

Das britische Gesundheitswesen

**National Health Service (NHS)
in England**

**Manuela Lippek
22.10.2004**

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeine Strukturen des Gesundheitswesens	3
II Struktur des NHS	4
III Einzelne Institutionen	5
IV Finanzierung	8
V Ausgaben	9
VI Schlüsselrolle der PCTs	10
1. Finanzierung	10
2. Reform des Finanzflusses	10
3. Ausgaben der PCTs	11
VII Planung des Gesundheitswesens	11
VIII Wer profitiert und was sind die Leistungen?	11
IX Private Medical Insurance	12
X Herausforderungen	12
XI Reformen	13
1. Geschichtliche Entwicklung	13
2. Reformen der Thatcher-Ära	13
3. Reformen der Labour Regierung	15
XII Aktuelle Debatte	19
1. Labours Gesundheitspolitik	20
2. Tories Gesundheitspolitik	22
3. Gesundheitspolitik der Liberal Demokraten	23

Literatur

Gesundheitssystem Grossbritannien

I Allgemeine Strukturen des Gesundheitswesens

Das britische System der sozialen Sicherung ist im wesentlichen dreigeteilt:

1. Die allgemeine Sozialversicherung (**National Insurance** seit 1948). Diese umfasst die Renten- Arbeitslosen- und Unfallversicherung sowie Kranken- und Mutterschaftsgeld.
2. Das Sozialhilfegesetz (**National Assistance Act** seit 1948) umfasst verschiedene Formen der Mindestsicherung.
3. Den nationalen Gesundheitsdienst (**National Health Service** seit 1948), der den größten Part in der medizinischen Versorgung einnimmt.

Diese drei Elemente bilden die Eckpfeiler des britischen Systems der sozialen Sicherung und haben bis heute Bestand.

II Struktur des NHS

Secretary of Health/ Department of Health

- Kontrolle der Ausgaben und Leistungen der nachgestellten Verwaltungseinheiten



Special Health Authorities Local NHS performances

- bieten Gesundheitsdienste in ganz England an (z.B. National Blood Authority; NHS direct)



Primary Care

Primary Care trusts (PCTs)

- erhalten 75% des NHS Budgets
- managen Ärzte/ GPs, Zahnärzte, Optiker, Apotheker, Walk-in Centres



Bereitstellung aller lokaler Gesundheitsdienste



Modernisation Agency



Strategic Health Authorities

- verwalten NHS auf lokaler Ebene und sind die Schlüsselverbindung zwischen dem Department of Health und anderen NHS-Organisationen



Planung von: Secondary Care/
Secondary Care Trusts

- **Care Trusts** (Gesundheits- und Sozialdienste)
- **Mental Health Trusts** (Psychiatrische Versorgung)
- **NHS Trusts/ Foundation Trusts** (i.d.R. Krankenhäuser)
- **Ambulance Trusts** (Ambulanz Service/ Patienten Transport)

III Einzelne Institutionen

Department of Health (DoH)/ Secretary of State for Health

Aufgaben:

- Verwaltung des NHS zusammen mit Strategic Health Authorities > Machtverteilung.
- arbeitet Standards des NHS und lokaler Dienste heraus, überwacht deren Einhaltung und unternimmt Maßnahmen gegen deren Nichteinhaltung.
- Finanz- und Ressourcenverwaltung.

Organisation:

- das Department of Health ist in drei Hauptabteilungen unterteilt, die alle gemeinsame Schnittpunkte haben: **NHS, Social Care, Public Health**.
- Der **Secretary of State for Health** hat die höchste Position im Department of Health und ist dem Parlament verantwortlich. Er darf nicht verwechselt werden mit dem **Secretary of Department of Health**, der zugleich Geschäftsführer des NHS ist und gegenüber dem Secretary of State for Health verantwortlich.
- Für bestimmte Aufgabenbereiche gibt es vier Minister und 12 Direktorate. Darüber hinaus arbeitet das DoH mit fünf weiteren Agenturen zusammen, die für bestimmte Bereich zuständig sind und auch Teil des DoH sind.

Minister:

1. Minister of State for Health:
Nr. 1 ist verantwortlich für NHS und dessen Dienstleistungen (Personal, Wartezeiten, primary care service).
Nr. 2 ist verantwortlich für social care, longterm care, disability and mental health.
2. Parliamentary Under Secretary of State 1:
Verantwortlich für Ausgestaltung und Qualität des NHS (Pharmazie, Genetik, Biotechnologie, Statistik, Research, alltägliche Verwaltung des DoH).
3. Parliamentary Under Secretary of State 2:
hauptsächlich für Notfallversorgung verantwortlich.
4. Parliamentary Under Secretary of State for Public Health:
Verantwortlich für den Schutz der öffentlichen Gesundheit und prevention. (Krebs, Rauchen, Gesundheitsungleichheiten, Sexualgesundheit, Ernährung, Embryology, internationale Gesundheitsthemen).

12 Direktorate:

1. Strategy Unit; 2. Chief Operating Officer, 3. Children and older people and social care services, 4. Public involvement, nursing, mental health, disability, 5. policy directorate, 6. external and corporate affairs, 7. communications, 8. Modernisation Agency, 9. Finance, 10. Research, 11. Human Resources, 12. Public Health and clinical quality.

5 weitere Agenturen, mit denen das DoH zusammenarbeitet und die auch Teile des NHS sind:

- Medical Device Agency
- Medicines Control Agency
- NHS Estates
- NHS Pension Agency
- NHS Purchasing and Supply Agency

weitere wichtige Ämter im DoH:

- Chief Medical Officer (CMO)
- Chief Social Services Inspector
- Chief Nursing Officer
- Chief Dental Officer
- Chief Pharmaceutical Officer

Modernisation Agency

- soll zur Innovation und vermehrtem partnerschaftlichem Handeln innerhalb des NHS beitragen.

