
Gesundheitspolitische Weichenstellungen in Nordeuropa

Uwe K. Preusker

1. Einführung

Die Gesundheitssysteme Nordeuropas haben – wie die Gesundheitssysteme nahezu aller entwickelten Länder – mit steigenden Ausgaben für die Gesundheit einerseits und mit der deutlichen Alterung der Bevölkerung andererseits zu kämpfen. Hinzu tritt jedoch das Bemühen, die Effizienz des Gesundheitssystems im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln deutlich zu steigern. Im Hintergrund dieses Bemühens standen vor allem die relativ langen Wartezeiten auf bestimmte Untersuchungen und Behandlungen, die zunehmend einer öffentlichen Kritik unterlagen. Dazu sind in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden in den vergangenen Jahren eine Reihe von gesetzgeberischen Maßnahmen ergriffen worden, die die Verkürzung bzw. den Abbau von Wartelisten, die Sicherung des qualitativen Niveaus der Krankenversorgung sowie die Erhöhung der Effizienz zum Ziel hatten.

Ein Instrument von vielen, das dazu genutzt wird, ist in allen vier nordeuropäischen Gesundheitssystemen der Einsatz von wettbewerblichen Elementen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Trägerschaft von Gesundheitseinrichtungen auch heute noch weit überwiegend in der Hand von Gebietskörperschaften liegt. Private Krankenhausträger sind nach wie vor die Ausnahme; sie sind zwar zugelassen, müssen dann aber Einzelverträge, denen

eine entsprechende Ausschreibung vorausgeht, zur Versorgung der Bevölkerung abschließen. Ein erhöhtes Maß an Wettbewerb zwischen den Erbringern von Gesundheitsleistungen wurde in allen vier hier betrachteten Gesundheitssystemen vor allem durch die Einführung von Wahlfreiheit für die stationäre fachärztliche Versorgung, durch ausführliche und per Internet allgemein zugängliche Informationen über Wartezeiten für Eingriffe sowie über detaillierte Informationen über die Ergebnisqualität von Gesundheitseinrichtungen erreicht.

Standard in der Versorgung ist nach wie vor, dass die Gebietskörperschaften, denen sowohl die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung (durch eigene Einrichtungen oder durch den Abschluss von Verträgen mit anderen Einrichtungen) als auch deren Finanzierung (weit überwiegend durch kommunale oder regionale Einkommensteuern) obliegt, diese Versorgung selbst durch Einrichtungen gewährleisten, deren Träger sie auch sind. Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und speziell Krankenhäusern, wie sie uns aus Deutschland bekannt ist (Kauf von Kliniken in bisher öffentlicher Trägerschaft durch einen privaten Träger, wobei der Status des Krankenhauses als zur Versorgung von GKV-Patienten zugelassen durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan erhalten bleibt), ist dagegen in Nordeuropa bisher nicht üblich. Zwar gibt es einige Beispiele, dass der Betrieb von Krankenhäusern von privaten Trägern übernommen worden ist – so etwa der Betrieb des St. Görans-Krankenhauses in Stockholm, das von dem schwedischen privaten Gesundheitskonzern Capio AB übernommen wurde –, doch Gebäude sowie Grund und Boden bleiben auch in solchen Fällen immer im Eigentum des bisherigen öffentlichen Trägers. Auch werden entsprechende Versorgungsverträge nur für relativ kurze Zeitspannen abgeschlossen. So sind Laufzeiten von drei Jahren mit einer

Verlängerungsmöglichkeit um ein bis zwei Jahre durchaus üblich.

Damit entfällt der die deutsche Entwicklung kennzeichnende „Systemwettbewerb“ zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern um den effizientesten Betrieb von Gesundheitseinrichtungen weitestgehend. Effizienzsteigernde Maßnahmen werden vielmehr so angesetzt, dass die interne Organisation der ehemals einheitlichen Verwaltung des Gesundheitssystems in den Gebietskörperschaften durch die systematische Trennung der Besteller- und Betreiber-Funktionen in Finanzierer und Besteller von Gesundheitsleistungen einerseits und ein professionelles Management auf der Leistungserbringer-Seite andererseits getrennt wird sowie auf breiter Front überregionale Ausschreibungen von Gesundheitsleistungen mit einem Preis- und Qualitätswettbewerb erfolgen.

Eine Gemeinsamkeit der nordeuropäischen Gesundheitssysteme und zugleich ein Unterschied zu Deutschland ist die Gliederung der Versorgung in ambulante Primärversorgung einerseits sowie fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung (vielfach durch die gleichen Ärzte überwiegend an Kliniken) andererseits. Damit wird die deutsche Besonderheit der doppelten Vorhaltung einer spezialärztlichen ambulanten und stationären Versorgungsstruktur sowie möglicher Versorgungsbrüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weitgehend vermieden. Damit einher geht auch eine andere Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Berufsstand: Pflegekräfte haben deutlich weiter gehende Kompetenzen und Befugnisse, die bis zur Verordnung bestimmter Arzneimittel durch entsprechend erfahrene und qualifizierte Pflegepersonen reichen. Ein weiteres Beispiel: Hausbesuche durch Ärzte sind in Nordeuropa unüblich. Diese Aufgabe der häuslichen Betreuung wird über das Sys-

tem der Bezirkskrankenschwester von Pflegepersonen übernommen.

In allen Ländern Nordeuropas gehört die Einschaltung von Health Technology Assessments vor der Einführung neuer medizintechnischer Geräte oder medizinischer bzw. medizintechnischer Behandlungsmethoden ebenso wie zur Überprüfung von traditionellen Behandlungspfaden zum Standard. Dazu wurden in allen Ländern spezielle Institute eingerichtet, die alle neuen medizinisch-technischen Innovationen vor ihrer Zulassung auf ihre Wirksamkeit und ihre Kosteneffektivität hin untersuchen. Eine Zulassung gibt es in der Regel erst, wenn die Überlegenheit gegenüber älteren Geräten nachgewiesen ist und der Kosteneffekt abschätzbar ist. Dabei gehört es auch zu den Aufgaben der jeweiligen staatlichen Einrichtungen wie etwa des „Swedish Council on Technology Assessment“ (SBU; <http://www.sbu.se>) oder des dänischen „Evaluerings Center for Sygehuse“ (<http://www.ecs.dk>), die Effektivität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Standardmethoden zu untersuchen und zu überprüfen. In den Bestimmungen zur Gründung der schwedischen Einrichtung SBU etwa heißt es: Die Aufgabe des SBU ist es, die medizinischen Methoden, die im Gesundheitswesen angewandt werden, kritisch zu bewerten. Das Ziel ist es, für alle, die darüber zu entscheiden haben, welche Art von gesundheitlicher Versorgung den Versicherten angeboten wird, bessere Informationen und Beschlussgrundlagen zur Verfügung zu stellen. Die Institute werden alle aus staatlichen Mitteln finanziert, sind jedoch weisungsunabhängig. Ihre Richtlinien und Empfehlungen haben besonderen Wert dadurch, dass sie nach der Veröffentlichung als gültige Leitlinien für die Behandlung aufgefasst werden, was etwa im Falle von eventuellen Kunstfehlern auch sehr konkrete Auswirkungen auf die Beurteilung der Verantwortlichkeit hat. Alle nordeuropäischen Institute arbeiten eng mit dem europäi-

schen HTA-Institut (The European Collaboration for Health Technology Assessment – Assessment of Health Interventions / <http://www.eahi.org>) zusammen.

