

Krankenhauspolitik in England

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. PH)
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Dipl.-Soz. Johannes Staender

Bielefeld, Oktober 2007

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernhard Badura (Universität Bielefeld)
Zweitgutachter: Dr. Thomas Schott, M.A. (Universität Bielefeld)

Inhaltsverzeichnis

Danksagung		5
1	Ziele, Fragestellungen und Methodik der Studie	7
1.1	Gegenstand und Fragestellungen	7
1.2	Forschungsstand	12
1.3	Methodisches Vorgehen	15
2	Zur Entstehungsgeschichte des National Health Service	25
2.1	Reformbedarf	25
2.2	"A National Health Service"	27
2.3	Verstaatlichung der Krankenhäuser	30
3	Organisationsstrukturen	35
3.1	Die NHS-Reformen von 1974 und 1982	36
3.2	Der interne Markt	38
3.3	New Labour I: Die Auflösung des internen Marktes	47
3.4	New Labour II: Back to the market	50
4	Krankenhausfinanzierung	57
4.1	Wechsel des Budgetierungsprinzips	57
4.2	Ausgabenentwicklung	58
4.3	Allokationspolitik	63
4.4	Fundholders und Primary Care Trusts	71
4.5	Krankenhausvergütung	75
4.6	Investitionsfinanzierung	77
5	Rationierung	85
5.1	Wartelisten und Wartezeiten	85
5.2	Lokale Rationierungspolitik	92
5.3	Ärzte als Rationierungsakteure	96
5.4	Die nationale Ebene	99
6	Leitlinien und evidenzbasierte Medizin	111
6.1	Related movements	111
6.2	Politische Maßnahmen	113
6.3	EBM und Leitlinien: Probleme und Grenzen	118
7	Qualitätspolitik	123
7.1	Medical audit/clinical audit	123
7.2	Clinical governance	126
7.3	Qualitätssteuerung auf nationaler Ebene	129
8	Management	143
8.1	Der Manager als Diplomat	143

8.2	"Managerial revolution"	145
8.3	Inkorporierungsversuche	150
8.4	Leistungsmanagement	155
8.5	Autonomisierung der Krankenhäuser	162
8.6	Politik und Management im "Zentrum"	164
9	Nutzerbeteiligung	169
9.1	Mitgliedschaft in NHS-Gremien	169
9.2	Beteiligungsorgane	171
9.3	Voices	176
9.4	National Institute for Health and Clinical Excellence und Healthcare Commission	181
9.5	Beschwerdeverfahren	184
9.6	Die Patient's Charter	187
9.7	Patient choice	189
10	Krankenhauspolitik in Deutschland	197
10.1	Regelungsstruktur	197
10.2	Krankenhausfinanzierung	205
10.3	Rationierung	209
10.4	Leitlinien und evidenzbasierte Medizin	216
10.5	Qualitätspolitik	221
10.6	Krankenhausmanagement	225
10.7	Nutzerbeteiligung	227
11	Resümee und Diskussion	235
	Literatur	257
	Abkürzungen	283
	Anhang :	
	OECD-Daten zur Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich und in Deutschland	285

Danksagung

Ich habe von mancher Seite Hilfe und Unterstützung erfahren. Herzlich gedankt sei namentlich

Herrn Prof. Dr. em. Franz-Xaver Kaufmann für viele wichtige Ratschläge und die Vermittlung einer spezifischen Sichtweise auf Gesundheitspolitik;

Herrn Prof. Dr. Bernhard Badura und Herrn Dr. Thomas Schott, M.A., für ihre Bereitschaft zur Begutachtung der Arbeit, geduldiges Warten und etliche Anregungen im Zuge gemeinsamer Projektarbeit;

Elisabeth Bergner für gründliches Korrekturlesen und wertvolle Verbesserungshinweise;

Sonja Barth, Elisabeth Bergner, Silvia Menninger und Gabriele Müller-Mundt für psychologische Unterstützung.

1 Ziele, Fragestellungen und Methodik der Studie

1.1 Gegenstand und Fragestellungen

Thema der Studie ist die englische Krankenhauspolitik der Nachkriegszeit, wobei das Schwergewicht auf Reformentwicklungen seit den 1980er Jahren liegt. Mein Interesse an diesem Gegenstand ist von der versorgungspolitischen Situation in Deutschland mitbestimmt: Die deutsche Krankenhauspolitik hat sich anspruchsvollen Zielen verschrieben. So fixierte das 1972 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die bis heute gültige Ziel-Trias: 1) wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, 2) Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern, 3) sozial tragbare Pflegesätze (§ 1 KHG). Das Sozialgesetzbuch (SGB) verpflichtet Krankenkassen und Leistungserbringer im Fünften Buch, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten. GKV-Leistungen sollen ausreichend und zweckmäßig sein, nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen, sich in fachlich gebotener Qualität am anerkannten Stand der Medizin ausrichten und wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V). Der so markierte Zielbereich ist leicht als Niederschlag wohlfahrtsstaatlicher Prinzipien zu erkennen: Es geht um Sicherheit und Inklusion, d.h. um die für alle Bürger gesicherte Chance, nach Bedarfskriterien adäquat versorgt zu werden.

Seit der Zeit, in der das KHG verabschiedet wurde, hat sich indes der medizinisch-technische Fortschritt deutlich beschleunigt, das Wirtschaftswachstum hingegen nachhaltig abgeschwächt. Die traditionelle, weiterhin wirkungsmächtige Standesethik des Arztes verlangt, für jeden einzelnen Patienten das medizinisch Mögliche zu tun. Die "Alterslast" wächst, der Finanzierungsmodus Sozialversicherung gilt in seiner herkömmlichen Form als überfordert, die Investitionsförderung der Länder als chronisch unzureichend. Zugleich sind Strukturreformen im Gesundheitssektor mit hohen "politischen Kosten" verbunden. Mehr noch als in früheren Jahren kann deshalb heute von einem "magischen" Zielbündel wohlfahrtsstaatlicher Versorgungspolitik gesprochen werden (Altenstetter 1985: 1).

Verändert haben sich nicht nur die medizinischen, demographischen und ökonomischen Bedingungen, unter denen versorgungspolitische Ziele realisiert werden sollen. Auch die Regulationsstruktur des Krankenhausesektors hat durch Interventionen des Gesetzgebers tiefgreifende Veränderungen erfahren.¹ Sie bildet heute einen komplexen Mix aus staatlichen und gesellschaftlichen Elementen, die im Sinne gestiegener politischer Steuerungsansprüche zusammenwirken sollen. Die Anforderungen, die das Politikfeld stellt, sind mithin nicht nur aufgrund veränderter Rahmenbedingungen, sondern auch infolge interner Wandlungen beträchtlich gewachsen.

Vor diesem Hintergrund untersucht die Arbeit, wie sich Entwicklung, Wirkungen und aktuelle Problemlage der Krankenhauspolitik in einem anderen Industrieland mit etabliertem Wohlfahrtsstaat, aber anders strukturiertem Gesundheitssystem darstellen und welche "lessons" dieser Fall für Deutschland bereithält. Die Wahl fiel auf England, das unter den Ländern mit

¹ Um einige Stichworte zu nennen: Ausweitung gesetzlich verankerter Regelungsmaterien (z.B. Qualitätssicherung, integrierte Versorgung), verstärkte Einbindung von Anbieter- und Kassenverbänden in die Versorgungssteuerung, umfassende Vergütungsreform.

nationalem Gesundheitsdienst einen ähnlichen Klassikerstatus besitzt wie Deutschland unter den Ländern mit sozialer Krankenversicherung.² Nicht umsonst dienen mit Beveridge und Bismarck Figuren der (sozial-)politischen Geschichte beider Länder als Namensgeber für oft gebrauchte Systemmodelle (vgl. z.B. Busse 2006: 418ff.).³ In den allgemeinen Zielen staatlicher Politik bestehen zwischen England und Deutschland keine wesentlichen Unterschiede - dem Stand der Medizin gemäße, wirtschaftlich erbrachte und finanziell tragbare Versorgung für die gesamte Bevölkerung. Beide Länder verfügen über dynamische, stark arbeitsteilig strukturierte Gesundheitssektoren, die sich in Hinsicht auf Krankheitsspektrum, demographische Entwicklung, medizinischen Fortschritt und Patientenerwartungen ähnlichen Herausforderungen gegenübersehen. In beiden Ländern wird professionellen Leistungserbringern und namentlich den Ärzten nach wie vor ein großer Spielraum autonomer Handlungsbestimmung eingeräumt. Und hier wie dort ist der Gesundheitssektor seit langen Jahren immer wieder Objekt reformerischer Intervention.

Die institutionellen Arrangements, unter denen Leistungen erbracht und Bedingungen der Leistungserstellung festgelegt werden, unterscheiden sich hingegen beträchtlich. Großbritannien hat, wie gesagt, einen nationalen Gesundheitsdienst. Wohlfahrtsstaatliche Versorgungsleistungen werden primär aus (allgemeinen) Steuermitteln finanziert; das allen Angehörigen der Wohnbevölkerung zustehende Recht, im Bedarfsfall Leistungen des National Health Service (NHS) in Anspruch zu nehmen, ist nicht an Beitragszahlungen gebunden. Und während in der Bundesrepublik die meisten Krankenhäuser nichtstaatliche Träger haben, ist das Gros der britischen Kliniken 1948 in staatliches Eigentum überführt worden. Entsprechend unterschiedlich ist die Krankenhausfinanzierung geregelt. Zwar werden Investitionskosten in der Bundesrepublik größtenteils von den Ländern aufgebracht, Patienten bzw. Kassen sind jedoch als Träger der laufenden Kosten die Hauptfinanziers der Krankenhausversorgung. In Großbritannien werden dagegen investive wie laufende Kosten größtenteils vom Fiskus gedeckt.

Ein weiterer gewichtiger Unterschied besteht darin, daß auch die ambulante fachärztliche Versorgung im NHS durchweg Sache der Krankenhäuser ist. Eine "doppelte Facharztschiene" kennt

² In der Konzentration auf England - Bevölkerung Mitte 2006: 50,8 Mio. (Vereinigtes Königreich: 60,6 Mio.) (www.statistics.gov.uk) - folgt die Arbeit dem Gros der Literatur. Der NHS in den übrigen Teilen des Vereinigten Königreichs fällt nicht in die Zuständigkeit des Gesundheitsministers der Zentralregierung, sondern in die walisischer, schottischer und nordirischer Instanzen. (Vor der Blairschen "devolution" lag die Verantwortung für den NHS außerhalb Englands ebenfalls nicht beim Gesundheitsminister, sondern bei den für Schottland, Wales und Nordirland zuständigen Ressorts.) Während die Höhe der jeweils für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Mittel von Londons Ausgabenpolitik und einer Verteilungsformel abhängt, werden Fragen der Versorgungs- und Leitungsorganisation für jeden Teil des Vereinigten Königreichs separat entschieden. Im Gefolge der Devolutionspolitik prägen sich deutlichere Organisations- und Politikdifferenzen aus. So werden NHS Foundation Trusts (d.h. autonomisierte öffentliche Krankenhäuser/Krankenhausgruppen, Kap. 3.4) nur in England eingerichtet. Schottland hat sich darüber hinaus mit dem Entschluß, den "purchaser/provider split" (Kap. 3.2) zu beenden, deutlich von der englischen NHS-Politik entfernt (vgl. Alvarez-Rosete et al. 2005).

³ Studien zur europäischen Gesundheitspolitik unterscheiden häufig nationale Gesundheitsdienste und Sozialversicherungssysteme als Primärformen wohlfahrtsstaatlicher Versorgungsorganisation. Der britische NHS und die deutsche GKV sind die historisch ersten Vertreter der beiden Gruppen. Angesichts der Variationsbreite konkreter Organisations- und Finanzierungsregelungen kann "Vertreter" allerdings nicht heißen, daß die Analyse dieser Fälle automatisch Aufschlüsse über die anderen Mitglieder einer Gruppe vermittelt.

der Gesundheitsdienst nicht. Nur die Primärversorgung obliegt niedergelassenen, als "gatekeepers" fungierenden Allgemeinärzten. Die in der Bundesrepublik übliche Rede vom stationären Sektor wäre also in bezug auf das britische Krankenhauswesen zum Teil irreführend. Aber natürlich ist die stationäre Krankenversorgung für britische Krankenhäuser ebenfalls ein primäres Aufgabenfeld. Eine speziell auf die englische Krankenhauspolitik⁴ fokussierte Analyse ist nicht nur aus diesem Grund auch in vergleichender Perspektive möglich und sinnvoll. Es kommt hinzu, daß Krankenhauspolitik es in beiden Ländern mit komplexen, technik- und kostenintensiven Organisationen zu tun hat, die durch professionelle Leistungserbringer geprägt werden und eigene Interessen verfolgen, deren Kompatibilität mit staatlichen Politikzielen sich nicht von selbst versteht (Feuerstein/Badura 1991; Badura/Feuerstein 1994).

