversicherungen.

2.3.1.2.3.2. Wer finanziert die Primärversorgung?

Die Vergütung der Leistungen in der Primärversorgung wird von jenem Teilbereich der sozialen Krankenversicherung übernommen, welcher die Basisversorgung abdeckt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Zorgverzekeringswet (Zvw)*.

2.3.1.2.3.3. Wer bietet Primärversorgung an?

Der praktische Arzt (GP) nimmt im niederländischen Gesundheitssystem eine zentrale Funktion in der Primärversorgung ein. Er agiert als Gatekeeper und ist damit die erste Anlaufstelle in der medizinischen Versorgungskette (außer bei Notfällen und Akutbehandlungen). In seiner Funktion als Gatekeeper beschränkt er den Zugang des Patienten zu weiterer primärer oder sekundärer Versorgung. Abgesehen vom praktischen Arzt (GP) dürfen nur noch Zahnärzte und Hebammen Überweisungen zu weiteren/anderen Ärzten ausstellen (Schäfer et al. 2010).

Die Versorgungsstruktur in der Primärversorgung stellt sich wie folgt dar: Im Jahr 2008 gab es in den Niederlanden 8.783 praktizierende praktische Ärzte (GPs). 51 Prozent aller praktischen Ärzte haben sich in Gruppenpraxen von drei bis sieben praktischen Ärzten zusammengeschlossen, 29 Prozent aller praktischen Ärzte ordinieren in Praxen zu zweit und 20 Prozent aller praktischen Ärzte betreiben eine Einzelpraxis. Die meisten praktischen Ärzte sind selbständige Unternehmer oder Beteiligte an einer Personengesellschaft, nur wenige praktische Ärzte sind bei einem anderen praktischen Arzt in einer Gruppenpraxis anstellt. Ein praktischer Arzt, welcher seine Tätigkeit als Vollbeschäftigung ausübt, zeichnet für die Versorgung von rund 2.300 Patienten verantwortlich (Schäfer et al. 2010).

Abgesehen von den praktischen Ärzten (GPs) bieten auch Zahnärzte, Pharmazeuten, Psychologen, Physiotherapeuten und Hebammen Leistungen in der Primärversorgung an.

2.3.1.2.3.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Die zu erbringenden Leistungen sind im Basis-Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung festgelegt. Für die Zusammenstellung und den Umfang dieses Basis-Leistungskataloges ist die Regierung, welche in diesen Agenden vom *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* unterstützt bzw. beraten wird, verantwortlich. Änderungen der

Zusammenstellung bzw. des Umfangs des Basis-Leistungskataloges bedürfen eines parlamentarischen Beschlusses (Schäfer et al 2010).

2.3.1.2.3.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Die Tarife werden im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Vertretern der Leistungsanbieter und den Vertretern der Krankenkassen festgelegt. Dies passiert im Sinne von *managed competition*, einem Wettbewerb, welcher durch Regulatoren festgesetzten Spielregeln folgt, welche bei Bedarf auch eingreifen. Der Wettbewerb besteht zwischen Leistungsanbietern um Verträge mit Versicherten und Krankenkassen um Versicherte. Die Regulierung des Wettbewerbs basiert mittels Institutionen wie *Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)*, *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* und *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*. Definitionen von gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen werden vom Staat vorgegeben (Cypionka et al. 2011).

Praktische Ärzte (GPs)

Im Prinzip werden die Tarife als Maximaltarife zwischen *Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)* = nationale Vertretung der praktischen Ärzte, der *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)* (<https://www.zn.nl>) = niederländische Vertretung der Krankenkassen und dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport ausverhandelt. Das nachträgliche Ausverhandeln niedrigerer Tarife zwischen Ärzten und Krankenkassen ist zwar erlaubt, kommt aber kaum vor (Schäfer et al. 2010). Konkrete Verträge werden aus Gründen der Verhandlungsökonomie regional meist nur mit der regional dominierenden Krankenkasse ausgehandelt und von den anderen Krankenkassen in der Regel übernommen. Ein praktischer Arzt hat im Durchschnitt 14 Verträge mit Krankenkassen (Schäfer et al. 2010).

2.3.1.2.4. Sekundärversorgung (spezialisierte ambulante Versorgung und stationäre Versorgung ohne Langzeitpflege)

2.3.1.2.4.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Sekundärversorgung?

Die Krankenversicherer stellen die Sekundärversorgung sicher.

2.3.1.2.4.2. Wer finanziert die Sekundärversorgung?

Die Vergütung der Leistungen in der Sekundärversorgung stellt sich wie folgt dar:

Leistungen aus dem Spitalsbereich werden von jedem Teilbereich der sozialen Krankenversicherung übernommen, welcher die Basisversorgung abdeckt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Zorgverzekeringswet (Zvw)*.

2.3.1.2.4.3. Wer bietet Sekundärversorgung an?

Sekundärversorgung wird von Fachärzten, Ärzte in Ausbildung, Pflegepersonal und Angehörige anderer Gesundheitsberufe in verschiedenen Arten von Krankenanstalten und ärztlichen Versorgungszentren erbracht.

Die Versorgungsstruktur in der Sekundärversorgung stellt sich wie folgt dar: Im Jahr 2009 gab es in den Niederlanden 141 Krankenanstalten, wovon 8 Universitätskliniken und 98 Sonderkrankenanstalten waren. In den Niederlanden stehen alle Krankenanstalten unter privater Trägerschaft. Die meisten werden als Non-Profit-Institutionen geführt (Schäfer et al. 2010).

Die „Top Clinical Centres“ sind organisatorisch bei den Universitätskliniken verortet und auf einen medizinischen Fachbereich (z. B. Herzchirurgie, Onkologie, Transplantationen) spezialisiert (Schäfer et al. 2010).

Die Medizinischen Versorgungszentren stehen für nicht-akute, ambulante und tägliche Versorgung. In der Regel sind sie auf eine medizinische Fachrichtung (z. B. Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, etc. ...) spezialisiert. Die selbständigen Behandlungszentren sind unabhängige Anbieter von fachärztlichen Leistungen und sind als Konkurrenz zu den Krankenhäusern gedacht, um einerseits die Wartezeiten auf Spitalsbehandlungen zu verringern und andererseits die Effizienz der Spitäler zu verbessern. Seit der Gesundheitsreform 2006 dürfen solche Behandlungszentren auch Patienten stationär behandeln und stehen damit teilweise in direkter Konkurrenz zu den Krankenhäusern. Die meisten dieser selbständigen Behandlungszentren führen in erster Linie elektive Routineeingriffe mit hoher Fallzahl durch, was ja auch vom kommerziellen Gesichtspunkt her sehr lukrativ ist. Viele bieten auch privat zu zahlende Behandlungen an (Cypionka et al. 2011).

2.3.1.2.4.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Das niederländische Vergütungssystem im Sekundärbereich wird DBC (Diagnose Behandlungskombination) genannt. Ein Teil dieser Leistungen wird auch preislich vom NZA festgelegt. Ein wachsender Anteil an Leistungen (derzeit bereits 70%) können zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern frei vereinbart werden. Ähnliche Vereinbarungen werden auch mit anderen Leistungserbringern in der Sekundärversorgung geschlossen.

2.3.1.2.4.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Die Vergütung der Krankenanstalten basiert anhand von sogenannter *Diagnose Behandel Combinatie (DBC)* = Diagnose-Behandlungs-Kombinationen. Hierbei handelt es sich um diagnosebasierte Fallpauschalen für Behandlungspauschalen, welche den Patienten aufgrund ihres Krankheitsbildes zugewiesen werden. Das DBS basierte niederländische Abrechnungssystem ähnelt einem DRG-basierten, jedoch decken die DBS sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor ab (Schäfer et al. 2010).

Die Festlegung der DBC-Sätze stellt sich wie folgt dar. Die DBCs werden in zwei Segmente geteilt, wobei das A-Segment das nicht-verhandelbare Segment und das B-Segment das frei-verhandelbare Segment darstellt. Im A-Segment werden die Sätze der DBCs durch die *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* vorgegeben. Im B-Segment hingegen werden die Sätze der DBCs durch Verhandlungen zwischen den Vertretern der Krankenanstalten und den Vertretern der Krankenkassen festgelegt. Die Anzahl der frei-verhandelbaren DBCs (=B-Segment) ist im Steigen begriffen. Im Jahr 2005 waren 10 Prozent aller DBCs frei verhandelbar, im Jahr 2009 waren es schon 34 Prozent, heute bei rund 70 Prozent.

2.3.1.2.5. Tertiärversorgung (hoch spezialisierte medizinische Leistungen)

2.3.1.2.5.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Tertiärversorgung?

Siehe Primärversorgung.

2.3.1.2.5.2. Wer finanziert die Tertiärversorgung?

Die Vergütung der Leistungen in der Tertiärversorgung wird von jenem Teilbereich der sozialen Krankenversicherung übernommen, welcher die Basisversorgung abdeckt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Zorgverzekeringswet (Zvw)*.

2.3.1.2.5.3. Wer bietet Tertiärversorgung an?

Tertiärversorgung wird für gewöhnlich von Fachärzten, Pflegepersonal und Angehörige anderer Gesundheitsberufe in Universitätskliniken erbracht. In Einzelfällen bieten auch Zentren für mentale Gesundheit Tertiärversorgung an.

2.3.1.2.5.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Siehe Sekundärversorgung.

2.3.1.2.5.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Siehe Sekundärversorgung.

2.3.1.2.6. Rehabilitation

2.3.1.2.6.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Rehabilitation?

Auch die Rehabilitation ist Aufgabe der Kassen.

2.3.1.2.6.2. Wer finanziert die Rehabilitation?

Die Vergütung der Rehabilitationsleistungen wird primär von jenem Teilbereich der sozialen Krankenversicherung übernommen, welcher die Basisversorgung abdeckt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Zorgverzekeringswet (Zvw)*. Jene Rehabilitationsleistungen (z. B. medizinische Heilbehelfe und Hilfsmittel), welche nicht in diesen Teilbereich fallen, werden von den Gemeinden bezahlt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*.

2.3.1.2.6.3. Wer bietet Rehabilitation an?

Rehabilitation wird entweder von Rehabilitationsabteilung in Krankenanstalten oder von Rehabilitationszentren angeboten.

2.3.1.2.6.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Die Krankenversicherer handeln wie in anderen Bereichen die Verträge und Tarife aus.

2.3.1.2.6.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Siehe oben.

2.3.1.2.7. Behandlung nach Unfällen / Notfallversorgung

2.3.1.2.7.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Behandlung nach Unfällen / Notfallversorgung?

Es gibt in den Niederlanden keine separate Unfallversicherung. Die Unfallversicherung wird ebenfalls von den Krankenversicherungen durchgeführt.

2.3.1.2.7.2. Wer finanziert die Behandlung nach Unfällen / Notfallversorgung?

Die Vergütung der Leistungen für die Behandlung nach Unfällen / Notfallversorgung wird von jenem Teilbereich der sozialen Krankenversicherung übernommen, welcher die Basisversorgung abdeckt. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet das *Zorgverzekeringswet (Zvw)*.

2.3.1.2.7.3. Wer bietet Behandlung nach Unfällen an / Notfallversorgung?

Die Behandlung nach Unfällen / Notfallversorgung erfolgt einerseits durch praktische Ärzte (GPs) sowie andererseits in Krankenhäusern und Traumzentren durch Fachärzte, Ärzte in

Ausbildung, Pflegepersonal und Angehörige anderer Gesundheitsberufe (Schäfer et al. 2010).

2.3.1.2.7.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Wie in anderen Bereichen werden die Leistungen zwischen Krankenversicherungen und den entsprechenden Krankenanstalten und Zentren ausgehandelt.

2.3.1.2.7.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Siehe oben.

2.3.1.2.8. Übergangspflege

2.3.1.2.8.1. In wessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe der Übergangspflege?

Die Krankenversicherungen sind für diesen Bereich ebenfalls zuständig.

2.3.1.2.8.2. Wer finanziert die Übergangspflege?

Die Vergütung der Leistungen in der Übergangspflege wird von jenen beiden Teilbereichen der sozialen Krankenversicherung übernommen, welche die Basisversorgung und die Langzeitpflege abdecken. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür das *Zorgverzekeringswet (Zvw)* (Basisversorgung) und das *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* (Langzeitpflege). In welchen der beiden Teilbereiche die Finanzierungsverantwortung genau fällt, ist von der konkreten in Anspruch genommenen Leistung abhängig.

2.3.1.2.8.3. Wer bietet Übergangspflege an?

Übergangspflege wird von Krankenanstalten und Gesundheitszentren angeboten.

2.3.1.2.8.4. Wie werden die zu erbringenden Leistungen ausverhandelt?

Siehe Primärversorgung.

2.3.1.2.8.5. Wie werden die Tarife festgelegt?

Siehe Sekundärversorgung.

2.3.1.2.9. Patiententransport

Keine Informationen verfügbar.

2.3.2. Versicherte

2.3.2.1. Wie kann der Versicherte Entscheidungen mitbestimmen?

Versicherungsräte bei Krankenkassen

Die Einbeziehung der Bürger bei Entscheidungen der Krankenkassen ist in den Niederlanden gesetzlich geregelt. Dem *Zorgverzekeringswet (Zvw)* zufolge muss es den Versicherten möglich sein, die Versicherungspolitik mitzubestimmen. Dies kann von der Erhebung der Zufriedenheit bis zu einem Versicherungsrat reichen. Die gesetzliche Einflussnahme entspricht zwar einer bedeutenden Einflussnahme für die Bürger/Versicherten, jedoch ist die Beteiligung an der Versicherungspolitik nicht genau definiert, wodurch sich eine gewisse Unschärfe ergibt. Eine Untersuchung von Van der Schee et al. (2000) eines Versicherungsrates, liefert dazu kein eindeutiges, aber trotzdem zumindest absolut kein negatives Ergebnis. 39,4 % der Befragten Vertreter in der Versicherung stufen ihren Einfluss als gering ein, wohingegen 49,2 % diesen als hoch einschätzten (Schäfer et al. 2010, Cypionka et al. 2011).

Die Entscheidungen in den Bereichen fundamentale Prinzipien, Mitbestimmung bei der Finanzierung, Festlegung der Beitragshöhe, Pooling, Leistungskatalog, Verhandlung mit Anbietern obliegen in der Regel der Regierung, dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, den Leistungsanbietern und den Krankenkassen getätigt. Die Versicherten können über die oben genannten Versicherungsräte versuchen, Einfluss auf die Entscheidungen in den genannten Bereichen zu nehmen. Die Möglichkeit der Einflussnahme ist jedoch gerade für die genannten Bereiche sehr beschränkt.

2.3.2.2. Welche Mittel verhindern Armut im Fall von Krankheit

2.3.2.2.1. Versicherungsfunktion des Gesundheitssystems

Das niederländische Gesundheitssystem ist von einer Versicherungspflicht für jeden Einwohner, bei gleichzeitiger Annahmepflicht von Seiten der Versicherung, gekennzeichnet. Damit ist jeder Einwohner vor dem Risiko der mit einer Krankheit verbundenen Kosten selbst tragen zu müssen geschützt.

Versicherte werden auf zweierlei Art und Weise vor Armut im Falle von Krankheitsfällen geschützt:

- 1) Anspruch auf Krankenkassenleistungen aus dem Leistungskatalog des Basispaketes (=Sozialtransfers in kind), damit soll das Risiko der mit einer Krankheit verbundenen Kosten selbst tragen zu müssen, abgesichert werden;
- 2) Anspruch auf Krankengeld ab den ersten bzw. dritten Tag der Krankheit sowie Anspruch auf Invalidengeld ab der 105. Woche der Krankheit. Bei beiden Leistungen handelt es sich um Sozialtransfer in cash, welche dazu dienen sollen, das Risiko des Verdienstentganges abgesichert werden.

2.3.2.2.2. Social transfers in kind

Versicherte haben im Fall von Krankheitsfällen Anspruch auf Krankenkassenleistungen aus dem Leistungskatalog des Basispaketes. Folgende Leistungen sind im Leistungskatalog des Basispaketes inkludiert (Schäfer et al. 2010):

- Medizinische Versorgung, welche die Versorgung durch praktische Ärzte (GPs), im Spital, durch Fachärzte und durch Hebammen beinhaltet;
- Spitalsaufenthalt;
- Zahnbehandlung für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 22 Jahren, danach ist nur mehr Spezialzahnbehandlung und ein „Satz falscher Zähne“ abgedeckt;
- Medizinische Hilfs- und Gebrauchsgüter;
- Pharmazeutische Versorgung;
- Versorgung während der Schwangerschaft und der ersten Zeit der Mutterschaft;
- Krankentransport;
- Physiotherapie für chronisch Kranke (die ersten zehn Einheiten im Kalenderjahr sind abgedeckt), Bewegungstherapie, Diätberatung, Sprachtherapie;
- Mentale/psychische Versorgung: im Basispaket sind die ersten acht Sitzungen in der ambulanten Versorgung sowie das erste Jahr der stationären Versorgung abgedeckt.

2.3.2.2.3. Social transfers in cash

In den Niederlanden existieren zwei Arten von Sozialtransfers in Cash um Personen im Falle von Krankheit vor Armut zu schützen, Kranken- und Invalidengeld. Diese Sozialtransfers sind aber nicht Teil der sozialen Krankenversicherung.

Krankengeld

Versicherte haben im Falle von Krankheitsfällen ab dem ersten bzw. dritten Tag der Krankheit (abhängig von der Art des Angestelltenverhältnisses bzw. der Regelung im Arbeitsvertrag) Anspruch auf Krankengeld für eine Dauer von max. 104 Wochen. Die Höhe des Krankengeldes beträgt im ersten Jahr der Krankheit für gewöhnlich 100 Prozent des Gehalts und im zweiten Jahr der Krankheit 70 Prozent. Das Krankengeld ist vom Arbeitgeber zu tragen, die sich ihrerseits gegen dieses Risiko versichern können (Schäfer et al 2010).

Invalidengeld

Versicherte haben im Falle von Krankheitsfällen (sowohl physischer als auch psychischer Natur), welche länger als 104 Wochen dauern, Anspruch auf staatliches Invalidengeld. Der Anspruch und der Grad der Invalidität wird vom *Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen (UWV)* (<http://www.uwv.nl>) geprüft und festgelegt. Die Höhe des Invalidengeldes beträgt bei vollständiger Invalidität maximal 75 Prozent des Letztgehältes und bei teilweiser Invalidität maximal 70 Prozent des Letztgehältes (Schäfer et al. 2010).

2.3.2.2.4. Andere

Keine

2.3.3. Bürger

2.3.3.1. Governance und „Health in all policies“

2.3.3.1.1. Konstitutionelle Prinzipien des Gesundheitssystems: Wie wird über fundamentale Prinzipien entschieden?

Das Parlament bestimmt die wesentlichen Prinzipien, die meisten Gesetzesinitiativen kommen vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport. Dabei wird das Ministerium von den einzelnen Aufsichtsbehörden und Organen/Gremien (siehe Beginn des Länderberichts) beraten.

2.3.3.1.2. Durchführung von „Health in all policies“: Welche Institutionen sind für die Koordination von Gesundheitsfragen mit anderen öffentlichen Bereichen zuständig?

Es existiert eine Reihe von Interessensgruppierungen und Lobbyinggruppen, welche in diesem Zusammenhang eine koordinierende Rolle einnehmen. Hierzu zählen zum Beispiel **im Bereich der Konsumenten** der *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)* (<http://www.npcf.nl>) = Verband für Patienten und Konsumenten, **im Bereich der Krankenhäuser** die *Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)* (<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl>) = Niederländische Krankenhausvereinigung und **im Bereich der Fachärzte** der *Orde van Medisch Specialisten (OMS)* (Mot 2011).

2.3.3.1.3. Existieren Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder?

In den Niederlanden existieren nationale Gesundheitsziele.

2.3.3.1.4. Welche Institutionen legen Gesundheitsziele fest?

Nationale Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder werden für gewöhnlich vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport festgelegt/definiert. Lokale Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder werden von den Gemeinden festgelegt/definiert (Schäfer et al. 2010). Das Gesundheitsministerium wird dabei vom Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, dem Public-Health Beirat, unterstützt.

2.3.3.1.5. Wie werden diese beobachtet?

Gesundheitsziele sind eine recht junge Entwicklung in den Niederlanden, es existiert daher noch kein Monitoring. Allerdings wird seit 2006 alle zwei Jahre ein umfangreicher Performance-Report veröffentlicht (RIVM 2010).

2.3.3.1.6. Welche Mittel werden eingesetzt um die Interessensvertreter gemäß den Zielen zu leiten??

Siehe oben.

2.3.3.1.7. Welche Institutionen steuern und begleiten diese Prozesse?

Der RVZ hat die Einführung von Gesundheitszielen empfohlen.

2.3.3.2. Wie kann der Bürger Entscheidungen beeinflussen?

Die Einbeziehung der Bürger bei Entscheidungen im Gesundheitswesen basiert in den Niederlanden einerseits durch Patientenbeiräte/Versicherungsräte und andererseits durch Patientenorganisationen.

Patientenbeiräte bei Leistungserbringern

Die Einbeziehung der Bürger bei Entscheidungen im Gesundheitswesen ist in den Niederlanden gesetzlich geregelt. Im Jahr 1996 wurde hierzu das *Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)* = Gesetz über die Mitbestimmung der Klienten im Gesundheitswesen verabschiedet. Es sieht vor, dass alle Leistungsanbieter des Gesundheitswesens Patientenbeiräte einrichten müssen. Das Gesetz regelt die genaue Zusammensetzung dieser Patientenbeiräte nicht, sondern hält lediglich fest, dass die Patientenbeiräte in Abstimmung mit Patientenvereinigungen und anderen Interessengruppen ausreichend repräsentativ sein müssen (Schäfer et al. 2011).

Die Patientenbeiräte müssen bei Budget- und Reformfragen beigezogen/miteinbezogen werden, verfügen jedoch über kein Vetorecht.

Versicherungsräte bei Krankenkassen

Siehe Punkt: Versicherte.

Patientenorganisationen

In den Niederlanden existieren zahlreiche Organisationen, die die Interessen der Bürger/Patienten vertreten sollen. Diese können unterschieden werden in allgemeine Patientenorganisationen, welche die generellen Interessen von Leistungsinanspruchnehmern im Gesundheitswesen vertreten und spezielle Patientenorganisationen, welche sich den Interessen von Personen mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen annehmen.

Ein Großteil aller Patientenorganisationen ist im *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)* zusammengeschlossen, welcher 1992 gegründet wurde. Der NPCF strukturiert sich in fünf strategische Felder:

- Chronisch kranke und körperlich Behinderte
- (Vertreter von) Personen mit einer mentalen Behinderung
- Psychisch kranke
- Pflegeheimpatienten
- Patienten in Spitälern und in der ambulanten Versorgung

Grundvoraussetzungen für eine Mitgliedschaft sind eine patienten- bzw. konsumentenorientierte Ausrichtung der Organisation, bei gleichzeitiger nicht-kommerzieller Tätigkeit. Die Mitgliederversammlungen, bei denen Ergebnisse von vier Arbeitsgruppen zu NPCF relevanten Themen, wie beispielsweise Qualität, Transparenz oder Patientenmitbestimmung im Gesundheitswesen diskutiert werden, finden vier Mal jährlich statt. Im Abstand von drei bis vier Jahren findet der Nationale Patientenkongress statt, bei dem Vertreter der NPCF-Mitgliederorganisationen und Vertreter von Leistungsanbietern und politischen Parteien zusammen treffen.

