

## Deutschland/Großbritannien

# Unterschiedliche Systeme – aber ähnliche Probleme

Während Deutschland sparen muss, will Großbritannien seine Gesundheitsausgaben ausdehnen. Voneinander lernen können beide Seiten dennoch.

Die Nachricht in der britischen Tageszeitung „The Sun“ sorgte für Aufsehen: Nach Meinung von ausländischen Pflegekräften in Großbritannien ist der Standard in englischen Krankenhäusern schlechter als in der Dritten Welt. Die Schwestern bemängeln nach einer im Juli veröffentlichten Befragung des Boulevardblattes insbesondere schlechte hygienische Verhältnisse, unzureichende Ausstattung und zu lange Arbeitszeiten. Kurzum: Die Stimmung ist schlecht. Dabei stehen die Aussagen der ausländischen Schwestern exemplarisch für die wachsende gesamtgesellschaftliche Kritik am britischen Gesundheitswesen.

Mangelwirtschaft und Wartelisten prägen seit Jahren die Patientenversorgung auf der Insel. Immer häufiger werden Kranke zur Behandlung nach Frankreich oder Deutschland geschickt. „Kurzfristige Engpässe“ sollen überbrückt werden, heißt es dann offiziell. In Wahrheit steht der Ärzte- und Pflegekräftemangel seit langem auf der Tagesordnung. Daran konnte auch der sozialdemokratische Regierungschef Tony Blair bislang wenig ändern. Blair ist vor Jahren angetreten, die Patientenversorgung nachhaltig zu verbessern.

Nun will die Labour-Regierung mit ihrem Vorhaben ernst machen, endlich mehr Geld in das chronisch unterfinanzierte System zu pumpen. Anders als in Deutschland ist das britische Gesundheitssystem größtenteils steuerfinanziert. Das Grundprinzip des National

Health Service (NHS) besteht in der Erbringung von unentgeltlichen Gesundheitsleistungen für alle Einwohner. Die Versorgung beinhaltet unter anderem die erste Konsultation sowie Folgebehandlungen entweder ambulant oder als stationärer Patient in Kliniken.

Noch wird in Großbritannien für Gesundheit deutlich weniger Geld ausge-



Premierminister Tony Blair: Milliarden für das Gesundheitswesen

geben als in Deutschland. So sind die Gesundheitsausgaben in der Bundesrepublik pro Kopf etwa zwei Drittel höher als im Vereinigten Königreich. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt, sind es immerhin noch etwa 60 Prozent mehr. Nach den ehrgeizigen Plänen der Blair-Regierung soll sich dies aber ändern. Mithilfe zusätzlicher Steuermittel sollen die Ausgaben des NHS in den nächsten Jahren um 43 Prozent steigen.

Damit scheint die gesundheitspolitische Debatte in Großbritannien zumindest auf dem ersten Blick konträr zu den Reformbestrebungen in Deutschland zu verlaufen. Hat man doch hier gerade ein umfangreiches Kostendämpfungsgesetz über die parlamentarischen

Hürden gebracht. Dennoch können beide Seiten voneinander lernen. Dies betonten zumindest Gesundheitsexperten aus beiden Ländern bei einem deutsch-britischen Erfahrungsaustausch, zu dem man sich in der vergangenen Woche im Bundesgesundheitsministerium in Berlin traf. Schnell wurde deutlich: Hier wie dort gilt es, die Qualität bei der Patientenversorgung zu sichern sowie die Effizienz der eingesetzten Mittel zu gewährleisten.

Großbritannien lernte insbesondere bei der Umwandlung seiner staatlichen Krankenhäuser in selbstverwaltete Einheiten von Deutschland, sagte Simon Stevens, oberster sozialpolitischer Berater von Premierminister Blair. Auch sei die Einführung von Fallpauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen ein wei-

teres Beispiel, wo Großbritannien, so Richard Douglas, Finanzdirektor im NHS, die deutschen Entwicklungen sehr aufmerksam verfolgte.

## Vorbild NICE

Umgekehrt rückte in den vergangenen Monaten das britische National Institute for Clinical Excellence (NICE) in den Mittelpunkt des Interesses deutscher Gesundheitspolitiker. Sollte doch nach dem Willen von Rot-Grün ein ebenso staatlich gesteuertes Zentrum für Qualität in der Medizin auch in Deutschland installiert werden. Dazu kommt es nun nicht. Nach dem Gesundheitskompro-

miss von Regierung und Union wird es zwar ein Qualitätsinstitut geben. Dieses wird aber unter der Trägerschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen.

NICE-Chef Prof. Sir Mike Rawlins erläuterte bei dem Expertentreffen in Berlin, dass es sich bei seinem Institut um eine „virtuelle“ Institution handelt. Insgesamt würden zwar mehr als 2 000 Mitarbeiter für NICE Arzneimittel und medizinische Verfahren auf deren Wirksamkeit und Kosten untersuchen, davon seien aber nur 60 bis 70 fest angestellt. Der Grund: Die mittlerweile mehr als 40 Richtlinien und fast 70 Berichte werden nicht von NICE selbst verfasst, sondern an unabhängige Berater in Auftrag gegeben.