Was die politischen Systeme betrifft, kontrastieren Großbritannien und die Bundesrepublik namentlich in Hinsicht auf Strukturmerkmale, die als "Schranken gegen die Mehrheitsherrschaft" bedeutsam sein können. M.G. Schmidt (1993: 385ff.) hat die politischen Systeme diverser Länder unter diesem Gesichtspunkt charakterisiert. Sein "Index der Schranken gegen die Mehrheitsherrschaft" zeigt für die Bundesrepublik den Maximal-, für Großbritannien den Minimalwert:

Tabelle 1: Index der Schranken gegen die Mehrheitsherrschaft (Auszug):

	Verh.- wahlrecht	Zentra- lisierung	Verfassungs- änderung	Starker Bikame- ralismus	Zentralbank- autonomie	Index
GB	0	0	0	0	0	0
D	1	1	1	1	1	5
F	0	0	0	0	0	0
S	1	0	0	0	0	1
CH	1	1	0	1	1	4
USA	0	1	1	1	1	4

Zentralisierung gemessen am Anteil des Zentralstaats an den Staatseinnahmen

1(0) = starke (schwache) Barriere gegen die Mehrheitsherrschaft; Quelle: Schmidt 1993

Während der deutsche (Zentral-)Staat durch seine ausgeprägte "Semisouveränität" hervorsticht, gehört Großbritannien zu den Ländern, in denen eine Mehrheitsregierung die vergleichsweise größten Gestaltungschancen hat.⁵ Der Typusbegriff "Mehrheitsdemokratie" ist ja bekanntlich am

⁴ Das Wort wird gelegentlich auch in Großbritannien verwandt (hospital policy), ist dort aber weniger gebräuchlich.

⁵ Seit Schmidt seine Arbeit veröffentlichte, hat sich das institutionelle Profil des Vereinigten Königreichs verändert. Auf verschiedenen Politikfeldern - darunter die Gesundheitsversorgung - haben Schottland, Wales und Nordirland Selbstregelungskompetenzen erhalten. Im Gegensatz zum Zentralparlament wird die Zusammensetzung der betreffenden Vertretungskörperschaften zudem durch Verhältniswahlssysteme bestimmt. Der für das hier thematisierte Politikfeld nur sehr indirekt bedeutsame Zentralbank-Aspekt stellt sich im Vergleich der beiden Länder nach Grün-

Westminster-Modell gewonnen worden.⁶ Die föderale Struktur Deutschlands und der Umstand, daß die Bundesregierung im Regelfall von verschiedenen Parteien gebildet wird, haben auch im hier thematisierten Politikbereich oft eine Rolle gespielt - natürlich nicht per se, sondern im Zusammenhang mit bestimmten Kompetenzverteilungen, Mehrheitsverhältnissen und Interessenkonstellationen. Die Geschichte der deutschen Krankenhauspolitik bietet eine Reihe von Beispielen dafür, wie die Handlungsfähigkeit des Staates dadurch beeinträchtigt werden kann, daß die Länderkammer über starke Vetopositionen verfügt - was nicht aus jeder Warte als Negativum erscheinen muß.⁷

Die angesprochenen Unterschiede resultieren aus institutionellen Grundentscheidungen, die seit langem Prämissen versorgungspolitischen Handelns bilden. Angesichts solcher Unterschiede stellt sich nun weniger die allgemeine Frage: "Do institutions matter?" Es ist ja a priori unwahrscheinlich, daß es keine Rolle spielt, wie Versorgungsleistungen finanziert werden, wer was planen kann, wie stark Allokationsentscheidungen zentralisiert sind usw. Eher geht es darum, genau zu bestimmen, worin die Unterschiede denn bestehen, die Institutionen machen, also zu klären, welche Steuerungseffekte sie zeitigen und wie sie Reformpolitiken konditionieren.

Die Steuerungsfähigkeit des Staates ist nur ein Aspekt der für den Gesundheitssektor relevanten Regelungsstruktur.⁸ Dem staatlichen Direktzugriff auf die Leistungserstellung sind normative wie "technische" Grenzen gesetzt, und nichtstaatliche Akteure - z.B. professionelle Instanzen, Selbstverwaltungsorgane - haben an der Versorgungssteuerung maßgeblichen Anteil. Das Leistungsprofil sektoraler Regelungsstrukturen hängt dementsprechend auch vom Steuerungspotential dieser - oft staatlich konstituierten - Größen und von ihrem Zusammenspiel mit staatlichen Interventionen ab.

Auch hinsichtlich anderer Politikfelder sind die Grenzen wohlfahrtsstaatlicher Möglichkeiten seit Mitte der 1970er Jahre ausgiebig thematisiert worden. Ergebnisse dieser Forschungen haben im Kontext der neueren Diskussion um Bedeutung und Funktion des Staates in den westlichen Industrieländern (vgl. etwa Evans et al. 1985; Ellwein et al. 1987; Ulrich 1994) die These von der Selbstüberforderung staatlicher Politik untermalt (Luhmann 1981). Sie haben zugleich das Interesse an einer systematischen Erfassung der Formen und Wirkungsmöglichkeiten (sozial-)politi-

tion der Europäischen Zentralbank und einer Kompetenzausweitung der Bank of England weniger kontrastkräftig dar.

⁶ Dabei muß man sich gegenwärtig halten, daß die relative Mehrheitswahl zu einer beträchtlichen Divergenz von Mandats- und Stimmenanteilen führen kann. So errangen die Konservativen 1987 mit 43 % der Stimmen 57 % der Unterhaussitze (Händel/Friebel 1991: 132). 2005 gewann Labour mit einem Stimmenanteil von 35 % eine solide Mehrheit der Parlamentssitze. Obwohl die Tories in England mehr Stimmen holten als Labour, lag die Regierungspartei bei den Sitzen mit deutlichem Abstand (95) vorn (Dunleavy 2007: 6).

⁷ Der Kontrast zwischen England und Deutschland verlöre an Schärfe, würde das (zentrale) Wahlsystem in Orientierung an Prinzipien der Verhältniswahl reformiert und die Bildung von Koalitionsregierungen dadurch wahrscheinlicher. Allerdings fehlte der NHS-Politik dann immer noch das für die deutsche Krankenhauspolitik wichtige Moment der "Politikverflechtung" zwischen verschiedenen Ebenen staatlicher Organisation.

⁸ Im Anschluß an Mayntz und Scharpf (1995a: 24ff.) sollen darunter die für die "governance" - die soziale Steuerung - eines Sektors bedeutsamen Institutionen und Akteurkonstellationen verstanden werden (vgl. a. Anm. 10).

scher Intervention (Kaufmann 1982; Windhoff-Héritier 1989) und an einer Klärung der Effekte gefördert, die von institutionellen Arrangements in Politikbereichen und Interventionsfeldern ausgehen. Sie haben zudem die Frage nach Bedingungen und Chancen institutioneller Reformen stimuliert, die dem begrenzten Wirkungspotential staatlicher Intervention ebenso Rechnung tragen wie dem Umstand, daß eine globale "Entstaatlichung" in den Kernbereichen der Sozialpolitik weder wünschenswert noch möglich erscheint (vgl. Offe 1984; Scharpf 1987; Kaufmann 1994).

Die genannten Fragen reflektieren eine ordnungspolitische Sicht oder lassen sich doch auf eine solche Sicht beziehen. Von Ordnungspolitik soll im Folgenden gesprochen werden, wenn es bei politischen Maßnahmen um die (Neu-)Festlegung und Sicherung institutioneller Handlungsbedingungen oder um die Konstituierung sozialer Gebilde geht. Grundbegrifflichen Rang hat der Terminus in der Gedankenwelt des Ordoliberalismus gewonnen. Ordnungspolitik bedeutet dort zunächst die (im Sinne eines Votums für den freiheitlichen Ordnungstyp zu treffende) "Gesamtentscheidung" über den primären Koordinationsmodus der Wirtschaft: "zentralverwaltungswirtschaftliche Lenkung" oder "Wettbewerbsordnung" (vgl. Eucken 1959: 153ff.). In der (sozialen) Marktwirtschaft meint Ordnungspolitik dann Maßnahmen zur Sicherung und weiteren Ausgestaltung der Wirtschaftsordnung, wobei namentlich der Wettbewerbspolitik eine tragende Rolle zufällt. Wirtschaftspolitische Maßnahmen haben, so ein zentrales ordoliberales Postulat, dem Kriterium der Marktkonformität oder -verträglichkeit zu genügen. Eine auf Probleme wohlfahrtsstaatlicher Politik im Gesundheitsbereich eingestellte Perspektive kann an diese Sicht anknüpfen, muß sich aber zugleich von ihr absetzen und über sie hinausgehen (vgl. Herder-Dorneich 1994: 18ff.). Auch wenn sie das Ziel bejaht, "freiheitliche Systeme zu gestalten" (Herder-Dorneich/Wasem 1986: 337), kann wohlfahrtsstaatliche Ordnungspolitik die ordolibérale Marktorientierung nur in stark relativierter Form übernehmen. Zudem erweist sich die von der Kontrastfigur Markt versus Zentralverwaltung (Hierarchie, Bürokratie, Staat) beherrschte Sicht der "dualistischen Ordnungstheorie" als unzureichend. Weder ist damit die soziale Steuerung der Krankenversorgung hinreichend beschreibbar, noch könnte sich eine wohlfahrtsstaatliche Politik allein im Horizont dieser Alternative bewegen. Eine ordnungspolitische Perspektive auf die Problematik staatlicher Steuerung im Gesundheitssektor greift aber den Gedanken auf, daß marktliche Steuerung in modernen Wirtschaftssystemen mit politischer Intervention nicht nur kompatibel sein kann, sondern staatliche Ordnungsleistungen voraussetzt. Von der Fixierung auf den Markt⁹ gelöst und in verallgemeinerter Form ausgedrückt, würde es darum gehen, gesellschaftliche Selbststeuerung nach Gemeinwohlkriterien zu konditionieren und mit staatlichen (Prozeß-)Interventionen zu kombinieren. Ordnungspolitik im Gesundheitsbereich bestünde also darin, institutionelle Strukturen zu gestalten, die ein im Sinne wohlfahrtsstaatlicher Ziele - (Bedarfs-)Gerechtigkeit, Qualität, Effizienz, Kostenbegrenzung - nutzbringendes Zusammenspiel von staatlicher Intervention und gesellschaftlicher Eigensteuerung ermöglichen (vgl. Kaufmann 1994: 374ff.).

Um das bisher Gesagte kurz zusammenzufassen: Gegenstand der Studie ist die englische

⁹ "Markt" soll hier den geldvermittelten Austausch zwischen Anbietern bestimmter Güter/Leistungen und entsprechenden Nachfragern bezeichnen. Während der Marktbegriff Wettbewerbsverhältnisse auf der Anbieter-/Nachfragerseite impliziert, geht der Gegenstandsbereich des Wettbewerbsbegriffs über marktliche Arrangements hinaus. Von "Wettbewerb" kann im Anschluß an M. Weber immer dann gesprochen werden, wenn mindestens zwei Akteure das gleiche Ziel anstreben (vgl. Nullmeier 2000).

Krankenhauspolitik der Nachkriegszeit, wobei der Schwerpunkt auf jüngeren und jüngsten Entwicklungen liegt. Intendiert ist keine historisch-detaillierte Nachzeichnung, sondern eine sozialwissenschaftliche Analyse zentraler krankenhauspoltischer Problembestimmungen und Verläufe. Die Untersuchung wird in steuerungsanalytischer Perspektive und mit Blick auf ordnungspolitische Probleme durchgeführt. Gefragt wird also, wie und mit welchen Konsequenzen sich die "governance"¹⁰ des englischen Krankensektors im betrachteten Zeitraum durch politische Interventionen verändert hat. Dabei stehen zwei eng miteinander verbundene Aspekte im Vordergrund: 1) die Bedingungen und Grenzen staatlicher Problemlösungsfähigkeit; 2) das Verhältnis von staatlichen und gesellschaftlichen Steuerungsbeiträgen.