National Institute for Clinical Excellence (NICE):

- soll Standards und bestmögliche klinische Vorgehensweise herausarbeiten.
- hat bisher mehr Behandlungen zugestimmt als abgelehnt, so dass für den NHS zusätzliche Kosten von £ 600 entstanden sind.

Strategic Health Authorities (StHAs):

- ehemals health authorities.
- decken im Durchschnitt eine Bevölkerung von 1,5 Millionen Menschen ab.
- managen NHS zusammen mit Department of Health; vergewissern sich über Verbesserungen in der Gesundheit der Bevölkerung und der Ausgestaltung der Gesundheitsdienste durch PCTs und NHS trusts, sowie über partnerschaftliche Zusammenarbeit der NHS Organisationen.
- Sind zusammen mit PCTs dafür verantwortlich, dass eine Überwachung der Öffentlichen Gesundheit, Bevölkerungsscreening und Bedürfnisseinschätzung von local communities ausgeführt wird.

Special Health Authorities (SHs):

- haben bestimmte Aufgaben (Health Development Agency, Mental Health Act Commission, National Blood Authority, National Clinical Assessment Authority, NICE, National Patient Safety Agency etc.).
- unterstehen dem Department of Health; aber stehen über NHS Trusts und PCTs.

Primary Care Trusts (PCTs):

- bilden Kernstück des NHS.
- die ersten wurden im April 2000 gegründet (zuvor Primary Care Groups).
- erhalten 75% des NHS-Budgets.
- Planung und Empfehlung von Gesundheitsdienstleistungen.
- regulieren Patientenüberweisungen und Versorgung durch GPs.
- Verbesserung des Gesundheitszustandes der Einwohner ihres Gebietes.
- Arbeiten innerhalb eines strategischen Rahmenwerkes, dass von Strategic Health Authorities (StHAs) überwacht wird.

Secondary Care Trusts:

- bieten secondary care an

a) Care Trusts

- ersten entstanden im April 2002.
- bieten Gesundheitsdienstleistungen und Sozialdienstleistungen in einer Organisation an und sollen so zu einer lückenlosen Versorgung beitragen.
- Care Trusts sind hauptsächlich auf die Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit mentalen Gesundheitsproblemen fokussiert. Diese beiden Gruppen sind am häufigsten von sozialen Diensten abhängig und haben oft Probleme mit Barrieren zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten.
- die soziale Versorgung ist eigentlich Sache der local councils. Wo Care Trusts entstehen wird diese aber nun vom NHS verwaltet. Care Trusts entstehen gewöhnlich dort, wo es eine Übereinstimmung auf lokaler Ebene gibt, dass die Art und Weise der Dienstleistungsanbietung die beste ist.

c) NHS Trusts

- Begriff bezeichnet hauptsächlich Krankenhäuser.
- die ersten wurde 1991 als Selbstverwaltungsorganisationen innerhalb des NHS gegründet. Zuvor waren health authorities für die Verwaltung aller Dienste verantwortlich.

Verantwortlichkeiten:

- Finanzen sollen ausgeglichen sein und ein vom Health Secretary festgelegtes Finanzlimit nicht überschreiten
- gemäß der Health Act von 1999 sollen sie qualitative Dienste anbieten, die mit nationalen Bestimmungen übereinstimmen und partnerschaftlich mit anderen lokalen Akteuren zusammen arbeiten.
- Haupteinkommen wird durch Übereinkommen mit PCTs über Dienstleistungen festgelegt.

d) Foundation Trusts: NHS Krankenhäuser, die örtlich von privater Hand verwaltet werden; sie haben mehr finanzielle und operationelle Freiheiten als andere NHS Trusts (Krankenhäuser) und lassen Tendenzen zur Dezentralisierung der Kontrolle des Gesundheitssystems erkennen. Die ersten 20 NHS Foundation Trusts wurden am 1. April und 1. Juli 2004 eröffnet. Besonders gut arbeitende NHS Trusts können sich für den Status eines Foundation Trusts bewerben.

- sind zwischen öffentlichem und privatem Sektor zu verorten.
- werden nach Leistung bezahlt.
- bekommen zusätzliche Gelder, wenn sie mehr Patienten behandeln.
- können Medikamente verschreiben und Behandlungen durchführen, die in anderen NHS Hospitälern nicht angeboten werden.

NHS direct: Telefonservice, bei dem Krankenschwestern Anweisungen zur Eigenbehandlung erteilen oder eine Weiterleitung an den entsprechenden Service herstellen, wenn weitergehende Hilfe benötigt wird.

- Kritik von GPs: NHS direct reduziert nicht ihre Arbeit, sondern vermehrt sie.

Walk-in Centres: in ihnen werden Auskünfte erteilt und Behandlungen kleinerer Erkrankungen und Verletzungen durch Krankenschwestern angeboten. Es existieren 43 solcher Centren in England.

Family health services:

- sind für die medizinische Grundversorgung bei GPs, Zahnärzten, Augenärzten und Apotheken verantwortlich.

III Finanzierung - Haupteinnahmequellen

- staatliche Gelder: 82% (OECD Durchschnitt: 72%); setzen sich zusammen aus:

- progressiver Einkommenssteuer (10 - 40% des Einkommens),
- “Value added Tax“ für bestimmte Dienstleistungen (festgesetzte Rate von 17.5%).
- Zuschüsse des *National Instituts for Clinical Excellence* (NICE) von 12%,
- Nationalversicherungsbeiträge. Bei den Nationalversicherungsbeiträgen beträgt der Arbeitgeberanteil 11.9% eines Bruttolohnes von £87 - £575 pro Woche, und der Arbeitnehmeranteil 10% ab einem Bruttogehalt von £87 pro Woche ohne obere Grenze. Die Nationalversicherungsbeiträge kommen nicht nur dem Gesundheitssystem zu Gute, sondern auch der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Der Einzelne Arbeitnehmer wird also mit Abgaben von 20 bis zu 50% seines Bruttoeinkommens belastet. Bei genauerer Betrachtung erscheint das progressive Abgabensystem allerdings eher regressiv, da Arbeitnehmer mit einem geringeren Einkommen 40% ihres Einkommens an Steuern zahlen und besserverdienende 36% (Commission on Taxation and Citizenship).