Die Umsetzung diverser Forderungen des *NPCF* geschieht durch Lobbying bei Entscheidungsträgern, Presseaussendungen zu aktuellen Themen und Entscheidungen sowie wissenschaftlichen Studien. Für die Vertretung nach Außen werden Mitglieder in

Patientenbeiräte, in *den Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)* und in den *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* entsandt (Den Exter et al. 2004).

2.3.3.2.1. Fundamentale Prinzipien, Struktur des Gesundheitssystems, Einhebung der Beiträge, Pooling, Leistungskatalog, Verhandlung mit Anbietern

Die fundamentalen Prinzipien und vor allem die Struktur des Gesundheitswesens werden im Großen und Ganzen von der Regierung determiniert. Die Bürger haben die Möglichkeit, durch demokratische Wahlen auf Bundesebene Entscheidungen in diesen Bereichen zu beeinflussen.

Die Entscheidungen in den Bereichen Einhebung der Beiträge, Pooling, Leistungskatalog, Verhandlung mit Anbietern werden vor allem von der Regierung, dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, den Leistungsanbietern und den Krankenkassen getätigt. Die Bürger haben prinzipiell die Möglichkeit durch die oben genannten Patientenbeiräte/Versicherungsräte und Patientenorganisationen Entscheidungen in diesen Bereichen mitzubestimmen. Allerdings ist gerade in diesem Bereich die Einflussnahme der Patientenbeiräte/Versicherungsräte und Patientenorganisationen in der Realität relativ gering.

2.3.4. Konsument

2.3.4.1. Konsumenteninformation im Gesundheitsbereich

2.3.4.1.1. Wer bietet Konsumenteninformation an?

In den Niederlanden gibt es eine Reihe von Leistungsanbietern, Organisationen und Webportale, welche Konsumenteninformationen anbieten. Hierzu gehören:

- *Gemeentelijk Gezondheidsdienst (GGDs)* sowie deren Dachverband *GGD Nederland* (<http://www.ggd.nl>); Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- Krankenkassen sowie deren Dachverband *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*; Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- Krankenhäuser sowie das Gesamtprotal aller Krankenhäuser (<http://www.ziekenhuis.nl>); Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- Praktische Ärzte (GPs); Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport; Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- *Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)* über das Webportal www.kiesbeter.nl; Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- *College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)*; Schwerpunkt: Information welche Medikamente zugelassen sind;
- *Nederlands Bijwerkingen Centrum (LAREB)* (<http://www.lareb.nl>); Schwerpunkt: Information zu Nebenwirkungen zugelassener Medikamente;
- *Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie (KNMP)* (<http://www.knmp.nl>) = königliche niederländische Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie über das Webportal: <http://www.apotheek.nl>; Schwerpunkt: Informationen zu Arzneimitteln;
- *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)*;
- *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)*;
- Unabhängige Webportale, wie z.B. <http://www.medischestartpagina.nl>, <http://www.dokterdokter.nl>, <http://www.hulpguids.nl>; Schwerpunkt: allgemeine Patienteninformation;
- BIG-Register; Schwerpunkt: Information über die Qualifikation ambulanter Leistungsanbieter.

2.3.4.1.2. Wer bietet Informationen über Diagnosen und Behandlungsmethoden an?

Die eben unter Kapitel 2.3.4.1.1. genannten Organisationen bieten im Wesentlichen auch Informationen an.

2.3.4.1.3. Wer bietet Navigationsinformationen zum Gesundheitssystem an?

Informationen um Patienten durch das Gesundheitssystem zu navigieren obliegt im speziellen den praktischen Ärzten (GPs), den Krankenversicherungen, dem Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) über sein Webportal: www.kiesbeter.nl.

- **Praktische Ärzte (GPs)**
Die praktischen Ärzte (GPs) nehmen bei der Navigation der Patienten durch das Gesundheitssystem in ihrer Rolle als Gatekeeper eine Schlüsselfunktion ein. Dabei überweise bzw. navigieren sie die Patienten zu jenen Fachärzten, welche sie für die weitere Behandlung der Patienten als geeignet erachten.
- **Krankenkassen**
Die Krankenkassen stellt z. B. ihren Versicherten eine Liste mit jenen Leistungsanbietern zur Verfügung, mit denen sie in einem Vertragsverhältnis steht.
- **Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)**
Das RIVM informiert über seine Webseite www.kiesbeter.nl die Patienten unter anderem über Wartezeiten auf Operationen, über Leistungsspektren der einzelnen Krankenanstalten, über die Qualität der einzelnen Krankenanstalten, Informationen über Öffnungszeiten, etc. ...

2.3.4.1.4. Wer bietet Informationen zu bestimmten Leistungen und der Qualität von Leistungen an?

Siehe die unter Kapitel 2.3.4.1.1. genannten Leistungsanbieter und Organisationen

2.3.4.1.5. Wer bietet Informationen zu Patientenrechten an?

Hier ist insbesondere das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport zu nennen, welches auf seinem Webportal Informationen über Patientenrechte bereitstellt. Zusätzlich stellen auch der Verband der Patienten- und Konsumentenorganisationen *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)* sowie singuläre Konsumenten- und

Patientenorganisationen Informationen über Patientenrechte zur Verfügung. Auch auf dem Webportal www.kiesbeter.nl sind diesbezügliche Informationen zu finden.

2.3.4.1.6. Wer bietet Informationen zu Konsumentenrechten an?

Spezifische auf das Gesundheitswesen bezogene Informationen zu Konsumentenrechten werden von folgenden Institutionen bzw. auf folgenden Webportalen zur Verfügung gestellt:

- Consumentenbond (<http://www.consumentenbond.nl>)
- Consument en de Zorg (www.consumentendezorg.nl)
- Juridisch Steunpunt (www.juridischsteunpunt.nl)
- Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) über die Webseite www.kiesbeter.nl

Generelle Informationen zu Konsumentenrechten werden von der Institution consuWijzer (<http://www.consuwijzer.nl>) bereitgestellt.

2.3.4.1.7. Wer bietet Informationen zur Konsumentenunterstützung an?

Allgemeine Informationen

Allgemeine Informationen zur Konsumentenunterstützung werden vorwiegend *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)* bereitgestellt.

Informationen zum Beschwerdemanagement/zur Beschwerdeführung

Zu den wichtigen Stellen hier zählen:

- *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)*;
- *Stichting Ondersteuning Klachtovang Gezondheidszorg (SOKG)* (<http://www.sokg.nl>) = Stiftung zur Unterstützung von Beschwerdesystemen im Gesundheitswesen;
- *Informatie- en Klachtbureaus Gezondheidszorg (IKG)* = regionale Informations- und Beschwerdestellen zum Gesundheitswesen;
- *Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie (KNMP)*;

- *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);*
- *Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ.)*

2.3.4.1.8. Wer bietet Informationen über Leistungsansprüche an?

Hier sind einerseits die einzelnen Krankenkassen zu nennen, welche ihre Versicherten über deren Leistungsansprüche informieren, aber auch der Krankenversicherungsrat CVZ, der das Gesundheitsministerium zum Leistungskatalog berät.

2.3.4.2. Konsumentenunterstützung im Gesundheitsbereich

2.3.4.2.1. Wer bietet Informationen zur Entscheidungsfindung an?

In diesem Zusammenhang ist in erster Linie das *Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)* zu nennen, welches über sein Webportal www.kiesbeter.nl den Patienten zahlreiche Informationen zur Entscheidungsfindung bereitstellt. Hierzu zählen z. B. wie bereits oben erwähnt die Wartezeiten auf Operationen und die Qualität der einzelnen Krankenanstalten.

2.3.4.2.2. Wer unterstützt im Fall von Beschwerden?

Beschwerden über einen Leistungserbringer

Bei Beschwerden über einen Leistungserbringer bzw. über einen möglichen Behandlungsfehler kann sich die betroffene Person bzw. deren Angehörigen an die regional geschaffenen *Informatie- en Klachtbureaus Gezondheidszorg (IKG)* wenden. Diese bieten eine kostenlose Unterstützung beim Beschwerdeverfahren an (Vermittlung, Beschwerdebriefherstellung, etc.), geben aber keine medizinischen Auskünfte.

Im Beschwerdemanagement ist neben der IKG auch noch die *Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG)* zuständig. Sie bildet die hauptsächlich ehrenamtlichen Mitarbeiter der IKG aus und leistet Gesundheitseinrichtungen Beihilfe beim Aufbau von Beschwerdestellen. IKG und SOKG sammeln alle Beschwerdeeinreichungen und fassen diese zu einem Bericht zusammen, um Unzulänglichkeiten und Schwächen im Gesundheitssystem zu beleuchten (Berger 2002).

Beschwerden über die Qualität der Leistungserbringung

Bei Beschwerden kann sich die betroffene Person bzw. deren Angehörige an das *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)* wenden. Die IGZ ist eine unabhängige Einrichtung zur Überprüfung von Qualität und der Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung. Sie bewertet die Qualität von Leistungserbringern und kann dem Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport in beratender Rolle beistehen. Der IGZ ist es auch möglich, Beschwerde oder sogar eine Klage gegen Leistungserbringer einzulegen. Diese Klage wird bei der Disziplinarbehörde eingereicht (Den Exter et al. 2004).

Beschwerden über die Krankenversicherung

Bei Beschwerden über die Krankenversicherung kann sich die betroffene Person bzw. deren Angehörigen an die *Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)* wenden. Bei der SKGZ handelt es sich um eine unabhängige und unparteiische Organisation, welche auf die Lösung von Problemen zwischen Versicherer und Versicherten abzielt.

2.3.4.3. Konsumentenvertretung im Gesundheitsbereich

2.3.4.3.1. Wer vertritt Konsumentenrechte?

Der NPCF ist mit der Vertretung in diversen Gremien betraut, siehe oben.

3. Analyse und Vorschläge

Die Aufstellung bisheriger Modelle von Gesundheitssystemen im ersten Teil der Studie zeigte, dass diese allesamt die Funktionen des Systems in den Vordergrund stellen, unabhängig davon, ob sie bloß deskriptiv, analytisch oder reformorientiert vorgehen. Unser neu entwickelter Ansatz geht jedoch vom Menschen aus, um aus dessen Bedürfnissen, die Aufgaben abzuleiten, die ein Gesundheitssystem erfüllen muss. Der Mensch ist dabei ein komplexes Wesen und nimmt dabei wenigstens drei verschiedene Rollenbilder ein: Bürger, Versicherter und (potentieller) Patient, ergänzt um die Konsumentenrolle. Daraus folgen eine Reihe von Aufgaben, die in Abbildung 11: Rollenbilder, Bedürfnisse und daraus abgeleitete Aufgaben des Gesundheitssystems dargestellt sind.

Da die Aufgabenverteilung in Österreich sattsam bekannt ist, wird sie im Folgenden nur in komprimierender Weise dargestellt. Es folgt eine Analyse der Schwachpunkte anhand des entwickelten Modells aus dem ersten Teil des Projekts sowie Vorschläge zu deren Behebung.

3.1. Das österreichische Gesundheitswesen

3.1.1. Konstitution und rechtliche Grundlagen

In Österreich obliegt die Verwaltung dem Bund und den Ländern sowie der Selbstverwaltung. Letztere sind eigene Körperschaften bzw. juristische Personen, die weisungsfrei Besorgungen von Verwaltungsaufgaben durchführen (im Bereich des Gesundheitswesens sind dies beispielsweise die Sozialversicherungsträger und Kammern). Für die selbstverwaltenden Körperschaften öffentlichen Rechts existieren Rahmenbedingungen in den Verfassungs- und einfachen Bundesgesetzen.

Das österreichische Gesundheitssystem ist rechtstechnisch von einem dualen System der **Enumeration und Generalkompetenz** gekennzeichnet, welche sich in den Artikeln 10-15 des Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) wiederfinden. Nach **Art. 10 Abs. 1 Z. 12 fällt dem Bund die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Gesundheitswesen zu** (mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht). Dem Bund kommt somit die Gesetzgebung in Bereichen wie den Gesundheitsberufen, dem öffentlichen Gesundheits- und Arzneimittelwesen oder der Verbrauchergesundheit bzw. Lebensmittelsicherheit zu. Die Gesundheitsverwaltung obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit, dessen konkrete Kompetenzen im Bundesministeriengesetz 1986 (BMG), BGBl. I Nr. 3/2009, festgeschrieben sind.⁵⁷ Im Bereich der **Volkspflegestätten, Heil- und Pflegeanstalten**, sowie vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellende Anforderungen, fällt dem **Bund nur die Grundsatzgesetzgebung zu (Art. 12 Abs. 1 Z.1 B-VG)**. Die Erlassung von **Ausführungsgesetzen innerhalb des bundesgesetzlich festgelegten Rahmens und in weitere Folge die Vollziehung obliegt der Landesgesetzgebung**. Im Bereich der Länder üben die Vollziehung des Bundes, soweit nicht eigene Bundesbehörden bestehen (unmittelbare Bundesverwaltung), der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden aus (**mittelbare Bundesverwaltung**) (**Art. 102 Abs. 1 B-VG**). Soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung in der Gesetzgebung oder der Vollziehung dem Bunde übertragen ist (**Bedarfskompetenz**), verbleibt sie im selbständigen Wirkungsbereich der Länder (**Generalkompetenz**). Gesundheitswesen relevante Angelegenheiten zur Besorgung im eigenen Wirkungsbereich der **Gemeinden** sind die örtliche Gesundheitspolizei, insbesondere auch auf dem Gebiete des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens (**Art. 118 Abs. 3 Z. 7 B-VG**). Sofern kein Selbstverwaltungskörper vorliegt oder eine Behörde auf höherer Verwaltungsebene existiert, kommt die Vollziehung in

⁵⁷ Dem BMG steht der Oberster Sanitätsrat als beratendes Gremium mit Empfehlungscharakter zur Seite.

erster Instanz dem Gesundheitsamt der Bezirksverwaltungsebene zu, welches von einem Amtsarzt bekleidet wird. Die Bezirksverwaltungsbehörde hat in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der bundesgesetzlichen sanitären Vorschriften zu überwachen (§ 60 Abs. 1 KAKuG). Das Gesundheitsamt auf Landesebene wird vom Landessanitätsdirektor geführt, dem der Landessanitätsrat beratend zur Seite steht.

Der **Extramurale-, sowie Arzneimittelbereich des Gesundheitswesens wird von den Akteuren der Selbstverwaltung bestimmt**, welche unter stetigen Verhandlungen durch Vereinbarungen vertragsrechtlich in Verbindung stehen. Zu diesen gehören unter anderen die 22 Sozialversicherungsträger für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachverband koordiniert werden, die Ärztekammer, die Zahnärztekammer und die Apothekerkammer. Der Handlungsspielraum dieser Akteure ist bundesgesetzlich beschränkt. So sind Berufsrecht und Bestimmungen für Ärzte im Ärztegesetz (ÄrzteG) festgelegt. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ASVG bildet den gesetzlichen Rahmen für die Sozialversicherungen ab, wie etwa die privatrechtliche Vertragsbeziehung (§ 338 ASVG) bzw. Gesamtvertragsbeziehung (§ 341 ASVG) mit Akteuren der Gesundheitsberufe. Die Versorgung im Krankenanstaltswesen wird durch das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geregelt. Zu beachten ist, dass es sich beim KAKuG um ein Grundsatzgesetz des Bundes handelt. Ausführungsgesetze sind von den Bundesländern im Rahmen der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu erlassen, ansonsten geht die Zuständigkeit zur Erlassung des Ausführungsgesetzes für dieses Land auf den Bund über (Art. 15 Abs. 6 B-VG).⁵⁸

Um Beschlüsse, Maßnahmen oder Reformen im ersichtlich komplizierten österreichischen Gesundheitssystem zu ermöglichen, besteht der **Artikel 15 a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG)**. Dieser ermöglicht **innerstaatliche Staatsverträge** zwischen dem Bund und den Ländern in Bezug auf ihren jeweiligen Wirkungsbereich. Aufgrund der zentralen Bedeutung der 15 a Vereinbarung in der Struktur und den Prozessen des österreichischen Gesundheitssystems soll diese näher erläutert werden. Nach Artikel 15 a B-VG wird es den Gebietskörperschaften ermöglicht, Vereinbarungen bezüglich ihres jeweiligen Wirkungsbereiches zu treffen. Dabei sind Vereinbarungen nicht nur zwischen Land und Bund möglich, sondern auch zwischen Ländern untereinander, wobei diese nur über Angelegenheit ihres selbständigen Wirkungsbereiches getroffen werden können. Eine 15 a Vereinbarung ist somit ein Vertrag im öffentlich-rechtlichen Wirkungsbereich der Vertragsparteien. Diese kann sich sowohl auf Gesetzgebungsorgane als auch auf Vollziehungsorgane beziehen und dabei auch Änderungen und Ergänzungen des Landesverfassungsrechts erwirken (Legistisches Handbuch 2008). Die Inhalte der Artikel

⁵⁸ Die Frist für Ausführungsgesetze im KAKuG, binnen derer Bundesgesetzes zu erlassen sind, beträgt vom Tage der Kundmachung an ein Jahr (§ 65 KAKuG Art. 2).

15a Vereinbarungen sind innerstaatliche Verträge zur Bindung der Vertragsparteien, kein unmittelbar anwendbares Recht. Die entsprechenden Vereinbarungen über die Finanzierung und Organisation sind zur Rechtswirksamkeit in weiterer Folge etwa in das ASVG oder das KAKuG (im Rahmen der Grundsatzgesetzgebung) zu übertragen.

Die Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist durch eine starke Trennung der einzelnen Sektoren gekennzeichnet. Am deutlichsten wird dies an geteilten Aufgabenbereichen zwischen der Bundes- und Landesebene, wie dem intramuralen und extramuralen Bereich, hier ergeben sich unerwünschte Schnittstellen. Durch die Gesundheitsreform 2005 wurde versucht, die Trennung der verschiedenen Bereiche zu überwinden und eine bessere Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung zu erlangen. Die generelle Kompetenzenverteilung erlaubt jedoch aufgrund der Grundstruktur des österreichischen Gesundheitswesens nur eine Verbesserung bis zu einem bestimmten Grad. Auch nach den Umsetzungen der Reformen bleiben durch das historisch gewachsene Basisgerüst des Gesundheitssystems nicht nur negative ökonomische Effekte (schlechte Anreizsysteme und Ineffizienzen) – den Bürger und den Versicherten betreffend – sondern auch unerwünschte Folgen im Bereich der medizinischen Versorgung – den Patienten und Konsumenten betreffend – weiter bestehen. Um diese Fehlentwicklungen endgültig zu korrigieren, wäre eine komplette Neustrukturierung (kein Drehen an einzelnen Stellschrauben) von Nöten, welche in der Grundüberlegung darauf abzielen sollte, durch eine klare Aufgabenzuteilung nach den Bedürfnissen von Bürger, Versicherten, (potenzieller) Patienten und nach ökonomischen Prinzipien wie dem Konnexitätsprinzip, den Artikel 15a B-VG obsolet werden zu lassen.

3.1.2. Struktur und Aufgabenverantwortung

Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 traten die alten Vereinbarungen nach Artikel 15 a B-VG außer Kraft. Entsprechend der Einigungen im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen⁵⁹ wurden diese durch die neuen **Art. 15a Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013** ersetzt. Unter den bis dato erlangten Reformen und Veränderungen soll nun die aktuelle Planung, Steuerung und Kontrolle im österreichischen Gesundheitswesen erörtert werden. Eine Erläuterung der Struktur nach Gruppen der Leistungserbringung, sowie deren Beteiligungsformen schließen im folgenden Kapitel an.

⁵⁹ Neben den Art. 15a Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung sind einige Regelungen zur Mittelaufbringung im Gesundheitswesen zwischen den Gebietskörperschaften im Finanzausgleichsgesetz (FAG 2008) geregelt.

Nachstehend werden Vereinbarungen nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen verkürzt als Artikel 15a B-VG Vereinbarungen bezeichnet.

Durch das Auseinanderfallen von Aufgaben-, Ausgaben und Finanzierungsverantwortung ist im österreichischen Gesundheitssystem ein Strukturplan vorgesehen, der als Rahmenplan für eine integrierte Gesundheitsversorgungsstruktur dient. Dieser Strukturplan gliedert sich dabei in einen überregionalen **Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)**, der eine Rahmenkonzeption für die **Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)** darstellt. Der jüngste ÖSG aus dem Jahr 2010 ist mit einem Planungshorizont für das Jahr 2020 angedacht und so wie die vorangegangenen Strukturpläne eine verbindliche Organisationsgrundlage. Der ÖSG basiert auf einer **österreichweiten Leistungsangebotsplanung** unter Berücksichtigung der Behandlungskapazitäten aller versorgungswirksamen Spitäler und ersetzt somit den Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 1997). Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur nach dem ÖSG bezieht sich auf die Rehabilitationsbereiche und die Nahtstellen zum Pflegebereich, sowie auf die stationäre und ambulante Versorgungsplanung und gilt als generelle Vorgabe für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Weiters enthält der ÖSG verbindliche Strukturqualitätskriterien der Leistungsangebotsplanung und Mindestfrequenzen pro Leistungserbringer. Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen des ÖSG sind in der aktuellen Form in der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2013 (BGBl. I Nr. 105/2008) festgehalten. Nach Artikel 4 Abs. 1 leg.cit. sind Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG von der Bundesgesundheitskommission (BGK) zu beschließen und in geeigneter Weise kundzutun. Als Grundlage für die Detailplanungen sind Planungsgrundsätze, Ziele und Methoden - insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung - im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung festzulegen (Art. 4 Abs. 1 Z. 1 leg.cit.). Der ÖSG 2010 gliedert sich in 121 Bezirke, 32 Versorgungsregionen (welche sich an den Bundesländern orientieren und nicht grenzüberschreitend verlaufen) und vier Versorgungszonen (Bundesländergrenzen übergreifende Planung zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote) und bildet damit eine festgelegte Abstufung der Versorgungsstrukturen innerhalb derer die RSG agieren. Die RSG unterscheiden sich dabei von Bundesland zu Bundesland teils stark. Einige Länder schaffen Organisationspläne nur für den akutstationären Bereich, andere haben bereits den ambulanten Bereich in ihrem RSG integriert. Um eine Evaluierung der Einhaltung und der Auswirkungen des ÖSG, sowie einen vergleichenden Überblick über die teils stark differierenden RSG zu schaffen, wurde das RSG-Monitoring gestartet.