Die Befunde dieser Analyse sollen mit deutschen Entwicklungen verglichen werden. Ziel des Vergleichs ist es, Ähnlichkeiten und Unterschiede des Steuerungswandels herauszuarbeiten und die krankenhauspoltischen Erfahrungen beider Länder aufeinander zu beziehen. Dabei bildet die Frage nach der Bedeutung institutioneller Faktoren einen Leitgesichtspunkt.

1.2 Forschungsstand

Eine Studie über englische Krankenhauspolitik, die auf aktuellem Niveau alle Aspekte/Teilgebiete einschließt, die das Politikfeld heute umfaßt (also auch Themen wie Evidenzbasierung, Nutzerbeteiligung u.a.m.), gibt es bislang nicht. Unter den größeren britischen Arbeiten zum NHS sind die auf den Krankensektor fokussierten Untersuchungen - z.B. Allens Planungs-Studie (Allen 1979) - älteren Datums. Aktuellere Monographien zum NHS und zur britischen Gesundheitspolitik beziehen sich als Überblicksarbeiten oder Bestandsaufnahmen auf das gesamte Versorgungsspektrum (Harrison/Dixon 2000; Baggott 2004; Ham 2004). Als politikwissenschaftliche (oder politisch-soziologische) Publikationen sind neben der älteren Arbeit Mackenzies über Macht und Verantwortung in der Gesundheitsversorgung (Mackenzie 1979) Kleins chronologisch angelegte (aber nicht im engeren Sinne historische) NHS-Studie (Klein 2001) sowie der Versuch von Harrison, Hunter und Pollitt zu erwähnen, britische Gesundheitspolitiken der siebziger und achtziger Jahre aus der Perspektive politischer Theorie(n) zu erklären (Harrison et al. 1990). Daneben existieren historische Monographien, die ebenso wie die erwähnten Überblicksdarstellungen und der Landesbericht des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Robinson/Dixon 1999) als Material- und Datengrundlage für die Dissertation herangezogen werden konnten (Rivett 1998; Webster 1988, 1996, 1998).

Die deutsche Krankenhauspolitik ist bis zur "Dritten Stufe" der Gesundheitsreform (1994 - 1997)

¹⁰ Der Governancebegriff wird in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich gefüllt und oft nur implizit definiert (vgl. van Kersbergen/van Waarden 2004). Bei aller Vielfalt, die die Literatur in Hinsicht auf Ansätze, Bezugsrahmen, Gegenstände und Problemstellungen zeigt, lassen sich heute zwei primäre Begriffsverwendungen unterscheiden (Mayntz 2003: 1): Governance = politische Steuerung (in einem weiten, nicht auf staatliches Handeln beschränkten Sinne); 2) Governance = soziale Handlungskoordination. Die zweite Bestimmung entspricht dem hier gewählten Steuerungs-begriff. "Governance" wird deshalb in dieser Arbeit synonym mit "soziale Steuerung" (und ohne die in einem Teil der Literatur zu findende, normativ akzentuierte Einschränkung auf Formen nicht-hierarchischer Steuerung) verwandt.

von Simon detailliert aufgearbeitet worden (Simon 2000). Als ältere Monographien sind Kühns marxistisch orientierte Politikanalyse (Kühn 1980) und Altenstetters empirische Studie über die Planungspraxis in Bayern und Nordrhein-Westfalen zu nennen (Altenstetter 1985). Entwicklungen nach dem Regierungswechsel 1998 werden im Rahmen der thematisch breiteren Lehrbücher von Rosenbrock/Gerlinger (2006) und Simon (2005) beschrieben. Ebenfalls nicht auf die Krankenhauspolitik fokussiert sind folgende Publikationen: Albers 1992 erschienene Darstellung der Organisation und Steuerung des bundesdeutschen Gesundheitswesens (Alber 1992); Perschke-Hartmanns Politikanalyse von GRG und GSG (Perschke-Hartmann 1994); eine 1997 vorgelegte Arbeit Döhlers und Manows, die die Entwicklung der deutschen Gesundheitspolitik am Leitfaden der Kategorien: Interessen und Entscheidungsstrukturen als Prozeß der Ausdifferenzierung rekonstruiert (Döhler/Manow 1997); Bandelows 1998 veröffentlichtes Buch, das auf Rolle und Einfluß von Interessenverbänden in der Gesundheitspolitik abhebt (Bandelow 1998). Auch für Deutschland liegt zudem ein Bericht in der Reihe "Gesundheitssysteme im Wandel" des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik vor (Busse/Riesberg 2005).

Verschiedene in den neunziger Jahren durchgeführte Ländervergleiche haben (auch) England und Deutschland in den Blick genommen. Ihr primäres Material sind die in den untersuchten Ländern während der achtziger und neunziger Jahre ins Werk gesetzten Reformen (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992; Döhler 1990; Freeman 2000; Giaimo 2002; Moran 1999; Tuohy 1999). Synoptisch angelegt sind ein vor zehn Jahren im WHO-Auftrag erstellter, Beiträge diverser Autoren aufnehmender Bericht (Saltman/Figueras 1997) und die neuere Arbeit von Blank und Bura (2004). Im Zentrum von Wendts Vergleich der Gesundheitssysteme Deutschlands, Österreichs, Großbritanniens und Dänemarks steht nicht die Rekonstruktion politischer Entwicklungen, sondern die Wirkungsanalyse gegebener institutioneller Regelungen (Wendt 2003). Speziell dem Krankenhaussektor widmet sich Rothgangs 1995 vorgelegte Dissertation. Sie geht der Frage nach, welchen Einfluß die unterschiedlichen Finanzierungsregelungen in England und Deutschland auf Angebot und Beschäftigung in diesem Bereich haben (Rothgang 1995).

Blank und Bura unterscheiden in ihrer eben erwähnten Arbeit drei Merkmalsdimensionen von Gesundheitssystemen: Finanzierung, Leistungserbringung (Verfassung der Einrichtungen) und - die eben genannten Dimensionen in ihr Bezugsfeld einschließend - Regulierung. Mit einer ähnlichen Dimensionen-Trias arbeitet das Teilprojekt "Staatlichkeit im Wandel von Gesundheitssystemen" des Sonderforschungsbereichs "Staatlichkeit im Wandel" (Universität Bremen). Im Blick auf Finanzierung und Leistungserbringung verfolgt das international vergleichende Projekt sein Thema anhand quantitativer Indikatoren. Die Regulierungsdimension wird dagegen mit Hilfe qualitativer Analysen untersucht, wobei die Länderauswahl England und Deutschland einschließt. Insoweit ergibt sich für die vorliegende Dissertation eine Schnittmenge mit dem Bremer Projekt, das allerdings nicht speziell auf die Krankenhausversorgung abstellt und auch hinsichtlich der Länderauswahl ein größeres Gegenstandsfeld hat.

Zum Analyse-Instrumentarium des Projekts zählen drei idealtypische Modelle von Gesundheitssystemen (Rothgang et al. 2006): "national health service", "social insurance system", "private (insurance) system". In puncto Regulierung sind diese Modelle jeweils durch einen dominierenden Koordinationsmodus definiert: das social insurance system durch "collective

bargaining", der national health service durch "state hierarchy", das private (insurance) system durch "markets and competition". Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder¹¹ hätten sich, so lautet der vorläufige Befund, von einfachen (mit einem der Modelle beschreibbaren) Systemen zu Mischsystemen entwickelt. Der Regulierungsbegriff der Bremer Forscher ist dem in dieser Arbeit verwandten Begriff "soziale Steuerung" (oder "governance") ähnlich. Ich halte es jedoch aus verschiedenen Gründen für problematisch, Governance-Entwicklungen mit Hilfe der erwähnten Modelle (bzw. der Typendimension Regulierung) zu charakterisieren. Beispielsweise bleiben sektorale Differenzierungen der Gesundheitssysteme unberücksichtigt. So wird das deutsche Gesundheitswesen (neben dem Österreichs) en bloc als "Vertreter" des Typus Sozialversicherung vorgestellt, der sich, wie erwähnt, in Sachen Regulierung durch das Vorherrschen von "collective bargaining" bestimmt. Die soziale Steuerung des (west-)deutschen Krankenhausesektors ist aber am Beginn des Untersuchungszeitraums (1970/1980 - 2000) nicht durch Gruppenverhandlungen, sondern durch eine staatliche Krankenhausplanung und Pflegesatzfestsetzung auf Länderebene geprägt (Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972). Anbieter wie Kostenträger und ihre Verbände sind - mit länderspezifischen Unterschieden - wohl an Bedarfsplanung und Pflegesatzbildung beteiligt, und es finden auch Verhandlungen statt, aber als dominierende Steuerungsform können Kollektivverhandlungen im Krankenhauswesen ebensowenig angesprochen werden wie im Arzneimittelbereich (Altenstetter 1985; Groser 1987). Die "Korporatisierung" des Krankenhausesektors beginnt erst Mitte der achtziger Jahre und führt auch dann nicht zu einer pauschal von Gruppenverhandlungen beherrschten Regelungsstruktur.

Recht einfach gestrickt ist die Regulierungsdimension der Systemtypen auch in anderer Hinsicht. Beim national health service wird Hierarchie als beherrschende Steuerungsform angesetzt. England dient (neben Island) als Repräsentant. Nun wies der NHS sicherlich von Anfang an ausgeprägte hierarchische Strukturen auf, vor allem im Krankenhaussektor, wo die zuständigen NHS-Instanzen, obzwar als "public bodies" außerhalb des Staatsapparats im engen Sinne angesiedelt, grundsätzlich einer weit gefaßten ministeriellen Weisungskompetenz unterlagen. De facto waren die Möglichkeiten Londons, den Gesundheitsdienst zu steuern, jedoch in mancher Beziehung so bescheiden, daß ein NHS-Kenner die "machinery for transmitting decisions taken at the centre about policies and priorities to the local level" in den frühen siebziger Jahren als "extremely weak" charakterisieren konnte (Klein 1973: 324). Auch als die Regierung einige Jahre später mit Hilfe eines neu installierten Planungssystems begann, NHS-interne Allokationsentscheidungen im Sinne nationaler Prioritäten der Angebots- und Leistungsentwicklung zu beeinflussen, konzidierten diese Versuche von vornherein Entscheidungsspielräume, sie waren "very tentative" (Harrison/Dixon 2000: 244) und setzten eher auf Information und Argumente denn auf "command and control". Im Binnenraum des NHS verhielt es sich ähnlich. "It is unusual for a health authority or its senior officers to be in a position to take a decision on an important matter and to have effective executive control over its implementation. The organisation is diffuse, loyalties centrifugal. To be effective most important decisions require at least the acquiescence of a large number of individuals or interest groups whose first loyalty is not to the health authority or its senior officers" (Malone-Lee 1981: 1448, zit. n. Ham 2004: 166). Vor allem gewährte der NHS ein hohes Maß an klinischer Autonomie - im

¹¹ Regulierungswandlungen werden mit Blick auf England, Island, Österreich, Deutschland, die Schweiz und die USA analysiert.

Krankenhaussektor nicht weniger als in der primärärztlichen Versorgung. Cum grano salis gilt dies selbstverständlich auch für das deutsche Gesundheitssystem, und eine Typenbildung, die die Regulierung der Systeme thematisiert, muß diesen fundamental wichtigen Punkt berücksichtigen. Gerade die verschiedenen Ansätze zu einer "medical governance" bilden ja in den Gesundheitssystemen vieler Länder einen Hauptstrang der Steuerungsentwicklung. In unmittelbarem Zusammenhang damit steht die Ausweitung der politischen Regelungsmaterien, namentlich der Bereich Qualitätssicherung (nach der gesundheitsberuflichen Ausbildung) ist hier zu nennen - auch dies ein Aspekt, dem die Typenbildung Rechnung tragen müßte.

1.3 Methodisches Vorgehen

Nach Fragestellung und Forschungsansatz ist die Arbeit der Policy-Forschung oder Politikfeldanalyse zuzuordnen (Schubert 2003), vom Forschungsdesign her handelt es sich um eine Fallstudie (Yin 1989), die im wesentlichen auf Literatur- und Dokumentenanalysen beruht. Ergänzend flossen einige Gespräche und Interviews ein, die ich während eines Forschungsaufenthaltes an der London School of Economics und im Zuge späterer Projektarbeit in Deutschland führen konnte. Wesentlich für das methodische Profil der Studie sind ihre analytischen Konzepte. Einige grundlegende Kategorien werden nachfolgend umrissen.