In allen vier nordeuropäischen Gesundheitssystemen existiert heute ein Haus- bzw. Primärarzt-System. Dabei gibt es allerdings erhebliche Variationen in der Tragweite und Konsequenz der verschiedenen Lösungen. Das stringenteste Primärarztsystem haben Dänemark, Finnland und Norwegen (seit Anfang 2001), wo das Aufsuchen der fachärztlichen Ambulanz oder auch des niedergelassenen Facharztes, der im Auftrag der Gebietskörperschaft Patienten betreut, nur mit einer Überweisung eines Primärarztes möglich ist (bis auf akute Ausnahmefälle). In Schweden dagegen können fachärztliche Ambulanzen auch direkt aufgesucht werden – das Hausarztsystem ist hier als Angebot ausgestaltet; die Steuerung geschieht vor allem über entsprechend ausgestaltete Selbstbeteiligungs-Regelungen. In Finnland, wo ein ähnlich stringentes Primärarzt-System wie in Dänemark und Norwegen existiert, gibt es aber die ergänzende Möglichkeit, Fachärzte, die meist neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit in sogenannten Ärztezentren für einige Stunden pro Woche Privatsprechstunden anbieten, auch direkt aufzusuchen. Von den Arzthonoraren der privat tätigen Ärzte übernimmt die finnische Sozialversicherungsanstalt KELA einen Teil (ca. ein Drittel), den übrigen Betrag muss der Patient selbst finanzieren.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für jüngere Reformen in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen ist das Bemühen, den Zuschnitt der Gebietskörperschaften, die für die Sicherstellung und Erbringung der Gesundheitsleistungen zuständig sind, so zu gestalten, dass sie von ihrer Größe her den wachsenden Anforderungen durch die ständig zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten einerseits und die zunehmende Alterung der Bevölkerung andererseits gerecht werden können. Hier sind ins-

besondere Dänemark und Finnland aktiv geworden. In Dänemark geschah dies im Rahmen einer umfassenden Gebietsreform, in Finnland durch das so genannte „PARAS“-Projekt, das den Zusammenschluss vor allem kleinerer Kommunen zu leistungsfähigeren Einheiten systematisch und gezielt fördert – ein Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist (Details zu beiden Projekten unter 2.).

2. Jüngste Reformen in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen – ein Kurzüberblick

2.1. Dänemark

Zum 1. Januar 2007 ist in Dänemark eine Regionalreform in Kraft getreten, mit der die bisherigen 14 Ämter (Kreise) und 271 Kommunen des Landes in nur noch fünf Regionen und 98 Kommunen aufgegangen sind. Mit dieser Organisationsreform ging eine Stärkung der Zuständigkeiten der vergrößerten Ämter und Kommunen einher – eine Vorgehensweise, die dem Trend der vergangenen zwanzig Jahre in Dänemark entspricht. Ziel der Reform war vor allem eine Stärkung der Kommunen und Regionen in ihrer Fähigkeit, Aufgaben für die Wohnbevölkerung – darunter auch diejenigen im Gesundheitssystem – selbst wahrzunehmen und zu finanzieren. Dazu sollte die durchschnittliche Einwohnerzahl der Kommunen deutlich angehoben werden – von 19.900 (vgl. Tab. 1) auf nunmehr 55.200. Die bisherigen 14 Ämter (den deutschen Landkreisen vergleichbar) wurden im Zuge der Reform abgeschafft. An ihre Stelle traten fünf Regionen (vgl. Abb. 1) mit einer Einwohnerzahl zwischen 0,6 und 1,6 Mio. Für die gesundheitliche Versorgung sind seit der Reform vor allem die Regionen zuständig. Sie haben diese Zuständigkeit von den bisherigen Ämtern übernommen. Weitere Zuständigkeiten der Regionen sind

die Regionalentwicklung sowie der Betrieb bestimmter sozialer Einrichtungen (vgl. Tab. 2). Aufgabe des Zentralstaates im Gesundheitssektor ist dagegen die Weiterentwicklung des Rechtsrahmens sowie die allgemeine Planung. Die nunmehr 98 Kommunen dagegen sind für Rehabilitation, Prävention, Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie die zahnärztliche Versorgung von geistig Behinderten zuständig. Außerdem sind sie für die gesamte Altenpflege verantwortlich.

Tab. 1: Bevölkerung in Kommunen in ausgewählten europäischen Ländern

	Under 1,000	1,000- 5,000	5,001- 10,000	10,001- 50,000	50,001- 100,000	Over 100,000		
	Per cent						Total	Average size
Denmark 2005	0	5.9	41.7	46.1	4.8	1.5	271	19,900
Denmark 2007 ¹	0	3.1	1	61.2	28.6	6.1	98	55,200
Finland	5.1	46.3	25	20.4	1.8	1.4	432	12,100
France	76	19	2.7	2.1	0.2	0.1	36,565	1,600
The Netherlands	0.2	2.1	12.6	71.3	8.4	5.6	467	34,900
Italy	24.2	47.1	14.6	12.4	1.2	0.0	8,101	7,200
Norway	5.3	50.3	21	20.6	1.6	1.2	433	10,500
Spain	60.7	24.3	6.6	6.8	0.9	0.7	8,109	5,300
Sweden	0	4.5	21	59.7	10.7	4.1	290	31,100

Note.:¹) Municipalities with 1-5,000 and 5-10,000 inhabitants are islands and municipalities entering into binding partnerships

Source: Denmark: Statistics Denmark. Population as per 1 January 2005; Finland: Statistics Finland. Data from 2004. France: Ministère de L'intérieur. DGCL. "Les collectivités locales en chiffres 2004". Data from 1999. The Netherlands: Statistics Netherlands. Data from 2005. Italy: Istat. Data from 2004. Norway: Statistisk Sentralbyrå. Data from 2005. Spain: Instituto Nacional de Estadística. Data from 2004. Sweden: Statistiska Centralbyrån. Data from 2005.