Die bereits angeführte **Bundesgesundheitskommission (BGK)**, welche Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG beschließt, ist das Organ der **Bundesgesundheitsagentur (BGA)**. Die BGA bzw. die auf einer Verwaltungsebene darunter angesiedelten

Landesgesundheitsfonds (LGF) wurden im Zuge der Gesundheitsreform 2005 geschaffen und sind in der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgehalten. Intention hinter diesen neu geschaffenen Rechtspersönlichkeiten ist eine auf beiden Verwaltungsebenen koordinierte Steuerung, Planung und Finanzierung (siehe Abbildung 22) im Gesundheitswesen, durch welche Trennlinien überwunden werden sollen. Zu den Aufgaben der BGA gehören unter anderem die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben, eine transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse (intra- und extramuraler Bereich), eine Leistungsangebotsplanung (siehe auch ÖSG), die Erarbeitung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie die Entwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt), die Erarbeitung von Dokumentations- und Informationssysteme, auch im Hinblick auf den Bereich der Gesundheitstelematik (Elektronische Gesundheitsakte - ELGA), Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, ferner eine Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich (siehe Reformpool) der Art. 15a B-VG Vereinbarung (Art. 15 Abs. 1 leg.cit). Die Bundesgesundheitskommission, das Organ der BGA, setzt sich aus Vertretern des Bundes (7), des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (6) und der Länder (jeweils 1), sowie der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden (1), der konfessionellen Krankenanstalten (1), der Patientenvertretungen (Patientenanzwaltschaft) (1) und der Österreichischen Ärztekammer (1) zusammen. Weitere nicht stimmberechtigte Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sind je ein Vertreter des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der Interessenvertretung der betreffenden Krankenanstalten (§ 59g Abs. 2 KAKuG). Beschlüsse in der BGA werden mit einfacher Mehrheit gefasst, womit sich durch die dreifache Stimmgewichtung der Vertreter der Bundesregierung eine Bundesmehrheit ergibt (§59g Abs. 8 KAKuG). Es kann eine Bundesgesundheitskonferenz zur Beratung der BGA *aus wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens* eingerichtet werden.⁶⁰ Für die Beschlussfassungen in der BGK ist außer in Sonderfälle⁶¹ ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich (Art. 16 Abs. 2 Z. 4 der Art. 15a B-VG Vereinbarung). In Artikel 17 der 15a B-VG Vereinbarung ist die Finanzierung der BGA durch den Bund mit besonderer Berücksichtigung des Finanzausgleichs (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) geregelt, sowie die Mittelverwendung bzw. Mittelverteilung an die untergeordneten Landesgesundheitsfonds festgeschrieben.

⁶⁰ Am 20.05.2011 fand die erste Bundesgesundheitskonferenz zum Thema Gesundheitsziele statt. Anhand eines intersektoralen Querschnitts wurden ca. 30 Vertreter von Organisationen und Gebietskörperschaften zur Erarbeitung im Plenum ausgewählt. Zur Einbeziehung des Bürgers wurde eine internetbasierte Möglichkeit zur Stellungnahme eingerichtet.

⁶¹ Sonderfälle sind die Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses (Art. 15 Abs. 1 Z 13. der Art. 15a B-VG Vereinbarung), sowie die Finanzierung von Projekten und Planungen der GÖG mit jährlich bis zu maximal EUR 5 Millionen (Art. 30 Abs. 1. der Art. 15a B-VG Vereinbarung).

Landesgesundheitsfonds (LGF) sind öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Gesundheitsplattform ist das oberste Organ des jeweiligen Landesgesundheitsfonds und hat die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene unter Einhaltung der Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur und unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen wahrzunehmen. Basierend auf dem Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) sind den Trägern von öffentlichen Krankenanstalten und bestimmten privaten gemeinnützigen Krankenanstalten Zahlungen zu gewähren (Art. 18 der Art. 15a B-VG Vereinbarung). Aufgaben der Landesgesundheitsplattform umfassen mitunter die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben, die Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich, eine Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (siehe RSG) bzw. von Kapazitätsfestlegungen, die Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs, sowie die Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt), Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung, die Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren, die Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich, Aufgaben, die den Landesgesundheitsfonds durch die Länder übertragen werden, ferner die Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben (Art. 20 Abs. 1 der Art. 15a B-VG Vereinbarung).

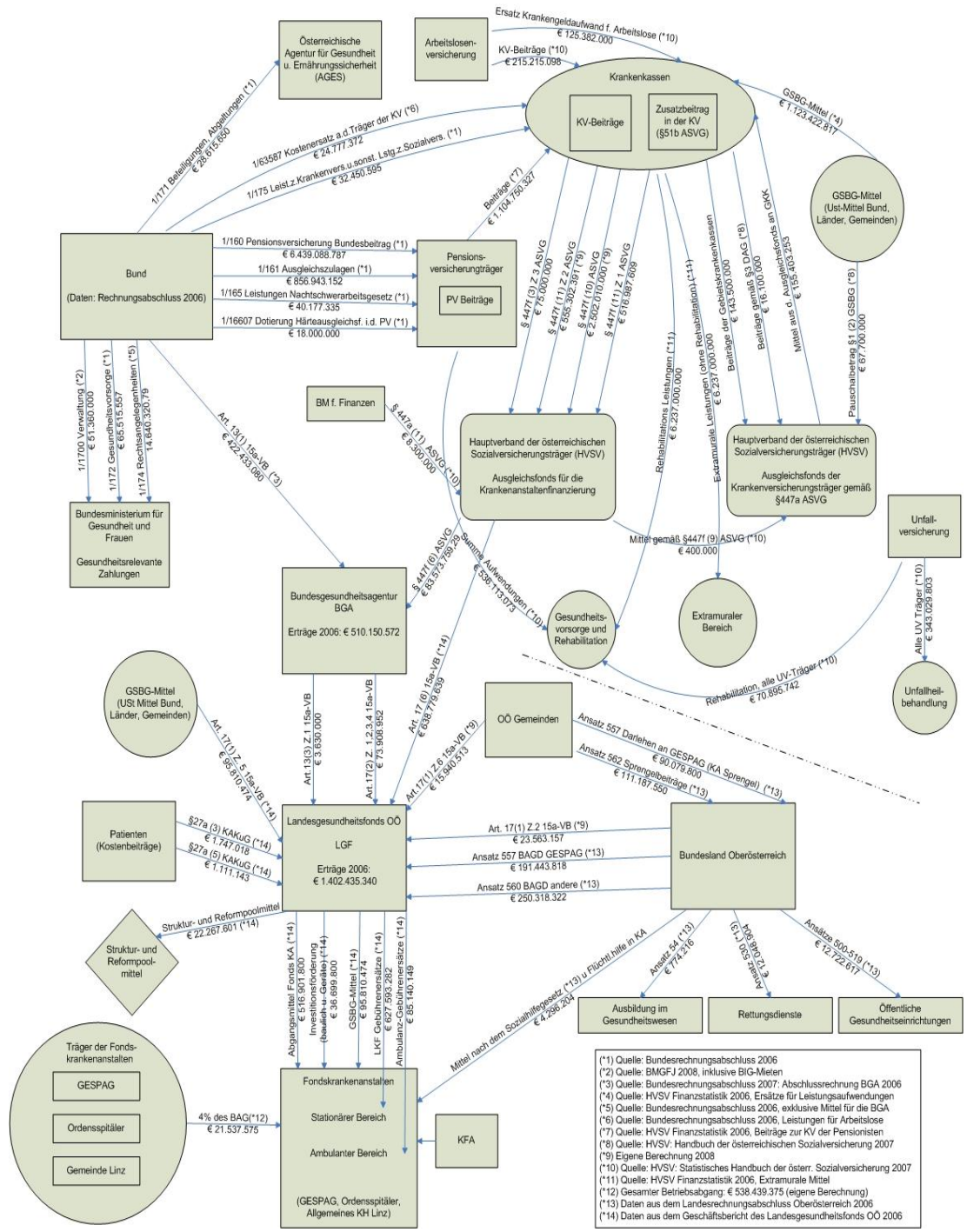
Die Zusammensetzung der Gesundheitsplattform, dem obersten Organ des Gesundheitsfonds, besteht zu gleichen Teilen aus stimmberechtigten Vertretern des jeweiligen Landes und Trägern der Sozialversicherung, Vertretern des Hauptverbandes ohne Stimmrecht und Vertretern des Bundes, der Ärztekammer sowie Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und Vertretern der obig angeführten zu finanzierenden Krankenanstalten (Art. 19 Abs. 2 der Art. 15a B-VG Vereinbarung). Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereichs, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes als auch der Sozialversicherung fallen, ist ein Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich. In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit einer Körperschaft zufällt – das Land im intramuralen Bereich bzw. die Sozialversicherung im extramuralen Bereich – hat diese jeweils die Mehrheit inne. Bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund das Vetorecht (Art. 19 Abs. 2 Z. 4 der Art. 15a B-VG Vereinbarung). Wie auf Bundesebene kann auch auf Landesebene eine Gesundheitskonferenz zur Beratung der LGFs unter Beteiligung der

wesentlichen Akteure im Gesundheitssystem eingerichtet werden. Der LGF wird nach Artikel 21 Abs. 1 der 15a B-VG Vereinbarung aus folgenden Beiträgen gespeist:⁶²

- (1) Beiträgen der Bundesgesundheitsagentur;
- (2) ein Betrag in der Höhe von 0,949% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008 genannten Betrages von den Ländern;
- (3) Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6;
- (4) zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt werden (diese Mittel werden bis 2013 weiterhin in der bisherigen Form zur Verfügung gestellt und wie im Jahr 2007 an die Landesgesundheitsfonds verteilt);
- (5) Mittel gemäß GSBG;
- (6) Beiträgen der Gemeinden nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung (Umsatzsteueranteile);
- (7) allenfalls Beiträgen die von den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen.

⁶² Die Nummern in den Klammern geben die Ziffer des Gesetzestextes des Art. 21 Abs. 1 der 15a B-VG Vereinbarung wieder und dienen der Orientierung.

Abbildung 22: Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen am Beispiel Oberösterreich für 2006



Im Artikel 21 Abs. 1 der Art. 15a B-VG Vereinbarung wird darüber hinaus festgehalten, dass das Volumen der LGF betragsmäßig so anberauml sein soll, dass über die Hälfte der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

Bei Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegten Plänen und **Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation** existiert nach Artikel 40 Abs. 2 der Art.15a B-VG Vereinbarung ein **Sanktionsmechanismus**. Die BGA hat bei Verstößen den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln des jeweiligen LGF gemäß Art. 21 Abs. 2 Z. 4 leg.cit. zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich Maßnahmen zur Korrektur gesetzt hat. Im extramuralen Bereich sind keine konkreten Sanktionsmechanismen ausgewiesen, sondern nur entsprechende Maßnahmen durch den Bund vorgesehen.

Zur Förderung von Kompetenz überschneidenden Strukturveränderungen zwischen den Ländern und der Sozialversicherung wurde ein **Kooperationsbereich (Reformpool)** geschaffen. Mittel für den Kooperationsbereich werden Projekten der Integrierten Versorgung, Projekten zur Leistungsverschiebung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich und Pilotprojekten zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs zugewiesen (Art. 31 Abs. 2 leg.cit). Durch die 15a B-VG Vereinbarung 2008–2013 wurde der Finanzierungsrahmen für den Reformpool von 2% der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich aufgehoben, wodurch aktuelle keine Finanzierungsgrenzen bestehen. Auf Ebene der BGA werden Leitlinien für Reformpoolprojekte (RPP) festgelegt. Die LGFs haben regelmäßig die BGA über den Stand der laufenden Projekte zu unterrichten. Die jeweiligen Finanzierungspartner sind zu einer Dokumentation über Veränderungen des Leistungsgeschehens verpflichtet. Die Beschlussfassung zur Genehmigung von Projekten im Kooperationsbereich obliegt nicht der BGA, sondern basiert auf einem beidseitigen Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung im Rahmen der LGFs. Mit Stand 2011 liegen dem BGA 37 Reformpoolprojekte vor, von denen die meisten dem Bereich Diabetes (7) und dem Nahtstellenmanagement (6) zu zuschreiben sind und schwerpunktmäßig im Osten Österreichs vorzufinden sind.

Die Österreichische Agentur für **Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)** ist eine im Rahmen des **Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG)** geschaffene Zusammenlegung von 18 Bundesanstalten und Bundesämtern der Lebensmittelsicherung, welcher auch hoheitsrechtliche Aufgaben zukommen (§ 6 GESG). Das Bundesministerium für Gesundheit ist Eigentümerversorger der AGES. Ein Geschäftsbereich der AGES ist die AGES PharmMed welche im Kapitel zum Arzneimittelmarkt noch genauer beschrieben wird. Die Agentur hat die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 8 GESG erforderliche Forschung zu betreiben und einschlägige wissenschaftliche Erkenntnisse zu vermitteln.

Die **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** ist ein nationales Forschungs- und Planungsinstitut im Gesundheitswesen, deren Tätigkeit die Bereiche Qualitätssicherung, Strukturplanung und Gesundheitsförderung betreffen. Die GÖG ist ein Verbund aus dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie dem 2007 neu geschaffenen Bundesinstitut für Qualität im

Gesundheitswesen (BIQG). Auch wenn der Bund Alleingesellschafter der GÖG ist, so unterliegt selbige in ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit keiner Weisungsbindung.

Die nach § 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) erteilten Aufgaben des Geschäftsbereich **ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)** liegen im Rahmen der Erarbeitung von Informationsgrundlagen, von Methoden und Instrumenten betreffend überregionale oder bundesweite Planungs-, von Steuerungs- und Evaluierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und der Zurverfügungstellung derselben an den Entscheidungsträger.

Der Aufgabenbereich des **BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen)** wird unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit im Rahmen der bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifenden Entwicklung, Umsetzung und regelmäßigen Evaluation eines Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nach § 4 Abs. 2 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) geregelt (siehe Qualitätssicherung).

Dem Geschäftsbereich **FGÖ (Fonds Gesundes Österreich)** obliegt die Durchführung von Maßnahmen und Initiativen gemäß **Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)** sowie die Abstimmung der Maßnahmen und Initiativen gemäß GfG mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung (§ 4 Abs. 3 GÖGG).

3.1.3. Bereitstellung von Gesundheitsleistungen

3.1.3.1. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung, als Stärkung der Gesundheitsressourcen bzw. –potentiale, und Prävention, zur Vermeidung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, sind zwei komplementäre Handlungsansätze im Gesundheitssystem (vgl. Walter und Schwarz 2002). Die Gesundheitsförderung und Prävention wird in Österreich vom Bund, von den Ländern und Gemeinden sowie durch die Sozialversicherungsträger erfüllt und ist grundsätzlich im Gesundheitsförderungsgesetz (GFG) geregelt. Das GFG sieht dabei eine Aufgabenwahrnehmung der Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit und der Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten, durch die Gesundheit Österreich GmbH GÖG vor. Zusätzlich ist der Bund auch an internationalen Gesundheitsförderungsnetzwerken, wie dem *Schools for Health in Europe* (SHE) Netzwerk, dem WHO Projekt „Gesunde Städte“, dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA), dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) oder dem Europäischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, beteiligt.

Zur Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Sozialversicherungsträger gehören Jugenduntersuchung, die Vorsorgeuntersuchung, humangenetische Vorsorgemaßnahmen, Zuschüsse zu FSME-Impfungen und Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung (etwa Aufenthalte in Kurorten, Kuranstalten, Genesungs- und Erholungsheimen) und Krankheitsverhütung (etwa Gesundheitsfürsorge oder gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen).

Auf Ebene der Länder wird die Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erledigt. Dazu zählen die Gesundheitsberichterstattung, Impfkationen zum Schutz vor Infektionen, die Schwangerenberatung und Mutter-Kind-Vorsorge und die schulärztliche Versorgung. Neben den genannten Akteuren sind noch das System der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) als auch etwaige Interessenvertretungen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen und private Organisationen, zu nennen, denen eine Rolle bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Österreichischen Gesundheitssystem zukommt.

3.1.3.2. Primärversorgung

Ein wirkliches primärversorgungszentriertes System hat sich in Österreich nie entwickelt. Die primäre Gesundheitsversorgung wird in Österreich grundsätzlich von Allgemeinmedizineren wahrgenommen. Fachärzte sind in der Sekundärversorgung anzutreffen, deren Leistungsinanspruchnahme durch den Patienten mittels einer Überweisung des Allgemeinmediziners oder Selbstzuweisung geschieht, sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Ambulanzbereich. Generell besteht in Österreich freie Arztwahl. Allgemein- und Fachärzte sind durch die Ärztekammer zusammengeschlossen und treten gemeinsam im Rahmen der bereits erwähnten Selbstverwaltung auf. Die Leistungseinkäufer in der Primärversorgung sind die 19 Krankenversicherungsträger, welche durch zuvor ausverhandelte Gesamtverträge die Ärzte honorieren. Die Vergütung von solchen Vertragsärzten gliedert sich in eine Pauschalabrechnung (Grundleistungsvergütung) und eine Einzelleistungsvergütung. Die Abgeltung ein und derselben Honorarposition variiert zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern jedoch oft sehr stark. Auch Gruppenpraxen sowie Wahlärzte und Gemeinschaftspraxen erbringen Leistungen in der Primärversorgung.

Ambulatorien erbringen neben dem niedergelassenen Bereich und den Spitalsambulanzen ambulante Leistungen in der Primärversorgung. Träger von Ambulatorien können sowohl Sozialversicherungsträger, sowie auch Ärzte als natürliche Personen sein. Die Errichtungsbewilligung von Ambulatorien wird durch die jeweilige Landesregierung erteilt. Zusätzlich ist eine einvernehmliche Einigung zwischen dem Hauptverband, der Ärztekammer und den gesetzlichen Interessensvertretungen der privaten Krankenanstalten von Nöten.

Sollte nach Einschätzung der jeweiligen Landesregierung ein objektiver Bedarf nach einem Ambulatorium vorliegen, ist auch ohne die Zustimmung durch die Ärztekammer die Errichtung eines Ambulatoriums möglich.

3.1.3.3. Sekundärversorgung

Die spezialisierte ambulante Versorgung und stationäre Versorgung ohne Langzeitpflege geschieht in Österreich durch Fachärzte und Krankenanstalten. Krankenanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 KAKuG sind Allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Heime für Genesende, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Gebäranstalten und Entbindungsheime, Sanatorien und selbständige Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 KAKuG). Den größten Anteil stellen Allgemeine Krankenanstalten, die sich wiederum nach deren Versorgungsfunktion unterteilen lassen in Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten, Zentralkrankenanstalten und Universitätskliniken (siehe Tertiärversorgung).

Der Großteil der Träger von Krankenanstalten entfällt auf Länder und Gemeinden. Daneben treten noch der Bund (beispielsweise bei Militärspitälern), Stiftungen und öffentliche Fonds (etwa kirchliche Rechtsträger), natürliche oder juristische Person, wie beispielsweise das Rudolfinerhaus und sonstige Körperschaften öffentlichen Rechts (etwa Sozialversicherungsträger im Falle der Unfallkrankenhäuser), als Träger von Krankenanstalten auf. Öffentliche Krankenanstalten sind nach § 15 KAKuG Krankenanstalten, welche den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplans entsprechen, gemeinnützig organisiert sind (Begriffsbestimmung nach § 16 KAKuG) und die Verordnungen nach dem KAKuG erfüllen. Nicht-gemeinnützige Spitäler, für die seitens der Krankenversicherungen eine Leistungspflicht besteht, werden über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfond (PRIKRAF) gespeist. Ärzte und sonstiges Gesundheitspersonal in Krankenanstalten werden dienst- und privatrechtlich entlohnt.

3.1.3.4. Tertiärversorgung

Zur Tertiärversorgung im österreichischen Gesundheitssystem zählen die vier hochmedizinisch spezialisierten Universitätskliniken Wien, Innsbruck, Graz und Salzburg. Die medizinischen Universitäten sind juristische Personen des öffentlichen Rechts und verfügen als autonome Einrichtungen über eine umfassende Geschäftsfähigkeit. Zur Finanzierung des zusätzlichen Bedarfs, der durch den universitären Betrieb entsteht, erhalten die Universitätskliniken pro Jahr vom Bund gemäß § 55 KAKuG die Mehrkosten als „klinischen Mehraufwand“ ersetzt.

3.1.3.5. Rehabilitation

In Österreich liegt die Zuständigkeit für die Rehabilitation bei den Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträgern und beim Bundessozialamt und seinen Landesstellen (berufliche Rehabilitation). Die Zuteilung von Rehabilitanden an die jeweilige Sozialversicherung erfolgt nach der Ursächlichkeit der Gesundheitsstörung bzw. Körperschädigung. Rehabilitationsmaßnahmen sind im Bundesbehindertengesetz (BBG) sowie den Sozialversicherungsgesetzen geregelt.

Die Leistungserbringung der Unfallversicherung zielt auf die weitestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Verletzten ab und soll eine Rückkehr in den Beruf oder zumindest die Ergreifung eines neuen Berufes ermöglichen. Bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten fällt die Zuständigkeit für Rehabilitationsmaßnahmen der Unfallversicherung zu.

Die Pensionsversicherung leistet Rehabilitationsmaßnahmen, um ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben zu vermeiden oder zur Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Je nach Berufsgruppe werden die gesundheitsbedingten Einschränkungen unterschiedlich bezeichnet - Invalidität bei Arbeitnehmern, Berufsunfähigkeit bei Angestellten und Erwerbsunfähigkeit bei Gewerbetreibenden und Bauern. Sollte einer dieser Zustände vorliegen oder könnte dieser in näherer Zukunft eintreten, leistet die Pensionsversicherung Rehabilitationsmaßnahmen, sofern diese einen Wiedereinstieg in das Erwerbsleben ermöglichen. Die Pensionsversicherung ist für Behandlungen von Personen zuständig, die entweder erwerbstätig sind, oder Alters-, Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Pensionen beziehen. Den Krankenkassen kommt eine ergänzende Funktion zu, die für die Rehabilitation aller nicht genannten Personen zuständig ist (etwa mitversicherte Angehörige).

Die Leistungserbringung der Rehabilitation durch die Sozialversicherungsträger erfolgt in Rehabilitationszentren. Kranken-, Unfall-, und Pensionsversicherung sind jeweilig auch die Träger der meisten Rehabilitationszentren, was zu einer starken Fragmentierung führt. Durch den „Allspartenservice“ wird dem Versicherten ermöglicht, allgemein einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, der nach einer Prüfung dem jeweilig zuständigen Leistungsträger weitergeleitet wird. Zu den Maßnahmen der Rehabilitation der Sozialversicherungsträger gehören medizinische Maßnahmen, berufliche Maßnahmen, schulische Maßnahmen und soziale Maßnahmen. Neben der Wiederherstellung der Gesundheit in Rehabilitationszentren (entsprechen Sonderkrankenanstalten), werden Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit in Kuranstalten und Genesungs- und Erholungsheimen angeboten.

3.1.3.6. Behandlung nach Unfällen

Bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) deckt die Unfallversicherung alle Behandlungskosten (Sachleistungen) und Folgekosten. Bei Freizeitunfällen sind die finanziellen Folgekosten nicht gedeckt. Der Dienstgeber leistet bei Arbeitsunfällen Entgeltfortzahlungen bis zu acht Wochen (sechs Wochen im Krankheitsfall). Sobald die Entgeltfortzahlungen zeitlich ausgeschöpft sind, leistet die Krankenversicherung Geldleistungen in Form des Krankengeldes.