Analytischer Rahmen

Der analytische Rahmen der Studie fußt auf Ansätzen,¹² die zur Untersuchung von Steuerungsproblemen moderner Gesellschaften entwickelt wurden und dabei speziell den öffentlichen Sektor bzw. "staatsnahe Sektoren" im Auge haben. Es handelt sich im wesentlichen um steuerungsanalytische Konzepte (Kaufmann 1991a) und Kategorien eines "akteurzentrierten Institutionalismus" (Mayntz/Scharpf 1995b), der auf die Verknüpfung institutionalistischer und handlungstheoretischer Zugänge zielt.

Steuerung

Ausgangspunkt des steuerungsanalytischen Ansatzes ist das Problem der sozialen Handlungskoordination: Wie kann es unter den Bedingungen funktionaler Differenzierung und forcierter Arbeitsteilung zur Bildung komplexer Handlungsketten kommen, wie sie auch für die Krankenversorgung charakteristisch sind?¹³ Denkt man etwa an eine von der GKV finanzierte Operation, so ist unmittelbar einsichtig, daß diese Leistung nicht ohne das großenteils zeitlich versetzte, weder direkte noch bewußte Zusammenspiel zahlreicher Akteure möglich wäre, die in

¹² "Ansätze" im Sinne der Unterscheidung von "approach" und "theory". Ansätze sind danach Zusammenhänge allgemeiner Begriffe und Theoreme, die bei der Untersuchung eines Gegenstandsbereichs orientierende und ordnende Funktionen haben. Theorien sind stärker fokussiert; sie enthalten Kausalannahmen zur Erklärung bestimmter Strukturen und Prozesse.

¹³ Ähnlich Herder-Dorneich 1986. Das klassische Werk der Denkrichtung stammt von Dahl und Lindblom (1953). Vgl. auch Etzioni 1968 und Willke 1995.

diversen sozialen Kontexten mit unterschiedlichen Interessen und Zielen handeln. Rechtsgrundlagen müssen geschaffen, Finanzmittel verfügbar gemacht, infrastrukturelle Vorleistungen erbracht worden sein. Ausgebildetes Personal muß bereitstehen, die Primärnachfrage des Patienten in Sekundärnachfrage transformiert werden usw. usf.¹⁴

In bezug auf die Krankenhausversorgung gilt das steuerungsanalytische Interesse mithin der Art und Weise, wie die Handlungen von politischen Akteuren, administrativen Instanzen, Finanziers, Patienten, Leistungsanbietern etc. koordiniert werden. Staatliche oder gesellschaftliche Steuerungsleistungen und -potentiale lassen sich dann im Hinblick auf Funktionen qualifizieren, deren Erfüllung Voraussetzung sozialer Handlungsabstimmung ist. Eine Basisannahme des hier verwandten Ansatzes besagt, daß erwartbare Handlungsverkettungen das Zusammenspiel dreier Teilfunktionen sozialer Steuerung voraussetzen (vgl. Kaufmann 1991b):

- 1) Normative Orientierung (guidance). Den Beteiligten müssen Kriterien richtiger oder zulässiger Handlungswahl (etwa Rechtsnormen oder professionelle Standards) vorgegeben werden.
- 2) Befähigung und Motivation (control). Die Akteure müssen zu normorientiertem Handeln erforderliche Ressourcen erhalten und zur Normbefolgung motiviert werden.
- 3) Beurteilung und Feedback (evaluation). Um Lern- oder Anpassungsprozesse zu ermöglichen, müssen Leistungsbewertungen relevanter "stakeholders" erfaßt und rückgemeldet werden.

Mit Blick auf die Handlungskontexte, in denen Krankenhausleistungen erbracht oder Bedingungen der Leistungserstellung festgelegt werden, ist dann zu fragen, wie sich staatliche und gesellschaftliche Steuerungsbeiträge auf den genannten Dimensionen ausprägen. Unter "Staat" sei dabei das von Parlament, Regierung und (Staats-)Verwaltung gebildete Geflecht der Einrichtungen verstanden, die auf der Grundlage des Gewaltmonopols über die Mittel der Rechtssetzung, Rechtsdurchsetzung und Steuererhebung verfügen. Neuere Ansätze der Staatssoziologie (vgl. Skocpol 1985; Laumann/Knoke 1988) betonen die Binnenkomplexität des "Staatsapparats", der sich als Zusammenhang organisierter Sozialsysteme mit jeweils eigenen, oft mehrdeutigen und intern umstrittenen Handlungsorientierungen darstellt.

Bei einer im umrissenen Sinne steuerungsanalytisch verfahrenen Untersuchung staatlicher Politik rücken Maßnahmenwirkungen ins Zentrum des Interesses. Die Steuerungskapazität des Staates bemißt sich dann nicht nur nach seiner Fähigkeit zur Formulierung "aktiver Politik" (vgl. Mayntz/Scharpf 1973), sondern danach, inwieweit er anspruchsvolle Politikziele auch tatsächlich zur Geltung bringen kann.

Die Rede von staatlicher Steuerung impliziert nicht die Annahme, der Staat könne ein soziales System als Ganzes zielsicher dirigieren. Von "Steuerung" kann im Blick auf soziale Zusammenhänge gesprochen werden, wenn Akteure Verhaltenserwartungen oder -wünsche entsprechen. Die in diesem Sinne steuernde, also soziale Handeln bestimmende Kraft staatlicher

¹⁴ Auch krankenhausintern ist der Koordinationsbedarf beträchtlich. In einem englischen Allgemeinkrankenhaus waren vor einigen Jahren im Schnitt 20 Mitarbeiter unmittelbar an der Versorgung eines Patienten beteiligt (Moss 1998: 180).

Maßnahmen kann wohl größer oder geringer sein, sie ist aber natürlich stets nur ein Prägefaktor sozialer Abläufe unter anderen. Inwieweit ein soziales System resp. einzelne Systemprozesse und Prozeßergebnisse durch staatliches Handeln bestimmbar sind, ist m.a.W. eine empirische Frage, "Steuerbarkeit" durch (staatliche) Politik "kein dichotomes Merkmal, sondern eine abgestufte Variable" (Mayntz 1991: 21).

Die Themenstellung der Arbeit verlangt in verschiedener Hinsicht eine "ganzheitliche" Betrachtung. Sowohl das Zustandekommen wie die Wirkungsweise staatlicher Maßnahmen, die Politics- wie die Policy-Dimension von "Politik", werden thematisiert (vgl. Kaufmann 1987: 19f.). "Politics" meint die mit politischen Entscheidungen und ihrer Umsetzung zusammenhängenden Prozesse der Interessendurchsetzung, Konfliktaustragung und Konsensbildung, "policy" bezieht sich auf staatliche Maßnahmen unter dem Aspekt ihrer Wirkungsweise und Wirksamkeit. Analytisch ist der Gedanke grundlegend, daß Politikformulierung und -umsetzung Phasen eines "mehrstufigen, durch ein hohes Maß an Kontingenz zwischen den einzelnen Phasen gekennzeichneten 'politischen Prozesses'" bilden (vgl. Kaufmann 1982: 49), in dessen Verlauf zudem die Teilnehmerkonstellationen wechseln. Die Frage nach der Wirkung politischer Maßnahmen lenkt den Blick dann auch auf Handlungszusammenhänge des Gesundheitssystems. Politisches System und Gesundheitswesen werden hier als gesellschaftliche Teilsysteme im Sinne des von R. Mayntz (1988) vertretenen Systemkonzepts begriffen. Mayntz versteht gesellschaftliche Teilsysteme als sinnhaft spezialisierte Handlungs- oder Aktorenzusammenhänge und hebt auf das sozialstrukturelle Merkmal der Existenz spezialisierter sozialer Gebilde (wie Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzteverbände, Parteien, Ministerien usw.) ab.¹⁵

Krankenversorgungspolitik ist, wie schon angedeutet, mit einer Mehrebenen-Problematik konfrontiert (Kaufmann 1994: 367ff.). Über Erfolg oder Mißerfolg politischer Maßnahmen entscheiden wesentlich auch Vorgänge, die der Staat nur bedingt beeinflussen kann, weil sie von (organisierten) Akteuren mit eigenständiger Bestimmungsmacht und eigenen Handlungsorientierungen geprägt werden. Auf der Ebene der Leistungserbringung sind die Möglichkeiten rechtlicher Regulierung professioneller Aktivitäten begrenzt. Rahmenbedingungen des Versorgungsgeschehens werden zudem auch in nichtstaatlichen Handlungskontexten gesetzt. So trifft die Gemeinsame Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen auf Grund und im Rahmen rechtlicher Vorgaben Vereinbarungen, die wiederum in den externen Bedingungskranz der einzelnen Krankenhäuser und ihrer Beziehungen zu den Kassen eingehen. Auch Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung schlagen oft nicht unmittelbar auf das Behandlungsgeschehen im Krankenhaus durch. Was sie dort bewirken, hängt dann davon ab, wie

¹⁵ Im Gegensatz zur Begriffsfassung Luhmanns, der Funktionssysteme als Kommunikationszusammenhänge ansetzt, nimmt Mayntz' Konzeption also auch den Gebildecharakter, das morphologische Gepräge eines Teilsystems in den Blick. Das Interesse an der sozialstrukturellen Beschaffenheit gesellschaftlicher Teilsysteme resultiert aus der Annahme, daß die Möglichkeiten politischer Steuerung von den entsprechenden Variablen mitbestimmt werden. In der Gesundheitssystemforschung werden Fragen der "Gesundheitssystem"-Definition anhand der Unterscheidung zwischen einer institutionsbezogenen, auf professionelle Dienstleistungszweige fokussierenden und einer funktionalen, gesundheitsbezogene Handlungen und Strukturen anderer Sozialbereiche - der Arbeitswelt etwa - einschließenden Begriffsfassung diskutiert (vgl. Badura et al. 2006: 201f.). Diese für Selbstverständnis und Ausrichtung der Gesundheitssystemforschung wichtigen Definitionsfragen können hier außer Betracht bleiben.

interne Leitungsorgane Selbstverwaltungsbeschlüsse in Entscheidungsprämissen ummünzen und wie schließlich deren Adressaten mit diesen Vorgaben umgehen.

Mehrere Analyseebenen zu berücksichtigen, ist zunächst bei der Untersuchung der Wirkungsweise versorgungspolitischer Interventionen geboten, kann aber zur Erklärung der Politikentstehung ebenfalls erforderlich sein, etwa wenn auf der Behandlungsebene "Fakten" geschaffen werden, die politische Aktivitäten auslösen; oder wenn sich das Verhalten korporativer Akteure nicht allein aus Rationalitätsannahmen und Kontextfaktoren erklären läßt, sondern auf interne Vorgänge verweist. Welche Analyseebenen zu unterscheiden sind, variiert mit Merkmalen der jeweiligen Maßnahme und des Eingriffsfeldes. Im Hinblick auf die Krankenhausversorgung können grundsätzlich unterschieden werden:

- die individuelle Leistungsnachfrage;
- die Leistungserstellung, speziell die Interaktion zwischen professionellen Leistungserbringern und Patienten;
- organisationsinterne Leitungsebenen;
- externe Handlungsebenen, auf denen Rahmenbedingungen der Leistungserstellung festgelegt werden, z.B. (Glieder-)Staat, Regelungsstrukturen außerhalb des Staatssektors (etwa die Gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- oder Landesebene oder eine "non-governmental organisation" wie das englische National Institute for Health and Clinical Excellence), Verhandlungen zwischen Kostenträgern und einzelnen Anbietern.

"Ganzheitliche Betrachtungsweise" bedeutet demnach insbesondere, daß sich die Studie nicht nur mit einer bestimmten Phase krankenhauspoltischer Verläufe (z.B. der Politikformulierung), einer bestimmten Ebene politischen Handelns (z.B. der zentralstaatlichen Ebene) oder einem Teilgebiet des Politikfeldes (z.B. der Krankenhausfinanzierung) beschäftigt, sondern versucht, Phasen, Ebenen und Teilgebiete im weiteren Kontext des Politikbereichs zu sehen.

Wie dargelegt, geht der steuerungsanalytische Ansatz von der Frage aus: Wie ist die für moderne Gesellschaften typische Bildung vielgliedriger Leistungsketten zu erklären? Steuerung liegt danach vor, wenn Handlungen koordinationswirksam geprägt werden - gleichviel, ob dies über den Marktmechanismus, durch staatliche Maßnahmen oder auf andere Weise geschieht. Im Gegensatz zu der von R. Mayntz (1987) vorgeschlagenen, Steuerung als einen bestimmten Typus des Handelns fassenden Begriffsbestimmung ist die Bezugnahme auf ein Steuerungssubjekt (eine Person oder einen korporativen Akteur) also kein notwendiges Moment des hier verwandten Begriffs. Das Fehlen oder die Präsenz einer Steuerungsinstanz bildet vielmehr eines der Merkmale, durch die sich Steuerungsformen charakterisieren lassen.