- Patientenzuzahlungen, die 4% der Gesamtausgaben abdecken. Zuzahlungen werden für Medikamente (6.40 GBP in England und 6.00 GBP in Wales pro Medikament), Sehtests (10 - 20 GBP) und zahnärztliche Behandlungen (80% der Kosten bis zu einem Maximum von 378 GBP) erhoben. Ausgenommen von solchen Zuzahlungen sind insbesondere Kinder unter 16 Jahren und Jugendliche, die sich in einer Vollzeitausbildung befinden und nicht älter als 19 Jahre in England, bzw. 25 Jahre in Wales sind. Des Weiteren sind ältere Menschen ab 60 Jahren und Schwangere von den Zuzahlungen befreit.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird im Haushaltsplan von der Regierung für drei Jahre festgelegt. Die Minister der verschiedenen Ministerien verhandeln dabei mit dem Treasury (Schatzamt) über die Höhe ihres Budgets.

Neben dem public funding sector, welcher vom NHS finanziell abgedeckt wird, gibt es in Großbritannien auch einen privat funding sector. Dieser unterhält zusätzlich zum NHS Krankenhäuser

und andere Gesundheitseinrichtungen, die jedem Bürger offen stehen, sofern er die privaten Dienstleistungen im Gesundheitsbereich bezahlen kann und will. Aufgrund der permanenten Überbelastung des NHS nutzen viele Briten die Angebote des *privat funding sectors* und schliessen dazu eine private Krankenversicherung ab.

Zum Vergleich des Anteil staatlicher und privater Finanzierung des Gesundheitssystems, kann für das Jahr 2001 festgestellt werden, dass der staatliche Anteil 82,2% betrug und der private 17,8%. Dieses Verhältnis entspricht etwa dem Durchschnittswert der Mitgliedsländer der Europäischen Union.

Einen Höchststand mit 90% erreichte der Anteil öffentlicher Finanzierung für den Gesundheitssektor Mitte der 70er Jahre. Dieser Anteil sank jedoch bis Ende der 90er Jahre auf knapp 80%, was mit einem stetigen Anstieg der Patientenzahlungen und vermehrten Abschlüssen privater Krankenversicherungen zu erklären ist. In den letzten Jahren ist der Anteil der öffentlichen Finanzierung aufgrund des Regierungsvorhabens, die Leistungen des Gesundheitssystems zu verbessern, wieder gestiegen.

V Ausgaben 2001

- 7,6% des BIP wird für Gesundheitssektor ausgegeben (OECD Durchschnitt 8,4%); pro Kopf Ausgaben betragen 1 992 US\$ (OECD-Durchschnitt 2 117 US\$). Ausgaben für den NHS und personenbezogene soziale Dienste haben einen Anteil von 5,6% an allen öffentlichen Ausgaben und stellen somit das größte Ausgabenfeld nach sozialer Sicherheit dar (Merry, Peter 2003: The NHS in England 2003/04).

Ausgaben des NHS für:

- Krankenhäuser, *community health services* und nicht gesetzlich festgeschriebene *family health services* (81%).
- *family health services* (10%), zu deren Bereitstellung der NHS verpflichtet ist. Hierzu zählen beispielsweise Vergütungen ärztlicher und pharmazeutischer Leistungen
- Kapitalausgaben (3%)
- 1% der Gesamtausgaben entfallen auf zentrale Gesundheitsdienste

- und nochmals 1% auf die Verwaltung (Dixon, Anna und Ray Robinson 1999: Health Care Systems in Transition- United Kingdom).

Ein erhöhter Anstieg der Gesundheitsausgaben konnte in den 90er Jahren festgestellt werden, wobei die durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr 3.8% betrug und somit über der durchschnittlichen Wachstumsrate der EU-Länder von 3.2% lag. Wie in vielen anderen Ländern auch, lässt sich die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben des letzten Jahrzehnts in drei verschiedene Perioden einteilen: In den frühen 90ern konnte zunächst eine relativ hohe Wachstumsrate von 4.9% pro Jahr festgestellt werden. Dieses Wachstum fiel mit der Einführung des **internal market** und der **GP fund-holding** zusammen. Nach einer relativ gleich bleibenden Wachstumsrate Mitte der 90er Jahre, sind in den letzten Jahren die Ausgaben für den Gesundheitssektor drastisch angestiegen, was mit dem Vorhaben der Regierung, die Leistungen im Gesundheitssektor zu verbessern zu erklären ist. In Prozentzahlen veranschaulicht betrug die jährliche Wachstumsrate 4.9% von 1998 – 2001. Nur Irland wies unter den EU-Ländern eine noch höhere Wachstumsrate auf. Finanziert wurden die erhöhten Ausgaben durch einen Anstieg des Anteils öffentlicher Ausgaben von 5.6% in den Jahren 1998 - 2001. Im OECD-Durchschnitt betrug die jährliche Wachstumsrate öffentlicher Ausgaben 4.4%.

VI Schlüsselrolle der der PCTs

Aufgrund der zentralen Stellung der PCTs im britischen Gesundheitssystem sollte hier kurz deren finanzielle Situation dargestellt werden.

1.Finanzierung

Bei der Aufstellung des Budgets der PCTs werden folgende Komponenten berücksichtigt:

- Ausgaben des vorangegangenen Jahres
- Inflationsrate
- reale Zunahme der Ausgaben

2. Reform des Finanzflusses (Okt. 2002)

Auf Vorschlag des Departments of Health wurde im Oktober 2002 eine Finanzreform durchgeführt. Seit dem gibt es national einheitliche Preise für Gesundheitsdienstleistungen und die Vergütung dieser Leistungen orientiert sich an

deren Resultaten. Ziel dieser Reform ist es, dass nicht mehr Preisverhandlungen im Mittelpunkt stehen sollen, sondern ein Mix an Dienstleistungen, der den Bedürfnissen der Bevölkerung am besten gerecht wird.