3.1.3.7. Notfallversorgung

Die Notfallversorgung wird in Österreich größtenteils durch Spitalsambulanzen erfüllt. Diese haben meist rund um die Uhr geöffnet und bieten neben der fachärztlichen Akutversorgung auch Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Spitalsambulanzen stellen eine Schnittstelle im österreichischen Gesundheitswesen dar, unter anderem, weil ähnliche Leistungen wie im niedergelassen Bereich erbracht werden. Der spitalsambulante Bereich ist vom Planungsgeschehen und von der Finanzierung nach Diagnosefallgruppen weitgehend ausgenommen. In Verbindung mit der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) kommt es aufgrund der geringen Kostendeckung von spitalsambulanter Versorgung zu einer Verschiebung der Leistungserbringung in den stationären Bereich durch die Spitäler.⁶³

3.1.3.8. Übergangspflege

Die Übergangspflege ist noch nicht sehr weit ausgebaut. Die Medizinische Hauskrankenpflege ist dazu gedacht, eine rasche Wiederaufnahme des gewohnten Lebens nach Krankenhausaufenthalten zu gewährleisten.

3.1.3.9. Krankentransport

Der Rettungs- und Krankentransport fällt nach Artikel 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG nicht in die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz des Bundes. Der Gemeindegesundheitsdienst und das Rettungswesen sind vom Kompetenzbestand „Gesundheitswesen“ des Bundes ausgenommen. Das Rettungswesen unterliegt der Landesgesetzgebung und wird von den

⁶³ Siehe dazu auch: Bericht des Rechnungshofes über Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen (2011/3).

Gemeinden (oftmalig übergreifend) ausgeführt bzw. finanziert. Die Gemeinden beauftragen dazu Rettungsdienst-Organisationen wie das Rote Kreuz. Andere Rettungsorganisationen sind etwa die Bergrettung und Wasserrettung (beide weitgehend ehrenamtlich geführte Organisationen), sowie die Luftrettung. Letztere wird von Institutionen wie dem ÖAMTC oder der Air Rescue Austria Flugrettung GmbH in Kooperation mit den Rettungsorganisationen und dem Notarztdienst erbracht. Krankentransport im Rahmen der ärztlichen Hilfe obliegt wiederum dem Krankenversicherungsträger.

3.1.4. Qualitätssicherung

In Österreich wird die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durch das im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 implementierte **Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)** näher bestimmt. Das Gesetz liefert Aufbau- und Rahmenvorgaben und dient der Koordinierung zur **bundeseinheitlichen, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifenden Qualitätssicherung**. Das BMG hat die Einhaltung, der im Gesundheitsqualitätsgesetz geregelten Vorgaben sicherzustellen.

3.1.4.1. Qualitätssicherung im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)

Das gesamtösterreichische Qualitätssystem basiert auf vier **Prinzipen von Qualitätsstandards**, die bereits im Rahmen der Beschreibung des BIQG kurz angeführt wurden. Die **Transparenz** soll anhand einer durchsichtigen Dokumentation eine Evaluation bzw. Vergleiche ermöglichen. Weitere Prinzipien von Qualitätsstandards sind **Effektivität** – zur zielgerichteten Versorgung sowohl des Patienten als auch des Bürgers – und **Effizienz**. Das vierte Prinzip ist die **Patientenorientierung** nach welchem der Patient und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt rücken und auch eine Mitwirkung desselbigen eingeräumt werden (§ 1 Abs. 1 GQG).

Bundesqualitätsstandards orientieren sich an **Dimensionen der Qualitätsarbeit**. Die **Strukturqualität**, welche die Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht darstellt (Begriffsbestimmung nach § 2 Abs. 8), gibt Systemkriterien vor, anhand derer sich unabhängig von der Organisationsform, die Leistungserbringung orientieren soll. De-facto finden sich die Strukturqualitätskriterien im ÖSG und dem LKF-Katalog wieder. Im Rahmen der **Prozessqualität** sollen verbindliche Anforderungen im Ablaufprozess, wie Richt- und Leitlinien geschaffen werden. Die Dimension der **Ergebnisqualität** beinhaltet die Erarbeitung von Indikatoren und Referenzgrößen. Durch die Dokumentation und Auswertung dieser Kennzahlen soll eine qualitätsorientierte Verbesserung der Leistungserbringung ermöglicht werden. Für die

Sicherung und Evaluierung des österreichischen Qualitätssystems, anhand der durch das GQG vorgeschriebenen Aufgaben, ist eine Qualitätsberichterstattung wahrzunehmen. Für die Berücksichtigung dieser Aufgaben (Entwicklung, Umsetzung, regelmäßige Evaluierung) kann sich das BMG dem eigens eingerichteten Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG, siehe vorangegangenes Kapitel) bedienen (§ 9 GQG). Zur Durchsetzung des Qualitätssystems sind im GQG auch **Strafbestimmungen** bei Nichteinhaltung, Zuwiderhandeln oder Behinderungen vorgesehen (§ 10 GQG).

Die angeführten Vorgaben durch das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) strukturieren den grundlegenden Aufbau des österreichischen Qualitätssystems und bilden somit einen rechtlichen Rahmen. Konkrete Regelungen finden sich in den Vereinbarungen nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen für den jeweiligen Planungshorizont (aktuell 2008 – 2013). So ist im Artikel 6 über die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen der 15a B-VG Vereinbarungen vermerkt, dass die Festlegung der methodologischen und gesundheitsökonomischen Grundsätze zur wissenschaftlichen Entwicklung von Standards, Richtlinien und Leitlinien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Qualitätsdimensionen) im Gesundheitsbereich im **Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung** erfolgt (Art. 6 Abs. 3 leg.cit.). Der BGA sind nach Artikel 15 Abs. 1 Z. 1 Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen vorgeschrieben, sowie den LGFs die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung selbiger zufällt (Art. 20 Abs. 1 Z.1 leg.cit.). Auch in Bezug auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sind durch die 15a B-VG Vereinbarung nach Artikel 4 Abs. 2 **Qualitätskriterien im Rahmen der Erarbeitung der Leistungsangebotsplanung** verbindliche vorgeschrieben. Konkret wird ebenso die Einrichtung einer **Qualitätssicherungskommission (QSK)** für den intra- und extramuralen Bereich auf Plattformebene ermöglicht (Art. 6 Abs. 9 leg.cit.). Für eine quantitative Basis zur Planung, Qualitätsberichterstattung und Qualitätssicherung als auch zur wissenschaftlichen Aufarbeitung ist es der GÖG gestattet **Qualitätsregister** zu führen (Art. 15a Abs. 1 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG)).

Außerhalb des GQG und der expliziten Ausformulierung von Qualitätssicherung durch die 15a B-VG Vereinbarung, sind Versorgungsstandards und Qualitätsrichtlinien im intramuralen Bereich durch die Rahmengesetzgebung des Bundes im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz vorgegeben. Weitere gesetzliche Bestimmungen zur Qualitätssicherung, auf welche an dieser Stelle nur verwiesen werden soll, finden sich etwa im Strahlenschutzgesetz oder im Medizinproduktegesetz.

3.1.4.2. Qualitätssicherung im extramuralen Bereich

Im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird die Qualitätssicherung durch die Ärztekammer bzw. der von ihr dazu befugten **Österreichischen Akademie der Ärzte** wahrgenommen (siehe Humanressourcen im österreichischen Gesundheitswesen). Die Aufgaben der Ärztekammer zur Qualitätssicherung sind im eigenen Wirkungsbereich (§ 117b) und im übertragenen Wirkungsbereich (§117c) des Ärztegesetzes (ÄrzteG) erfasst. Im Bezug auf die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung kann die Ärztekammer zur Wahrung dieser Aufgaben sich hilfsweise der **Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)** bedienen. Der Errichtungsauftrag für die ÖQMed, welcher im Zuge der 5.Ärztegesetz-Novelle (BGBl. I Nr. 140/2003) beschlossen wurde, fällt nach § 118a ÄrzteG der Österreichischen Ärztekammer zu, die gleichzeitig Alleingesellschafter der ÖQMed ist.

Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig **Selbstevaluationen** durchzuführen und dieser der QMed zu übermitteln (§ 49 Abs. 2a ÄrzteG). Der dafür vorgesehene Fragebogen über Struktur- und Prozessqualität wird von der QMed ausgewertet und stichprobenartig, überprüft. Diese Stichprobenkontrolle geschieht durch Qualitätssicherungsbeauftragte (QS-Beauftragte bzw. Verifikatoren), welche auf Anordnung der ÖQMed handeln und unter vorheriger Terminabsprache mit dem ordinationsführenden Arzt, durchgeführt werden.

Sollten bei einer Qualitätskontrolle Mängeln festgestellt werden, ist eine Frist zur Mängelbehebung zu setzen. Sollte den Forderungen zur Behebung der Mängel im Hinblick auf die Prozess- oder Strukturqualität nicht nachgekommen werden, stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung auch einen Kündigungsgrund gemäß § 343 Abs. 4 ASVG dar, und zieht eine Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Ärztekammer nach sich (§ 49 Abs. 2b, § 118e Abs. 2 ÄrzteG). Ergebnisse der Evaluierung eines Leistungserbringers sind dessen Vertragspartner zu übermitteln. Gleichzeitig kommt dem Vertragspartner das Recht zu, bei einer eventuell folgenden Kontrolle des Leistungserbringers durch das Kontrollgremium der ÖQMed, einen Arzt mitzuentsenden (§ 118e Abs. 3 ÄrzteG).

Diese gesamtösterreichische Evaluierung zur Qualitätssicherung von niedergelassenen Ärzten und Gruppenpraxen hat mindestens alle 5 Jahre zu geschehen und kann in begründeten Einzelfällen neben der Ärztekammer auch durch Anregung der Sozialversicherungsträger bzw. des Hauptverbandes, der Behörden oder durch Vertreter von Patienteninteressen erwirkt werden (**spezifische Evaluierung**). Bei einer solchen spezifischen Evaluierung ist auch ein Vertreter von Patienteninteressen teilnahmeberechtigt (§ 118e Abs. 1 ÄrzteG). Die Ergebnisse aller Evaluierungen und Kontrollen sind in anonymisierter Form in ein **Qualitätsregister** aufzunehmen (§ 118e Abs. 4 ÄrzteG). Die Ausgestaltung der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im Sinne des bereits angeführten § 49 ÄrzteG sind von der Ärztekammer weiter zu entwickeln und

anzupassen (§ 118c Abs. 3 ÄrzteG). Zur Unterstützung der ÖQMed sind ein **Evaluierungsbeirat** (§ 118d ÄrzteG) und ein **Wissenschaftlicher Beirat** (§ 118b ÄrzteG) einzurichten. Letzterer hat als Mitglied auch einen vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt. Neben der beratenden Funktion für die Ärztekammer hat der wissenschaftliche Beirat auch Empfehlungscharakter für die Erbringung von Leistungen im niedergelassenen Bereich bzw. in Gruppenpraxen und in Ambulatorien.

3.1.4.3. Qualitätssicherung im intramuralen Bereich

Die Qualitätssicherung im intramuralen Bereich wird neben den bereits angeführten Vorgaben und Einrichtungen (siehe ÖSG, GÖG, BGA, LGF), durch das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sichergestellt. Mittels der Ausführungsgesetzgebung hat die Landesregierung die Träger von Krankenanstalten zu Maßnahmen der Qualitätssicherung die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betreffend, zu verpflichten. Diese Maßnahmen sollen auch eine vergleichende Prüfung zwischen Krankenanstalten untereinander ermöglichen (§ 5b Abs. 1 KAKuG). Bettenführenden Krankenanstalten ist es vorgeschrieben, eine **Kommission für Qualitätssicherung** einzurichten, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu veranlassen hat und die kollegiale Führung bzw. den jeweiligen Verantwortlichen bei dieser Arbeit beratend unterstützen soll (§ 5b Abs. 5 KAKuG). Die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur nach den Artikel 15a B-VG Vereinbarungen sind separat auch im KAKuG festgehalten. Im Bereich der Qualitätssicherung sind hierzu die bereits angeführte Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen der BGA (§ 59a Abs. 1 Z. 1 KAKuG) und der beschriebene Sanktionsmechanismus im Zusammenhang mit Missachtungen von Qualitäts- oder Dokumentationsvorgaben, zu nennen. Die **sanitären Vorschriften** gemäß dem KAKuG sind von der **Bezirksverwaltungsbehörde** durch die Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) im jeweiligen Wirkungsbereich zu erledigen. Die Kontrolle durch diese Organe kann unangemeldet stattfinden. Ausgenommen von der Überwachung durch die Bezirksverwaltungsbehörde sind Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, welche sich einer regelmäßigen Überwachung durch die ÖQMed oder einer vergleichbaren Überwachungsstelle - nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz und den sanitären Verordnungen gemäß KAKuG - unterziehen.

3.1.5. Humanressourcen

3.1.5.1. Ärztliche Ausbildung

Bei der Betrachtung des österreichischen Gesundheitspersonals kann generell zwischen ärztlichen und sonstigen Gesundheitsberufen unterschieden werden. Die Ausbildung letzterer geschieht kommerziell und unter Konkurrenz. Die ärztliche Ausbildung basiert in Österreich auf einem dualen System. Ausbildungsstätten sind sowohl die medizinischen Universitäten Innsbruck, Graz, Wien als auch akkreditierte Privatuniversitäten. Diese akkreditierten Privatuniversitäten stellen private Hochschulen im Rang einer Universität dar. Die Akkreditierung erfolgt durch den **Österreichischen Akkreditierungsrat (ÖAR)** auf Basis des Universitäts-Akkreditierungsgesetzes (UniAkkG). Sie gilt für mindestens 5 Jahre, kann jedoch bei groben Mängeln vom ÖAR wieder entzogen werden. Dabei bedarf es jedoch einer Bestätigung durch den Wissenschaftsminister. Kosten an Universitätskliniken, die durch universitäre Forschung und Lehre entstehen, werden als klinischer Mehraufwand vom Bund übernommen. Nach Beendigung des Medizinstudiums ist eine mindestens drei jährige praktische Weiterbildung in einer Krankenanstalt zu absolvieren, die von der **Österreichischen Ärztekammer** und dem **Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BMWF)** genehmigt wurde (ÄrzteG 1998).⁶⁴ Dabei kommt der Ärztekammer das Recht zu, Visitationen zur Qualitätssicherstellung der Ausbildungsstätten durchzuführen. Die Arztprüfung wird durch die von der Ärztekammer geschaffenen **Österreichischen Akademie der Ärzte** abgehalten. Diese unterliegt dabei der Prüfungsordnung der Ärztekammer 2010 (PO 2010) sowie gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006). Die zu erlangenden und zu prüfenden Inhalte sind dabei ebenfalls von der Ärztekammer in der KEF-RZVO Ausbildungsinhalteverordnung vorgegeben. Die Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung ist im Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998) geregelt. Besondere Erfordernisse sind dabei nach § 4 Abs. 3 Z. 2 ÄrzteG 1998 ein von der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 15 Abs. 1 ausgestelltes Diplom über die besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin oder ein Facharzt Diplom sowie eine Eintragung in die Ärztesliste gemäß § 27 leg.cit.

Der Österreichischen Ärztekammer kommt im Bereich der ärztlichen Humanressourcen eine zentrale Rolle zu. Sie bildet die Landesvertretung der Ärzte und ist ihrer Organisationsstruktur nach ein Zusammenschluss der neun Länderkammern zu einer Holding. Für jeden Arzt besteht eine obligatorische Mitgliedschaft, welche mit einer Eintragung in der Ärztesliste der jeweiligen Landesärztekammer verbunden ist. Neben den eben angeführten Angelegenheiten in der Ärzteausbildung liegt ein zentraler Aufgabenbereich der Österreichischen Ärztekammer bei der Vergabe von Kassenverträgen.

⁶⁴ Teile dieser praktischen Weiterbildung können auch an anerkannten Ordinationsstätten, einer Lehrgruppenpraxis oder in einem Lehrambulatorium absolviert werden.

3.1.5.2. Sonstige, nicht ärztliche Gesundheitsberufe

Weitere Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen neben dem Beruf als Arzt sind Gesundheitsberufe, deren Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Diese dienen der unmittelbaren oder mittelbaren Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit des Menschen. Zu diesen Gesundheitsberufen gehören unter anderen Psychotherapeuten, Psychologen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Heilmasseur, sowie Angehörige der so genannten medizinisch-technischen Dienste (Physiotherapeuten, biomedizinische Analytikerinnen, Radiologietechnologen, Diätologen, Ergotherapeuten, Logopäden und Orthoptisten). Diese Gesundheitsberufe sind in Berufsverbänden mit fakultativer Mitgliedschaft organisiert und weisen partiell eine Kollektivvertragsfähigkeit auf. Gesundheitsberufe sind **gesetzlich geschützt** und unterliegen daher einem Tätigkeitsvorbehalt bzw. einem Bezeichnungs- und Ausbildungsvorbehalt. Im Gegensatz zur ärztlichen Ausbildung wird diese kommerziell unter Konkurrenz angeboten und unterliegt keinen Anforderungen durch das Gesundheitssystem. Gesundheitsberufe fallen nach Artikel 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG unter den Kompetenzbestand „Gesundheitswesen“, wodurch jedmögliche gesetzliche Vorschriften die Bereiche wie Ausbildung, Berufsberechtigung oder Tätigkeitsbereich betreffend, für die jeweilige Berufsgruppe bundesgesetzlich geregelt ist. So ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 1997) nach § 41 Abs. 2 ein Mindestausbildungsausmaß von 4600 Stunden vorgeschrieben, wobei mindestens die Hälfte praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel theoretische Ausbildung darstellen muss. Des Weiteren unterliegt die Führung einer Schule zur Gesundheits- und Krankenpflege einer Bewilligung durch den Landeshauptmann (§ 50 Abs. 1 GuKG 1997).

Zur internationalen Vereinheitlichung existiert seit 2007 der **Nationale Qualifikationsrahmen (NQR)**, der eine bessere Transparenz und Anrechnung der jeweiligen gesundheitsberuflichen Ausbildung im europäischen Raum ermöglichen soll.

3.1.6. Arzneimittel

Der Bezug von Arzneimitteln in Österreich gliedert sich in den Krankenhausmarkt (Anstaltsapotheken) und den Apothekenmarkt (ärztliche Hausapotheken und öffentliche Apotheken). Der Arzneimittelmarkt lässt sich weiter in den Erstattungsmarkt und den Selbstmedikationsmarkt (OTC-Produkte) unterteilen. Die Definition sowie die Zulassung von Arzneimitteln sind im Arzneimittelgesetz (AMG) festgeschrieben. Der Internetversand von rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist durch § 50 Abs. 2 Gewerbeordnung bzw. durch § 59 Abs. 9 Arzneimittelgesetz verboten. Einfuhrbestimmungen sind im Arzneiwareneinfuhrgesetz (AWEG) geregelt. Darüber hinaus sind Vorschriften für die Verschreibung von Arzneimitteln

im Rezeptpflichtgesetz (RezPG) festgelegt, auf Basis dessen das BMG die zur ärztlichen Verschreibung freigegebenen Arzneimittel bestimmt. Zu dieser Fragestellung berät die nach § 5 RezPG eingerichtete **Rezeptpflichtkommission** den Bundesminister für Gesundheit. Das Führen einer Apotheke unterliegt in Österreich einem behördlichen Genehmigungsverfahren. Für die Erlangung einer Konzession sind Vorgaben bezüglich der Ausstattung, der Ausbildung des Personals und dergleichen zu erfüllen. Zur Abgrenzung von Arzneimitteln zu anderen Gütern ist ein Antrag an das **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)** zu stellen. Der beim BMG eingerichtete **Abgrenzungsbeirat** erstellt ein Gutachten zur Abgrenzungsfrage und unterstützt in seiner Tätigkeit den Gesundheitsminister (§ 49a AMG). Die **Abgrenzungskommission** berät das BMG bei der Klärung der Vertriebsfreigabe von Arzneimitteln für Drogerien (§ 60 AMG). Weiters stehen dem Bundesminister für Gesundheit der **Arzneimittelbeirat**, welcher Grundsatzfragen im Bereich der Arzneimittel klärt und wissenschaftliche Gutachten erstellt (§ 49 AMG), sowie die **Österreichische Arzneibuchkommission**, welche Beschlüsse über die im Österreichischen Arzneibuch (ÖAB) enthaltenen Monographien gemäß Arzneibuchgesetz (ArzBG) trifft, als beratendes Gremium zur Seite. Die **Pharmareferentenprüfungskommission** ist für die Prüfung von Pharmareferenten vom BMG eingesetzt (§ 72 AMG). Die Vorbereitung der Durchführung der Prüfung obliegt dem Fachverband der chemischen Industrie Österreichs in der Wirtschaftskammer Österreich, welcher diese Aufgabe an den **Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (PHARMIG)** übertragen hat. Die PHARMIG stellt die Interessensvertretung der österreichischen Pharmaindustrie dar, deren Mitgliedschaft im Gegensatz zu anderen jedoch auf freiwilliger Basis beruht.

3.1.6.1. Zulassung von Arzneimitteln

Für die Neuzulassung, Pharmakovigilanz, klinische Prüfungen und Marktüberwachung bereits am Markt befindlicher Arzneimittel zuständige Behörde ist die **AGES PharmMed**. Änderungen im Arzneimittelspezialitätenregister (alle im Inland zugelassenen Arzneimittelspezialitäten) werden einmal im Monat verlautbart. Als nationale Zulassungsstelle operiert die AGES PharmMed seit 2006 als ein Geschäftsbereich der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) und ist dem **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)** unterstellt. Auf europäischer Ebene sind für Informationen und Transparenz im Arzneimittelsektor die **Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GA SANCO)** und die **europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA)** zuständig. Für die Zulassung von Arzneimitteln in Österreich besteht neben dem nationalen Prüfungsverfahren durch die AGES PharmaMed auch das *Mutual Recognition Procedure* (MRP) und das *Decentralised Procedure* (DCP) auf europäischer Ebene durch die zuvor genannten Organisationen. Das MRP entspricht einem gegenseitigen Anerkennungsverfahren bei dem nach einer Erstzulassung in einem EU-

Mitgliedstaat (Referenzstaat) der Zulassungsinhaber einen Markteintritt auch in einem anderen Land der EU anstreben kann. Das DCP ist ein dezentrales Verfahren, bei dem eine Zulassung für mehrere EU-Staaten gleichzeitig angestrebt wird. Bei besonderen Arzneimitteln, etwa zur Behandlung von Diabetes, HIV, oder Krebs, muss ein Zulassungsantrag zentral an die europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) gestellt werden. Bei einem positiven Bescheid gilt die Zulassung für alle EU-Staaten. Solche Länderübergreifenden, für alle EU-Staaten geltenden Zulassungsverfahren, werden immer häufiger von den Antragsstellern in Anspruch genommen, wodurch die Zahl der nationalen Prüfungsverfahren rückläufig ist.⁶⁵

3.1.6.2. Preisdiktion bei Arzneimitteln und Erstattungskodex

Die Zulassung von Arzneyspezialitäten in Österreich sieht nach § 28 ff AMG sowohl eine klinische Prüfung als auch eine Bewilligung durch die Ethikkommission vor, welche in jedem Bundesland vom Landeshauptmann einzurichten ist (§ 41 AMG). In Apotheken hergestellte Arzneimittelspezialitäten unterliegen keinem Zulassungsverfahren. Neben den Prüfungsverfahren zur Zulassung besteht für bestimmte Arzneimittel in Österreich - ausgenommen jener für die Abgabe in Apotheken - eine staatliche **Preisdiktion**. Nach § 3 Abs. 1 Preisgesetz werden für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, für die Herstellung von Arzneimitteln verwendet zu werden, und Arzneyspezialitäten, mit Ausnahme der homöopathischen, der apothekeneigenen und der radioaktiven Arzneyspezialitäten, sowie mit Ausnahme jener Arzneyspezialitäten, die Fütterungsarzneimittel oder Fütterungsarzneimittel-Vormischungen sind, als auch Arzneimittel im Sinne des § 26 des Arzneimittelgesetzes (Chargenfreigabe), *volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preise* bestimmt. Für diese Preisbestimmung von Arzneimitteln ist die **Preiskommission des Bundesministeriums für Gesundheit** zuständig. Basis bei der Preisberechnung stellen dabei die Fabrik- und Depotabgabepreise (FAP/DAP) dar. Basierend auf diesen geschieht die Preisbildung durch gesetzlich geregelte, gestaffelte Höchstaufschläge für den Großhandel und die Apotheken. Bei der Berechnung von patentgeschützten Medikamenten, welche zur Aufnahme in den in den roten und gelben Bereich des Erstattungskodex (EKO) der Sozialversicherung vorgesehen sind, bildet der Europäische Durchschnittspreis die Preisbasis (§ 351c Abs. 6 ASVG). Dafür wird der EU-Durchschnittspreis (arithmetisches Mittel) der Fabriks- und Depotabgabepreise (FAP/DAP) der EU-Staaten mit Zulassung für diese Arzneimittelspezialität herangezogen.⁶⁶ Der Preiskommission stehen die GÖG bzw. das ÖBIG unterstützend zur Seite.