Dänemark: Situation vor der Gebietsreform 2007

Quelle: Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium 2006

Eine zweite Reformmaßnahme der jüngsten Zeit in Dänemark war die Einführung des DRG-Systems für die Vergütung von Krankenhausleistungen. Das dänische DRG-System (DkDRG) ist mit derzeit insgesamt 588 DRG-Gruppen

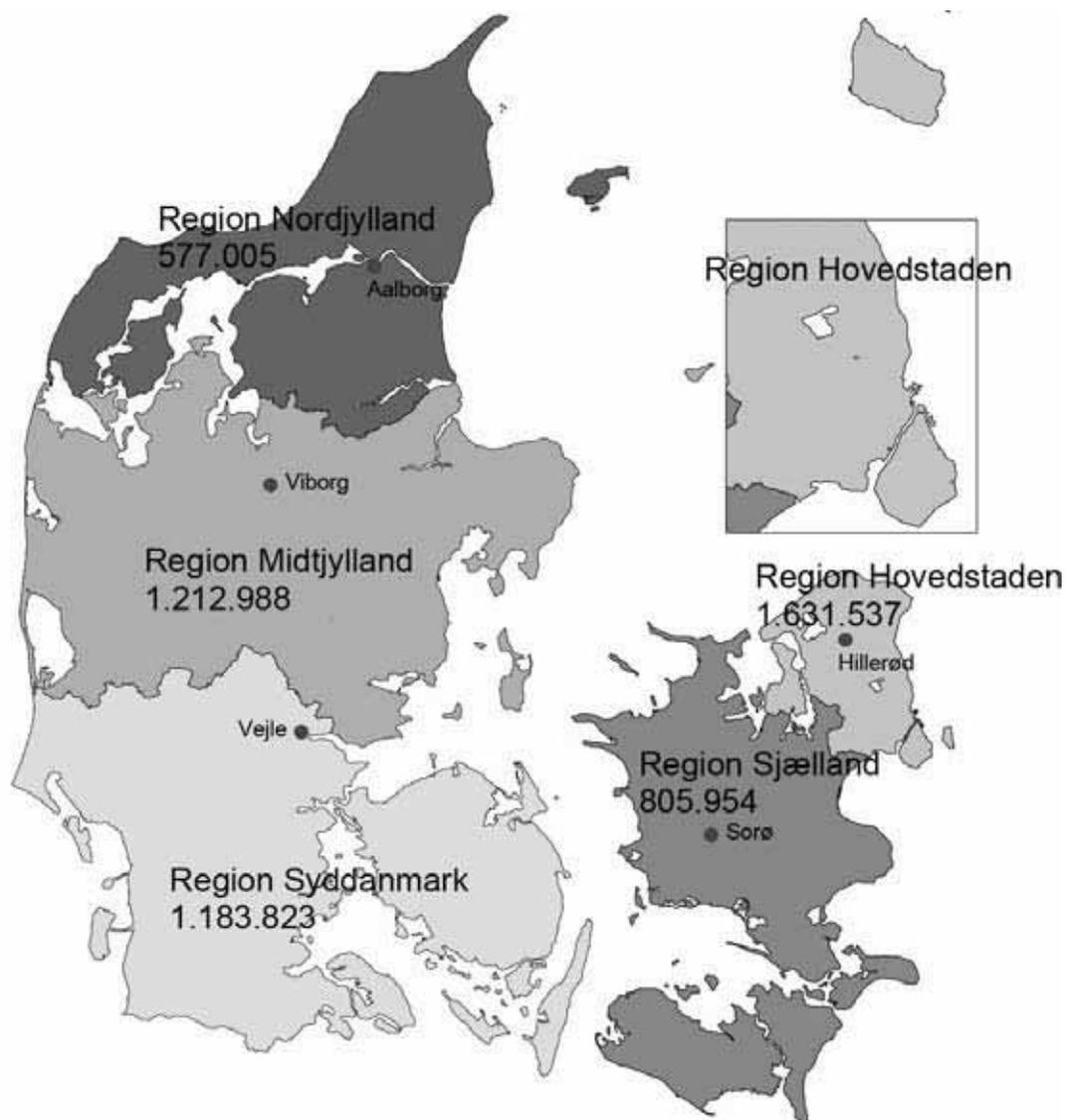


Abb. 1: Die fünf dänischen Regionen ab dem 1. Januar 2007
(mit Einwohnerzahl; Stand 1.1.2005)

Quelle: Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium 2006

zum 1. Januar 2000 eingeführt worden. Zunächst wurden aber nur solche Patienten über DRGs abgerechnet, die außerhalb des eigenen Amtes behandelt wurden. Die weitere DRG-Einführung seit Anfang 2002 geschah schrittweise, indem ein zunehmender Anteil der Krankenhaus-Budgets über DRGs finanziert wird. 2004 betrug der DRG-finanzierte Anteil an den Klinikbudgets 20 %. Seit dem Jahr 2007 wird auch die Psychiatrie über das DRG-System finanziert. Für die Kos-

- Hospital service, including hospitals, psychiatry and health insurance as well as general practitioners and specialists
- Regional development, i.e. nature, environment, business, tourism, employment, education and culture as well as development in the fringe areas of the regions and in the rural districts. Secretarial service for the regional growth fora.
- Soil pollution
- Raw material mapping and planning
- Operation of a number of institutions for exposed groups and groups with special needs for social services and special education
- Establishment of transport companies throughout Denmark

Tab. 2: Zuständigkeiten der dänischen Regionen seit dem 1.1.2007
Quelle: Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium 2006

tenkalkulation werden dabei – anders als in Deutschland, wo dies über eine Stichprobe erfolgt – die Daten aller insgesamt 56 Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft genutzt.

Als wohl bedeutendste Reformmaßnahme neben der regionalen Neugliederung Dänemarks muss die Einführung einer Behandlungsgarantie zum 1. Juli 2002 angesehen werden. Seither haben dänische Patienten, die länger als zwei Monate auf eine Behandlung in ihrem Amt warten, das Recht, auch private Kliniken oder ausländische Krankenhäuser auf Kosten des dänischen Krankenversicherungssystems zur Behandlung aufzusuchen. 2007 ist die Wartezeit auf einen Monat verkürzt worden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Vereinigung der dänischen Ämter einen Vertrag mit den privaten bzw. ausländischen Anbietern hat. Solche Verträge sind mit faktisch allen privaten Kliniken in Dänemark und mit einigen ausländischen Krankenhäusern, vor allem in Schweden, aber auch in Deutschland, abgeschlossen worden. Diese Reform hat unter anderem zu einem deutlichen Abbau der Wartelisten, zu einem weiteren Sinken der Verweildauer sowie einer Zunahme privater Kliniken geführt.

2.2. Finnland

Im Frühjahr 2007 sind zwei Gesetze in Kraft getreten, mit denen die Struktur der Kommunen in Finnland bis zum Jahr 2012 von Grund auf erneuert werden wird. Zentrales Ziel dieser als „Paras“-Projekt (*Paras-hanke*) bezeichneten Vorhabens ist es, die Mindestgrößen der Kommunen auf mindestens 20.000 Einwohner zu erhöhen, um so die Leistungsfähigkeit der Kommunen in all ihren Aufgabengebieten, darunter vor allem auch im Bereich Gesundheit und Soziales, sicherstellen zu können. Die Mindestgrenze von 20.000 Einwohnern wurde vor allem im Hinblick auf die Sicherstellung der medizinisch-allgemeinärztlichen Grundversorgung festgelegt. Vorläufer-Projekte dazu gab es bereits seit dem Sommer 2005.

Denn die direkte Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung haben die finnischen Kommunen, von denen es Anfang 2006 noch insgesamt 431 gab. Zu den konkreten Aufgaben der Kommunen gehören unter anderem:

- die medizinische und zahnmedizinische Grundversorgung in Gesundheitszentren und Schulen;
- die fachärztliche Versorgung (ambulant und stationär – Jede Kommune ist Mitglied eines der 20 Krankenhausbezirke; sie stellen die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung vor allem durch eigene Einrichtungen sicher; sie können aber auch Leistungen von anderen Anbietern – privaten oder öffentlichen – einkaufen);
- Mütter- und Kinderberatungsstellen;
- Prävention, Reihenuntersuchungen;
- Krankentransporte, Umwelthygiene, tierärztliche Versorgung von Nutztieren;
- Suchtberatung, Sozialhilfe;
- Bereitstellung von Betreuungsplätzen für alle nicht schulpflichtigen Kinder;

- Versorgungsangebote für Senioren, Behinderte und psychisch Kranke.