3. Ausgaben der PCTs/ 2003:

- für Krankenhäuser, *mental health* und *learning disability services* (75%).
- Rezeptverschreibungen von GPs und *community nurses* (15%).
- Bereitstellung von *community services: health visitors* und *community nurses* (5%)
- Primary Care Infrastruktur: GP-Gehälter, Computer, Gebäude (4%).
- laufende Verwaltungskosten (1%). (Merry, Peter 2003: NHS Handbook 2003/04).

VII Planung des Gesundheitswesens

Neben dem Department of Health, das einen NHS Plan für drei Jahre aufstellt, sind auch PCTs an der Planung des NHS beteiligt. Gemäß des *Planing Priorities Framework (PPF)* vom 2. Oktober 2002 sollen PCTs einen *Local Delivery Plan (LDP)* und andere lokale PCT-Pläne entwerfen.

LDPs sind auf besonders dringliche Gesundheits- und Sozialdienste, deren Priorität im PPF festgelegt ist, fokussiert. Sie übersetzen nationale Politik in lokale Handlungen und sind auf drei Jahre ausgerichtet.

PCTs haben aber auch die Freiheit andere lokal abgestimmte Pläne zu entwickeln, die nicht vom PPF vorgesehen sind. Neben der zentralen Planung des Department of Health gibt es also eine Menge von Übereinkommen, die auf lokaler Ebene entschieden werden und sich auch auf diese beziehen, woran das Prinzip der Dezentralisierung der Macht deutlich wird. Eine lokale Planung der Gesundheitsdienste ist nicht nur bedeutend, weil eine nationale Planung praktisch unmöglich ist, sondern auch aufgrund der Schlüsselposition, die die PCTs in der strategischen Planung der Gesundheitsverbesserung, Reduzierung von Ungleichheiten

und Etablierung von Partnerschaften mit anderen bedeutenden lokalen Organisationen einnehmen.

VIII Wer profitiert und was sind die Leistungen?

- alle Bürger des UK und der Europäischen Wirtschaftsunion.
- die Leistungen sind nicht explizit definiert, abgesehen von Entscheidungen des *National Instituts for Clinical Excellence* (NICE), das bestimmte Leistungen und Medikamente von den Diensten des NHS ausschliesst und generell rationierenden Entscheidungen der "health authorities". Durch die jüngsten Reformen des NHS, die eine Dezentralisierung im NHS vorsehen, wird für solche Entscheidungen nun eine Zuständigkeit lokaler Leistungsanbieter wie der "Primary Care Trusts" wahrscheinlich.

IX Private Medical Insurance (PMI)

Die Zahl der Einwohner des UK, die eine private Zusatzversicherung haben, bzw. vollständig privat versichert sind, beträgt 11,5%. Steuererleichterungen haben sie nicht. Dies ist auch der Fall, wenn sie vollständig privat versichert sind und die Leistungen des NHS nicht in Anspruch nehmen. 1991 wurde eine Einkommensteuererleichterung für über 60 Jährige eingeführt, 1997 aber wieder abgeschafft. Derzeit diskutieren die Tories einen Anreiz zu schaffen, sich privat versichern zu lassen. Wie weiter unten angeführt, sollen nach ihren Plänen private Behandlungen bis zu einer Höhe von 50% der Kosten einer gleichwertigen NHS-Behandlung staatlich subventioniert werden.

Private Krankenversicherungen werden sowohl von Profit-Unternehmen als auch von Non-Profit Unternehmen angeboten. Die größten Anbieter sind BUPA, PPP, Norwich Union und Standard Life Healthcare. Sie haben einen Marktanteil von 47%, 27%, 8% und 5%, wobei BUPA der einzige nicht kommerzielle Anbieter ist (Dixon, Anna und Ray Robinson 1999: Health Care Systems in Transition- United Kingdom).

X Herausforderungen

- Unterfinanzierung in den letzten 20 Jahren,
- langen Wartelisten für Krankenhauseinweisungen
- oft schlechte Qualität in der Versorgung.
- Ärztemangel. Trotz der Bemühungen, mehr Ärzte zu rekrutieren, verfügt Großbritannien über zwei praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner, was weit unter dem EU-Durchschnitt von 3,3 Ärzten pro 1000 Einwohner liegt. Die Zahl an Krankenhausbetten liegt mit 2,8 Betten pro 1000 Einwohner ebenfalls unter dem Durchschnitt der meisten Länder.
- fehlende nationale Standards
- fehlende Anreize die Ausgestaltung der NHS-Dienstleistungen zu verbessern
- Überdezentralisierung
- Barrieren für die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Dienstleistungsanbietern
- “Entmündigung der Patienten“

All diese systematischen Probleme resultieren daraus, dass die Ausgestaltung des NHS auf das Jahr 1948 zurückzuführen ist, einer Zeit, in der die äußeren Umstände nicht mit den heutigen zu vergleichen sind. Um den NHS dem Wandel der Zeit anzupassen, hat es seit dessen Entstehung immerwieder Veränderungen und Reformen innerhalb des Systems gegeben.

XI Health Policy

Die oben genannten Herausforderungen machen Reformen in der Gesundheitspolitik unerlässlich. Dabei ist Ziel der Gesundheitspolitik, die öffentliche Gesundheit zu verbessern, d.h., Krankheiten vorzubeugen, die Lebenserwartung zu steigern und Gesundheit zu verbreiten durch organisierte Zusammenarbeit der Gesellschaft, bestimmter öffentlicher und privater Organisationen, Gemeinschaften und Individuen. Kurzgefasst soll Gesundheitspolitik die Lebenserwartung erhöhen und zugleich auch die Lebensqualität (Adding years to life and adding life to years).