⁶⁵ www.gesundheit.gv.at (20. September 2011)

⁶⁶ Der Großhandelsaufschlag liegt zwischen 7 und 15,5 Prozent für erstattungsfähige bzw. 9 und 17,5 Prozent für nicht erstattungsfähige Medikamente. Die Spanne beim Apothekenaufschlag beträgt 3,9 - 37 Prozent für erstattungsfähige bzw. 12,5 - 55 Prozent für nicht erstattungsfähige Medikamente. (www.gesundheit.gv.at)

Zur Vergütung von Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich gibt der Hauptverband gemäß § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG einen **Erstattungskodex (EKO)** heraus. Einzutragen sind jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und Nutzen für Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung nach § 133 Abs. 2 ASVG⁶⁷ annehmen lassen. Der EKO gliedert sich in eine grünen, eine gelbe und eine rote Box. Die Abstufung dieses Ampelsystems reicht somit von frei verschreibbaren Arzneispezialitäten im grünen Bereich, hin zu Arzneimittelspezialitäten im roten Bereich, die zur Erreichung des Behandlungsziels unbedingt notwendig sind und gleichzeitig keine Alternativen zulassen. Zu den nicht erstattungsfähigen Arzneimittelspezialitäten bzw. Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG gehören unter anderem Arzneimittel zur Behandlung in Krankenanstalten, Arzneimittel zur Prophylaxe, Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung (Homöopathie), Arzneimittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung oder für körperliche Hygiene, sowie Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs oder zur Empfängnisverhütung.

Eine Prüfungsanfrage nach pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Kriterien, zur Aufnahme von Arzneispezialitäten in den EKO kann entweder vom Hersteller oder dem Hauptverband selbst eingebracht werden. Mit der Evaluation wird die **Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)** vom Hauptverband betraut. Gemäß Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG – VO-EKO entscheidet der Hauptverband auf Grundlage der Empfehlungen der unabhängigen und weisungsfreien HEK. Die Zusammensetzung der HEK erfolgt nach involvierten Akteuren wie Versorger, Anbieter, Einkäufer und Beitragszahler. Somit finden sich Vertreter der Wirtschaftskammer, der Ärztekammer, der Bundesarbeiterkammer, der Wissenschaft, die auf Vorschlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften ernannt werden, ein Vertreter der Apothekerkammer, ein Vertreter der Bundesländer und Vertreter der Sozialversicherungsträger in der 20 Mitglieder umfassenden Kommission wieder.

Durch die Neuerungen im Rahmen der 60. Novelle zum ASVG (BGBl.Nr. 100/2002) kann bei einer möglichen Ablehnung zur Aufnahme in den Erstattungskodex durch die HEK eine Beschwerde eingereicht werden. Folgend entscheidet die neu geschaffene **Unabhängige Heilmittelkommission** in zweiter Instanz. Die Unabhängige Heilmittelkommission hat das Recht auf Selbstinitiative zur Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex, wenn der Hauptverband keine fristgerechte Entscheidung trifft (§ 351i Abs. 5 ASVG). Die Zusammensetzung der Unabhängigen Heilmittelkommission besteht gemäß § 351h Abs. 3 ASVG aus einem vom Bundesminister für Justiz bestellten Richter, der als Vorsitzender fungiert, sowie jeweils einem Vertreter der Pharmakologischen Gesellschaft, der

⁶⁷ Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 133 Abs. 2 ASVG).

Ärztammer, der Apothekerkammer, der Wirtschaftskammer, der Gesundheit Österreich GmbH, der Bundesarbeitskammer, sowie dem Hauptverband. Diese Beisitzer, sowie jeweils ein Stellvertreter, werden vom Bundesministerium für Gesundheit bestellt.

Ist der Bürger auf eine Behandlung mit Arzneimitteln angewiesen, tritt dieser als Patient am Arzneimittelmarkt auf. Anhand einer Verschreibung durch einen Arzt und als versicherte Person werden alle erstattungsfähigen Arzneimittel (siehe zuvor beschriebener Erstattungskodex) zur Gänze übernommen. Zusätzlich fällt in Apotheken ein Selbstbehalt in Form einer Pauschale an. Diese **Rezeptgebühr** beträgt in Österreich im Jahr 2011 EUR 5,10 und unterliegt einer jährlichen Änderung anhand der Pensionsanpassung. Für Arzneimittel unter diesem Betrag entfällt der Selbstbehalt. Die Rezeptgebühr wird von der Apotheke verrechnet und an die entsprechende Sozialversicherung abgeführt. Um Personen mit hohem Medikamentenbedarf, beispielsweise chronisch Kranke oder Personen mit geringem Einkommen zu entlasten, sind keine Rezeptgebühren mehr zu bezahlen, sobald in selbigem Kalenderjahr die kumulierten Rezeptgebühren 2% des Jahresnettoeinkommens übersteigen. Neben dieser Rezeptgebührenobergrenze besteht auch eine Mindestobergrenze. Bei einem Jahresnettoeinkommen unter dem Einzelrichtsatz von EUR 793,40, (2011) erfolgt die Berechnung der Obergrenze anhand der 2% des zwölffachen des Einzelrichtsatzes (= EUR 190,42), wodurch sich für das Jahr 2011 mindestens 37 zu entrichtende Rezeptgebühren ergeben.⁶⁸

3.1.7. Heilbehelfe und Hilfsmittel

Heilbehelfe und Hilfsmittel werden von der Sozialversicherung bei einer Verschreibung durch einen Arzt übernommen, unterliegen jedoch in jedem Fall einem 10-prozentigen Selbstbehalt. Die so von der Sozialversicherung übernommenen Heilbehelfe und Hilfsmittel entsprechen einer einfachen und zweckentsprechenden Ausführung; andere müssen vorab bewilligt werden. Der Selbstbehalt von 10 Prozent beträgt in jedem Fall mindestens EUR 28 und ist mit höchstens EUR 1.120 bzw. EUR 2.800 für Hilfsmittel, die die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile übernehmen bzw. für Krankenfahrstühle gedeckelt. Keine Selbstbehalte entfallen bei Personen mit Rezeptgebührenbefreiung oder Kindern unter 16 Jahren.

⁶⁸ Für Ehepaar ist von einem Einzelrichtsatz von EUR 1.189,56 auszugehen. Zusätzlich erhöhen sich die Grenzbeträge für jedes Kind um EUR 122, 41. Für Personen mit überdurchschnittlichen Ausgaben infolge von Leiden oder Gebrechen erhöhen sich die Richtwerte der monatliche Nettoeinkünfte auf EUR 912,41 (für Alleinstehende) bzw. auf EUR 1.367,99 (für Ehepaare bzw. Lebensgefährten).

3.1.8. Beteiligungsmöglichkeiten der verschiedenen Aspekte im österreichischen Gesundheitswesen

3.1.8.1. Bürger

Die Einbindung des Bürgers in das Gesundheitssystem ist in Österreich durch Wahlen auf den verschiedenen politischen Ebenen gegeben. Durch die Kompetenzverteilung sind neben den Organen der Selbstverwaltung sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch der Landeshauptmann - aufgrund der monokratischen Verantwortung auf Länderebene (siehe Strukturteil) - Schlüsselpositionen im Gesundheitswesen. Dem Bürger kommt das **aktive Wahlrecht** für den Nationalrat, den Landtag, den Gemeinderat (nicht überall für den Bürgermeister), den Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretungen, für das Bundespräsidentenamt und für das Europäische Parlament zu. Dies entspricht somit einer indirekt kollektiven Beteiligung, über welche dem Bürger eine Einflussnahme auf die Regulation des Gesundheitssystems ermöglicht wird. Es besteht keine Möglichkeit zur Direktwahl des Landeshauptmanns oder der Landeshauptfrau. Die Besetzung dieses Amtes obliegt dem jeweiligen Landtag. Das **passive Wahlrecht** ermöglicht dem Bürger eine direkte persönliche Einflussnahme, verlangt jedoch aufgrund der Politlandschaft ein großes Maß an Motivation, Fachwissen und Durchhaltevermögen.

In Österreich ist die Möglichkeit zur Einflussnahme von Bürgern auf das Gesundheitssystem über politische Wahlen systembedingt beschränkt. Staatliche Gesundheitssysteme wie etwa jenes von England, bieten über politische Wahlen dem Bürger ein weitaus größeres Beteiligungsfeld. Durch ein **System der Selbstverwaltung**, wie es in Österreich besteht, ist über die Akteure und Entscheidungsgremien im System dem Bürger als Versicherten mehr Einfluss garantiert. Somit verdeutlicht sich die Reformierbarkeit eines Systems der Selbstverwaltung, in dem der Staat als Verwalter bzw. Gewährleister und Überwacher fungiert und „nur“ die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgibt. Selbst unter starkem Reformwillen ist es der Politik wegen der abgetretenen Hoheitsrechte im Gesundheitswesen nur zu einem gewissen Grad möglich Änderungen bzw. Eingriffe vorzunehmen. Gleichzeitig haben die etablierten zentralen Akteure im System, wie Ärzte, Krankenkassen und Krankenanstalten, einen schwachen Anreiz, zusätzliche Player ins System zu integrieren. Darüber hinaus wird eine Umgestaltung des Systems durch föderale Strukturen erschwert, weil dadurch noch mehr Einflüsse durch zusätzliche Interessensgruppen im Diskurs bestehen.

Die Betrachtung der Rolle des Bürgers im österreichischen Gesundheitssystem beinhaltet auch die Ebene der Mittelaufbringung. Der Bürger ist als **Steuerzahler** wesentlich an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Schwerpunkt ist dabei der stationäre Bereich, welchem Steuermitteln über Bund und Länder mehr oder weniger durchsichtig, zukommen (siehe dazu Abbildung 22: Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen).

Dem Bürger bietet die **Volksanwaltschaft** eine „voice“ Option. Die Volksanwaltschaft ist als Organ zur Kontrolle der öffentlichen Verwaltung installiert und nimmt sich dem Bürger in Form eines Ombudsmannes an. Im österreichischen Gesundheitssystem existieren zusätzlich **Patientenanwälte** als eine Vertretung zur individuellen „voice“ Beteiligung (siehe Patientenorientierung).

Die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit im Sinne des Bürgers in allen Phasen des Lebens, sowie Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten, finden sich im **Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)** wieder (§ 1 Abs. 1 Z. 1 GfG). Die Erarbeitung von Gesundheitsdeterminanten und Politikfeldübergreifenden Initiativen ist der **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** übertragen (§ 3 Abs. 1 GfG). Darunter fällt auch die Erarbeitung von Projekten im Sinne der **Health in all Policies** Strategie. Ein wesentlicher Bestandteil von Health in all Policies, als Querschnittsbereich impliziter Gesundheitspolitik, ist Health Impact Assessment (HIA). Das ÖBIG als Teilbereich der GÖG untersucht diverse Projekte im Bereich von Health in all Policies bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit anhand von Health Impact Assessment. Die Mittelaufbringung für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information wird über einen Anteil am Aufkommen an der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes garantiert (§ 4 GfG).

Als Informationsmöglichkeit wird dem Bürger das **öffentliche Gesundheitsportal** www.gesundheit.gv.at geboten. Diese liefert dem Bürger Auskünfte über Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Prävention als auch allgemeine Navigationsinformationen zur Struktur und Serviceleistung im österreichischen Gesundheitssystem.

3.1.8.2. Versicherte

Dem Versicherten kommt in Österreich aufgrund der Struktur der Selbstverwaltung eine bedeutende Rolle zu. Durch die Pflichtversicherung sind ihm jedoch jegliche „choice“- und „exit“-Optionen verwehrt.⁶⁹ Dem Versicherten kommt eine indirekte kollektive Partizipationsmöglichkeit über die Kammerwahlen zu. Versicherungsvertreter werden in die Sozialversicherungsträger entsandt und bestimmen dort die Gremien. Obmann und Stellvertreter sowie drei Seniorenvertreter sind Mitglied der Trägerkonferenz des Hauptverbandes. Der paritätisch besetzte Vorstand des Hauptverbandes besteht aus sechs Dienstnehmervertretern (5 Bundesarbeitskammer + 1 Gewerkschaft öffentlicher Dienst) und sechs Dienstgebervvertreter (5 Wirtschaftskammer + 1 Landwirtschaftskammer). Eine Einflussnahme des Versicherten besteht somit nur in mittelbarer Form der Beteiligung durch die Vertreterentsendung der Sozialpartner (Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter).

⁶⁹ Ausnahmen sind an dieser Stelle die private Zusatzversicherungen und die Opting-Out Begünstigten nach § 5 GSVG.

Um die Wahrung einer versichertennahen Verwaltung zu gewährleisten, ist im Hauptverband auch ein **Beirat** (§ 440a-f ASVG) eingerichtet. Dieser Vertretung von Versicherten kommt jedoch nur eine beratende Funktion zu. Der Beirat setzt sich aus Vertretern der Versicherungsträger in der Trägerkonferenz und aus Vertretern auf Vorschlag des Bundesseniorenbeirates und des Bundesbehindertenbeirates zusammen. Auf die Höhe der gesetzlich festgelegten Beiträge, den Leistungskatalog oder die Mittelzusammenführung (neben der Krankenversicherung, auch die Pensionsversicherung, die Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung), hat das versicherte Individuum keinen unmittelbaren Einfluss. Da ein Großteil der Rahmenbedingungen bundesgesetzlich festgeschrieben ist (ASVG), besteht eine Möglichkeit zur Einflussnahme bezüglich dieser Kriterien indirekt in der Rolle des Bürgers.

3.1.8.3. Patienten

Die Patientenorientierung ist in Österreich nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz gemäß § 2 Abs. 3, als eines der vier Prinzipien von Qualitätsstandards, wie folgt definiert:

Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen. (§ 2 Abs. 3 GQG)

Die Berichterstattung und Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens soll neben der Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und Planung im österreichischen Gesundheitswesen auch der Information von Patienten dienen (Art. 6 Abs. 10 der 15a B-VG Vereinbarung). Im Zusammenhang mit der in Österreich geltenden freien Arztwahl sollte der Informationsbereitstellung eine besondere Bedeutung zukommen. Die „choice“-Option der freien Arztwahl kann jedoch nur eingeschränkt genutzt werden, da konkrete Informationen über die Qualität einzelner Leistungserbringer für den Patienten und Konsumenten nicht zur Verfügung stehen.

In Österreich bestehen ausführlich ausgestaltete Patientenrechte. Allgemein gilt es zu unterscheiden zwischen Patientenrecht als individuelles Recht und Patientenrecht als kollektives Beteiligungsrecht. Die legislative Absicherung der Patientenrechte ist durch die Patientencharta, einer Vereinbarung entsprechend Artikel 15a B-VG, garantiert. Sie beinhaltet das Recht auf Behandlung und Pflege, das Recht auf Achtung der Würde und Integrität, das Recht auf Selbstbestimmung und Information, das Recht auf Dokumentation, besondere Bestimmungen für Kinder sowie Regelungen zur Vertretung von Patienteninteressen und zur Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen. Innerhalb dieser grundlegenden Vorgaben schließt der Bund mit jedem Bundesland einzeln eine

Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte. Die Patientencharta sieht somit durch die Vertretung von Patienteninteressen auch eine indirekt kollektive Beteiligung vor. Diese unabhängigen Patientenvertreter nehmen die Vertretung der allgemeinen Patienteninteressen bzw. der Patientenselbsthilfegruppen wahr, haben jedoch meist nur Empfehlungscharakter. Auch im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ist die Einbeziehung von Patientenvertretern festgehalten. Durch die Rahmengesetzgebung des KAKuG ist die Landesgesetzgebung verpflichtet, dass zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen, unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen (§ 11e KAKuG). Es folgt eine Auswahl an bereits angeführten Gremien, in welchen Vertreter von Patienteninteressen tätig sind:

- ein Patientenvertreter im Nutzerbeirat der ELGA GmbH;
- ein Patientenvertreter (Patientenanwaltschaft) in der Bundesgesundheitskommission (Organ der BGA) mit Stimmrecht;
- ein Patientenvertreter (Patientenanwaltschaft) in der Gesundheitsplattform (Organ der LGF) ohne Stimmrecht;
- ein, durch das BMG bestellter, Experte zur Wahrung der Patienteninteressen im Wissenschaftlichen Beirat der ÖQmed;
- ein Patientenvertreter bei der spezifischen Evaluierung der ÖQmed, welche selbst durch Vertreter von Patienteninteressen initiiert wurde.

Ähnlich der Volksanwaltschaft, existieren in allen Bundesländern Patientenanwälte, welche als Institution der individuellen „voice“ Beteiligung angesehen werden können. Der Arbeitsbereich der Patientenanwälte liegt schwerpunktmäßig im Spitalsbereich, in manchen Bundesländern darüber hinausgehend jedoch auch im niedergelassenen Bereich und der Pflege. Die Patientenanwaltschaft ist als Vertreter der Patienten Mitglied in der Bundesgesundheitskommission und in den Landesgesundheitsplattformen, darüber hinaus wird sie in die Begutachtung von Bundesgesetzen eingebunden.

Zur außergerichtlichen Einigung sind für Schadensersatzansprüche von Patienten Schlichtungsstellen durch die Ärztekammer in den Ländern eingerichtet. Auf Spitalsebene existiert zusätzlich nach § 27 Abs. 5 und 6 des KAKuG ein Patientenentschädigungsfonds. Dieser dient der Entschädigung bei unklarer Haftungslage oder bei seltenen, schwerwiegenden Komplikationen. Weiteres gibt es als primäre Anlaufstelle für Patienten Anregungen in manchen Krankenanstalten innerorganisatorische Einrichtungen zum Beschwerdemanagement.

Weitere Formen der Beteiligung im Gesundheitswesen finden sich in der Rolle des Patienten als Koproduzent seiner Gesundheit. Durch Selbstbestimmung und Informationen (informed consent) soll es zu einem Zusammenwirken im Behandlungsprozess zwischen dem Patienten als Laien und dem Arzt als Experten kommen („shared decision making“). Als aggregierte „voice“-Option gilt auch die 2010/2011 zum ersten Mal österreichweit

einheitliche, sektorenübergreifend durchgeführte Patientenbefragungen, welche de-facto eine direkte kollektive Patientenbeteiligung darstellt.

3.1.8.4. Konsumenten

Ein wesentlicher Bestandteil der Konsumentenorientierung ist die Konsumenteninformation. Als allgemein zugängliches **Informationsportal** für das österreichische Gesundheitswesen dient die vom BMG betriebene Internetseite www.gesundheit.gv.at. Dieses öffentliche Gesundheitsportal bietet Navigationsinformationen über den Aufbau und Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens für den Konsumenten und gibt auch Auskünfte über Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Prävention. Für das Individuum als Patient werden Informationen zu Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie Medizinprodukten und Arzneimitteln geboten. Dabei orientiert sich die Aufarbeitung und Gliederung des Portals möglichst nahe an der Versorgungskette im Gesundheitswesen.

Als ein weiteres Beispiel für ein Informationsportal ist der **Österreichische Rehabilitationskompass** zu nennen. Dieser wurde vom Hauptverband in Zusammenarbeit mit der GÖG als elektronisches Rehabilitationshandbuch eingerichtet, welches Informationen für den Konsumenten über das Leistungsangebot stationärer Rehabilitationseinrichtungen bietet.

Dem Konsumenten im Gesundheitswesen wurde im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz zum Thema Gesundheitsziele eine „voice“-Option über internetbasierte Möglichkeiten zur Stellungnahme geboten.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMA SK) ist als oberste Verwaltungsbehörde für den Bereich des allgemeinen Konsumentenschutzes zuständig (Sektion 3).

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Vertretungen der Patienten, kommt es zu zivilgesellschaftlichen Zusammenschlüssen in Form von Patienten- und Angehörigenorganisationen. Deren Intention ist eine Selbsthilfe, Unterstützung, Interessensvertretung und Wahrung von Beteiligungsmöglichkeiten. Die **ARGE Selbsthilfe Österreich** bildet dabei einen Verbund von Selbsthilfeorganisationen. Die Arbeitsgemeinschaft ist in die Gesetzesbegutachtung miteinbezogen und kooperiert auch mit der Patientenanwaltschaft (<http://www.selbsthilfe-oesterreich.at>). Eine weitere Organisation zur Vertretung von Patienteninteressen im Gesundheitswesen bildet die **Patienten Initiative zur Mitarbeit und Mitgestaltung im Gesundheitswesen (PlnG)** die eine geringere Verzerrung in Richtung der Vertretung von chronischen Kranken aufweist, als die ARGE Selbsthilfe Österreich (<http://www.patienteninitiative.at>).

3.2. Aufgabenorientierung an den Bedürfnissen einzelner Rollenbilder

3.2.1. Aufgaben des Gesundheitswesens aus Sicht des Bürgers und des Versicherten

Dieser Aufgabenbereich umfasst vor allem die Antwort auf das Bedürfnis der Mitbestimmung in einer Gesellschaft, und hier im speziellen Teil des Gesundheitswesens. Mitbestimmung wird vor allem dadurch erforderlich, dass viele Bereiche des Gesundheitswesens, zumindest in europäischer Tradition, von öffentlichen Gütern geprägt sind. Das Aufbringen der Mittel für und die Verwendung und Verteilung von diesen öffentlichen Gütern erfordert das effiziente Agieren öffentlicher Körperschaften, welche durch Mitbestimmung an den Willen des Bürgers gebunden werden sollen. Die Delegation von Entscheidungsgewalt verlangt schließlich von den öffentlichen Körperschaften, geeignete Ziel- und Steuerungsmechanismen einzusetzen. Bürger und Versicherter sind auch daran interessiert, einen Schutz vor den Lebensrisiken zu erhalten. Im Unterschied zum tatsächlichen Patienten sind Menschen in diesen Rollen aber nicht unmittelbar mit Krankheit konfrontiert, sondern nur mit ihrem mehr oder minder hohen Krankheitsrisiko. Dadurch spielt für sie die Einkommensverwendung für andere Zwecke als die Risikoabsicherung eine größere Rolle. Somit kommt es dem Bürger bzw. in einem Sozialversicherungsland auch dem Versicherten zu, über seine Mitbestimmungsmöglichkeiten auch Einfluss auf die Höhe von Steuern und Sozialversicherungsabgaben sowie den Umfang des Versicherungsschutzes auszuüben.