Die Zahl der finnischen Kommunen nimmt schon seit längerer Zeit kontinuierlich ab, da sich kleinere Kommunen zusammenschließen oder größeren Kommunen anschließen. Bis Mitte 2006 war die Zahl der Kommunen bereits auf 415 zurückgegangen. Das „Paras“-Projekt beschleunigt diesen Prozess jetzt nochmals. Wenn sich die Kommunen nicht auf freiwilliger Basis zu größeren und leistungsfähigeren Einheiten zusammenschließen oder feste kommunale Kooperationen zur Erbringung der Basisversorgung in den Bereichen Gesundheit und schulisches Angebot bilden, kann der finnische Zentralstaat Zwangsvereinigungen verfügen.

Die Größe der Kommunen variierte vor Beginn der Gebietsreform von 1500 bis 550.000 Einwohner; im Durchschnitt lag die Einwohnerzahl bei gut 12.000 Einwohnern (vgl. Tab. 1). Sie sind nach den gesamtstaatlichen Regelungen neben der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung auch unmittelbar für deren Finanzierung sowie subsidiär für die Leistungserbringung zuständig. Sie finanzieren die Gesundheitsleistungen überwiegend durch kommunale Einkommensteuern (durchschnittliche Höhe rund 19 %; aus diesen Steuermitteln sind allerdings alle Aufgaben der Kommunen zu finanzieren). Zusätzlich erhalten sie allgemeine, an der Einwohnerzahl und -struktur orientierte und seit 1993 nicht mehr zweckgebundene Staatszuschüsse für die Erledigung ihrer Aufgaben.

Zum 1. März 2006 ist in Finnland eine Reform des Gesundheitswesens in Kraft getreten, die vor allem den Zugang zu nicht-akuten diagnostischen und therapeutischen Leistungen verbessern soll. Im Kern besteht die Reform aus einer Behandlungsgarantie, die einerseits in akuten Fällen die sofortige bzw. schnellstmögliche Behandlung garan-

tiert, bei nicht-akuten Erkrankungen dagegen ein Zeitschema verpflichtend in Kraft gesetzt hat.

Danach muss ein Patient sofortigen telefonischen Kontakt zu einem Gesundheitszentrum erhalten. Die erforderliche Diagnostik und/oder Behandlung im Gesundheitszentrum muss dann innerhalb von drei Tagen erfolgen. Sollte eine Weiterbehandlung oder weitere Diagnostik im fachärztlichen Bereich erforderlich sein, hat diese innerhalb von drei Wochen nach dem Besuch im Gesundheitszentrum zu erfolgen. Eine vom Facharzt als erforderlich beurteilte stationäre Behandlung muss danach innerhalb von drei bis maximal sechs Monaten erfolgen.

Kann die Diagnostik und/oder Behandlung nicht innerhalb des festgelegten Zeitrahmens erfolgen, ist der Krankenhausbezirk, in dem der Patient seinen Wohnsitz hat, verpflichtet, dem Patienten eine Behandlung in einem anderen Krankenhausbezirk oder bei einem privaten Gesundheitsanbieter zu ermöglichen. Dabei kann es sich im Prinzip auch um eine Behandlung im Ausland handeln.

Gleichzeitig mit der Behandlungsgarantie wurde in Finnland ein Bewertungsschema für 193 nicht-akute diagnostische und therapeutische Maßnahmen („Uniform criteria for access to non-emergency treatment“) in Kraft gesetzt. Ziel dieser Maßnahme ist die gerechte Zuordnung von Patienten mit gleicher Indikation nach gleichen Kriterien zu den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten gemäß dem Schweregrad ihrer Erkrankung. Entwickelt wurden diese Kriterien von je einer landesweiten Arbeitsgruppe pro medizinischem Fachgebiet; die Nutzung wurde landesweit verpflichtend vereinbart. Abweichungen von den dort festgelegten Bewertungsschemata müssen vom Arzt gesondert begründet werden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen trotz des relativ kurzen Anwendungszeitraumes bereits deutlich positive Auswirkungen. Die Wartezeiten sind in vielen der Teilbereiche

auf die vorgeschriebenen Fristen zurückgegangen; in den Überschreitungsfällen kommt es zur Vereinbarung über die Nutzung von zusätzlichen Kapazitäten in anderen Krankenhausbezirken oder von privaten Gesundheitsanbietern, insbesondere Privatkliniken. Die erarbeiteten Schemata zur gleichmäßigen Beurteilung des Behandlungsbedarfs werden nach bisherigem Anschein nicht dazu missbraucht, systematisch Patienten von einer Behandlung auszuschließen, sondern führen zu erhöhter Vergleichbarkeit der Therapieschemata bei vergleichbaren Diagnosen. Für eine abschließende Beurteilung ist jedoch der Zeitraum, in dem das neue Schema bisher angewandt wurde, noch deutlich zu kurz.

Bereits zum 1. April 2004 wurde in Finnland gesetzlich der Austausch von Originalpräparaten durch Generika eingeführt. Die Apotheke ist danach verpflichtet, ein vom Arzt verschriebenes Originalpräparat, zu dem es eine zugelassene generische Alternative gibt, durch das Generikum zu ersetzen. Wenn der Patient dem widerspricht, muss er die Preisdifferenz zwischen Generikum und Originalpräparat selbst bezahlen. Der Arzt kann allerdings den Austausch eines Originalpräparates durch ein zugelassenes Generikum aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen untersagen; ein entsprechendes Vorgehen ist auf dem Rezeptformular zu vermerken.

2.3. Norwegen

In Norwegen sind seit Beginn des 3. Jahrtausends eine Reihe von Gesundheitsreformprojekten realisiert worden, die vor allem zwei Ziele hatten:

- Reduzierung der Wartezeiten und Wartelisten,
- Erhöhung der Effizienz der gesundheitlichen Versorgung.

Dabei gab es folgende wichtige Reformvorhaben:

- 1997: Einführung des DRG-Systems (Details weiter unten),
- 2001: Die „Patientenbrücke“ (Medical Overseas Project),
- 2001: Einführung des Hausarztsystems,
- 2001: Liberalisierung des Apothekenmarktes,
- 2002: Krankenhausreform.

Das Ziel der sogenannten Patientenbrücke war die systematische Verlagerung der Behandlung bestimmter Patientengruppen ins Ausland auf der Basis von Ausschreibungen, auf deren Basis dann Verträge mit ausländischen Kliniken geschlossen wurden. Dabei gab es zwei unterschiedliche Ansatzpunkte: Einerseits sollten vor allem die Wartelisten für elektive Eingriffe abgebaut werden und durch die Vergabe solcher Aufträge an ausländische Gesundheitsanbieter gleichzeitig der Druck auf die norwegischen Kliniken erhöht werden, ihre Effizienz zu erhöhen. Parallel dazu wurde ein Programm entwickelt, mit dem systematisch aus anderen europäischen Ländern wie Schweden, Dänemark und Deutschland Fachärzte nach Norwegen geholt wurden, um so den Mangel an Fachärzten gezielt zu bekämpfen.