Neben den "klassischen" Steuerungsmodi Markt (Steuerung über Preise/Konkurrenz) und Hierarchie (Steuerung durch Vorschriften sanktionskompetenter Instanzen) sind eine Reihe weiterer Koordinationsformen definiert worden. So hat Ouchi (1980) den "Clan" als dritten Koordinationstyp abgegrenzt. Zentrales Merkmal eines Clans ist, daß sich die Akteure eines Kooperationszusammenhangs an gruppenspezifischen Sichtweisen, Werten und Normen orientieren (und nicht an Weisungen oder Marktsignalen) und die Gruppenstruktur durch informelle Beziehungen beherrscht wird. Im Gegensatz zur marktlichen oder hierarchischen Koordination ist

eine explizite Kontrolle und Beurteilung einzelner Beiträge unter Clanbedingungen im Prinzip nicht erforderlich, da an geteilten Perspektiven orientiertes Handeln unterstellt werden kann. Die Gemeinsamkeit der Handlungsorientierungen muß freilich erst hergestellt werden. Dies geschieht typisch in langen Sozialisationsprozessen, wie sie etwa für die ärztliche Ausbildung charakteristisch sind. Ouchis Clan weist eine Reihe von Parallelen zu neueren Versuchen auf, "Solidarität" als Koordinationsmodus zu bestimmen (vgl. Hegner 1991; Kaufmann 1984). Auch diese Arbeiten stellen gemeinsame kognitive (Situationsdefinitionen) und normative Orientierungen (Werte) als Integrationsfaktor in den Mittelpunkt.

Die Literatur kennt weitere Ordnungsformen, so insbesondere die professionelle (expertenbasierte), auf Argumentation und Beratung fußende, und die korporative, durch (Kollektiv-)Verhandlungen erfolgende Koordination. Netzwerkförmige Arrangements zwischen Organisationen oder Gliederungen eines organisatorischen Makrosystems werden seit einigen Jahren als eigenständige Governanceformen diskutiert (Powell 1990). Formen und Probleme speziell der innerorganisatorischen Handlungskoordination¹⁶ sind seit jeher ein Kernthema der Organisationsforschung (vgl. nur Mintzberg 1979).

"Markt", "Hierarchie", "Solidarität" und andere Koordinationsformen stellen idealtypische Konstrukte dar, die allein nicht ausreichen, um die komplexe "Vielfachsteuerung" (vgl. Herder-Dorneich 1994: 871ff.) gesellschaftlicher Sektoren zu erfassen. Konkrete Regelungsstrukturen sind immer Mischkonstellationen, wenngleich einzelne Handlungsbereiche durch das Vorherrschen eines bestimmten Koordinationsmodus gekennzeichnet sein können. Nicht nur die Analyse, auch jede Ordnungspolitik im Gesundheitswesen muß mit verschiedenen Formen operieren und sich eine "kombinatorische Perspektive" (ebd.: 701) zu eigen machen. Zu betonen ist, daß "jede dieser Koordinationsformen ... ihre eigenen Effektivitätsbedingungen und Schwachpunkte (hat), eine 'ideale' Form der Handlungskoordination gibt es nicht" (Kaufmann 1992: 104). So ist "der Markt" ein unter bestimmten Voraussetzungen hocheffizienter, aber offensichtlich nicht auf wohlfahrtsstaatliche Versorgungsziele eingestellter Koordinationsmechanismus. Das schließt es nicht aus, Marktelemente in die Regelungsstruktur des Gesundheitssektors aufzunehmen. Wenn wohlfahrtsstaatliche Ziele nicht verletzt werden sollen, müssen Angebot und Nachfrage hier aber sehr viel dichter konditioniert - "reguliert", "gemanagt" - werden als auf anderen Güter- oder Leistungsmärkten.¹⁷ Professionelle Selbstregelung und Kooperation bilden unverzichtbare Komponenten der Versorgungssteuerung. Sie sind jedoch - speziell in ihren (wichtigen) informellen Varianten und Bezügen - stark personenabhängig und politisch schwer berechenbar. U.U. können sie auch Schutzräume für "under-performers" bilden. Gerade sichtbar gewordene Schwächen professioneller Selbstregelung gehören ja zum Ursachengeflecht des in vielen Ländern beobachtbaren Trends, die Krankenversorgung unter ein auch hierarchische Mittel einsetzendes "Management" zu bringen. Mit hierarchischen Mitteln wiederum läßt sich manches bewirken, die

¹⁶ Die oben genannten Abstimmungsmodi können Steuerungsfunktionen im Rahmen von (Makro-)Organisationen wie zwischen unabhängigen Akteuren erfüllen.

¹⁷ Die Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen marktlicher Steuerung im Gesundheitssektor, hängt zudem davon ab, wie sich ein Leistungssegment hinsichtlich bestimmter Merkmalsdimensionen darstellt, z.B.: Meßbarkeit der Leistungen, Komplexität der Erstellungsprozesse, Voraussetzungen für informiertes Kundenverhalten. Die Marktfrage stellt sich bei planbaren chirurgischen Eingriffen anders als in der Notfallversorgung oder der Psychiatrie.

Erbringung personenbezogener Dienstleistungen jedoch nur begrenzt steuern - wenn sie denn individuellen Fallumständen und Bedarfen Rechnung tragen soll. Ähnlich wie marktliche sind hierarchische Steuerungsmodi tendenziell um so weniger geeignet, je ausgeprägter die Versorgung durch schwer meßbare Outcomes, komplexe Produktionsprozesse und kontingente Behandlungsansätze gekennzeichnet ist (Smith 2003). Hierarchische Steuerungsformen laufen zudem das Risiko, "that they centralize blame, undermine intrinsic motivation, and produce a compliance culture in which only what gets measured gets done" (Stevens 2004: 43).

Wohlfahrtsstaatliche Politik im Gesundheitsbereich muß daher immer mit mehreren Formen arbeiten bzw. auf einen Mix unterschiedlicher Steuerungselemente setzen. Dabei besteht die Kunst wesentlich darin, unerwünschte Interferenzen zu verhindern, also Steuerungselemente so zu kombinieren, daß - etwa - professionelle Handlungsorientierungen nicht durch Marktanreize oder ein hierarchisches "Mikromanagement" ausgehöhlt werden.

Institutionen und Akteure

Im Bezugsrahmen der Systemtheorie sind die Möglichkeiten einer vergleichenden Betrachtung entwickelter Länder begrenzt. Mit systemtheoretischem Instrumentarium erfaßt man auf hohem Abstraktionsniveau vorwiegend, was etwa England und Deutschland als Schauplätze der modernen Gesellschaft eint. Der Institutionsbegriff markiert hingegen Strukturdimensionen, auf denen sich zahlreiche Unterschiede zeigen. Er ist deshalb für Fragestellungen und analytische Ausrichtung der Studie von großer Bedeutung. Nicht umsonst rechnet er zum kategorialen Rahmen vieler Ländervergleiche, die in politisch-soziologischer Perspektive durchgeführt wurden.

Mit Vehemenz sind "Institutionen" seit den späten 1970er Jahren wieder ins Zentrum sozialwissenschaftlichen Interesses gerückt. Dies gilt namentlich für die Politikwissenschaft, z.T. auch für die Wirtschaftswissenschaft. In der Soziologie haben (neo-)institutionalistische Theorieansätze insbesondere in der Organisationsforschung Fuß gefaßt.¹⁸ In der Politikforschung steht die neue Blüte institutioneller Ansätze in Zusammenhang mit der gewachsenen Aufmerksamkeit für die eigenständige Bedeutung politischer Organisationsstrukturen, die wiederum mit dem revitalisierten Interesse an Staatstheorie korrespondiert. Politische Institutionen eröffnen Handlungschancen und begrenzen Handlungsspielräume. Im politischen Prozeß gehören sie als strukturelle Bedingungen zu den Faktoren, die Interessen und Resultate in ein kontingentes Verhältnis setzen. Politische Entscheidungen sind demnach nicht als simpler Reflex des Einflusses machtvoller gesellschaftlicher Interessen anzusehen. Interessen werden vielmehr "durch die Maschinerie des politischen Systems modifiziert und gefiltert" (Keck 1991: 637). Institutionelle Regelungen sind darüber hinaus als Wirkungskontext politischer Maßnahmen und als Gegenstände staatlichen Handelns von Interesse, bilden also unabhängige wie abhängige Variablen.

Wie andere Begriffe der Sozialwissenschaften wird "Institution" mit wechselnder Bedeutung verwandt. Der Begriff dient zur Bezeichnung sozialer Gebilde wie geltender Regeln. In dieser

¹⁸ Für einen Überblick vgl. Scott 1995, Hasse/Krücken 1999 u. Iseringhausen 2006. Zu Möglichkeiten und Problemen einer modernen sozialwissenschaftlichen Institutionentheorie s. ferner Schüle 1987 und Schmalz-Bruns 1989.

Arbeit ist das letztgenannte Wortverständnis maßgeblich. Der Begriff meint hier also Regelkonfigurationen, die in bestimmten sozialen Kontexten gelten, etwa Staatsrechtsnormen, professionelle Standards oder Mitgliedsrollen (vgl. Kaufmann 1988: 77; Münch 1976: 52ff.). Er bezieht sich auf formalisierte und informelle Regelungen, schließt aber bloß faktische Regelmäßigkeiten aus. Entscheidend ist, daß nur Regeln im Sinne normativer Vorgaben und nur geltende Regeln als institutionelle Regeln begriffen werden. Daß eine Verhaltensregel "gilt", soll heißen, daß sie in ihrem Bezugsbereich normalerweise oder doch in nennenswertem Maße beachtet wird und bei Mißachtung Sanktionen drohen, was nicht bedeuten muß, daß die Regel nur oder primär aus Furcht vor Sanktionen befolgt wird.

Institutionelle Regeln haben verschiedene Geltungsbereiche - z.B. Gesellschaft, Funktionssystem, Organisation - sie bilden mithin einen mehrschichtigen Handlungsrahmen. Hier interessieren institutionelle Arrangements, die als spezifische Strukturen des politischen Systems und des Gesundheitswesens steuerungsrelevant sind. Da Institutionen Akteure konstituieren und als strukturelle Rahmenbedingungen handlungs(mit)bestimmend wirken, haben sie ein hohes Erklärungspotential, wenn es um die Untersuchung politischer Entscheidungen und ihrer Wirkungen geht. Institutionelle Regeln sind jedoch keine handlungsdeterminierenden Größen. Sie können gebrochen oder geändert werden, und sie lassen immer einen mehr oder minder großen Handlungsspielraum. Auch eine dezidiert "institutionelle Analyse" (Ostrom 1991) kann sich daher nicht allein auf institutionelle Faktoren stützen, sondern muß Merkmale der beteiligten Akteure und weitere Kontextbedingungen berücksichtigen (vgl. ebd.; Mayntz/Scharpf 1995b). Zu diesen Einflußfaktoren zählen insbesondere Handlungsorientierungen (wie Situationsdeutungen und Interessen) und verfügbare Handlungsressourcen. Beide Merkmalsgruppen sind institutionell beeinflusst, aber nicht erschöpfend bestimmt, was auch für die Handlungschancen und -anreize gilt, die eine konkrete Situation Akteuren bietet.

Inwieweit man auf akteurbezogene Erklärungen rekurrieren muß, hängt von bestimmten Merkmalen des Erklärungsgegenstandes ab. Es genügt, an ein Phänomen wie den "Thatcherismus" zu denken, um die Grenzen einer rein institutionellen Erklärung zu sehen.¹⁹ Dies muß gegenwärtig bleiben, auch wenn das Augenmerk zunächst dem Beitrag institutioneller Faktoren, speziell der Rolle institutionalisierter Formen oder Elemente sozialer Handlungskoordination gilt. Wird darüber hinaus ein Rekurs auf akteurbezogene Erklärungen nötig, steht er unter vereinfachenden Annahmen, die erst im Fall von Divergenzen mit beobachtbaren Abläufen überprüft werden müssen. Zu nennen wären hier etwa handlungsbezogene Rationalitätsannahmen, wie sie analog dem Weberschen Idealtypus richtigkeitsrationalen Handelns - Handeln bei gegebenem Ziel und objektiv richtiger Mittelwahl - verwandt werden können (vgl. Weber 1973: 102ff.).