3.2.1.1. Bewertung Österreichs im Ländervergleich

3.2.1.1.1. Governance und *“Health in all policies”*

Die mit der Steuerung des Gesundheitswesens befassten Institutionen sind in den untersuchten Ländern wesentlich stärker **konzentriert** und **formalisiert** sowie bzgl. der Wahrnehmung von Aufgaben **trennschärfer**. Es existieren in Österreich weiterhin keine Gesundheitsziele auf nationaler Ebene und keinerlei Performance-Reporting. Dies führt zu einer sehr schwachen Wahrnehmung der Aufgabe „Steuerung“. „Health in all Policies“ ist auch in anderen Ländern nicht ausreichend umgesetzt, **Gesundheitsziele** allerdings schon, wobei sich speziell in England gute Erfolge vorweisen lassen. In England und den Niederlanden existieren zudem Performance-Reports, die zur Steuerung des Systems verwendet werden können.

Die **Gesetzgebung** erfolgt in England und den Niederlanden ausschließlich auf zentraler Ebene. Dies gilt auch für die skandinavischen Staaten, deren vorbildliches Gesundheitswesen viel zitiert wird. Auch in Deutschland, das wie England wesentlich größer als Österreich ist, erfolgt die Gesetzgebung in fast allen Gesundheitsbelangen (außer in wenigen Belangen der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsberufe) auf

Bundesebene, mit Zustimmung des Bundesrats. Die **Steuerung** ist in allen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen naturgemäß leichter (weil direkter) als in Ländern mit Sozialversicherungsstrukturen. Die Befugnis zur Steuerung muss dabei insbesondere mit der politischen Verantwortung einhergehen, was dem Demokratieprinzip als Teilaspekt des Prinzips der institutionellen Kongruenz (Wicksell (2010 [1896]) entspricht. Gleichzeitig muss das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz erfüllt sein. Beides ist in Österreich nur bedingt der Fall.

In allen drei Ländern gibt es eine sehr klare Zuordnung von Aufgaben und Organisationen, die mit diesen befasst sind.

In England ist das NHS für das Gesundheitswesen im engeren Sinne zuständig, die politische Verantwortung liegt beim Gesundheitsminister. In der inneren Struktur sind die *primary care trusts* gleichsam die Krankenversicherung für eine örtlich definierte Population. Wie im Abschnitt zur Mitbestimmung genauer ausgeführt, besteht zwar keine choice-Option (außer man wechselt den Wohnort), aber Transparenz und *accountability* sind in den letzten Reformen wesentlich gestärkt worden. Andere Organisationen wie die Care Quality Commission oder das NICE haben ebenfalls klar definierte Aufgabenbereiche. Um dies plakativ mit Österreich zu vergleichen: Welche Organisation ist in Österreich mit der Qualitätssicherung von Gesundheitseinrichtungen betraut? Welche Organisation befasst sich mit evidenzbasierten Leitlinien und macht diese öffentlich?

Ähnlich ist dies in Deutschland, wo mit dem G-BA die Stakeholder der Selbstverwaltung eine klare, bundesweite Verhandlungsplattform haben, die ihre Entscheidungen transparent machen muss. Um wieder einen augenfälligen Vergleich anzustellen: Welches Gremium erfüllt in Österreich diesen Zweck? Wo kann sich der Bürger zu Entscheidungen informieren, mit denen die Sozialversicherung und die ärztliche Selbstverwaltung die Freiräume des Gesetzgebers füllt?

Das zum G-BA gehörige IQWiG hat die Qualitäts- und Leitlinienkompetenz. Für Bereiche wie die Krankenhaushygiene, die in Deutschland noch landesgesetzlich geregelt sind, steht die Übernahme in eine zentrale Kompetenz zur Diskussion. Auch wenn die Entscheidungen des IQWiG kontroversiell sind, so sind sie durch die klare Aufgabenzuordnung, ähnlich wie jener des NICE, zumindest dem demokratischen Diskurs zugänglich.

In den Niederlanden wurde durch die jüngsten Reformen eine sehr klare Aufgabenorientierung erreicht. Das Gesundheitsministerium trägt die politische Verantwortung für das Funktionieren des Gesundheitswesens und steckt die Regeln für das sehr marktorientierte System ab. Operativ steuert die *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* den Gesundheitsmarkt und macht Vorschläge zu seiner Adaptierung. Der *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)* obliegt die Qualitätssicherung. Das *College voor Zorgverzekeringen*

(CVZ) verwaltet den Risikostrukturausgleich und sorgt für eine einheitliche Implementierung des Krankenversicherungsgesetzes.

Gesundheitsziele werden in allen drei Ländern zur Steuerung verwendet. In Deutschland existieren diese seit dem Jahr 2000. Zentraler Akteur ist die Plattform gesundheitsziele.de, die bereits sechs Gesundheitsziele beschlossen hat. Es sind in dieser Plattform alle wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen beteiligt. Auf Länderebene werden entsprechende Gesundheitsziele beschlossen, wobei gesundheitsziele.de als Metaplattform für alle Länder dient. Die Entwicklung von Gesundheitszielen obliegt ebenfalls einer gemeinsamen Einrichtung von Selbstverwaltung und anderen Systempartnern, der GVG. Die GVG ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung, ein seit 1947 existierender Verein, dem die Sozialversicherungen, Leistungserbringer, Wissenschaftler, Gewerkschaften etc. angehören. Sicher verbesserungswürdig wäre hier die Evaluierung und stärkere Verbindlichkeit von Gesundheitszielen.

Systembedingt stärker top-down agiert England, wo das Gesundheitsministerium sieben Gesundheitsziele festgelegt hat, welche für die nachgeordneten Einheiten des NHS verpflichtend sind. Dies zieht sich bis ins Bezahlungssystem, dessen *quality and outcomes-framework* diese Ziele ebenfalls aufgreift. Diese Tatsache liefert einen Erklärungsbeitrag für den vergleichsweise großen Erfolg des Englischen Programms (Smith/Busse 2010). Aber auch hier funktioniert die Einbettung in das Gesundheitswesen im engeren Sinne besser als die Einbindung anderer Bereiche. Zusätzlich gibt es für viele Bereiche hohe Performancetransparenz.

Auch die Niederlande bedienen sich Gesundheitszielen zur Steuerung, allerdings existiert noch kein formales System der Kontrolle. Für das Gesundheitswesen insgesamt wird allerdings alle zwei Jahre ein Performance-Report veröffentlicht (zuletzt RIVM (2010)).

In Österreich wurde erst vor Kurzem ernsthaft mit der Entwicklung von Gesundheitszielen begonnen. Hier sollte man den internationalen Erfahrungen, insbesondere in England, folgen. Klar operationalisierte Ziele sind aber auch politisch zu verantworten. Zudem ist es schwierig, in einem Land mit sehr vielen Stakeholdern Gesundheitsziele auch erfolgreich umzusetzen.

3.2.1.1.2. Mitbestimmungsmöglichkeiten

Die Mitbestimmungsmöglichkeiten über grundlegende Entscheidungen sind in Österreich zum einen durch die mangelnde Transparenz im System behindert. Dem Bürger, der in Wahlen seine Meinung abgeben soll, steht im komplexen System nicht die notwendige Information zur Verfügung, um eine rationale Entscheidung treffen zu können. Die Fiskalillusion, also die mangelnde Zuordenbarkeit von Ausgaben und Steuern durch das System der gemeinsamen Bundesabgaben ist dabei nur ein Aspekt (mangelnde fiskalische

Äquivalenz). Nur wenigen ist z. B. das System der Finanzierung im Gesundheitswesen vertraut, ebenso wenig transparent sind die Entscheidungsprozesse: Gerade das höchste administrative Entscheidungsgremium, die Bundesgesundheitskommission, verfügt de facto über keine Außendarstellung, ganz anders, als dies beispielsweise im Deutschen Gemeinsamen Bundesausschuss der Fall ist, dessen Zusammensetzung und Entscheidungen auf einer eigenen Website veröffentlicht werden.

Zudem besteht in Österreich keine Möglichkeit, Entscheidungen im Gesundheitswesen an sich zu beeinflussen. Das Wahlsystem sieht nur die Wahl zu Repräsentanten in Nationalrat, Präsidentenamt, EU-Parlament, Landtag sowie den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen vor. Keines dieser Ämter oder Gremien trifft vorwiegend Entscheidungen im Gesundheitswesen. Es kann also nur eine Stimme für eine ganze Reihe von Agenden abgegeben werden.

Dies steht im Gegensatz zu vielen anderen Gesundheitssystemen. In den skandinavischen Ländern sind die Regionen vorwiegend für Gesundheit zuständig und verwenden über 90 Prozent ihrer Mittel in diesem Bereich. Demokratische Entscheidungen erlauben daher ein relativ direktes Feedback des Wählers. Dem skandinavischen Bürger steht damit zwar nicht die choice-Option offen (außer wenn er in eine andere Region umzieht) aber wohl die voice-Option, er wählt also direkt jene Mandatare, die die Gesundheitsversorgung verantworten.

In England wird die grundlegende Politik im Gesundheitswesen nur durch die Unterhauswahlen und damit den Gesundheitsminister gestaltet. Jedoch sind eine ganze Reihe von Mitbestimmungsmöglichkeiten vorgesehen, und 2009 wurde unter Beteiligung von Bürgern und im Gesundheitswesen Tätigen eine NHS-Constitution (NHS-Verfassung) ausgearbeitet. Die Umwandlung von NHS-trusts in *foundation trusts* geht zudem mit einer verstärkten Mitbestimmungsmöglichkeit einher, indem Mitarbeiter, Bürger aus dem Zuständigkeitsbereich und Patientenvertreter eine Art Aufsichtsrat bilden. Zudem wurden die „Public and Patient Involvement Foren“ in „Local Involvement Networks“ umgewandelt, die die Aufgabe haben, die Bedürfnisse der Bürger zu repräsentieren. Es können von diesen auch Begehungen von Gesundheitseinrichtungen verlangt und durchgeführt werden.

In Ländern mit Versicherungswahl besteht von vorneherein zumindest eine choice-Option. In Deutschland ist dabei zusätzlich ein eigener Wahlmodus für die Vertreter in der Sozialversicherung vorgesehen. In der Sozialwahl wählen die Versicherten ihre Vertretung in die Gremien der selbstverwalteten Versicherungsträger. Auch in den Niederlanden sind Versichertenvertreter in den (allerdings privatrechtlich organisierten) Versicherungen möglich.

3.2.1.2. Verbesserungsmöglichkeiten

Konzentration der Steuerung

Die Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der **Governance** sind eng mit der generellen verfassungsrechtlichen Situation verknüpft. Qualitativ wäre eine stärkere Konzentration der Steuerung bei vertikaler Abstufung der operationalen Kompetenzen und klarere Kompetenzabgrenzung wünschenswert. Insgesamt würde die Steuerung dadurch auch verbessert. In kaum einem Land gibt es Gesetzgebungskompetenz im Gesundheitswesen auch auf Ebene von Provinzen bzw. Bundesländern. Auch in den regional organisierten staatlichen Gesundheitssystemen existiert diese nicht. Eine Stärkung der Steuerung des Gesundheitswesens könnte durch eine Vereinheitlichung der Gesundheitskompetenzen in einer Verfassungsmaterie nach Art. 10 B-VG erfolgen. Auf diese Weise können auch die später noch einmal thematisierten Kompetenzprobleme im Leistungserbringungsbereich automatisch aufeinander abgestimmt werden, insbesondere KaKuG und SV-Gesetzgebung. Eine Implementierung der Spitalsmaterie in Art. 11 birgt dann einen großen Nachteil, wenn durch weitgehende Verordnungsermächtigungen wieder neun verschiedene Systeme im Spitalsbereich entstehen, und dies sogar ohne Befassung des Landtags. Zweifellos ist diese Forderung politisch schwierig durchzusetzen, sie entspricht aber den theoretischen und empirischen Erkenntnissen. Eine einheitlichere Steuerung wäre eine wesentliche Voraussetzung für eine raschere Reformbereitschaft im österreichischen Gesundheitswesen. In vertikaler Richtung können auch in Bundesgesetzen anderen Körperschaften Befugnisse eingeräumt werden, um den Spielraum für lokale Anpassungen zu erhalten.

Sollen die Bundesländer weiterhin eine umfassende Kompetenz im Gesundheitswesen haben, wären dafür Voraussetzungen zu schaffen, das Prinzip der institutionellen Kongruenz stärker zu realisieren. Die Vereinigung von Gesetzgebung, Regulation, ausgabenseitiger Finanzierung und Eigentümerschaft im Spitalsbereich bei gleichzeitig schwach vorhandener aufkommenseitiger Finanzierungs- und Ausgabenverantwortung ist keine geeignete Lösung. Diese starke Position der Bundesländer müsste theoretisch mit der entsprechenden Finanzierungsverantwortung und Ergebnisverantwortung verknüpft werden. Die umfassende Kompetenz der Länder muss dann auch politisch verantwortet werden, was in Hinblick auf Staatseffizienz sicher ein anderes Ergebnis zur Folge hätte.

Alternativ kann die Ausgabenverantwortung abgetreten werden, und die Bundesländer bleiben Eigentümer und evtl. Regulator im Spitalswesen. Die bisherigen Spitalsmittel werden der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt, ein Modell nicht unähnlich wie in Deutschland. Dafür wäre nicht einmal eine Verfassungsänderung nötig, wenn auch zu empfehlen.

Jedenfalls zu empfehlen ist eine verstärkte *accountability* in allen Bereichen. Die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems sollte transparent gemacht

werden, ebenso Entscheidungsprozesse. So sollten beispielsweise die Bundesgesundheitskommission, und auch andere bestehende Gremien, wie die Heilmittelbewertungskommission, ihre Prozesse transparent machen und den Bürgern Entscheidungen kommunizieren und erklären. Auch nicht in einer Organisation zusammengefasste Institutionen⁷⁰, wie die Vertragspartnerverhandlungen, sollten in formalisierterer Form kommuniziert werden.

Formalisierung der Steuerung, Verbesserung der Mitbestimmung

Die Steuerung im Gesundheitswesen in Österreich erfolgt auf höchster Ebene vor allem in der Bundesgesundheitskommission. Allerdings wäre hier die Transparenz und *accountability* gegenüber den Bürgern deutlich zu erhöhen, indem Prozesse und Ergebnisse transparent gemacht werden. Auch auf Ebene der Selbstverwaltung gibt es zwar einigermaßen hohe Transparenz bei der Gebarung, aber kein formalisiertes Gremium für die Ausgestaltung des Handelns der Selbstverwaltung SV-Leistungserbringer. Zwar ist nicht unbedingt ein Gremium wie der G-BA zwingend erforderlich, aber entsprechende Entscheidungen und Vorgänge sollten der Öffentlichkeit transparenter dargestellt werden.

Was die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung betrifft, bestehen Verbesserungsmöglichkeiten in der Mitbestimmung. Es steht z.B. zu vermuten, dass der Konnex zwischen den Wahlen zur Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung von den meisten Bürgern gar nicht in diesem Sinne wahrgenommen wird, die Politik der Sozialversicherungsträger mitzubestimmen. Da keine choice-Option besteht, sollte gerade die „voice“-Option stärker gelebt werden, um die Wahrnehmung der Sozialversicherung als gewählte Institution und damit ihre Kompetenz gegenüber anderen Stakeholdern zu stärken. Ein Vorbild wäre die Sozialwahl in Deutschland, wo die Gremien der Sozialversicherung in einer eigenen Wahl bestimmt werden. Eine Alternative wäre, Patientenbeiräte nach Vorbild der Niederlande einzurichten.

Gesundheitsziele und Zielsteuerung

Um Gesundheitsziele erfolgreich zu implementieren, wäre ein durchsetzungsfähiges Gremium erforderlich. Die Bundesgesundheitskommission kommt dafür in Betracht. Allerdings wären dem New Public Health Ansatz folgend weitere Bereiche staatlichen Handelns mit einzubeziehen. Erweitert man die BGK jedoch um beispielsweise Vertreter des Sozialministeriums, Unterrichts- und Arbeitsministeriums, wird das Gremium an Mitgliederzahlen doch beachtlich. Eine Alternative wäre, die derzeit arbeitende Steuerungsgruppe zur Gesundheitsreform für die Festlegung solcher Ziele zu nutzen und um die entsprechenden Ministerien zu erweitern.

⁷⁰ Institutionen als abstrakte Abläufe gesellschaftlichen Handelns und Organisationen als konkrete Orte und Vereinigungen von Menschen.

Insgesamt ist es erforderlich, dass messbare Ziele definiert werden, die auch tatsächlich wesentliche Aspekte der Gesundheit der Menschen und den Einfluss des Gesundheitswesens im weiteren Sinne darauf abbilden. Die darunterliegende Ebene (Landesebene bzw. SV) muss zur Zielerreichung geeignete Maßnahmen vorbereiten und einleiten. Wesentlich wäre dabei Ergebnisverantwortung, die auch an wirksame Sanktionen geknüpft ist. Auf diese Weise kann auch die weiter oben angesprochene Problematik der Doppelzuständigkeit im Gesundheitswesen (Land versus SV) zumindest verbessert werden und erscheint als realistische Variante, eine bessere Integration zu erreichen. Sowohl SV als auch Länder benötigen mittelfristig Bundesmittel⁷¹. Diese könnten an die Zielerreichung geknüpft werden, wie es der Art. 40 der 15a-VB schon jetzt mit bescheidenem Erfolg in Hinblick auf die ÖSG-Vorgaben versucht.

Die Gesundheitsziele können gleichzeitig mit finanziellen Zielen verknüpft werden, wobei eine ausgewogene Mischung bei der Evaluation des „Erfolgs“ notwendig ist. Beide, Gesundheitsziele und finanzielle Ziele sollten neben den SMART-Kriterien folgende Kriterien erfüllen:

- 1) Wesentlicher Zusammenhang mit der Gesundheit der Bevölkerung bzw. einer nachhaltigen Finanzierung;
- 2) Mehrjährige Durchrechnung: Ansonsten drohen kurzfristige, nicht nachhaltige Maßnahmen;
- 3) Zielerreichung ist von SV und Land gleichermaßen zu verantworten. Dh., beide erleiden bei Nichterreichung einen Nachteil.

Die finanziellen Ziele orientieren sich dabei z. B. am langfristigen Wachstumstrend des BIP. Dadurch wird die Nachhaltigkeit sichergestellt. Ein solches Ziel könnte z. B. lauten, dass die Wachstumsrate der Ausgaben im stationären Bereich auf eine mit dem Oberziel „nachhaltiges Gesundheitsausgabenwachstum“ kompatible Wachstumsrate verringert wird.

Gleichzeitig gilt als Gesundheitsziel, die Zahl der Aufnahmen aufgrund ambulant kontrollierbarer Erkrankungen zu senken. Es liegt an Land und Sozialversicherung, Maßnahmen zu setzen, dieses Ziel zu erreichen. Ein Beispiel: Es liegt nahe, die Aufnahmenotwendigkeit wegen „diabetischem Fuß“ durch verstärkte ambulante Maßnahmen zu reduzieren, und damit gleichzeitig Kosten im stationären Bereich zu sparen.

Die Zielerreichung oder Nichterreichung führt nicht nur zu finanziellen Konsequenzen, dass die erhaltenen Bundesmittel zum Teil zurückzuerstatten sind, es sollte auch von unabhängiger Stelle, beispielsweise dem Rechnungshof, die Zielerreichung überprüft und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Dabei wäre aber darauf zu achten, dass die Innovationsfreudigkeit nicht zu sehr gedämpft wird, weil mit dieser stets eine

⁷¹ Selbst wenn die SV die derzeitigen Aufgaben mit den Beitragseinnahmen bewältigen kann, so wäre –siehe später – die Erweiterung des Aufgabenspektrums sinnvoll. Ohne Beitragssatzanhebung können diese Mittel – nach internationalem Vorbild – vom Bund zur Verfügung gestellt werden.

Risikobereitschaft einhergeht. Es ist unvermeidlich, dass nicht alle Maßnahmen erfolgreich sind und aus Fehlern gelernt wird.

Um bundesländerübergreifende Lösungen zu ermöglichen, sollte auch angedacht werden, dass mehrere Bundesländer gemeinsam als Steuereinheit betrachtet werden. Dies wäre insbesondere bei den stark vernetzten (Wien/NÖ) sowie kleinen Bundesländern sinnvoll. Schon in der 15a-VB 2005-2008 war die Möglichkeit gegeben, länderübergreifende Landesgesundheitsfonds zu bilden, was aber nicht genutzt wurde. Nichts spricht jedoch dagegen, dass mehrere Landesgesundheitsfonds gemeinsam planen und an ihrem gemeinsamen Erfolg gemessen werden können.

3.2.2. Aufgaben des Gesundheitswesens aus Sicht des Patienten und Konsumenten

Ist Krankheit bereits eingetreten, nimmt der Mensch eine veränderte Rolle gegenüber dem Gesundheitswesen ein. Ist der Bürger und der Versicherte noch in erster Linie Zahler und an der Absicherung möglicher Risiken bei gleichzeitig schonendem Einsatz seiner geleisteten Beiträge interessiert, wird der Patient von dieser Haltung abweichen. Das Risiko hat sich realisiert und das Interesse gilt der optimalen Bereitstellung qualifizierten Personals und geeigneter Einrichtungen zur Leistungserbringung. Als potenzieller Patient fängt dabei sein Interesse schon bei der Gesundheitsförderung und Prävention an. In Österreich sind die Rollen von Patient und Konsument sehr stark überschneidend. Es fällt zum einen die erste Konsumententscheidung weg, welche Versicherung abgeschlossen wird, zum anderen bietet das österreichische Gesundheitswesen auch innerhalb der Pflichtversicherung freie Wahlmöglichkeiten, die Nähe zur Konsumentenrolle zeigen.

3.2.2.1. Defizite

3.2.2.1.1. Sicherung von Humanressourcen

Die Sicherstellung von Humanressourcen ist ein wichtiges Thema der Zukunft und es zeigen sich einige sehr augenfällige Unterschiede in den **Bereichen Planung und Standes- bzw. Interessensvertretung** zu unseren Vergleichsländern. Im Bereich der Planung finden wir im untersuchten Ausland ein deutlich stärkeres Bewusstsein, aufgrund der langen Ausbildungszeiten zukünftige Kapazitäten zu planen. Grundvoraussetzung dafür ist die Erfassung des IST-Standes für alle Berufsgruppen, nicht wie derzeit in Österreich nur für Ärzte. In den Niederlanden und England werden alle medizinischen Berufsgruppen registriert und Ausbildungskapazitäten danach geplant. Anders als in Österreich existieren dort auch für andere Berufsgruppen Standesvertretungen.