Der zweite Ansatzpunkt für die Auslandsbehandlung von norwegischen Patienten betraf die eigene Infrastruktur. Hier wurde die Grundentscheidung gefällt, in einem immer weiter zusammenwachsenden Europa nicht für jede einzelne Erkrankung Behandlungskapazitäten im eigenen Land aufzubauen, sondern diese dauerhaft auf der Basis von Vertragsbeziehungen im Ausland versorgen zu lassen.

Die 2001 erfolgte Einführung eines stringenten Hausarztsystems hatte das Ziel, die Primärversorgung der Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig eine Entlastung der Sekundärversorgungsebene (ambulante und stationäre

fachärztliche Versorgung) zu erreichen. Das Aufsuchen eines Facharztes ist seither mit Ausnahme von Notfällen an die Überweisung des Hausarztes gebunden. Gleichzeitig wurden die Anforderungen an die Hausärzte nochmals verschärft. So fordert Norwegen von den Hausärzten in mehrjährigem Abstand eine Rezertifizierung.

Die im gleichen Jahr erfolgte Liberalisierung des Apothekenmarktes sollte vor allem ein größeres Angebot auch in ländlichen Regionen ermöglichen. Dazu wurde insbesondere das bis dahin geltende Mehr- und Fremdbesitzverbot aufgehoben. Gleichzeitig erhielten die norwegischen Kommunen das Recht, auch kommunale Apotheken zu unterhalten. Der größte Teil des norwegischen Apothekenmarktes wird heute von großen, europaweit aktiven Apothekenketten beherrscht.

Die Anfang 2002 in Kraft getretene Krankenhausreform hat zu einer Zentralisierung der Klinikträgerschaft beim norwegischen Staat geführt. Alle in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Kliniken sowie weitere spezialisierte Gesundheitseinrichtungen wurden dazu fünf Gesundheitsregionen zugeordnet, die in der Rechtsform einer nicht börsennotierten öffentlichen Aktiengesellschaft geführt werden. Inhaber ist zu 100 % der norwegische Staat; die Hauptversammlung aller fünf Gesundheits-AGs stellt der jeweils amtierende norwegische Gesundheitsminister dar.

2.4. Schweden

Die im Jahr 1992 in Kraft getretene sogenannte ÄDEL-Reform hat die Zuständigkeiten in Teilbereichen des schwedischen Gesundheits- und Sozialsystems deutlich verändert. Seither sind die Kommunen anstelle der Provinziallandtage für die Alten- und Behindertenpflege zuständig. Die Hauptabsicht dabei war, die Verantwortlichkeit für alle Arten von Alten- und Behindertenpflege bei einem Träger – den

Kommunen – zusammenzuführen, die bisher schon für ambulante Versorgungsangebote zuständig waren. Gleichzeitig wurden deutliche Anreize gesetzt, ältere Krankenhauspatienten, die lediglich noch deshalb stationär untergebracht waren, weil sie auf einen Pflegeplatz warteten („bed-blockers“), aus den Kliniken in Pflegeeinrichtungen zu transferieren. Nach der Reform mussten die Kommunen für jeden dieser „bed-blockers“ einen hohen Betrag pro Tag an die Provinziallandtage zahlen, wenn ärztlich festgestellt war, dass der Patient nicht länger einer Krankenhausbehandlung bedurfte. Diese Form der „Strafzahlung“ für „bed-blockers“ findet sich im Übrigen auch im finnischen System.

Nach mehreren nicht sehr erfolgreichen Anläufen zur Verkürzung von Wartezeiten im schwedischen Gesundheitssystem mit lediglich auf einige wenige Indikationen bezogenen Behandlungsgarantien wurde zum 1. November 2005 eine flächendeckende Wartezeit-Garantie nach dem Schema „0 – 7 – 90 – 90“ eingeführt. Danach muss ein Patient unmittelbar (meist telefonischen) Kontakt zum Gesundheitssystem aufnehmen und einen Hausarzt innerhalb von sieben Tagen konsultieren können. Sollte der Hausarzt eine Weiterbehandlung durch einen Spezialisten für erforderlich halten, muss dies innerhalb von 90 Tagen geschehen. Schließlich muss als vierte Stufe eine eventuell erforderliche stationäre Behandlung nach Diagnosestellung durch den Facharzt ebenfalls innerhalb von 90 Tagen beginnen.

Anfang 2006 war in Schweden von der seinerzeitigen sozialdemokratischen Minderheitsregierung mit Unterstützung der Grünen und der Linkspartei ein Gesetz in Kraft gesetzt worden, das den Provinziallandtagen verbot, Krankenhäuser von privaten Unternehmen betreiben zu lassen, die Gewinne an ihre Besitzer ausschütten. Dieses Gesetz ist mittlerweile von der neuen bürgerlichen Mitte-Rechts-Allianz, die bei den Wahlen am 17. September 2006 die Mehrheit errang, außer Kraft gesetzt worden. Geblieben

ist die Regelung, dass jeder Provinziallandtag mindestens ein Regionalkrankenhaus in eigener Regie betreiben muss. Untersagt wurde mit der gesetzlichen Neuregelung auch die Privatisierung von hoheitlichen Aufgaben. Die Privatisierung von psychiatrischen Landeskliniken einschließlich des Maßregel-Vollzugs, die derzeit in Deutschland von den Bundesländern auf breiter Front betrieben wird, ist in Schweden damit gesetzlich ausgeschlossen.

Aktuell wird eine Neuregelung für das staatliche Apothekenmonopol vorbereitet. Das Staatsunternehmen Apoteket AB betreibt heute noch alle Apotheken in Schweden; der Verkauf von Arzneimitteln in anderen Einrichtungen ist untersagt. Ein Gesetzesvorhaben zur Aufhebung des staatlichen Apothekenmonopols ist von der schwedischen Regierung in der zweiten Jahreshälfte 2007 auf den Weg gebracht worden. Diese Liberalisierung des schwedischen Apothekenmarktes wird in Teilschritten im Laufe des Jahres 2008 umgesetzt.