Faktoren, die den Gesundheitsstatus der Bevölkerung beeinflussen:

- Alter, Geschlecht und genetische Faktoren
- Individueller Lebensstil

- Soziale Einflüsse
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- generelle sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen

Die sozioökonomischen, kulturellen und Umwelteinflüsse auf das individuelle Gesundheitsverhalten wurden erst mit dem Übergang zum 20. Jahrhundert von der Gesundheitspolitik berücksichtigt, deren Ziel nicht mehr nur die Heilung von Krankheiten, sondern auch deren Prävention ist. In diesem Zusammenhang stellen die hohe Lebenserwartung, die Industrialisierung, Ungleichheiten im Gesundheitsstatus der verschiedenen Bevölkerungsschichten und schädliche Umwelteinflüsse die größten Herausforderungen der Gesundheitspolitik dar .

XI Reformen

1. Geschichtliche Entwicklung

Folgende fünf Phasen der Nachkriegsentwicklung lassen sich unterscheiden:

- 1948-1959 Status-quo-Politik auf der Basis wachsender Budgets.
- 1960-1969 gezielter Ausbau des Krankenhaussektors und der Gemeindedienste.
- 1970-1975 Verstrickung in Einkommenskonflikte mit dem Gesundheitspersonal und Bemühen um eine organisatorische Reform.
- 1976-1979 Kampf um Kostenkontrolle und Zurückdrängen der Privatmedizin
- 1979-1991 Kostenkontrolle gepaart mit tiefgreifenden Strukturreformen und Privatisierungsbestrebungen.

2. Reformen der Thatcher Ära (198 -199)

- Situation des NHS: finanziellen Schwierigkeiten, Betten- und Personalmangel
- > umfassenden Prüfung und Reform des nationalen Gesundheitsdienstes, die mit dem **“National Health Service and Community Care Act 1990“** begann und bis 1993 stufenweise umgesetzt wurde.

- Ziel: NHS auf dem bestehenden Kostenniveau durch Veränderung der internen Organisation effektiver zu gestalten.

- Einführung des **Internal Market** durch den “NHS and Community Care Act“: unabhängig gewordene Anbieter– z.B. Krankenhaustrusts– sollen sich um Aufträge zweierlei Kunden bewerben (Gesundheitsbehörden der Districts-District Health Authority, DHA- und niedergelassene Allgemeinmediziner- GPs).
- Durch den Wettbewerb zwischen den Anbietern sollte die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden und die Wahlmöglichkeit der Patienten sowie die Qualität der Leistungen verbessert werden.
 - Tatsächlich: zwar gewisse Effizienzsteigerung, jedoch kam es durch die Abschaffung staatlicher Planung und der Einführung des wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems zu einer Kostenexpansion, die auf eine Doppelung von Behandlungsangeboten zurückzuführen ist und hohe Verwaltungskosten; Versorgungslücken und Ungleichbehandlung der Patienten.
 - Von einem Großteil der Beschäftigten im Gesundheitssystem und der allgemeinen Öffentlichkeit wurde die Einführung des Internal Market daher stark kritisiert. Diese Kritik trug mit dazu bei, dass später die starke Wettbewerbsorientierung etwas abgeschwächt wurde und ein System des kontrollierten Wettbewerbs eingeführt wurde (*purchasing > commissioning*).

Gründe für den Kostenanstieg:

- demografischer Faktor
- technologischer Fortschritt
- Internal Market/Wettbewerb zwischen Krankenhaustrusts um medizinische Spezialisten könnte Gehälter in die Höhe treiben; zuvor hatte NHS Monopolstellung als Arbeitgeber, die dazu beitrug, dass NHS im internationalen Vergleich relativ kostengünstig wirtschaften konnte.

Mögliche Gegenmaßnahmen:

- mehr Zuzahlungen
- Anreize zum Abschluss einer privaten Versicherung (Tories)
- Kosten des NHS dem Steurzahler vor Augen führen, z.B. durch kenntlich machen des Teils der Einkommenssteuer, die in den NHS fließt oder durch Einführung einer speziellen "NHS-Steuer". Menschen sind möglicherweise eher dazu bereit mehr Steuern zu zahlen, wenn sie Sicherheit haben, dass zusätzliche Steuern der medizinischen Versorgung zu gute kämen!

➤ Einführung des **GP fundholding**: Ärzte betreuen ihre Patienten im Rahmen eines ihnen zugewiesenen Jahresbudgets.

Stark kritisiert wurde das System des GP fundholding von der *British Medical Association* (BMA), die jedoch ihre Kritik zurück nahm, als eine wachsende Zahl ihrer Mitglieder diesem Schema beitrug. Innerhalb von sieben Jahren stieg die Zahl der teilnehmenden Arztpraxen von 303 auf 3 500.

Gründe für die unerwartete Zunahme der teilnehmenden GPs:

- die teilnehmenden GPs konnten ihre Dienstleistungen verbessern.
- wachsende Unterstützung des Fundholdingsystems durch die Regierung führte dazu, dass Fundholding GPs bestimmte Anreize geboten wurden, von denen nichtteilnehmenden GPs ausgeschlossen waren; z.B. Unterstützung bei der Anschaffung neuer Computersysteme.
- Einige GPs befürchteten, als rückständig betrachtet zu werden, wenn sie dem neuen System nicht beitreten, und schliesslich Patienten zu verlieren.

Viele GPs hatten jedoch auch starke Einwände gegen das Fundholdingsystem, in dem sie eine ungerechte Rationierung der Leistungen sahen, und bildeten *non-fundholding commissioning groups*. Diese spielten eine wichtige Rolle in Überlegungen, die später zu Vorschlägen zur Gründung von Primary Care Groups (PCG) führten.

Unter Premierminister John Major wurden die Reformen der Thatcher-Ära fortgesetzt. Die oppositionelle Labour Partei kritisierte besonders die ungleiche Behandlung von Patienten eines fundholding GPs und eines non-fundholding GPs sowie die Menge an Transaktionskosten des

Marktsystems. Sie traten für die Abschaffung des *internal Market* ein, unterstützten aber die *primary care* orientierte Politik.