Für die Wahl der analytischen Kategorien war neben Erkenntnisinteresse und Fragestellungen vor allem ein Gesichtspunkt von Bedeutung. Auch die Gesundheitspolitikforschung ist durch einen Ansatz- und Perspektivenpluralismus gekennzeichnet. Die Absicht, Resultate unterschiedlich angelegter empirischer und theoretischer Arbeiten aufeinander zu beziehen, erfordert einen Rahmen an-

¹⁹ Am Thatcherismus wird zugleich deutlich, wie sehr auch die Interpretation eines Politikkonzepts und Politikstils, dem gerade die forsche Mißachtung manch etablierter "Spielregel" eigen war, darauf angewiesen sein kann, institutionelle Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Thatcher-Ära war nur vor dem spezifischen Hintergrund britischer Politikinstitutionen möglich.

schlußfähiger Begriffe und Theoreme. Die Komponenten des umrissenen Bezugsrahmens sind zwar relativ abstrakt; sie gestatten es aber, Ergebnisse soziologischer und politikwissenschaftlicher Forschungen ebenso wie Erträge gesundheitsökonomischer, rechtswissenschaftlicher und historischer Studien in die Analyse einzubringen. Verbindungslinien können namentlich zur gesundheitsökonomischen System- und Steuerungstheorie (Herder-Dorneich 1994), zur soziologischen Analytik sozialpolitischer Interventionen (Kaufmann 1982), zur (neo-)institutionalistischen Organisationsforschung (Scott 1995) und zur Professionssoziologie (Freidson 1986; Abbott 1988) gezogen werden.

Ich fasse kurz zusammen. Die vorliegende Studie untersucht Prozesse des Steuerungswandels im Krankenhaussektor des englischen NHS. Da Steuerung auch in einem nationalen Gesundheitsdienst keineswegs nur durch staatliche Instanzen erfolgt, rückt das Verhältnis von staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbstregelung in den Mittelpunkt des Interesses. Im Anschluß an die Analyse werden die englischen mit deutschen Entwicklungen verglichen. Da sich das politische System und das Gesundheitswesen Großbritanniens in einer Reihe grundlegender Strukturmerkmale von den entsprechenden Systemen in Deutschland unterscheiden, bildet dabei die Frage nach der Bedeutung dieser Unterschiede einen wesentlichen Bezugspunkt. Das primäre Erkenntnisinteresse gilt den Möglichkeiten und Grenzen effektiver politisch-administrativer Problembearbeitung unter wohlfahrtsstaatlichen Zielsetzungen.²⁰

Die Arbeit versteht sich als differentielle und immanente Analyse eines wohlfahrtsstaatlichen Leistungsbereichs (vgl. Leisering 2001: 129ff.), geht also von der Annahme aus, daß der Gesundheitssektor beider Länder wesentlich durch wohlfahrtsstaatliche Prinzipien geprägt bleiben wird. Nichts deutet darauf hin, daß es hier oder dort in absehbarer Zukunft möglich sein könnte, die staatliche bzw. öffentlich-rechtliche Verantwortung für die Krankenversorgung unter Inkaufnahme breiter Exklusionseffekte zurückzunehmen. Der Begriff des Wohlfahrtsstaats deckt freilich ein weites Feld politischer Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten ab (Kaufmann 2003). Und wenn ein säkularer Rückzug des Staates aus der sozialen Steuerung des Gesundheitssektors in den entsprechenden Ländern auch nicht zu sehen und nicht zu erwarten ist, so kann man doch beobachten, daß sich Formen staatlicher Intervention verändern und das Spektrum institutioneller Regelungsmodi wächst.

Die folgenden Kapitel befassen sich mit verschiedenen Aspekten und Gegenstandsfeldern der Krankenhauspolitik - diesen Begriff in einem weiten, nicht auf Infrastruktur- und Finanzierungsfragen begrenzten Sinne verstanden. Nach einem Abriß der Entstehungsgeschichte des NHS (Kap. 2) werden die Wandlungen in der organisatorischen Verfassung seines Krankenhaussektors dargestellt (Kap. 3). Kapitel 4 beschreibt die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung innerhalb des NHS. Die Zeiten, in denen Großbritannien mit außergewöhnlich niedrigen Versorgungsausgaben auffiel, sind vorbei. Spätestens seit New Labour das Ziel verfolgt, bei den Gesundheitsausgaben zu europäischen Vergleichsländern aufzuschließen, dürfte der NHS kaum mehr neidvolle Blicke von Finanzministern auf sich ziehen (vgl. Abel-Smith 1981: 373). Außergewöhnlich ist derzeit ganz im Gegenteil das Phänomen einer

²⁰ Damit ist eine (selektive) Forschungsperspektive gekennzeichnet. Es soll nicht unterstellt werden, daß versorgungspolitische Entscheidungen und ihre (institutionellen) Resultate in den beiden Ländern stets aus der Orientierung an besagten Zielen zu erklären sind (vgl. Mayntz 2001).

Ausgabenexpansion großen Stils. In der Vergütung von Krankenhausleistungen geht England ähnliche Wege wie Deutschland (Fallpauschalen). Zwar wird über die Rationierung von Gesundheitsleistungen längst international diskutiert, Großbritannien galt jedoch unter den Ländern mit wohlfahrtsstaatlicher Krankenversorgung lange als erster Beispiellieferant für knappheitsbedingte "hard choices" (Kap. 5). Die ärztliche Furcht, daß Behandlungsleitlinien zunehmend als Rationierungsinstrumente eingesetzt werden, hat die Ausweitung der Leitlinienfertigung zur "major industry" auch in England begleitet. Andererseits werden Leitlinien gerade als Instrumente einer Rationierungszwänge mildernden, wissenschaftlich fundierten "Rationalisierung" der Versorgung gehandelt. Versuche, professionelle Praxis stärker an (wissenschaftlicher) "Evidenz" auszurichten, sind ein zentrales Merkmal der jüngeren englischen Versorgungspolitik (Kap. 6). Dies gilt speziell auch für die Behandlungsqualität, deren Aufstieg zum politischen Topos in den späten achtziger Jahren beginnt (Kap. 7). Managementtendenzen im englischen Krankenhaussektor sind - direkt oder indirekt - stark durch politische Reformmaßnahmen bestimmt. NHS-Krankenhäuser unterliegen heute einem zentralen Leistungsmanagement, dessen Dichte in kaum einem anderen Land erreicht werden dürfte (Kap. 8). Das Thema Nutzerbeteiligung ist in Deutschland erst jüngst ins Blickfeld des Gesetzgebers gerückt. England zählt zu den Ländern, die bereits einige Erfahrung auf diesem Gebiet haben. Von besonderem Interesse sind dabei Versuche zur Bürger-/Patientenbeteiligung an Priorisierungsentscheidungen auf regionaler und nationaler Ebene (Kap. 9). In thematisch an der englischen Fallstudie orientierter Gliederung umreißt das vorletzte Kapitel Prozesse des Steuerungswandels im deutschen Krankenhauswesen nach der Finanzierungsreform 1972/73. Es dient als Informationsbasis für die vergleichende Betrachtung. Die Arbeit schließt mit einem resümierenden Kapitel. Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Kontinuität und Wandel in den Krankenhauspolitiken Englands und Deutschlands werden synoptisch herausgestellt.

2 Zur Entstehungsgeschichte des National Health Service

Aus den Reformen der Krankenversorgung, die nach dem Zweiten Weltkrieg in den hochentwickelten Industrieländern durchgeführt wurden, hebt sich die Einrichtung des NHS als ambitioniertes Projekt heraus. Einige der zu dieser Reform führenden und für ihr inhaltliches Profil bedeutsamen historischen Linien sollen im Folgenden skizziert werden. Die Krankenhauspolitik wird dabei im Vordergrund stehen.²¹

2.1 Reformbedarf

Als die Labour Party im Sommer 1945 an die Macht kam, hielten alle maßgeblichen Akteure der britischen Gesundheitspolitik tiefgreifende Reformen für notwendig. Probleme der Gesundheitsversorgung waren über Jahre Gegenstand lebhafter Diskussionen gewesen. Die Fragen, um die es dabei ging, bezogen sich auf eine Reihe gravierender Schwächen des britischen Gesundheitswesens.

Defizite der sozialen Krankenversicherung

Leistungen und Inklusivität der 1911 eingeführten gesetzlichen Krankenversicherung (National Health Insurance, NHI) wurden einhellig als unzureichend empfunden. Der Versichertenkreis²² schloß praktisch nur abhängig Beschäftigte mit vergleichsweise geringem Einkommen ein. Deren Angehörige genossen zudem keinen Versicherungsschutz, und die Pflichtleistungen der NHI beschränkten sich im wesentlichen auf das Krankengeld und die Behandlung durch einen niedergelassenen praktischen Arzt (einschließlich der erforderlichen Medikamente).²³ Zwar mußten die Krankenkassen (approved societies)²⁴ Einnahmenüberschüsse zur Finanzierung von Mehrleistungen verwenden. Da jedoch zwischen den Kassen beträchtliche Unterschiede in Größe und Risikostruktur bestanden und der Gesetzgeber eine einheitliche Beitragsgestaltung vorgeschrieben hatte,²⁵ differierten die Mehrleistungsprofile erheblich. Und wenn zusätzliche Leistungen gewährt

²¹ Die Vor- und Entstehungsgeschichte des NHS ist ausgiebig untersucht worden. Für Details vgl. etwa Abel-Smith 1964; Fox 1986; Honigsbaum 1989; Webster 1988.

²² 1911: 11,5 Mio. oder 27,4 % der Bevölkerung; 1938: 20,3 Mio. oder 43 % (Webster 1988: 11).

²³ Patienten, die weder gesetzlich noch privat versichert waren oder Leistungen benötigten, für die ihre Versicherung nicht aufkam, mußten Behandlungsgebühren zahlen. Patienten, die dazu nicht in der Lage waren, wurden vom Poor-Law-Arzt behandelt oder konnten die Leistungen kommunaler Einrichtungen und freigemeinnütziger Krankenhäuser kostenlos in Anspruch nehmen.

²⁴ Bei den approved societies handelte es sich um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (friendly societies), Versicherungsgesellschaften und Gewerkschaften als staatlich anerkannte Krankenversicherungsträger.

²⁵ Die Höhe der Beiträge war nicht vom Einkommen eines Versicherten abhängig, sondern richtete sich nach seiner Eingruppierung in eine der wenigen, hauptsächlich nach Alter, Geschlecht und Familienstand differenzierten Beitragsklassen - Männer mußten z. B. etwas mehr zahlen als Frauen -, die, wie gesagt, für alle approved societies galten. Der größte Teil des Finanzbedarfs der NHI wurde von Versicherten und Arbeitgebern gedeckt. Der Staat beteiligte sich mit einem Zuschuß.

wurden, handelte es sich zumeist um eine Erhöhung des Krankengeldes oder die (partielle) Übernahme der Kosten etwa einer Zahnbehandlung. Daß eine Kasse ganz oder teilweise für die Kosten einer Krankenhausbehandlung aufkam, war nicht die Regel.

Probleme des Krankenhauswesens

Großbritannien hatte vor der Gründung des Gesundheitsdienstes "two entirely distinct systems of hospitals" (Allen 1979: 20). In den 2.000 öffentlichen, teils als Poor-Law-Einrichtungen betriebenen, teils kommunalen Krankenhäusern, die Mitte der dreißiger Jahre über insgesamt 210.000 Betten verfügten, wurden in größerer Zahl auch chronisch Kranke und Pflegebedürftige betreut. Während kommunale Häuser zunächst vor allem infektiös Erkrankte, geistig Behinderte und psychisch Kranke aufgenommen hatten, war die stationäre Versorgung akut Kranker lange Zeit eine Domäne freigemeinnütziger Krankenhäuser ("voluntary hospitals")²⁶ gewesen, die sich seit dem neunzehnten Jahrhundert zunehmend auf die Behandlung dieser Patienten beschränkt hatten. Nach und nach hatten sich jedoch die Poor-Law-Hospitäler praktisch in bescheiden ausgestattete Allgemeinkrankenhäuser verwandelt, und in den 1930er Jahren waren auch die Kommunen vermehrt als Krankenhausträger auf den Plan getreten. Gleichwohl gehörten die renommiertesten Kliniken des Landes und insbesondere fast alle Lehrkrankenhäuser zu den voluntary hospitals, deren Gesamtzahl sich 1935 auf gut 1.000 stellte. Diese als gemeinnützige Einrichtungen geführten Krankenhäuser, eine "extraordinarily amorphous group of institutions" (Owens/Glennerster 1990: 8),²⁷ hatten einen wesentlich geringeren Bettenbestand (rd. 85.000) als die öffentlichen Häuser (Zahlen nach PEP 1937: 257).