3. Transparenz und Information

Wie bereits in der Einführung angemerkt, wird der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Erbringern von Gesundheitsleistungen in Nordeuropa auch durch die Einführung der Wahlfreiheit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sowie durch mehr Transparenz sowohl für die jeweiligen Wartezeiten auf bestimmte Eingriffe als auch durch eine hohe Transparenz der Ergebnisqualität gefördert. Dabei ist es in Nordeuropa medizinische Tradition, dass landesweite und vielfach auch ganz Nordeuropa umfassende medizinische Register geführt werden, in denen bestimmte Qualitätsparameter zu bestimmten Erkrankungen bzw. medizinischen Maßnahmen für zehn oder mehr Jahre gespeichert werden. So existieren zum Beispiel in Schweden für

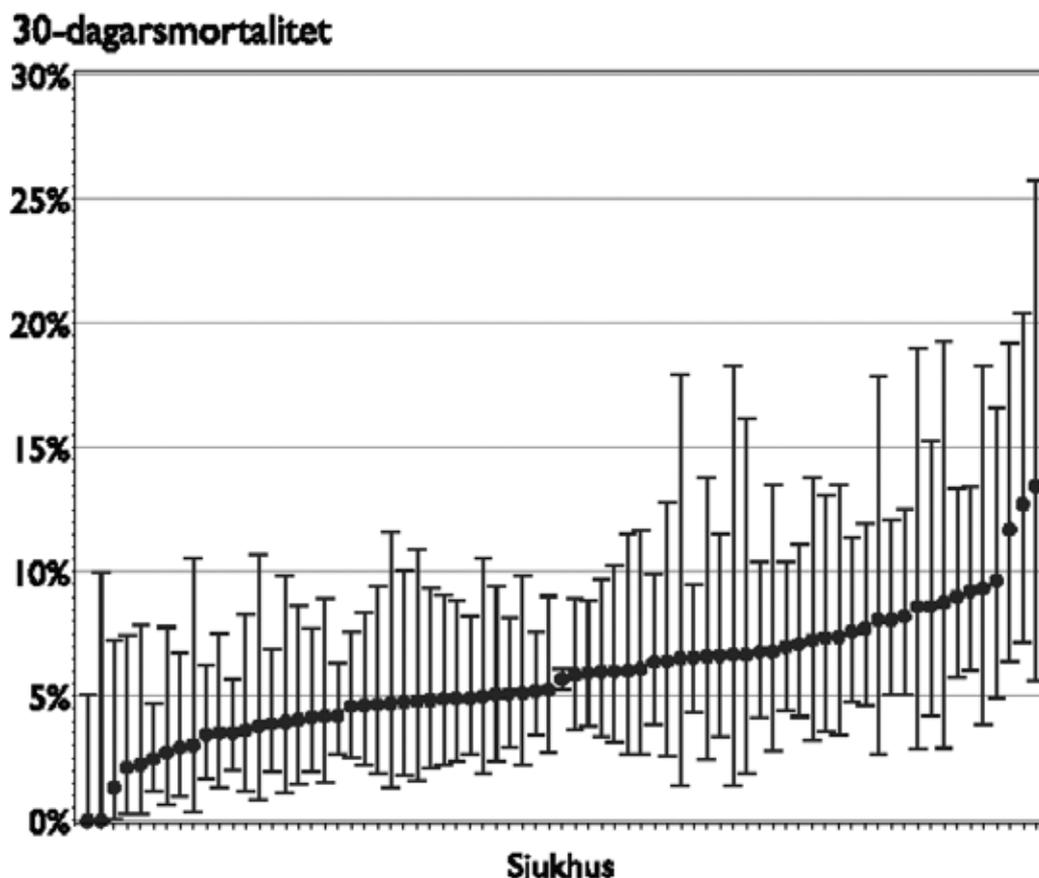


Abb. 2: 30-Tage-Mortalität in 72 schwedischen Krankenhäusern

knapp 60 Indikationen landesweite Qualitätsregister. Darin werden nicht nur die Ergebnisse stationärer Maßnahmen gespeichert, sondern auch der nachfolgende ambulante Verlauf dokumentiert. Entstanden sind diese Register ursprünglich auf Initiative der Ärzte, die darin ein Instrument zur Verbesserung ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit sahen. Mit Einführung der Wahlfreiheit sind die Register aber gleichzeitig zu einem wichtigen Informationsinstrument der interessierten Öffentlichkeit über die Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Eingriffe geworden.

So existiert zum Beispiel in Schweden seit 1995 das Qualitätsregister zur Herzinfarkt- und Intensivversorgung von Herzpatienten. Es umfasst Daten über rund 60.000 Fälle pro Jahr (davon rund 20.000 Herzinfarkte) in 72 Krankenhäusern in Schweden. Damit werden von diesem Re-

gister alle Herzinfarkte erfasst, die in Schweden versorgt werden.

Dokumentiert wird darin unter anderem auch die Mortalität – in Abb. 2 zum Beispiel die 30-Tage-Mortalität der behandelten Herzinfarktpatienten je Krankenhaus. Um welches Krankenhaus es sich dabei jeweils handelt, geht aus dem auch im Internet verfügbaren Jahresbericht des Registers hervor.

Ein zweites Beispiel dokumentiert die Ergebnistransparenz bei Schlaganfällen in Finnland. Hierbei handelt es sich um eine Studie („Perfect Stroke“) aus dem Jahre 2007, die vom finnischen Forschungs- und Entwicklungsinstitut STAKES durchgeführt wurde. Der Schlaganfall ist in Finnland nach dem Herzinfarkt die zweithäufigste Todesursache. Die Studie umfasst 7137 Fälle; dabei handelt es sich um alle Erst-Schlaganfälle des Jahres 2003. Das Durchschnittsalter der dabei erfassten Patienten lag bei 72 Jahren, die durchschnittlichen Kosten der gesamten ambulanten und stationären Behandlung während des ersten Jahres lagen bei 14.000 Euro. Die Studie zeigt große Unterschiede in der Ergebnisqualität zwischen den behandelnden Kliniken: So liegt die Mortalität während des ersten Jahres (risikoadjustiert nach Alter, Geschlecht und Grunderkrankungen) je nach behandelndem Krankenhaus zwischen 13 und 35 % (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Mortalität von Schlaganfall-Patienten in finnischen Krankenhäusern im Jahr 2003

Legende: Sairaala = Krankenhaus; 28 päivän kuolleisuus = 28-Tages-Sterblichkeit; 90 päivän kuolleisuus = 90-Tages-Sterblichkeit; 1 vuoden kuolleisuus = Ein-Jahres-Sterblichkeit; kotona vietetty päiviä vuoden aikana/potilas = zu Hause verbrachte Tage während des Jahres pro Patient; 1 vuoden AVH:n uusiminen = erneuter Schlaganfall während des ersten Jahres; 1 vuoden aikana kuolleet tai AVH uusinut = Sterblichkeit und erneuter Schlaganfall während des ersten Jahres zusammen.

Quelle: Perfect Stroke, STAKES 2007

LIITETAULUKKO 10. Vuoden 2003 aivoinfarktipotilaiden kuolleisuus, kotona vietetyt päivät ja AVH:n uusiminen sairaaloittain