3. Reformen der Labour Regierung (ab Dez.1997)

- Situation: immer noch Betten- und Personalmangel und lange Wartezeiten.

> **“The New NHS: modern, dependable“ (1997) > Abschaffung des Internal Markets**

- Ziel: Wettbewerbsorientierung des Marktsystems durch ein auf Partnerschaft und Zusammenarbeit basierendes System zu ersetzen. Konkret bedeutet dies, dass *health authorities, trusts* und andere Akteure partnerschaftlich agieren und beispielsweise in Zusammenarbeit Programme zur Gesundheitsverbesserung erstellen.

- Bis 2000 wurde diese Reform stufenweise mit einem von der Regierung erstellten Programm (**White Paper**) umgesetzt. Dieses umfasst unter anderem nachstehende Punkte:

- klare Trennung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich.
- flachere Hierarchien innerhalb des NHS und Dezentralisierung der Verantwortlichkeit im Managementbereich.
- Verantwortlichkeit der Kommunen für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen.
- Verbesserung der Qualität durch die Festlegung von Standards.

> **Abschaffung des GP-fundholding Systems: durch *Primary Care Groups* ersetzt (PCGs) >(später PCTs)**. Seit April 1999 wurden 400 bis 500 PCGs gegründet, die im Durchschnitt die Bedürfnisse von 100 000 Patienten abdecken. Im Gegensatz zum Fundholding, bei dem der Beitritt optional war, sind nun alle GPs verpflichtet, einer PCG beizutreten, so dass allen Patienten die gleichen Behandlungsmöglichkeiten offenstehen. Die PCGs werden von GPs und anderen Repräsentanten der *primary care* und *health authorities* verwaltet.

➤ stärkere Fokussierung auf die Qualität der Leistungen.

- Einrichtung von **NICE** (National Institut for Clinical Excellence): soll bestmögliche klinische Vorgehensweisen ausarbeiten und diese innerhalb des NHS zu verbreiten.
- Einrichtung der **Commission for Health Improvement**: prüft, ob die Ausgestaltung der Dienstleistungen auf lokaler Ebene die Erwartungen erfüllt werden.

Anhand dieser beiden Akteure wird die >Rückkehr zu einer stärkeren staatlichen Kontrolle deutlich, die mit der Abschaffung des Internal Markets einhergeht.

- stärkere Betonung von Gesundheitsunterschieden aufgrund sozialer Benachteiligung.
 - Um diese Ungleichheiten zu beseitigen, wurden 26 **health action zones (HAZs)** benannt, in denen besonders benachteiligte Personen leben. Die *health action zones* erhalten von der Regierung finanzielle Unterstützung, besondere Freiheiten und mehr Flexibilität; sollen dadurch zur Zusammenarbeit mit dem NHS, lokalen Regierungen, örtlichen Industrie und freiwilligen Organisationen ermutigt werden, um den Gesundheitszustand benachteiligter Bevölkerungsschichten zu verbessern.
- **NHS Plan 2000** (diese bisher wohl umfangreichste Reform des Gesundheitssystems soll bis ins Jahr 2010 umgesetzt werden).
 - Hauptgedanke dieser Reform ist es, den NHS stärker am Patienten auszurichten und daher die zentrale Macht der Regierung auf lokale Gesundheitsanbieter/PCTs, die besser die Bedürfnisse der Patienten einschätzen können, zu verteilen. Insgesamt betrachtet betont der NHS Plan eher die Verbesserung der Leistungen der Gesundheitsdienste, als die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung an sich.

folgende Änderungen:

- Ausarbeitung von Standards und Überwachung der konkreten Ausgestaltung des Gesundheitssystems von der Commission on Health Improvement.

- Festlegung von Prioritäten auf der gesundheitspolitischen Agenda (hierfür wurde das *NICE* und die *Modernisation Agency* gegründet).
- Verbindung von Gesundheits- und Sozialdiensten.
 - > insbesondere alte Menschen sollen davor bewahrt werden in die Lücken zwischen diesen beiden Diensten zu fallen und ein möglichst unabhängiges Leben führen zu können, beispielsweise durch Reduzierung nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte.
 - > Barrieren für die Zusammenlegung der Gesundheits- und Sozialdienste:
 - unterschiedliche Finanzströme.
 - unterschiedliche Verwaltungsstrukturen.
 - unterschiedliche Definitionen.
 - soziale Dienstleistungsanbieter wählen Mitglieder der local authorities, der NHS nicht.
 - > bereits der Health Act von 1999 enthält Neuerungen, die eine Zusammenarbeit der beiden Dienste erleichtern sollen:
 - pooled Budgets: ermöglichen Gesundheits- und Sozialdiensten Ressourcen zu einem einzelnen Budget zu kombinieren.
 - lead commission: entweder local authority oder health authority/PCG soll führende Rolle haben; klare Verantwortlichkeiten.
 - integriertes Angebot der Dienstleistungen: local authorities und health authorities sollen ihre Dienstleistungen zusammenlegen, um ein lückenloses Versorgungsangebot zu gewährleisten.
- als Anreiz zur Verbesserung der Dienste des NHS sollen lokale NHS Organisationen, die guten Service für Patienten anbieten, mehr Freiheiten bekommen, um eigene Angelegenheiten selbst zu verwalten.
- Qualitätsbasierte Verträge zwischen GPs und Krankenhäusern.
- Bedeutendere Rolle von Krankenschwestern.
 - > bis 2004 soll die Hälfte aller Krankenschwestern Medikamente verabreichen können, zudem soll mehr Geld in die Ausbildung investiert werden.
- gegen die Überdenkzentralisierung des NHS sollen mehr Verantwortlichkeiten von der Regierung auf lokale Gesundheitsdienste, insbesondere der *Primary Care Trusts* übergehen.
 - > Bisher war der Gesundheitsminister gegenüber dem Parlament für die Ausgaben und Ausgestaltung des NHS zentral verantwortlich. Nun soll aber das Subsidiaritätsprinzip eingeführt werden, so dass Entscheidungen auf der kleinst möglichen Ebene getroffen werden können.