Ursprünglich hatten sich die voluntary hospitals nur der "deserving poor" angenommen. Als die freigemeinnützigen Häuser im Gefolge des medizinischen Fortschritts immer häufiger auch von bessergestellten Patienten aufgesucht wurden, hatte man begonnen, "pay beds" vorzuhalten, für deren Nutzung Gebühren in verschiedener Form und Höhe verlangt wurden. Später hatten auch kommunale Krankenhäuser an der finanziellen Lage des Patienten orientierte Gebühren eingeführt.

Die in den voluntary hospitals behandelnden consultants²⁸ arbeiteten für das Krankenhaus in der Regel zeitweilig und unentgeltlich. Neben ihrer Krankenhaustätigkeit kümmerten sich diese Ärzte um die eigene Praxis. Der Gewinn, den sie aus ihrem Krankenhausengagement zogen, lag nicht nur in den damit verbundenen Möglichkeiten der Ressourcennutzung und Weiterbildung, sondern vor allem auch in einem Prestigezuwachs, der dem Gang der Privatpraxis förderlich war. Da eine finanziell ertragreiche Privatpraxis zahlungskräftige Patienten in ausreichender Zahl voraussetzte, waren die consultants, genau wie die besseren voluntary hospitals, in den großen Städten konzentriert. An öffentlichen Krankenhäusern tätige consultants erhielten zumeist eine Teilzeit-Vergü-

²⁶ Initiativen zur Gründung von Hospitälern (und später Krankenhäusern) waren nach der Reformation zunächst von wohlhabenden Bürgern ausgegangen, in wachsendem Maße dann auch von Ärzten.

²⁷ Das Kontrastprogramm zum Londoner Lehrkrankenhaus boten die vielen kleinen "cottage hospitals", wo Patienten häufig von unzureichend ausgebildeten Ärzten mehr schlecht als recht behandelt wurden.

²⁸ Der Name "consultant" hatte sich als Bezeichnung für die in leitender Funktion an den größeren voluntary hospitals wirkenden und häufig als Konsiliarii tätigen Ärzte eingebürgert.

tung. Sie wurden entweder als Spezialisten in die unter der Verantwortung fest angestellter Krankenhausärzte durchgeführte Behandlung eingeschaltet oder kümmerten sich in eigener Regie um bestimmte Patienten.

Indem es Angebotslücken und Unterkapazitäten (partiell) ausglich, hatte sich das öffentliche Krankenhauswesen teilweise komplementär zum freigemeinnützigen Sektor entwickelt, der in Abhängigkeit von philanthropisch-karitativem Bürgerengagement "gewachsen" war. Der Ausbau der öffentlichen Krankenhausinfrastruktur hatte jedoch mitnichten zu einem quantitativ wie qualitativ ausreichenden, ausgeglichen verteilten Gesamtangebot geführt. Zudem waren Ansätze einer koordinierten Angebotsentwicklung selten, und wo es sie gab, blieben sie im wesentlichen auf die örtliche oder die Grafschaftsebene beschränkt, d.h. auf Gebiete, die sich administrativ und planerisch meist nicht als Krankenhausregionen eigneten.

Zu einem Dauerthema der krankenhauspolitischen Diskussion waren auch die wachsenden Finanzsorgen vieler voluntary hospitals geworden. Freigemeinnützige Häuser mußten ihren Finanzbedarf wesentlich aus Eigenmitteln der Träger, über Gebühren und Versicherungsbeiträge decken.²⁹

Ernste Probleme ergaben sich schließlich aus der Personalsituation im Pflegebereich, wo der u.a. durch strapaziöse Arbeitsbedingungen und schlechte Bezahlung verursachte Mangel an qualifizierten Kräften eine ausreichende Patientenbetreuung vielfach unmöglich machte (vgl. zur vorstehenden Skizze PEP 1937, insbes. 230ff.).

Die genannten Probleme gehörten schon in der Zwischenkriegszeit zum festen Themenbestand einer politischen und wissenschaftlichen Diskussion, die treffsichere Problembestimmungen und bemerkenswerte Vorschläge hervorbrachte (vgl. etwa Allen 1979: 15ff.; Fox 1986: 21ff.), aber mit einer ereignisarmen Gesundheitspolitik kontrastierte. Erst in den späten dreißiger Jahren kamen reformträchtige Entwicklungen in Gang.

2.2 "A National Health Service"

Unter dem Eindruck wachsender Kriegsgefahr wurde 1938 in Großbritannien damit begonnen, infrastrukturelle und organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung der vielen Verletzten

²⁹ Für das Jahr 1935 wurde errechnet, daß die Einnahmen der freigemeinnützigen Krankenhäuser in England (ohne London) und Wales zu 27 % aus Versicherungskassen stammten. 22 % wurden durch Gebühren aufgebracht. 8 % stammten aus Steuermitteln der Kommunen, wobei es sich um Entgelte für erbrachte Leistungen, z.T. auch um Subventionen handelte, mit denen sich manche Kommunen an der Finanzierung freigemeinnütziger Häuser beteiligten. Der Rest kam durch Spenden, Mitgliedsbeiträge, Stiftungen, Legate, Zuwendungen aus Stiftungsmitteln und Zinserträge zusammen. Die mit Abstand wichtigsten Finanzierungsquellen der öffentlichen Krankenhäuser bildeten die Steueraufkommen der Kommunen und des Staates, während die Bedeutung von Gebühreneinnahmen gering war (vgl. PEP 1937: 232ff., 251f.). Daß die Finanzierung der voluntary hospitals tatsächlich weniger prekär gewesen sei, als es ein Gutteil der späteren Geschichtsschreibung dargestellt habe, ist eine der Thesen "revisionistischer" Historiker. Sie wenden sich gegen die von ihnen wahrgenommene Tendenz der Literatur, die Versorgungsbedingungen jener Jahre im wesentlichen als zur NHS-Gründung drängendes Problemfeld zu betrachten (vgl. Fox 2005).

zu schaffen, mit denen man rechnete, falls es zu Bombenangriffen auf britische Städte kommen sollte. Ein Jahr später erhielt das Gesundheitsministerium die Alleinzuständigkeit für die Versorgung kriegsverletzter Zivilisten (Abel-Smith 1964: 426ff.). Die Regierung hatte damit erstmals fast im gesamten Krankenhauswesen weitreichende Kompetenzen.

Zum Aufbau eines "Emergency Medical Service" (EMS) - der tatsächlich nur ein emergency hospital service war - wurde das Land in Versorgungsregionen aufgeteilt. Für jede Region wurde ein (aus Ärztekreisen rekrutierter) "hospital officer" ernannt, in dessen Aufgabengebiet auch Fragen der regionalen Planung und des effektiven Zusammenwirkens der beteiligten Krankenhäuser fielen. Das Ministerium ließ eine Erhebung über die Krankenhausinfrastruktur des Landes durchführen, deren Resultate geradezu alarmierend wirkten, wenn man sie am für den Kriegsfall prognostizierten Bedarf maß (der, wie sich zeigen sollte, weit über dem tatsächlichen Bedarf lag). London finanzierte Umbauten, Neu- und Erweiterungsbauten (die freilich häufig den Charakter von Notunterkünften hatten) sowie Verbesserungen namentlich der medizintechnischen Ausstattung vieler Häuser. Die voluntary hospitals wurden für ihre im Rahmen des EMS erbrachten Leistungen vom Staat entgolten.

Die für den EMS arbeitenden Ärzte (praktisch nur Krankenhausärzte) bekamen ein festes Gehalt und wurden nach Bedarfsgesichtspunkten auf die Krankenhäuser verteilt. Mancher an die sachlich-technischen und personellen Gegebenheiten großer Allgemeinkrankenhäuser gewöhnte Arzt wurde dadurch zum ersten Mal mit dem niedrigen Ausstattungsstandard konfrontiert, der insbesondere für viele kleinere Krankenhäuser charakteristisch war. "The war was a major educative experience not only for the Ministry but also for the top doctors and many middle-class patients" (Abel-Smith 1964: 440), die ebenfalls keine Vorstellung von der dürftigen Ausstattung vieler Krankenhäuser gehabt hatten.

Im Laufe der Kriegsjahre weitete sich der Patientenkreis des EMS aus. In den letzten Kriegsjahren wurden z.B. fast alle Arbeiter rüstungswichtiger Betriebe, die sich bei Arbeitsunfällen verletzt hatten, als EMS-Patienten behandelt. Und ab Mitte 1942 konnten die hospital officers nach eigenem Ermessen entscheiden, ob und in welchem Umfang sie nicht belegte EMS-Betten zwecks Verkürzung von Wartelisten freigeben wollten. Der ursprünglich vor allem für die Versorgung von kriegsverletzten Zivilisten und Soldaten gedachte EMS nahm so nach und nach fast den Charakter eines nationalen Krankenhausdienstes an.

Ein weiterer für die Entstehungsgeschichte des NHS bestimmender Faktor war die Arbeit des im Sommer 1941 gebildeten Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services. Der bis auf den Vorsitzenden aus Ministerialbeamten bestehende Ausschuß sollte eine Bestandsaufnahme des britischen Sozial- und Gesundheitswesens machen und Vorschläge zur Neugestaltung der Sozialversicherung nach dem Kriege unterbreiten. Der vom Ausschußvorsitzenden William Beveridge verfaßte Bericht,³⁰ der im November 1942 veröffentlicht wurde, hat

³⁰ Im Dezember 1941 hatte Beveridge der Kommission eine erste Ausarbeitung seiner Gedanken vorgelegt. Der vom Treasury-Beamten in der Kommission informierte Schatzkanzler hatte Beveridge umgehend aufgefordert, von seinen Vorstellungen zum sozialpolitischen Kontext der Reform abzurücken. Da Beveridge sich weigerte, wurde bestimmt, daß der Bericht allein unter seinem Namen zu veröffentlichen sei und die Empfehlungen nicht mit den der Kommission

bekanntlich Epoche gemacht. Er enthielt weitreichende Empfehlungen zur Reform des Sozialversicherungswesens - Aufbau einer umfassenden Einheitsversicherung, die monetäre Leistungen in Höhe eines "national minimum" gewährt -, in deren Umsetzung sich eine "comprehensive policy of social progress" jedoch nicht erschöpfen konnte (Beveridge 1946: Ziff. 9 u. 8). Die Sozialversicherung bedurfte vielmehr der Kontextierung erstens durch eine generelle Kindergeldregelung, zweitens durch eine umfassende Gesundheitsversorgung, drittens durch eine energische Vollbeschäftigungspolitik.

Hier interessiert die zweite dieser "assumptions", unter denen der Beveridge Report seine sozialversicherungspolitischen Vorschläge entwickelt. Beveridge visierte als "ideal plan" einen Gesundheitsdienst an, "providing full preventive and curative treatment of every kind to every citizen without exceptions, without remuneration limit and without an economic barrier at any point to delay recourse to it" (Beveridge 1946: Ziff. 437). Was Organisations- und Finanzierungsfragen anging, so beschränkte sich Beveridge darauf, einige Eckpunkte zu markieren. Die Möglichkeit einer Beitragsfinanzierung insbesondere der allgemeinärztlichen Versorgung wurde positiv akzentuierend erwogen, während eine gänzlich über die Sozialversicherung laufende Finanzierung für Beveridge nicht in Betracht kam. Auf jeden Fall aber galt: Gesundheitsbezogene Leistungen "should ... be provided where needed without contribution conditions in any individual case" (Beveridge 1946: Ziff. 427).

Obwohl der Beveridge Report auf Seiten der Regierung ein durchaus geteiltes Echo fand - namentlich der Schatzkanzler meldete Bedenken an (Honigsbaum 1979: 245) -, dauerte es nicht lange, bis seine vom breiten Publikum mit Begeisterung aufgenommenen Grundgedanken in einer Regierungserklärung als wegweisende Orientierungsmarken anerkannt wurden. In der Gesundheitspolitik wurde jetzt die Formel vom "national health service", die sich Beveridge zu eigen gemacht hatte, zum Leitmotiv der Reformdiskussion. Die Richtung war damit freilich immer noch recht allgemein vorgezeichnet; zahlreiche Gestaltungsfragen blieben offen.