Sairaala	28 päivän kuolleisuus			90 päivän kuolleisuus			1 vuoden kuolleisuus			Kotona vietettyjä päiviä vuoden aikana / potilas			1 vuoden AVH:n uusiminen			1 vuoden aikana kuolleet tai AVH uusinut		
	(%)	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli	(%)	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli	(%)	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli	päivät	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli	(%)	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli	(%)	vakioitu indeksi (koko maa = 100)	indeksin 95% luottamusväli
HELSINGIN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA	6,6	79	55-99	10,3	85	66-110	14,5	86	66-99	266	109	105-114	12,2	78	66-99	25,3	82	66-99
KUOPIOIN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA	11,1	108	77-143	15,9	105	77-132	21,5	100	77-121	256	108	103-112	18,8	122	99-154	37,4	108	88-132
OULUN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA	6,9	73	44-110	10,8	78	55-110	17,2	87	66-110	260	108	104-113	18,2	117	88-143	33,8	101	88-121
TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA	9,1	103	77-143	12,5	98	77-121	16,2	89	66-110	256	106	102-110	17,0	111	88-132	32,2	101	88-121
TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA	9,0	101	77-132	12,4	96	77-121	16,2	87	66-110	268	111	107-115	11,9	81	66-110	26,9	85	66-99
ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALA	8,2	81	44-132	10,3	70	44-110	16,4	79	55-110	266	112	107-116	11,8	76	44-110	26,7	79	55-99
ETELÄ-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALA	8,7	99	66-143	11,1	85	55-121	16,4	90	66-121	274	114	109-118	12,1	81	55-110	27,2	86	66-110
KAINUUN KESKUSSAIRAALA	12,0	124	66-209	14,8	105	55-176	21,3	106	66-154	235	99	94-103	24,1	158	99-231	44,4	132	99-176
KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALA	11,0	100	66-154	12,0	74	44-110	19,5	87	66-121	236	100	95-104	15,5	109	77-154	33,5	96	77-121
KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALA	10,1	97	44-176	12,8	83	44-143	19,3	89	55-132	234	98	94-103	18,3	120	77-187	33,9	98	66-132
KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALA	13,0	131	88-187	16,3	113	77-154	24,0	117	88-154	221	92	88-97	15,9	110	77-154	39,0	116	99-143
KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALA	9,5	105	55-176	14,6	108	66-165	19,7	101	66-143	256	107	103-111	13,9	95	55-143	31,4	95	66-132
LAPIN KESKUSSAIRAALA	12,4	132	77-220	18,6	137	88-209	24,8	129	88-187	244	102	97-106	25,6	176	121-253	48,1	148	110-187
LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALA	4,2	46	11-132	8,5	60	22-132	16,9	82	44-143	247	104	100-109	12,7	85	44-165	28,2	84	55-132
MIKKELIN KESKUSSAIRAALA	8,5	84	44-132	12,2	81	55-121	20,1	94	66-132	241	101	97-106	19,6	126	88-176	36,5	106	77-132
POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALA	10,1	105	66-154	15,0	106	77-143	22,1	111	88-143	243	102	97-106	13,9	93	66-132	34,5	103	88-132
PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALA	11,0	114	77-165	15,3	109	77-143	21,0	106	77-132	233	97	93-102	11,4	81	55-110	31,3	96	77-121
SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALA	9,7	99	66-143	13,0	92	66-132	18,6	94	66-121	254	106	102-111	18,2	122	88-165	35,3	107	88-132
SAVONLINNAN KESKUSSAIRAALA	10,9	101	55-176	16,0	100	55-154	21,0	95	66-143	228	96	92-101	19,3	134	88-198	36,7	110	77-143
VAASAN KESKUSSAIRAALA / CENTRALSIUKKUHUS	10,0	90	44-165	14,5	90	55-143	20,0	87	55-132	242	103	98-107	13,6	95	55-154	32,7	93	66-132
HYVINKÄÄN SAIRAALA	3,6	34	11-88	7,1	48	22-99	12,5	60	33-99	270	113	109-118	8,0	54	22-99	20,5	61	44-88
JORVIN SAIRAALA	11,2	97	55-165	13,8	83	44-132	16,4	70	44-110	250	106	102-111	8,6	59	33-110	25,0	71	44-99
KUUSANKOSKEN ALUESAIRAALA	3,8	48	11-143	6,3	58	22-132	13,9	88	44-154	251	102	98-107	11,4	69	33-132	24,1	80	44-121
LOHJAN SAIRAALA	16,2	136	66-242	19,1	109	55-187	26,5	108	66-176	227	97	93-102	10,3	81	33-165	36,8	102	66-154
PEIJAKSEN SAIRAALA	8,1	64	22-143	14,9	83	44-154	24,3	99	55-154	218	93	89-98	9,5	66	22-132	32,4	88	55-132
PORVOON SAIRAALA / BORGÅ SIUKKUS	19,3	157	77-286	21,1	117	66-209	35,1	138	88-209	199	86	81-90	8,8	77	22-176	42,1	114	77-165
PIENET SAIRAALAT YHTEENSÄ	17,6	109	99-121	28,8	119	110-132	38,5	116	110-121	168	76	71-80	12,3	107	88-121	48,5	112	99-121
Koko maa	10,8	100		15,9	100		22,3	100		236	100		14,3	100		35,0	100	

4. Nutzung von eHealth – das Beispiel Finnland

Ein weiteres Instrument zur Erhöhung der Effizienz der nordeuropäischen Gesundheitssysteme ist die umfassende Nutzung von elektronischen Hilfsmitteln, also die Einführung von eHealth. Angesichts der Flächenausdehnung der betroffenen Länder – Finnland ist bei einer Einwohnerzahl von rund 5,3 Mio. Menschen flächenmäßig etwa so groß wie die Bundesrepublik Deutschland – ist es leicht nachvollziehbar, dass es ein Ziel der Gesundheitspolitik in Nord-europa sein muss, elektronische Datenübermittlung, Speicherung und Datenverarbeitung zum Standard zu machen. So lautet das Ziel, dass sich die finnische Politik Mitte der Neunzigerjahre gesetzt hat, den Zugang zu allen für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Informationen unabhängig von Ort und Zeit zu ermöglichen. Im vergangenen Jahr ist Finnland diesem Ziel einen großen Schritt näher gekommen – mit der umfassenden Realisierung der landesweiten ambulant-stationären elektronischen Patientenakte. Die 2007 veröffentlichte neueste finnische eHealth-Roadmap steckt die Ziele aber nochmals deutlich höher.

Die Vision, die – aufbauend auf Vorarbeiten seit dem Jahr 1996 – von der finnischen Regierung im Jahr 2002 formuliert wurde, lautete: Eine flächendeckend in allen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen genutzte elektronische Patientenakte mit gleichen Kerninhalten – unabhängig davon, ob die Einrichtungen in öffentlicher oder privater Trägerschaft betrieben werden. Bereits im Frühjahr des Jahres 2007 war klar: Das Ziel wird erreicht! Denn bereits 2005 nutzten 95,6 % aller Gesundheitszentren und 18 von 20 Krankenhausbezirken eine elektronische Patientenakte. Dabei entwickelte sich die Nutzung der EPA insbesondere in den Kliniken des Landes sehr schnell: Noch 2003, also zwei Jahre früher, nutzten nur fünf Krankenhausbezirke die EPA.