- insgesamt soll mehr Gesundheitspersonal (besonders Ärzte und Pflegekräfte) eingestellt werden.
- Verbesserung der Infrastruktur von Krankenhäusern (mehr Betten, besseres Essen, bessere Sanitäre Anlagen, mehr Sauberkeit etc.).
- kürzere Wartezeiten in Krankenhäusern und bei Ärzten.
- Verbesserte Pflege für ältere Menschen.
- Reduzierung der Todesrate bei den drei Haupttodesursachen bis 2010;
Herzkrankheiten sollen bis 40% und Krebs bis zu 20% bei unter 75 jährigen gesenkt werden, die Selbstmordrate um 20%. Um die Selbstmordrate zu senken soll insbesondere mehr Personal im *mental health service* eingestellt werden und bis 2004 eine frühzeitige und intensive Unterstützung für alle junge Menschen, die Psychosen erleben, gewährleistet werden.
- mehr Mitspracherechte für Patienten und bessere Informiertheit. (z.B. sollen Patientenanwälte in jedem Krankenhaus vertreten sein; bei einer verschobenen Operation, sollen Patienten einen neuen Termin innerhalb der nächsten 28 Tage auswählen können, sollte dies nicht im behandelnden Krankenhaus möglich sein, muss dieses die Kosten eines anderen Krankenhauses nach der Wahl des Patienten übernehmen; Patientenumfragen und Foren sollen dazu beitragen, dass Dienstleistungen stärker patientenorientiert sind.)
- stärkere Rolle des privaten und freiwilligen Sektors. (NHS soll ermöglicht werden stärkeren Gebrauch von Möglichkeiten privater Krankenhäuser zu machen.)
- nationale Maßnahmen gegen Ungleichheiten. (Verbesserung der *primary care* in benachteiligten Gebieten, Untersuchungsprogramme für Frauen und Kinder, Verbesserung der Ernährung von Kindern, z.B. durch kostenloses Angebot von Früchten in Schulen für 4-6 jährige).

Um all diese Ziele zu erreichen, wurden eine Menge zusätzlicher Gelder für den NHS bereitgestellt.

XII Aktuelle Debatte

	Labour	Tories	Lib Dem
Fokus	Wahlfreiheit (eingeschränkte) und Qualität	Wahlfreiheit (totale)	Qualität
Wahlfreiheit	Patienten sollen bis 2006 <u>zwischen vier oder fünf</u> <u>Krankenhäusern wählen</u> können.	Patienten sollen <u>Krankenhäuser</u> <u>uneingeschränkt auswählen</u> können, <u>einschließlich der</u> <u>privaten</u> , deren Kosten denen der NHS Krankenhäuser angeglichen sind.	
Privater Sektor	NHS Managern soll ermöglicht werden, einen Teil der Operationen von privaten spezialisierten Behandlungszentren einzukaufen.	<u>Patienten, die sich privat</u> <u>behandeln lassen wollen</u> , sollen staatliche <u>finanzielle</u> <u>Unterstützung erhalten, die bis zur</u> <u>Hälfte der NHS</u> <u>Behandlungskosten betragen kann.</u>	
Maßnahmen	zentrale Maßnahmen	<u>Aufhebung zentraler Maßnahmen;</u> Insbesondere Krankenhäuser sollen die Möglichkeit erhalten, eigene Entscheidungen bezüglich Wartezeiten, Personal und Kapazitätserweiterung zu treffen.	
Foundation Hospitals	Nur top-rated trusts können Foundation trusts werden. Beschränkungen bezüglich der Menge der Anleihen auf dem offenen Markt. Bis 2008 sollen alle	Mehr <u>Krankenhäuser</u> sollen Foundation trusts werden mit <u>mehr</u> <u>Freiheiten</u> . Insbesondere sollen sie mehr Freiheiten hinsichtlich Anleihen auf dem offenen Markt erhalten sowie hinsichtlich	

	Krankenhäuser Foundation trusts werden.	Personalgehälter.	
Ausgaben	NHS-Ausgaben sollen pro Jahr um 7.4% gesteigert werden, bis im Jahr 2007/08 eine Ausgabenhöhe von £109bn erreicht ist.	Bis 2009/10 sollen die Ausgaben um £34bn pro Jahr gesteigert werden; Vergleichbar mit Labours Vorhaben.	

1. Labours Gesundheitspolitik

- größere Wahlfreiheit der Patienten hinsichtlich der Dienstleistungsanbieter im Gesundheitssektor.
- Verbesserung der Qualität der angebotenen Leistungen.
- Schlagwörter, mit denen die Labourregierung in den Wahlkampf geht sind “equity“ (Gleichheit) und “excellence“ (Qualität).
- Eine größere Gleichheit hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung soll durch stärkere Wahlfreiheit und Erweiterung der Dienstleistungsangebote gesichert werden.
- Die angestrebte hohe Qualität: Patienten sollen nicht die Notwendigkeit verspüren, sich privat behandeln zu lassen. Die Labour Partei ist der Ansicht, dass eine Abwanderung einzelner Patienten in den privaten Sektor zu ungleichen Chancen hinsichtlich der ärmeren Bevölkerung führen würde, die sich private Behandlungen nicht leisten könnten und letztendlich die wohlhabenderen subventionieren würden, wenn private Behandlungen wie von den Tories vorgesehen teilweise vom NHS mitfinanziert würden.

Weitere gesundheitspolitische Ziele der Labourregierung sind:

- Reduzierung der Wartezeiten auf ein Maximum von 18 Wochen bis 2008 (Die aktuelle Wartezeit beträgt neun Monate).
- Bessere Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten, z.B.: mit Diabetes und Asthma.