Besonders auffällig ist in dieser Hinsicht die Rolle der Ärztekammern in Österreich. Sie vereinen eine ganze Reihe von Aufgaben, die deutliche Zielkonflikte beinhalten. So sind die

Ärztekammern nicht nur Standesvertretungen im Sinne der Vertretung einer freien Berufsgruppe, die Gesetzesvorschläge begutachtet und dem Gesetzgeber bei standesrechtlichen Angelegenheiten hilft bzw. Richtlinien erlässt. Gleichzeitig sind sie für die Zulassung der Ärzte und deren Qualitätssicherung verantwortlich. Sie nehmen Einfluss auf die Anzahl der Ausbildungsplätze nach dem Studium, wodurch sich eine *inside-outside* Problematik ergibt. Zusätzlich sind sie Verhandlungspartner der Krankenkassen. Zweifellos ist die Rolle der Berufsvertretung im ärztlichen Bereich eine sehr wichtige und der Staat benötigt entsprechende Unterstützung. Die gewählten Ärztevertreter werden aber durch diese Machtkonzentration in schwierig zu handhabende Zielkonflikte gebracht, indem sie gleichzeitig nicht nur die meist öffentlich rechtliche Standes(rechtliche) Vertretung darstellen, sondern auch die ansonsten meist privatrechtlich organisierte Interessens- bzw. Berufsvertretung. So könnte eine reine Standesvertretung in ihrer Disziplinarfunktion gegen Ärzte vorgehen, die sich nicht an Berufsstandards halten. Mit einem Berufsverbot schädigt sie aber die Einkommensinteressen des Mitglieds, was ihrer zusätzlichen Funktion als Berufsvertretung entgegensteht. Ähnliches gilt für die Facharztanerkennungen inländischer oder ausländischer Kollegen. Als reiner Hüter der ärztlichen Qualität würde es einer Ärztekammer dabei nicht auf die Anzahl der zugelassenen Kollegen ankommen. Mit gleichzeitiger einkommensinteressensvertretender Funktion müssten aber auch Überlegungen bzgl. des Arbeitsmarktes und der Ärzteeinkommen hinzutreten, die mit der erstgenannten Aufgabe in Widerspruch stehen. Genauso schwierig ist die Rolle der Ärztevertretung in der Bundesgesundheitskommission. Während die ärztliche Standesvertretung vor allem an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens interessiert ist, muss sie gleichzeitig wiederum erworbene Rechte ihrer Mitglieder verteidigen.

In den untersuchten Ländern werden diese Aufgaben daher von verschiedenen Organisationen wahrgenommen, sodass Zielkonflikte vermieden werden können. Insgesamt besteht auch eine höhere Sensibilität bzgl. möglicher Ziel- und Interessenskonflikte. So ist in Deutschland der Verhandlungspartner der Krankenkassen nicht die Ärztekammer, sondern die Kassenärztliche Vereinigung als eigene Vertretung der Vertragspartner. Das Recht zur ärztlichen Berufsausübung wird nach dem Studium erworben, das nach Bundesrecht erfolgt. Nur die Facharztanerkennung erfolgt durch die Ärztekammern.

In den Niederlanden oder England geht diese Trennung zum Teil noch weiter. In den Niederlanden ist die ärztliche Vertretung die *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG)*. Sie legt Berufsstandards fest, in Zukunft wird dies aber (wie für alle Berufsgruppen) gemeinsam im *Kwaliteitsinstituut* geschehen. Alle medizinischen Berufe wie auch Ärzte müssen zur Berufsausübung in das BIG-Register des Gesundheitsministeriums eingetragen sein. Die Registrierung muss kraft Gesetzes alle 5 Jahre erneuert werden, wobei die Vorgaben vom *Centraal College Medische Specialismen (CCMS)* erarbeitet werden. Die Facharztanerkennung erfolgt durch das *Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)*. Die Kommission besteht aus einem Vertreter des jeweiligen Fachs, drei Vertretern des Verbandes der Niederländischen Krankenanstalten

(NVZ), drei Vertretern des Verbands der Universitätskliniken (VZA) sowie weiteren beratenden Mitgliedern. Die Mitglieder des Ausschusses dürfen keine Führungsposition in anderen Berufsvertretungen (wie z. B. dem CCMS) innehaben. Die Planung der ärztlichen Kapazitäten erfolgt durch das staatliche *Capaciteitsorgaan*, das vom *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)*, einem bekannten Versorgungsforschungsinstitut unterstützt wird. Auch für das gehobene Krankenpflegepersonal existiert ein ähnlicher Planungsprozess.

In England existiert für fast alle Gesundheitsberufe ein Regulator, der für die Ausbildungsvorgaben und die Lizenzierung zuständig ist. Im Falle der Ärzte ist dies der General Medical Council (GMC). Dieser ist völlig unabhängig von der British Medical Association, die eher eine Berufsvertretung mit freiwilliger Mitgliedschaft aber hohem Organisationsgrad ist. Der GMC besteht aus 12 Ärztevertretern und 12 Laienmitgliedern. Aufgrund von Problemen in der ärztlichen Leistungserbringung wurde für alle Regulatoren eine Oberbehörde geschaffen, der *Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE)*. Diese überprüft Entscheidungen der Regulatoren, auch des *General Medical Councils*. Beim General Medical Council ist auch die Revalidierung zu beantragen. Die Standards hierfür werden gemeinsam mit den Royal Colleges entwickelt, den Fachgesellschaften der jeweiligen Facharztspezialisierung.

3.2.2.1.2. Sicherung der Arzneimittelversorgung

Bei der Arzneimittelversorgung ist zu unterscheiden, wie die Zulassung, die Bewertung (assessment), die Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung (appraisal) und die Abgabemodalitäten geregelt sind. Das geringste Problem dürfte in Österreich mit der Zulassung gegeben sein. Auffällig ist jedoch, dass die folgenden drei Schritte nicht hinreichend geordnet ablaufen. Dies folgt letztlich aus den Abgabemodalitäten: §133 Abs. 5. ASVG bestimmt, dass unter Krankenbehandlung nur Versorgung außerhalb der Anstaltspflege zu verstehen ist, eine arbiträre und nicht am Behandlungsprozess orientierte Unterscheidung. Dies erstreckt sich auch auf Heilmittel (§136 ASVG), die im Bereich der Sozialversicherung ausschließlich außerhalb der Krankenanstalten betrachtet werden. §19a KaKuG wiederum normiert die Modalitäten zur Festlegung der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittelkommission, die sogar nicht nur auf Trägerebene sondern auch pro Krankenanstalt eingerichtet werden kann. Der regulative Aufwand in der Arzneimittelversorgung wird also vervielfacht und ist wieder an der Grenze zur Krankenanstalt unterbrochen. Für den Patienten ist es aber völlig unerheblich, dass EKO und Arzneimittelkommission unterschiedliche Arzneimittel vorsehen. Es ist für ihn auch unerheblich, ob er diese innerhalb oder außerhalb des Spitals bezieht, zumal gerade das Spital in den meisten Fällen nur eine Episode darstellen wird.

3.2.2.1.3. Sicherung der Leistungserbringung

Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health

Das reformschwache Gesundheitswesen in Österreich hat sich im Zeitalter der zunehmenden Beherrschbarkeit von Akutkrankheiten entwickelt. Public Health hat im Grunde keine große Tradition. Dies ist auch evident in den zugehörigen Gesetzen. Nicht zuletzt existiert zwar ein Gesundheitsförderungsgesetz, allerdings verfügt dieses über nur fünf Paragraphen bzw. umfasst eine A4-Seite und bleibt entsprechend unbestimmt. Ein Public Health Institut, das das notwendige Wissen generiert, existiert mit der GÖG nur eingeschränkt. Vor allem fehlen ihr die Vernetztheit mit anderen wissenschaftlichen Instituten. Das niederländische *Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (RIVM) beispielsweise pflegt enge Beziehungen zu Universitäten und anderen Forschungsinstitutionen. Es führt sogar eine der Framingham-Studie nicht unähnliche Panel-Untersuchungen in einer niederländischen Ortschaft schon seit mehreren Jahrzehnten durch, um die Bevölkerungsgesundheit zu erforschen. In England existieren die „Public Health Observatories“, die kontinuierlich den Zustand der Bevölkerungsgesundheit erheben und berichten. Das NICE ist schon seit längerem mit der Bewertung auch von Public-Health-Maßnahmen befasst. Besonders effektiv können diese auch umgesetzt werden, da neben den Gesundheitszielen des Ministeriums jede Ebene des NHS einen eigenen Public-Health-Verantwortlichen hat (sowohl in den Strategic Health Authorities als auch in den PCTs). Die Deutschen Krankenversicherungen haben einen wesentlich umfangreicheren Auftrag in diesem Bereich: Nach § 1 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen, *die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensführung hinzuwirken*. Zur Erfüllung dieser Aufgaben erhalten sie auch Steuermittel über den Gesundheitsfonds. Generell sind in Deutschland die Agenden der Gesundheitsförderung und Prävention in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung gebündelt. Ihre Mitglieder sind nicht nur alle namhaften Vereine und Verbände mit einschlägigen Zielen, sondern auch Ärztekammern und Ministerien sowie die Krankenkassen. Maßnahmen der Selbstverwaltung in diesem Bereich werden im G-BA beschlossen. Zudem verfügt Deutschland über eine eigene Agentur zur gesundheitlichen Aufklärung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA).

Im ASVG sind in §116 noch recht weit zu verstehende Begriffe im Sinne der Gesundheitsförderung enthalten, die jedoch tatsächlich in den folgenden § (z. B. 117, 132a-c) deutlich eingeschränkt werden. Gesundheitliche Aufklärung findet sich im Grunde gar nicht in den Aufgaben der sozialen Krankenversicherung in Österreich. Dahingegen ist der Bereich der Krankenbehandlung im Grunde sehr dehnbar unbestimmt (§133 Abs 2): *Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die*

Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

Damit liegt der eindeutige Fokus der österreichischen Krankenversicherung und damit ihrer Ressourcen nach wie vor auf der Krankenbehandlung. Einen abschließenden Leistungskatalog in Hinblick auf diese gibt es wiederum nicht, was die Leistungspflicht im Grunde unbegrenzt macht, und bei der herrschenden epidemiologischen Entwicklung den Spielraum für Public Health Maßnahmen weiter verringert, anstatt ihn auszuweiten. Einschränkende Regelungen gibt das Gesetz nur teilweise in den drei Bereichen ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe vor (§135ff ASVG).

Primärversorgung

Das Konzept der Primärversorgung hat ebenfalls kaum Eingang in das österreichische Gesundheitswesen gefunden. Die Rolle der Allgemeinmediziner ist mit jener in anderen Ländern kaum zu vergleichen. In Deutschland sind Allgemeinmediziner Fachärzte ähnlich Internisten. In den Niederlanden, England und Skandinavien kommt den Allgemeinmedizinern zudem die Gatekeeper-Funktion zu, und die Aufgaben sind wesentlich umfangreicher. Der Allgemeinmediziner ist der Dreh- und Angelpunkt für Gesundheit und Krankheit. Seine Aufgaben sind auch vor allem in England mehr auf Bevölkerungsgesundheit bezogen. Dies zeigt sich auch darin, dass fachärztliche Betreuung im Grunde erst im Krankenhaus vorgesehen ist. Somit steht der Allgemeinmediziner im Mittelpunkt und bedient sich der Dienstleistungen der Sekundärversorgung, wohingegen in Österreich der Zugang nicht nur zu niedergelassenen Spezialisten sondern auch ins Krankenhaus offensteht. Dabei muss bedacht werden, dass diese scheinbar höhere Wahlfreiheit gerade in einem Bereich, in dem das starke Informationsgefälle beklagt wird, daher nicht nur zu hinterfragen ist, sondern auch maßgeblich die Integration der Versorgung erschwert. Hinzu kommt, dass anders als international die Aufgabe der Primärversorgung fast ausschließlich durch Ärzte wahrgenommen wird, also nicht auch durch andere Gesundheitsberufe unterstützt, und dass diese Ärzte vorwiegend in Einzelpraxen organisiert sind.

Sekundärversorgung

Die Sekundärversorgung existiert in Österreich sowohl intra- als auch extramural, wobei die rechtliche Lage aus Sicht der Aufgabenorientierung problematisch ist. Für den Patienten ist die Behandlung seines Leidens im Krankheitsfall wesentlich, völlig unabhängig vom Leistungserbringer. Das ASVG unterscheidet hingegen zwischen Krankenbehandlung und Anstaltspflege, so als wären dies zwei verschiedene Aufgabengebiete, wohingegen in der Realität nur die Art und Schwere der Erkrankung bedeutsam für den Ort der Behandlung ist. Auch der Sicherstellungsauftrag unterscheidet sich grundlegend, denn für den niedergelassenen Bereich liegt er bei der Sozialversicherung (§338 Abs 2 ASVG), für den

Krankenanstaltenbereich bei den Ländern (§18KaKuG). Durch diese Spaltung der Aufgabenbereiche, die inhaltlich auch gar nicht gerechtfertigt sondern höchstens historisch gewachsen ist, werden eine Reihe von Problemen im Behandlungsprozess erzeugt. International findet sich eine solche Konstruktion praktisch nicht.

Eine ähnliche Problematik zieht sich weiter auf sonstige Strukturen. So ist es nur aus interessenspolitischer Sicht erklärlich, dass für Einzelpraxen, Gruppenpraxen, Ambulatorien, Ambulanzen und Stationen in Krankenanstalten unterschiedliche Rechtsmaterien, Qualitätsvorgaben und Planungsvorgaben existieren. Tatsächlich ist der Patient wiederum an der Qualität seines Behandlungsprozesses interessiert, und die rechtliche Lage sollte dies auch widerspiegeln.

Rehabilitation

Die Kompetenz der Rehabilitation liegt wieder bei den Sozialversicherungsträgern, allerdings bei allen drei Sparten Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Auch hier treten Schnittstellen zum Spitalswesen auf, wenn es sich um eine Anschlussheilbehandlung handelt. Aus Patientensicht sind Zuständigkeit und Trägerschaft sowohl zwischen Akutkrankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung als auch innerhalb der zuständigen Versicherungsträger irrelevant. Letztere Problematik wird allerdings auf Seiten der SV durch den „Allspartenservice“ entschärft, sodass sich der Versicherte auch gar nicht mit der Zuständigkeit befassen muss.

Unfallversicherung

Nicht in jedem der untersuchten Länder ist die Unfallversicherung ein eigener Zweig der Sozialversicherung. Auch in Österreich ist diese Funktion bei einigen Sozialversicherungsträgern inkludiert. Ein Änderungsbedarf ergibt sich hier vor allem in der Frage der Finanzierungsbeziehungen sowie dadurch, dass Arbeitsunfälle eher im Abnehmen begriffen sind. In einer mathematisch fairen privaten Versicherung würde dies zur Anpassung des Beitragssatzes führen.

Übergangspflege

Entlassungsmanagement begegnet nur einem Teil der Problematik am Übergang vom akutstationären Bereich in andere Bereiche. Mit zunehmendem Durchschnittsalter der Patienten erhöht sich der Bedarf an Pflegeleistungen gegenüber der medizinischen Leistung. Momentan dürften viele Patienten auf Akutstationen weitergepflegt werden, die deren Kernleistungen gar nicht mehr bedürfen. Die Alternative ist häufig nur die Entlassung mit einer abrupten Reduktion der Pflegeintensität an der eigenen Wohnstätte (Medizinische Hauskrankenpflege bzw. Mobile Pflege).

3.2.2.1.4. Konsumentenrolle

Auch wenn durch das Informationsportal gesundheit.gv.at nun mehr **Informationen** zur Verfügung stehen, sind andere Gesundheitssysteme wesentlich konsumentenfreundlicher und stellen wesentlich mehr Navigationsinformation und Qualitätsinformation zur Verfügung. Es ist geradezu ein Widerspruch, dass in Österreich mit seiner hohen Wahlfreiheit die Informationslage für den Konsumenten besonders schlecht ist, sodass ihm diese Wahlfreiheit gar nicht wirklich zugute kommt.

Im Bereich der **Unterstützung** finden sich international eine Reihe von Beispielen, wie die *patient care advisers* und das *expert patients* Programm in England. Seit 2011 gibt es auch in Deutschland die unabhängige Patientenberatung, die als Kassenleistung definiert und finanziert ist und in Kooperation mit Verbraucherverbänden durchgeführt wird. Sie bietet Information und Unterstützung für Versicherte.

Im Bereich der **Beteiligung** fehlt nach wie vor, dass Patienten echte Ansprechstellen oder Vertreter in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, wie dies in manchen Ländern üblich ist. In England ist die Beteiligung im Rahmen der Foundation Trusts die Regel und die Local Involvement Networks haben Begehungsrechte. In den Niederlanden sind ebenfalls alle Leistungserbringer verpflichtet, Patientenbeiräte einzurichten, die von der *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)* beschieden werden.

Erstmals fand 2011 eine Patientenbefragung in Österreich statt. Das ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung, da im öffentlichen Gesundheitswesen Österreichs Marktkräfte nur sehr bedingt greifen können. Entsprechende institutionalisierte Befragungsprogramme finden sich beispielsweise in den Niederlanden, Dänemark oder England.

3.2.2.2. Vorschläge

3.2.2.2.1. Sicherstellung von Humanressourcen

Es sollte eine Registrierung aller Gesundheitsberufe vorgesehen werden, um eine Kapazitätsplanungsgrundlage zu schaffen, welche nicht nur ad-hoc und nur auf Ärzte konzentriert ist.

Die ärztliche Standesvertretung leistet wichtige Beiträge in der Unterstützung des Staates mit berufsspezifischem Wissen. Es sollte aber angedacht werden, die genannten Zielkonflikte zu vermeiden und organisatorisch z. B. die Vertragspartnervertretung von der Standesvertretung zu trennen. Zudem sollten Entscheidungen z. B. bzgl. der Facharztausbildungskapazitäten nicht in alleiniger Verantwortung der Ärzteschaft liegen, sondern diese sollte Vertreter in ein umfassenderes Gremium entsenden, in dem auch andere Stakeholder vertreten sind. Berufsvertretungen mit ähnlichen Kompetenzen wären

auch für andere Berufsgruppen wichtig, um Ansprechpartner zu haben und deren Interessen zu kanalisieren. In Hinblick auf die zukünftig wohl notwendige Aufwertung dieser Berufsbilder wäre auch professionelle Unterstützung bei der Gestaltung von Ausbildungswegen und Weiterbildung nötig.

3.2.2.2.2. Sicherung der Arzneimittelversorgung

Es ist sowohl aus Effektivitäts- als auch Kosten-Nutzenstandpunkten wie auch aus Sicht des Patienten unerheblich, ob ein Medikament nun im intramuralen oder extramuralen Setting verabreicht oder verordnet wird. Es kommt durch diese Trennung auch zur unnötigen Doppelgleisigkeiten.

Für das Gesundheitswesen insgesamt ist auch nur die gesamte Effektivität und Kosten-Nutzen-Relation von Bedeutung. Es wäre ein übergreifendes System in assessment und appraisal zu schaffen. Eine zentrale Behörde koordiniert assessments, die dezentral durchgeführt werden. Die Ergebnisse dienen als Entscheidungsgrundlage einer gemeinsamen Kommission von SV und Spitalsträgern. Der an sich gute EKO kann zu einem den gesamten Arzneimittelbereich umfassenden Leitwerk ausgebaut werden, der auch den Spitalsbereich erfasst und entsprechende Regeln enthält.

Idealerweise fände auch die Arzneimittelerstattung nur mehr durch die Krankenversicherung statt. Da die Voraussetzungen dafür aber in Österreich nicht gegeben sind, könnten im Zuge der Erstellung eines umfassenden EKO auch Kostenteilungsregeln getroffen werden. Auf diese Weise können auch relativ rasch Änderungen in der Arzneimitteltechnologie (z. B. ambulante Chemotherapie) berücksichtigt und schon vor der Inanspruchnahme durch den Patienten die Finanzierungszuständigkeit geklärt werden. Gleichzeitig ist automatisch die Spitalsmedikation auf die Erstattung im extramuralen Bereich abgestimmt. Auch die Verhandlungen mit der Industrie sind noch weiter gebündelt. Es bestünde so auch nicht mehr die Möglichkeit, Interessen gegeneinander auszuspielen.

Der einheitliche EKO hätte zudem den Vorteil, dass ein *drug utilization review* den gesamten Behandlungsprozess umfassen könnte.

3.2.2.2.3. Sicherung der Leistungserbringung

Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health

Diesem Bereich sollte wesentlich mehr Aufmerksamkeit zukommen. Grundvoraussetzung wären die Schaffung von Wissen und *capacity building*. Dazu sollte ein Netzwerk von Forschungseinrichtungen gebildet werden, um wichtige Fragen der Public Health in Österreich besser zu beforschen. Dem Monitoring der Bevölkerungsgesundheit sollte ebenfalls mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn im Grunde stehen auch für den

Bereich der Ressourcenplanung keine ausreichenden Informationen zur Verfügung. Nach deutschem Vorbild kann eine gemeinsame Plattform Gesundheitsförderung und Prävention gebildet werden, um die Aktivitäten österreichweit zu bündeln und zu koordinieren sowie durch Einbindung von Sozialversicherungsträgern, Ländern, Ärztekammern und entsprechenden Vereinigungen mehr Nachdruck zu verleihen. In diesem Rahmen könnten auch gemeinsame Aktionen zur gesundheitlichen Aufklärung gestartet werden. Umgekehrt könnte es im Bereich der Sozialversicherungsträger durchaus nach englischem Vorbild einen Public Health-Verantwortlichen geben.

Im Bereich der Sozialversicherungsgesetzgebung sollte die Aufgabenbeschreibung der Krankenversicherung an die heutigen Gegebenheiten angepasst werden. Sinnvolle Maßnahmen im Bereich Public Health sollten der Krankenbehandlung gleichgestellt werden. Dabei sollte auch die Verpflichtung integriert werden, dass derlei Maßnahmen mit anderen Trägern der öffentlichen Gesundheitsversorgung abgestimmt werden. Es ist beispielsweise nicht ganz einsichtig, weshalb Impfungen in Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt werden, obwohl mutmaßlich der praktische Arzt häufiger gesehen wird und damit geeigneter wäre, den Impfschutz zu kontrollieren.

Primärversorgung

Es wäre eine grundsätzliche Änderung im Berufsbild des Allgemeinmediziners anzustreben, welche freilich nur langfristig erfolgen kann. Die Ausbildung sollte aufgewertet werden, einhergehend mit der Änderung der Vertragsbeziehungen zum Krankenversicherungsträger. Aufgaben, Honorierung und Rolle sollten stärker populationsbezogen gestaltet werden. Es spricht einiges dafür, längerfristig eine Gatekeeper Funktion einzuführen, welches aber nicht die Wahlfreiheit einschränkt: Sowohl der Hausarzt als auch der spätere sekundäre Leistungserbringer kann gewählt werden. Allerdings macht dies nur Sinn, wenn die Kompetenzen der Allgemeinmediziner ausgeweitet werden, nämlich dahin gehend, dass sie auch tatsächlich alle wesentlichen medizinischen Schritte setzen oder in die Wege leiten. Auch in Hinblick auf die epidemiologische Entwicklung sollte im Primärbereich verstärkt der Einsatz von diplomiertem Pflegepersonal angedacht werden, das den Arzt unterstützt, für chronisch Kranke mehr Zeit erübrigen kann und den Arzt von Routineaufgaben entlastet. Als nicht unerwünschter Nebeneffekt wäre damit auch ein weiterer Karriereweg für erfahrenes Krankenpflegepersonal geschaffen, welches den Verbleib im Beruf erhöhen könnte.