Rawlins äußerte Verständnis für die deutsche Entscheidung, das Qualitätsinstitut von der ursprünglich vorgesehenen staatlichen Kontrolle abzukoppeln. „Technisch ist es natürlich auch in Deutschland möglich, ein Institut wie NICE ins Leben zu rufen.“ Anders als im Vereinigten Königreich stünden hier aber die Akteure im Gesundheitswesen nicht hinter einer solchen Einrichtung. Es sei wichtig, dass wie in Großbritannien Regierung, Ärzte und Medien aufgeschlossen seien, sagte Rawlins, der selbst praktizierender Arzt ist. Dass dies in Deutschland nicht so gegeben ist, erklärte Dr. Bernhard Gibis, Dezentrent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zuständig für Versorgungsqualität und Sicherstellung, mit grundsätzlichen Unterschieden bei den Systemen. Es sei kein Nachteil, dass das deutsche Institut an die Selbstverwaltung gebunden werde. Allein schon, um den Einfluss der Politik auf das Zentrum (wie in Großbritannien zu beobachten) zu minimieren, erklärte Gibis.

Der bilaterale Erfahrungsaustausch erfolgte auf Einladung der Deutsch-Britischen Stiftung und unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Reinhard Busse, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Busse betonte zum Abschluss der Veranstaltung, dass die internationale Gesundheitsreformdiskussion genau davon lebe, ähnliche Lösungsansätze auf ihre Übertragbarkeit in andere Systeme mit anderen Ausgangsbedingungen zu überprüfen.

**Samir Rabbata**

## Gebührenordnung für Ärzte

# Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten

Bundesärztekammer und private Krankenversicherung wollen Reformdiskussion versachlichen.

U nter dem Eindruck eines möglichen Richtungswandels in der Gesundheitspolitik und einer weiteren Zentralisierung sowie des Einbaus von staatlichen Regulativen sind die Ärzteschaft (Bundesärztekammer) und die private Krankenversicherung (PKV) jetzt etwas näher zusammengedrückt. Immer mehr setzt sich die Überzeugung in beiden Lagern durch, dass die Suche nach Gemeinsamkeiten und das Bemühen um einen Schulterschluss wichtiger ist, als die Gegnerschaft im Honorarbereich weiter zu pflegen und dadurch der Politik in die Hand zu spielen.

Vorerst ist aber festzustellen, dass die Vorstellungen, Forderungen und Wünsche des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln, mit den Konzeptionen einzelner, tonangebender Versicherungsgesellschaften teilweise kontrastieren. Andererseits wächst auch in der PKV der Leistungs- und Kostendruck ständig, sodass auf der Ebene des Managements das erwerbswirtschaftliche Denken dominiert. Gemeinsame, „übergeordnete“ Ziele werden dann oftmals vernachlässigt.

Wie die derzeitigen Strömungen zwischen Bundesärztekammer und privater Krankenversicherung laufen – darüber gaben verschiedene Sondierungsgespräche Aufschluss. Sie lassen erkennen, dass zumindest seitens der Führungscrew auf beiden Seiten die Gemeinsamkeiten in den Vordergrund gerückt werden. Ein Bündnis gegen systemverändernde Reformabsichten im Regierungslager als auch anderer omnipotenter Mächte scheint sich jetzt herauszukristallisieren, nachdem bereits jetzt die nächste systemtransferierende Gesundheitsreform und eine „ein-

kommensunabhängige Bürgerversicherung“ angekündigt wird.

Immerhin gibt es zwischen Bundesärztekammer und PKV gemeinsame Grundpositionen bei den Reformoptionen, so insbesondere beim Plädoyer für den Erhalt des gegliederten Krankenversicherungssystems. Unbestritten ist, dass eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) längst überfällig sind. Dies betrifft insbesondere das Gebührenverzeichnis, das der aktuellen medizinischen Entwicklung hinterherhinkt. Der letzte Teilreformschritt liegt immerhin bereits mehr als sieben Jahre zurück, ohne dass die inzwischen erfolgten Neuerungen in der Medizin beachtet und im Regelwerk der GOÄ „eingefangen“ worden wären. Wesentliche Teile der gültigen GOÄ basieren noch auf den Bedingungen der letzten großen Reform aus dem Jahr 1982.

## Still ruht der See

Die Bundesärztekammer hat bereits vor fast drei Jahren dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und der privaten Krankenversicherung vorgeschlagen, eine Weiterentwicklung der Gebührenordnung auf der Basis des sogenannten Vorschlagsmodells zu realisieren. Bei dieser Reformoption wären die Direktkontrahenten in der Vorhand, und der Bund als Verordnungsgeber wäre der Katalysator und der Garant dafür, dass die GOÄ als amtliche Gebührentaxe funktioniert und praxisgerecht angewandt werden kann. Dieses Verfahren, das zu einer verbraucherfreundlichen Vereinfachung und zu einer leistungsgerechten Gestaltung des