Bei der Entwicklung der elektronischen Patientenakte ging man einen für das Land im äußersten Nordosten der Europäischen Union sehr typischen Weg: Es sollte keine zentrale, vom finnischen Staat vorgegebene Lösung entwickelt werden, die dann von allen genutzt werden musste. Vielmehr baute man auf den schon in den Jahren zuvor entwickelten regionalen Lösungen für ambulante Gesundheitszentren einerseits und etliche der insgesamt 20 Krankenhausbezirke andererseits auf. Diese Lösungen waren meist gemeinsame Entwicklungen von IT-Unternehmen und den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Digitalisierung aller für die EPA erforderlichen, von der Kommission festgelegten Daten war eine der für die landesweite EPA-Einführung zu bewältigenden Aufgaben. Außerdem musste die technische und semantische Kompatibilität der unterschiedlichen EPA-Ansätze sichergestellt werden. Schließlich musste eine landesweite eHealth-Infrastruktur aufgebaut werden, Identifikations- und Verifikationslösungen entwickelt und eine elektronische Signatur implementiert werden. Schließlich sollen den im Gesundheitssystem Tätigen auch noch im Netz verfügbare Hilfsmittel an die Hand gegeben werden, die sie bei der Entscheidungsfindung unterstützen (so etwa bei der Arzneimittelverordnung). Schließlich gehören auch das für Anfang 2008 flächendeckend vorgesehene elektronische Rezept sowie eine ebenfalls bis Ende 2007 eingeführte standardisierte nationale elektronische Pflegedokumentation zu den vorgesehenen eHealth-Maßnahmen.

Gemeinsame Inhalte und eine von allen genutzte Struktur der Daten für die elektronische Patientenakte wurden durch eine vom Gesundheitsministerium berufene Kommission festgelegt, in der Vertreter der verschiedenen Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens saßen. Sichertgestellt wurde die Umsetzung der Strategie darüber hinaus durch staatliche Gelder, die für die Jahre

2004 bis 2007 mit jeweils etwa 10 Mio. Euro rund 50 % der gesamten Entwicklungskosten deckten – die andere Hälfte mussten die Kommunen aufbringen.

Die Austauschbarkeit der Daten zwischen den unterschiedlichen regionalen Lösungen wiederum wurde durch die finnische HL7-Kommission sichergestellt – sie legte im Konsens zwischen den Vertretern der Behörden, der Einrichtungen des Gesundheitswesens und der IT-Unternehmen die Schnittstellen fest, die von allen EPA-Lösungen genutzt werden müssen. Dritter Teil der Strategie schließlich war eine von öffentlichen Stellen landesweit sichergestellte Infrastruktur für verschiedene Teilbereiche: So ist STAKES für die Bereitstellung eines so genannten Code Servers zuständig, der als Open Source die jeweils aktuellen Versionen aller im Gesundheitswesen verwendeten Kodier- und Klassifikationssysteme bereitstellt. Über diesen Code Server wird außerdem ein ebenfalls nationales Code-System zur eindeutigen Identifikation von Dokumenten, elektronischen Patientenakten, Personen und Institutionen (ISO-OID – Object Identifier) bereitgestellt. Die eindeutige digitale Identifikation der im Gesundheitswesen Beschäftigten dagegen ist Aufgabe der finnischen Rechtsschutzzentrale für das Gesundheitswesen (Terveydenhuollon Oikeusturvakeskus TEO).

Zusätzlich sollen Kommunikation und Information für die Versicherten und Patienten so weit wie möglich und in hoher, gesicherter Qualität per eHealth ermöglicht werden. So soll jeder Patient die Möglichkeit haben, sowohl seine EPA und die Informationen darüber, wer wann welche Informationen geändert oder die EPA genutzt hat, im Netz einzusehen als auch Informationen zu gesundheitlichen Fragen auf elektronischem Wege über ein speziell hierfür eingerichtetes Gesundheitsinformations-Portal (www.terveysuomi.fi) zu erhalten, das in der Verantwortung des finnischen Amtes für die Volks-

THE EPR SOLUTION

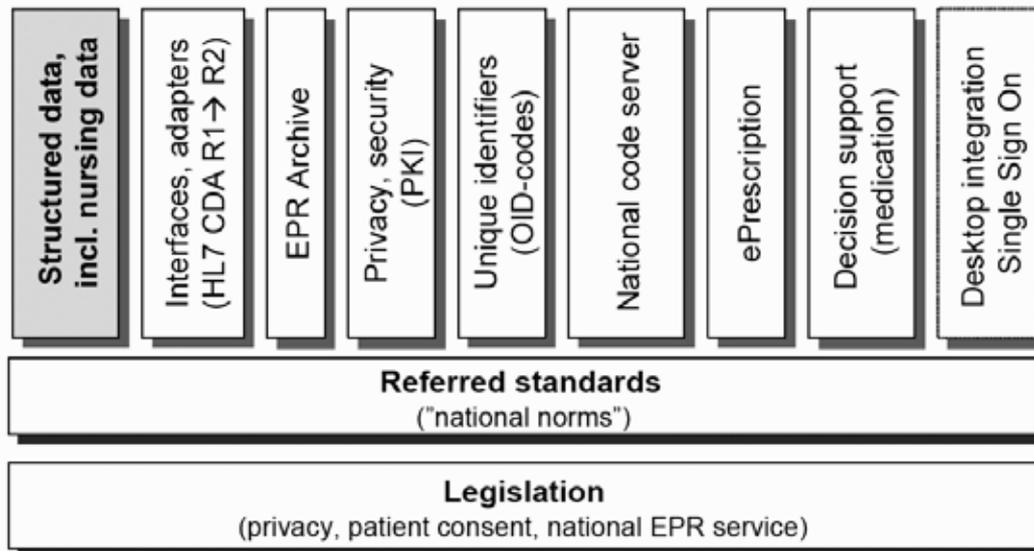


Abb. 3: Übersicht über die Bestandteile der finnischen Elektronischen Patientenakte

Quelle: Niilo Saranummi, VTT, InformationTecnology2005.

gesundheit (Kansanterveyslaitos – KTL) steht und dessen Prototyp Anfang 2007 online gegangen ist. Einen weiteren Schritt stellt hier die Entwicklung von interaktiven elektronischen Services dar, über die zum Beispiel Terminvereinbarungen und die Information über die Ergebnisse von Laboruntersuchungen und anderen diagnostischen Maßnahmen ermöglicht werden. Bis zum Jahr 2010, so sieht es die eHealth-Roadmap vor, sollen alle hier genannten Lösungen implementiert und nutzbar sein.

5. Zusammenfassung

Die nordeuropäischen Gesundheitssysteme sind in den vergangenen zehn Jahren zu einem Experimentierfeld neuer gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Lösungen geworden. Aufgrund der starken Regionali-

sierung kann man dabei im gleichen Land zum Teil grundlegend unterschiedliche Lösungen antreffen.

Dabei wird die Einführung und auch Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Erbringern von Leistungen im Gesundheitssystem in Nordeuropa mittlerweile als eine Notwendigkeit angesehen – wenn auch mit Abstufungen –, um die Effizienz der Erbringung von Leistungen durch die meist in der Trägerschaft von Gebietskörperschaften befindlichen Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen. Das bedeutet aber auch, dass unter Wettbewerb nicht vorrangig der Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Typen von Trägern von Gesundheitseinrichtungen verstanden wird; wie gezeigt, bleibt es auf absehbare Zeit beim Primat von (stationären) Gesundheitseinrichtungen in der Trägerschaft von Gebietskörperschaften. Verstärkter Wettbewerb wird vielmehr durch ein Mehr an Wahlfreiheit der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, durch den Übergang zur Ausschreibung der Erbringung von Leistungen (in der deutschen gesundheitspolitischen Terminologie würde man von selektiven Einzelverträgen sprechen) sowie die Erhöhung der Transparenz durch Informationen über Wartezeiten und die Prozess- wie Ergebnisqualität angestrebt.