Sekundärversorgung

Die Sicherstellungsaufträge sollten besser abgestimmt und leistungsorientiert definiert werden. Für den Patienten ist es hinderlich, dass entlang seines Behandlungsprozesses völlig verschiedene Träger zuständig sind. Die Sozialversicherung sollte für die Behandlung ihrer Versicherten unabhängig vom Ort der Behandlung verantwortlich sein. Es sollten dafür genauer bestimmte Leistungskataloge für das gesamte Behandlungsspektrum beschlossen

werden, womit die Unterscheidung in Anstaltspflege und Krankenbehandlung entfallen kann. Wo die Leistungen erbracht werden, ist dann sekundär, und es sollte der Sozialversicherung auch die nähere Ausgestaltung überlassen bleiben. Bei kostendeckenden Tarifen ist eine Unterversorgung im Spitalsbereich ohnedies nicht zu befürchten. Ähnlich wie in den Niederlanden kann ein Abgehen von der detaillierten Strukturplanung im Spitalsbereich über mehrere Jahre eingeschliffen werden, um akut auftretende Unterversorgung zu vermeiden. Es gibt schließlich auch im niedergelassenen Bereich keine Verpflichtung zur Vorhaltung von Kapazitäten durch einen anderen als die SV. Allenfalls kann die Vorhaltung der Notfallversorgung den Ländern vorgeschrieben werden, da diese örtlich sehr gebunden ist. Sie wären durch die damit verbundenen Investitionen auch potentielle Partner für die Erbringung elektiver Leistungen.

Ohne Änderungen dieser Rechtsmaterien könnten andere Vorschläge größere Verbesserungen erbringen. Zum einen könnte man bei den Landesgesundheitsplattformen „**Schnittstellenkommissionen**“ einrichten. An diese können sich Patienten(gruppen) wenden, deren Anliegen genau in die Kompetenzgrenzen und –grauzonen fallen, beispielsweise in der Versorgung angeborener Leiden. Die Schnittstellenkommissionen müssen eine Lösung für den vorliegenden Fall aushandeln, sodass die betreffenden Patienten jedenfalls und unabhängig von der Kompetenzaufteilung eine Lösung angeboten bekommen. Können sich die Parteien nicht in angemessener Zeit einigen, so wird ein aus z. B. Berufsrichtern bestehendes Gremium eine Lösung per Spruch bestimmen.

Für die kommende 15a-Vereinbarung wäre auch eine **gesetzliche Bestimmung für „Modellversorgungsregionen“** vorzusehen. Momentan besteht nämlich das Problem, dass Änderungsnotwendigkeit zwar grundsätzlich anerkannt ist, aber keine Erfahrung in der Realität besteht und somit jedes Modell mit Misstrauen betrachtet wird. Bevor also die Finanzierungsproblematik im österreichischen Gesundheitswesen drückend wird, sollte eine Gesetzesregelung örtlich begrenzte Modellprojekte ermöglichen, die einen weiten Spielraum lassen, von bestehenden Gesetzen abzuweichen. Eine solche Lösung existiert beispielsweise in Deutschland, wo für zahlreiche Modelle von vorgegebenen Finanzierungsregeln abgewichen werden kann. Eine solche Gesetzgebung sollte begrenzt neue Modelle der Versorgung ermöglichen, sodass auch empirisch Erfahrung gesammelt werden kann. So könnte beispielsweise das Land Salzburg und die Salzburger GKK ein Modell zur Krankenanstaltenfinanzierung durch die Krankenkasse implementieren. In Vorarlberg könnte der Gesundheitsfonds die gesamte Finanzierung übernehmen. In einer niederösterreichischen Region könnte ein Modell ähnlich dem „Gesunden Kinzigtal“ ausprobiert werden.

Geeignete Vorschläge sollten unter bestimmten Bedingungen wie beispielsweise der begleitenden unabhängigen Evaluierung vom Gesundheitsminister für eine begrenzten Zeitraum genehmigt werden können. Auf diese Weise könnten endlich die vielen vorliegenden Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens einem kontrollierten

„Feldversuch“ unterworfen werden und die daraus resultierenden Erkenntnisse umfassendere Reformen erleichtern.

Entsprechend der im Grunde recht großen Verantwortung bzgl. der Sicherstellung der Versorgung sollten in der SV-Gesetzgebung auch größere Freiheiten in der Erbringung des Versorgungsauftrags ermöglicht werden. In Deutschland trifft die Sicherstellung der Versorgung beispielsweise Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam (§72 SGB V). So sollten Praxisstandorte auch in ihren Öffnungszeiten definiert werden können und auch sonst gemäß einer „Leistungsbeschreibung“ definiert sein, die den lokalen Gegebenheiten entspricht. Schließlich ist die zeitliche Komponente für die *Sicherstellung* der Versorgung wichtig. Diese Maßnahme würde auch zur vermehrten Gruppenpraxenbildung beitragen.

Die Frage unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen für Leistungserbringer entlang des Versorgungsprozesses könnte durch ein **einheitliches Leistungserbringungsrecht** im Gesundheitswesen behoben werden. Qualitätsvorgaben gelten dann für Leistungsbereiche, nicht für Strukturen. Qualitätssicherung erfolgt ebenso bzgl. Leistungen unabhängig vom Ort ihrer Erbringung. Ist ein Leistungserbringer in der Lage, die Vorgaben an eine bestimmte Leistung zu erfüllen, soll er der SV auch als Vertragspartner zur Verfügung stehen können. Gleichzeitig würde es zu mehr Wettbewerb kommen. Die Kostenstrukturen würden sich dadurch ebenfalls offenbaren ohne, dass aufwendige Kostenrechnungen notwendig sind.

Rehabilitation

Der Allpartenservice verlagert das Problem relativ komplizierter Zuständigkeiten im Bereich der Rehabilitation zurück an die SV. Um mehr Kostenwahrheit herzustellen, kann nach internationalem Vorbild ein Reha-DRG angedacht werden. Es würde auch helfen, eigene Einrichtungen und Drittanbieter besser vergleichbar zu machen.

Unfallversicherung

Die Unfallversicherung ist in ihren Zuständigkeiten begrenzt auf Arbeitsunfälle und Berufserkrankungen. Dies dürfte nicht allen Versicherten bekannt sein. Ein begrenztes Angebot für Freizeitunfälle könnte als Option angeboten werden. Die Finanzierungsverflechtungen zu anderen Sozialversicherungsträgern sollten transparenter sein.

Übergangspflege

Patienten, die der medizinischen Betreuung auf der Akutstation nicht mehr bedürfen, aber nicht entlassungsfähig sind, können auf eine Übergangspflegestation innerhalb der Krankenanstalt transferiert werden, die mit deutlich reduziertem Aufwand betrieben werden

kann. Für die Übergangspflege sollten somit eigene Strukturkriterien und LKF-Positionen geschaffen werden. Die hohe Kapazität an Akutbetten kann so abgebaut und dennoch, zu reduzierten Kosten, weiter sinnvoll genutzt werden. Unabhängig davon, ob die Entlassung ins Pflegeheim oder die eigene Wohnstätte erfolgt, kann so auch ein möglicher „Rückstau“ kostenreduziert abgefangen werden.

3.2.2.2.4. Konsumentenrolle

Es liegt auf der Hand, dass Österreich in diesem Bereich großen Aufholbedarf hat. Die bestehenden Informationsangebote sollten um konkrete Informationen zum Leistungsangebot sowie Hilfestellungen erweitert werden. Langfristig sollten auch geeignete Qualitätsinformationen einfließen, z. B. Fortbildungsnachweise von Ärzten oder Qualitätsmanagementbemühungen von Krankenanstalten.

Bei der Unterstützung wäre ein System von **unabhängigen Beratungsstellen** nach deutschem Vorbild denkbar. So muss sich der Konsument nicht alleine auf den Arzt verlassen, der unter Umständen nicht die Zeit für ein ausführliches Beratungsgespräch hat und zu dem er vielleicht auch eine alternative Information einholen will. Leicht werden ansonsten unverlässliche Quellen herangezogen. Die Kooperation der SV mit dem VKI kann hierfür ein Startpunkt sein. Solche Beratungsstellen können dem nicht mit dem Internet vertrauten auch ein zentraler erster Auskunftspunkt sein, wo im Gesundheitswesen überhaupt der richtige Ansprechpartner zu finden ist.

Genauso könnte die SV-Kooperationspartner für das Empowerment bei chronischen Erkrankungen suchen. Denkbar ist ein **Kursprogramm** für Betroffene, sowohl chronisch Kranke als auch deren Angehörige, das beim Selbstmanagement helfen kann.

Auch die Einrichtung von Beiräten in Gesundheitseinrichtungen ist ein interessantes Vorbild, das das Feedback verbessern kann. Gleichzeitig sollten Patienten- und Versichertenbefragungen weiter verfeinert durchgeführt werden, um mehr Informationen zu den Bedürfnissen zu erhalten.

Anhang

Um eine einheitliche Betrachtungsweise zu gewährleisten, wurden die Länder nach einem festgelegten Schema analysiert. Es bildet das erarbeitete Raster der Aufgaben im Gesundheitswesen in Form von Fragen ab.

Patient

1. Securing the provision of resources⁷²
 - a. Securing the provision with adequate human resources (doctors, nurses, other,...)
 - i. Who sets professional standards?
 - ii. Is there a form of planning human resources?
 - iii. Who is involved in the decision process?
 - iv. Who is tasked with the professional training?
 - v. Who licenses doctors, nurses,...?
 - vi. Who is tasked with continuous professional development?
 - vii. Who pays for and who provides/conducts continuous professional development?
 - viii. Who monitors maintenance of standards?
 - b. Securing the provision of services (structure)
 - i. Planning health services: Which institution is tasked with planning health care provision (structures)
 1. Defining standards of care provision
 2. Defining the provided settings (e.g. single practice, group practice, treatment center,...)
 3. Defining the location of healthcare provision (e.g. regions/cities with certain number of inhabitants,...)Defining the necessary density (e.g. How many GPs or MRI facilities per 100.000 inhabitants)
 - ii. How are insurees involved?
 - iii. Who implements each of these aspects?
 - iv. Who monitors and sanctions them?
 - v. (Who negotiates with providers? See sections 2.c.iv etc.)
 - c. Provision of pharmaceuticals:
 - i. Who is responsible for the admission of pharmaceuticals?
 - ii. How is the inclusion of pharmaceuticals into the reimbursement scheme decided upon?
 - iii. How are insurees involved?

⁷² These aspects are relevant in the context of patients as well as in the context of insurees, who value the theoretical availability of health goods and services.

- iv. Who pays for pharmaceuticals?
- v. How are prices set?
- vi. How are pharmaceuticals distributed?
- d. Other treatment options and other aids (prostheses, crutches, wheelchairs....)

Please provide similar and relevant information

- 2. Securing the provision of services (service delivery)
 - a. Health promotion
 - i. Who is tasked with health promotion in general? (e.g. national level, provinces)
 - ii. Who provides health promotion services?
 - iii. Who provides the knowledge base for health promotion activities?
 - iv. Other relevant agencies in health promotion
 - v. What are the main settings of health promotion? (e.g. schools, workplace)
 - b. Prevention
 - i. Who is tasked with prevention programs in general?
 - ii. Are programs monitored or evaluated?
 - iii. Who provides the knowledge base for prevention?
 - c. Primary care (first level contact with the healthcare system, excluding health promotion and prevention)
 - i. Who is tasked with organising primary care?
 - ii. Who finances primary care?
 - iii. Who provides primary care? (Setting: e.g. single practice, group practice, treatment center...)
 - iv. How are services negotiated?
 - v. How are tariffs set?
 - d. Secondary care (specialised ambulatory and curative inpatient services, excl. LTC)
 - i. Who is tasked with secondary care?
 - ii. Who finances secondary care?
 - iii. Who provides secondary care?
 - iv. How are services negotiated?
 - v. How are tariffs set?
 - e. Tertiary care (high complexity medical care)
 - i. Who is tasked with tertiary care?
 - ii. Who finances tertiary care?
 - iii. Who provides tertiary care?
 - iv. How are services negotiated?
 - v. How are tariffs set?
 - f. Rehabilitation
 - i. Who is tasked with rehabilitation?

- ii. Who finances rehabilitation?
- iii. Who provides rehabilitation?
- iv. How are services negotiated?
- v. How are tariffs set?
- g. Treatment after Accidents
 - i. See above
- h. Emergency care
 - i. See above
- i. Transitional care (care provided inbetween inpatient acute care and long term care homes or home care)
 - i. See above
- j. Patient transport
 - i. Who is responsible for ensuring transport?
 - ii. Who pays for patient transport?

Insuree

1. How can the insuree influence decisions in matters of
 - a. Fundamental principles of insurance
 - b. Revenue collection (e.g. setting contribution rates)
 - c. Pooling (how are revenues pooled?)
 - d. Catalogue of services provided publicly
 - e. Negotiations with providersPlease also elaborate on the mode of participation (election of representatives, choice,...)
2. Which measures prevent poverty in case of illness (please elaborate)
 - a. Insurance-function of the healthcare system
 - b. Social Transfers in Kind
 - c. Transfers in Cash
 - d. other

Citizen

1. Governance and „Health in all policies“
 - a. Constitutional principles of the healthcare system: How are the fundamental principles decided upon?
 - b. Implementing “Health in all policies”: Which/What kind of institutions are there to coordinate health issues with other public fields?
 - c. Are there health targets or priorities?
 - d. Which institutions set health targets?
 - e. How are they monitored?
 - f. Which measures can be taken to steer stakeholders towards targets?

Literaturverzeichnis

- Adebowale, Lord et al. (2008): The National Health Service Constitution. Report of the Constitutional Advisory Forum to the Secretary of State for Health. (Zugriff am 22. September 2011 unter http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_091761.pdf).
- Arnstein S. (1969): A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, Vol. 35, 216-224.
- Atun, R., Menabde, N. (2008): Health Systems and Systems Thinking. In: Coker, R., Atun, R., McKee, M. (Hg.). *Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases, Experiences from Europe and Latin America*. Berkshire 2008, 121-140.
- Badura, B. (2001): Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherter, Patienten – eine Einführung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung – Ideen, Ansätze und international Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn / von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt / In Zusammenarbeit mit dem WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. Köln, 2. Aufl. 2001, 34-40.*
- Beske, F., Drabinski, T., Golbach, U. (2005a): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im interantionalen Vergleich, Eine Analyse von 14 Ländern. Band I, Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, Kiel 2005.
- Bitran, R., Gomez, P, Escobar, L., Berman P. (2010): *Review of World Bank's Experience with Country-Level Health System Analysis*. The World Bank, Washington 2010.
- BMAS (2011): *Zu Ihrer Sicherheit Unfallversichert im freiwilligen Engagement* Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn 2011.
- Boyle, Seán (2011): *Health System Review - United Kingdom (England)*. *Health Systems in Transition* Vol. 13, No 1, European Observatory on Health Systems and Policy.
- Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 2005

Bürger, C. (2003): *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen*, Wiesbaden 2003.

Busse, R., Riesberg A., (2005): *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005.

BVA (2008): *So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds*. Bundesversicherungsamt 2008.

Cassell, E. (1991): *The nature of Suffering, and the Goals of Medicine*, Oxford/New York, 1991.

Charles, C., DeMaio, S. (1993): *Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 18, No.4, Winter 1993, 881-904.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., Eichwalder, S. (2009): *Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich*. IHS 2009.

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhrling, G., Walch, D. (2007): *Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung*. IHS 2007.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., Sigl, C. (Forthcoming): *Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Studie im Auftrag des management club (mc), IHS 2011.

Department of Health – DoH (2009): *Tackling Health Inequalities: 2006-08 Policy and Data Update for the 2010 National Target*. (dh_109468.pdf, Zugriff 26. August 2011).

Department of Health – DoH (2010). *The NHS Constitution, the NHS belongs to us all*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113645.pdf).

Department of Health – DoH (2010). *The Handbook to the NHS Constitution*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113644.pdf).

Department of Health – DoH (2010). Nutrition policy moves to the Department of Health (Zugriff am 22. September unter http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH_119980).

Department of Health et al. (2010): Revalidation: A Statement of Intent. (http://www.gmc-uk.org/Revalidation_A_Statement_of_Intent_October_2010_Final_version_web_version_.pdf_35982397.pdf, Zugriff 16. August 2011)

Dierks, M.-L., Diel, F. Schwartz F. W. (2003a): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz, F.W., Badura B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena 2003, 339-348.

Dierks, M.-L., Schwartz F. W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F.W., Badura B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena 2003, 314-321.

Dierks, M.L., Siebneick, S., Röseler, S. (2001): Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Schienkiewitz, A., Dierks, M.L., Roeseler, S., Martin, S., Schwartz, F.W., Bitzer, E.M., Lerch, M.: Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Arbeitsbericht Nr. 195/August 2001, Stuttgart 2001, 4-26.

DKG (2010): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Dachverband Krankenhaus Gesellschaft 2010.

Dulleck, U, Kerschbamer, R., Sutter, M. (2009): The Economics of Credence Goods: On the Role of Liability, Verifiability, Reputation and Competition. NCER Working Paper Series, 42.

Farny, D. (1988): Theorie der Versicherung. Fortentwicklung der Theorie der Versicherung. In: Farny, D., Helten, E., Koch, P., Schmidt, R.: Handwörterbuch der Versicherung. HdV. Karlsruhe 1988, 867-872.

Forster R. und Kranich Ch. (2007): Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem – jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. Das Gesundheitswesen 69, S. 98-104.

Forster R., Kranich Ch. (2007): Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem – jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. Das Gesundheitswesen 69, S. 98-104.

GBE (2006): Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006.

Gerdtham, U., Jönsson, B. (2000): International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis, In Handbook of Health Economics, Elsevier Science, Vol.1, 2000.

GKV (2010): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin 2010.

Glaeske, G. (2011): Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung. Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. Wiso-Diskurs, Januar 2011.

Hart, D., Francke, R. (2002): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002, 45, 13-20.

Hoefert, H. W., Klotter, C. (2011): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen et al. 2011.

Hsiao W., Siadat B. (2008): Health Systems: Concepts and Deterministic Models of Performance: A Background Paper. Workshop on Research Agendas on Global Health Systems. Harvard University on December 3-5, 2008.

Hsiao W., Siadat B. (2009): In Search of a Common Conceptual Framework for Health Systems Strengthening. WB Draft, 2009.

Koch, P. (2005): Versicherungswirtschaft. Ein einführender Überblick. Karlsruhe 2005.

Kutzin J. (2001): A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 56, 171 – 204.

Kutzin J. (2008): Health financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization – Regional Office for Europe, Kopenhagen 2008.

Leischow, S. J., Best, A., Trochim W. M., Clark, P. I., Gallagher R. S., Marcus, S., Matthews E. (2008): Systems Thinking to Improve the Public's Health. American Journal of Preventive Medicine, (35) 2008, 196-203.

Londoño, J.-L., Frenk, J. (1997): Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy* 41, 1997, 1-36.

Meyer J. et al. (2005): Learning the lessons from PALS: A report on findings of a qualitative study to evaluate the introduction of Patient Advice and Liaison Services in London, St. Bartholomew School of Nursing & Midwifery City University London.

Mills, A. J., Ranson, M.K. (2006): The Design of Health Systems. In: Merson, M. H., Black, R. E., Mills, A. J. *International Public Health, Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Ontario/London 2006, 513-552.

Mills, A., Rasheed F., Tollman, S. (2006): Strengthening Health Systems, Disease Control Priorities in Developing Countries, 87-102. New York 2006.

Murray, C. J.L., Evans, D. B. (2003): Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview. In: Murray und Evans (Hg.): *Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview*. WHO, Genf 2003, 3-18.

OECD (2002): *Annual Reports on Consumer Policy in OECD Countries*, Paris, 2002

OECD (2011): *National Accounts at a Glance 2010*, OECD Publishing 2011.

PAHO (2008): Ramagem, C., Ruales, J.: Pan American Health Organisation/WHO. *The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007*, Washington 2008.

Rega, I. M. (2007): *Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens*. Göttingen, 2007.

Rieder, K. Giesing M. (2011) : Der arbeitende Patient. In: Hoefert, H. W., Klotter, C. (Hg.): *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen et al. 2011, 17-32.

RIVM (2010): *Dutch Healthcare Performance Report 2010*. downloadbar http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf

Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M. R. (2008): *Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity*. New York 2008.

Roemer, M. I. (1993): *National Health Systems of the World: The Issues, Volume 2*. New York 1993.

Rothschild, M. and Stiglitz, J.: „Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, 1976, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 90: 629-650.

Satori, G. (1962): *Democratic Theory*. Detroit, 1962.

Sculpher, M., Gafni, A., Watt, I. (2002): Shared Treatment Decision Making in a collectively funded health care system: Possible Conflicts and some Potential Solutions. In: *Social Science & Medicine* Volume 54, Issue 9, May 2002, 1369-1377.

Shakarshvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C., Lansang, M. A. (2010a): Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries. *Global Health Governance*, Vol. III, No. 2, Spring 2010, 1-17.

Shakrashvili, G., Lansang, M. A., Mitta, V., Bornemisza, O., Blakely, M., Kley, N., Burgess, C., Atun, R. (2010b): Health System strengthening: A common Classification and Framework for investment Analysis. *Health Policy and Planning* 2010, 1-11.

Smith PC, Busse R.: Learning from the European experience of using targets to improve population health. *Prev Chronic Dis* 2010;7(5).

Spicker, I. (2005): Zur Wettbewerbsfähigkeit von Gesundheitsgütern. Ökonomische Analyse des rechtlichen Ordnungsrahmens, in dem der Wettbewerb gelingen kann. In: Schmehl, A., Wallrabenstein, A.: *Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens*. Band 1: Wettbewerb. Tübingen 2005, 1-36.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (Hg.) (2006): *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. (European Observatory on Health Systems and Policies): Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland 2006.

SVR (2001): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit* Bd. 1 2000/2001, 2001.

SVR (2003): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*, 2003

- SVR (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration –Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2009.
- Tritter, J. Q., McCallum, A. (2005): The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76, 156–168.
- USAID (2007): Islam, M. (Hg.) *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Arlington 2007.
- Vienonen, M. A. (2000): Von einer Ethik der Ignoranz hin zur Bürgerbeteiligung, in: Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherter, Patienten – eine Einführung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung – Ideen, Ansätze und international Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn / von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt / In Zusammenarbeit mit dem WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. Köln, 2. Aufl. 2001, 58-63.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Calonge S, et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3), 263–290.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2000): Equity in health care finance and delivery. In: Culyer A., Newhouse J. (eds.): *Handbook of Health Economics*, 2, 1803ff.
- WHO (2000): *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. WHO, Genf 2000.
- WHO (2007): *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action*. WHO, Genf 2007
- WHO (2007a): *People at the Centre of Health Care, Harmonizing Mind and Body, People and System*. WHO, 2007.
- WHO (2008a): *Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region*. Regionalkomitee für Europa, Achtundfünfzigste Tagung, 2008.
- WHO (2010): *Der europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme*. WHO, Kopenhagen 2010.

Autoren: Thomas Cypionka, Markus Kraus, Monika Riedel, Clemens Sigl

Titel: Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen

Projektbericht/Research Report

© 2011 Institute for Advanced Studies (IHS),

Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