- Stärkere Einbeziehung des privaten Sektors in die Gesundheitsleistungen des NHS; Bis 2008 sollen bis zu 15% der Operationen und Diagnosen vom privaten Sektor durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass von nicht öffentlichen Krankenhäusern etwa eine Million Operationen pro Jahr durchgeführt werden würden, was eine Zunahme von 250 000 Operationen bedeutete.
- Einführung von "community matrons", die die Pflege von Patienten mit chronischen Krankheiten koordinieren.

Kritik:

Tories:

- Menge an zentral kontrollierter Maßnahmen
- großer bürokratischer Aufwand, der das klinische Personal von ihren eigentlichen Aufgaben abhielte. Die Ausgaben für Verwaltungspersonal unter der Labourregierung seien von £3bn auf £5bn angestiegen und die Zahl des Verwaltungspersonals sein im Vergleich zu Ärzten und Krankenschwestern um das dreifache gestiegen.
- Das aktuelle System trage darüber hinaus Patienten, die die Dienste des NHS nicht in Anspruch nehmen und sich privat behandeln lassen, keine Rechnung, da diese durch ihre Steuerzahlungen den NHS mitfinanzieren, ohne dessen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Liberal Demokraten:

- kritisieren ebenfalls Menge an zentralen Maßnahmen, da sie Ärzte und Krankenschwestern in ihrer Arbeit zu sehr einschränken würden.
- In der Fokussierung der Labourregierung auf die Wahlfreiheit sehen sie ein Eingeständnis derer verfehlten Gesundheitspolitik. Die Schwächen sollten durch die freien Kräfte des Marktes verdeckt werden. Dies lenke die Wähler von den eigentlichen Problemen ab.

2. Tories Gesundheitspolitik

- umfassenden Wahlfreiheit der Patienten, auch hinsichtlich privater Dienstleistungsanbieter. Durch Konkurrenz zwischen den einzelnen Anbietern, und nicht durch zentrale Maßnahmen, werde die Qualität der Gesundheitsdienste verbessert.
- private Behandlungen sollen bis zu einer Höhe von 50% der Kosten einer gleichwertigen NHS-Behandlung staatlich zu subventionieren werden. Dieses Vorhaben steht im Einklang mit ihrer Forderung nach stärkerer Zusammenarbeit des privaten und öffentlichen Sektors.

Kritik:

Labour:

- richtet sich auf die Anreize, die Patienten geboten werden sollen, sich privat behandeln zu lassen. Sie fürchten eine Ausschaltung des öffentlichen Sektors, bzw. des NHS-Systems auf Kosten einer staatlichen Subventionierung des privaten Sektors. Dies führe zu einer ungerechten Verteilung zwischen der ärmeren und der wohlhabenderen Bevölkerung, da sich trotz der staatlichen Anreize nicht alle Bevölkerungsschichten eine private Behandlung leisten können, diese aber dennoch indirekt durch Steuerzahlungen subventionieren würden.

Liberal Demokraten:

- kritisieren auch hier die Betonung der Wahlfreiheit als Eingeständnis, keine wirklichen Lösungsalternativen zu haben, sondern die Probleme lediglich auf den freien Markt zu verschieben.

3. Gesundheitspolitik der Liberal Demokraten

- Verbesserung der Qualität der Leistungen des NHS. Insbesondere wollen sie die Qualität der lokalen Dienstleistungen verbessern. Konkret wollen sie die Entwicklung von Primary Care Services vorantreiben und die Position von

Krankenschwestern, Therapeuten und anderen im Primary Care Sektor Beschäftigten stärken.

- Die eigentliche Herausforderung sehen sie darin, Krankheitsursachen in Angriff zu nehmen und der wachsenden Zahl an Patienten mit chronischen Krankheiten die Möglichkeit einer eigenständigen Kontrolle ihrer Gesundheitsvorsorge und Behandlung zu geben.
- Die Nationale Versicherung soll durch einen festgesetzten Nationalen Gesundheitsbeitrag (National Health Contributions) ersetzt werden und das Micromanagement “by Whithall of hospitals and GP surgeries“ soll beendet werden.

Kritik:

Tories Schatten-Gesundheitsministers Andrew Lansley: Missachtung der Wahlfreiheit. Standards würden nur verbessert werden, wenn Patienten eine wirkliche Alternative zur Wahl eines Krankenhauses geboten würde.

Literatur:

- Appleby, John u. Anthony Harrison 2001: "Health Care UK- Winter 2001. The King's Found review of health policy".
- BBC News 2004: "At-a-glance: Labour vs Tories on NHS".
- BBC News 2004: "Lib Dems slam NHS false choices".
- BBC News 2004: "Tories plan big changes for NHS".
- BBC News 2004: "Government plan for NHS revealed".
- Department of Health 2000: "The NHS Plan. Summary", <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/58/63/04055863.pdf>, (20.10.2004).
- Dixon, Anna u. Ray Robinson 1999: "Health Care Systems in Transition-United Kingdom". European Observatory on health care systems, <http://www.who.dk/dokument/e68283.pdf>, (20.09.2004).
- Hills, John 1998: "Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates", in: Hans Kastendiek, Karl Rohe, Angelika Volle: "Länderbericht Grossbritannien", S. 493-523.
- Lilley, Roy 2003: "The Insider's Guide to the NHS. How it works and why it sometimes doesn't", Oxon.
- Lilley, Roy 2001: "A Tool Kit for the NHS Plan", Oxon.
- Mark Easton 2004: "Analysis: Battle over NHS", in: BBC News 2004.
- Merry, Peter 2003: "NHS Handbook 2003/04", East Sussex.
- Merry, Peter 2003: "The NHS in England 2003/04", London.
- OECD 2003: "Health at a Glance – OECD Indicators 2003".
- Slevin, Maurice: "Resuscitating the NHS. A consultant's view", London 2003.
- Wanless, Derek 2004: "Securing good Health for the whole Population".

Weitere interessante Literatur:

- DoH Report 2003-04: www.doh.gov.uk/dohreport/index.html.

- Dokumente zur Modernisierungsagenda: NHS-Plan, Modernising Social Services,
Our Healthier Nation