Mit der Annahme der wesentlichen Beveridge-Vorschläge war die National Health Insurance zum Auslaufmodell geworden. Das Prinzip, jeder Wohnbürger müsse "without contribution conditions" dem Bedarf entsprechend versorgt werden, galt nun als offizielle Richtschnur der Reformpolitik. Und bei allem Hin und Her in Fragen der konkreten Ausgestaltung des zu installierenden Gesundheitsdienstes ist dieser Grundsatz nach Beveridge nicht mehr mit Aussicht auf Erfolg in Frage gestellt worden.³¹

angehörigen Ministerialbeamten in Verbindung gebracht werden dürften (vgl. z.B. Abel-Smith 1992: 15).

³¹ Bis "Beveridge pressure" die Diskussionslage veränderte, hatten Vorschläge, die auf eine Reform der National Health Insurance zielten, in der Ministerialbürokratie eine durchaus diskussionsleitende Bedeutung (vgl. Honigsbaum 1989: 185ff.). Außer den (nichtgewerkschaftlichen) Versicherungsträgern hat sich vor allem die British Medical Association für den Erhalt und Ausbau der NHI eingesetzt. Nicht weil sich die approved societies unter den Ärzten besonderer Wertschätzung erfreuten, sondern, einmal, weil man andernfalls die Kommunalisierung oder Verstaatlichung der allgemeinärztlichen Versorgung kommen sah; sodann, weil man wohlhabende Bürger zwecks Sicherung privater Klientelen (und einer ökonomischen Existenzmöglichkeit außerhalb des Sektors) aus der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung heraushalten wollte.

Im Februar 1944 trat die Koalitionsregierung mit einem "A National Health Service" betitelten Weißbuch an die Öffentlichkeit (Honigsbaum 1989: 168ff.). Es sah die Einrichtung kommunaler Zweckverbände (joint authorities) vor, denen (auch) die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegen sollte. Die Finanzverantwortung für diesen Versorgungsbereich wies "A National Health Service" Kommunen und Staat zu. Gebühren sollten nur in bestimmten Fällen und geringer Höhe erhoben werden können. An eine Kommunalisierung oder Verstaatlichung von Krankenhäusern, wie sie im Gesundheitsministerium ventilerte Reformkonzeptionen vorsahen,³² war nicht gedacht, die voluntary hospitals sollten vielmehr nach Bedarf in die Versorgung einbezogen und gemäß ihrem jeweiligen Versorgungsbeitrag aus kommunalen und staatlichen Mitteln entgolten werden.

Die Weißbuch-Vorschläge waren durch das Bemühen bestimmt, mit den wichtigsten Interessenten tragfähige Kompromisse zu finden, stießen aber bei Kommunen (die in ihren Krankenhäusern das Sagen behalten wollten) und freien Trägern (die nicht von der Nachfragepolitik öffentlicher Körperschaften abhängig werden wollten) auf Ablehnung. Es wurde weiter verhandelt. Kurz nach Kriegsende trat die Labour Party aus der Regierung aus, und im Gesundheitsministerium (das keine neue Leitung bekommen hatte) wurde ein Paket mit umgearbeiteten Vorschlägen geschnürt, die das Kabinett nur wenige Wochen vor der für Juli angesetzten Parlamentswahl verabschiedete. Dann verloren die Tories die Wahl, und mit Aneurin Bevan übernahm ein Exponent des linken Labour-Flügels das Gesundheitsministerium.

2.3 Verstaatlichung der Krankenhäuser

Der neue Gesundheitsminister gelangte bald zu der Auffassung, daß eine über die Absichten seines Vorgängers hinausgehende Reform des Krankenhauswesens unabdingbar sei (vgl. Fox 1986: 132ff.; Honigsbaum 1989: 172ff.; Klein 1989: 17ff.). Nach wenigen Monaten im Amt hatte er sich entschieden, auf eine Verstaatlichung der freigemeinnützigen *und* der kommunalen Krankenhäuser hinzuwirken. "An entirely new hospital service" sollte geschaffen werden (zit. n. Ham 1982: 20). Näherhin bedeutete dies, wie Bevan in einem dem Kabinett vorgelegten Memorandum ausführte, "the concentration in the Ministry of Health of responsibility for a single hospital service, coupled with the delegation of day to day administration to new regional and local bodies appointed by the Minister (after consultation with the appropriate local organisations) and responsible to him". Die finanzierungspolitische Komponente bestand in der Zentralisierung "of the whole finance of the country's hospital system" (zit. n. Klein 1989: 18). Der Minister machte gewichtige Gründe geltend, die nach seiner Auffassung für diesen Reformweg sprachen. Insbesondere würden günstige Voraussetzungen für eine bessere Koordination des Krankenhauswesens und die Angleichung regionaler Versorgungsniveaus geschaffen. Gleichwohl fanden seine Pläne im Kabinett nicht nur Beifall.³³ Ihre Gegner verwiesen vor allem darauf, daß der Wunsch nach flexiblen, an lokalen

³² Dort hatte man seit den späten dreißiger Jahren im wesentlichen drei krankenhauspolitische Reformoptionen diskutiert (vgl. Fox 1986: 94ff.; Klein 1989: 7ff.; Honigsbaum 1989: 18ff.): 1) Verstaatlichung der voluntary hospitals, 2) Kommunalisierung dieser Häuser, 3) Einrichtung regionaler Gremien mit koordinierenden Funktionen bei Fortbestand der gegebenen Trägerstruktur.

³³ Als die Labour Party im Sommer 1945 an die Macht kam, war sie "committed to municipal control" (Honigsbaum 1989: 173). Die parteiinternen Gegner von Bevans krankenhauspolitischen Plänen

Verhältnissen und Belangen orientierten Versorgungsinstanzen schwer mit dem aus einer Zentralisierung politischer Verantwortung erwachsenden Kontrollzwang zu vereinbaren sei. Ein über fachpolitische Gesichtspunkte hinausweisender Aspekt ergebe sich aus der Gefahr, daß die Verlagerung wichtiger Aufgaben von der kommunalen auf die staatliche (bzw. substaatliche nicht-kommunale) Ebene(n) das für die Demokratie so wichtige politische Leben in der Kommune verarmen lasse.

Am Ende konnte sich der Gesundheitsminister ohne große Mühe durchsetzen. Stellte man in Rechnung, so läßt sich das Resultat der Meinungsbildung im Kabinett zusammenfassen, daß das Krankenhauswesen in jedem Fall mit Staatsgeldern gefördert werden mußte, sprachen in der Abwägung des Für und Wider die stärkeren Argumente für das Konzept des Ministers. Außerdem waren keine wirklich gefährlichen Konflikte zu erwarten. Aus der ablehnenden Haltung vieler Kommunen erwachsen gewiß Probleme; andererseits gab es in der Führung des Trades Union Congress dezidierte Befürworter einer Verstaatlichung der voluntary hospitals. Auch durfte man annehmen, daß die Überführung der Krankenhäuser in Staatseigentum kein Mißfallen in der breiten Öffentlichkeit erregen würde. Vieles sprach dafür, die Gunst der Stunde zu nutzen und die den Erfordernissen künftiger Krankenhauspolitik am besten entsprechenden Regelungen zu treffen.

Nachdem im Kabinett grünes Licht gegeben worden war, begannen intensive Verhandlungen zwischen Gesundheitsministerium und Verbänden. Die Einigung mit den Repräsentanten der Fach- und Krankenhausärzte wurde durch den Umstand erleichtert, daß die geplante Verstaatlichung der voluntary hospitals in der Ärzteschaft als das gegenüber einer Kommunalisierung kleinere Übel galt (vgl. Honigsbaum 1989: 143ff.). Viele Ärzte verbanden mit dem Gedanken an kommunale Krankenhäuser die Vorstellung schlecht ausgestatteter, unterfinanzierter Einrichtungen, in denen die professionelle Autonomie des Arztes nicht gesichert war. Zwar hätte es die Mehrheit der consultants zweifellos lieber gesehen, wenn die voluntary hospitals unabhängige Einrichtungen geblieben wären; andererseits sprach das Integrationsziel, das auch in der Krankenhausärzteschaft bejaht wurde, dagegen. Außerdem war die finanzielle Lage vieler Häuser so prekär wie ihre Ausstattung verbesserungsbedürftig. Gerade unter den Angehörigen der Ärzte-Elite wurde das Unbehagen über die geplante Verstaatlichung überlagert durch die Aussicht auf einen kontinuierlichen Zufluß staatlicher Gelder und die Hoffnung, daß diese Gelder reichlich fließen würden.

Der besonders um die Kooperation der Fachärzte bemühte Gesundheitsminister³⁴ zeigte sich darüber hinaus in einer Reihe von Punkten konzessionsbereit: spezielle Verwaltungsräte für Lehrkrankenhäuser; ärztliche Repräsentanten in den Entscheidungsorganen des (NHS-)Krankenhaussektors; Möglichkeit privatärztlicher Tätigkeit; Nutzung von NHS-Betten für die Behandlung

brachten denn auch das Argument vor, daß eine Überführung der Krankenhäuser in Staatseigentum durch keinen Parteibeschuß gedeckt sei (ebd.: 76). Eine Verstaatlichung der voluntary hospitals hatten Labour-Parteitage im Einklang mit den Gewerkschaften freilich schon vor dem Ersten Weltkrieg verlangt.

³⁴ Angesichts der relativ kleinen Zahl qualifizierter Fachärzte - es gab damals in Großbritannien nur etwa 3.500 (Honigsbaum 1989: 144f.) - war es von versorgungspolitisch großer Bedeutung, daß sich möglichst viele dieser Ärzte zu einer Mitarbeit im Gesundheitsdienst bereit fanden. Der Minister ließ sich wohl auch von der *Maxime Divide et impera!* leiten, denn es mußte seine Position letztlich auch gegenüber der British Medical Association stärken, wenn er die Spitzen der reputierten Royal Colleges auf seine Seite ziehen konnte.

von Privatpatienten; "distinction awards" - Gehaltszuschläge für (dem Urteil von Standesgremien zufolge) besonders verdiente Ärzte.

Daß es Bevan gelang, die Präsidenten der Royal Colleges für sein Vorhaben zu gewinnen, war einer der Gründe für die Schwäche der Organisationen, die die Interessen der freigemeinnützigen Krankenhäuser zu vertreten suchten. Namentlich die British Hospitals Association³⁵ hatte auf die "Konfiszierungspläne" der Regierung mit einem entschiedenen Nein reagiert (Honigsbaum 1989: 136ff., 180ff.), mußte sich aber am Ende mit der Versicherung begnügen, daß die vorgesehenen Managementgremien den Charakter von Selbstverwaltungsorganen haben würden (Fox 1986: 137).

Wesentlich leiser als Skeptiker in der Regierung befürchtet hatten war der Widerspruch, der sich auf seiten der Kommunen erhob (Honigsbaum 1989: 179f.). Spätestens als der London County Council sich mit der Verstaatlichung seines "vast hospital empire" (Abel-Smith 1964: 372) grundsätzlich einverstanden erklärte, waren von kommunaler Seite keine Störfeuer mehr zu erwarten. Daß der Rat relativ schnell einlenkte und sich mit den ihm zugestandenen Sitzen in Entscheidungsorganen des Krankenhausdienstes zufriedengab, war neben parteipolitischen Loyalitäten auch darin begründet, daß ein Teil der Krankenhäuser Bombenschäden davongetragen hatte, die den ohnehin schon erheblichen Investitionsbedarf noch vergrößerten. Auch andere Kommunen hätten ihre Krankenhäuser gern behalten, waren aber zugleich froh, einen Ausgabenposten im Haushalt streichen zu können.

Die krankenhausbezogenen Pläne bildeten den Teil des Reformprogramms, dem die weitestgehenden Interventionsabsichten zugrunde lagen. Aufs Ganze gesehen verlief die krankenhauspolitische Entscheidungsfindung gleichwohl relativ konfliktarm. Über die Reform der allgemeinärztlichen Versorgung kam es hingegen zwischen Gesundheitsminister und British Medical Association³⁶ zu giftigen Auseinandersetzungen, die zeitweise das gesamte Reformwerk zu gefährden schienen (vgl. Honigsbaum 1989: 94ff.; Webster 1988: 107ff.).

Genährt wurden diese Konflikte vor allem von ärztlichen Befürchtungen, die Regierung wolle nach und nach alle Ärzte zu NHS-Bediensteten machen. Konkrete Steine des Anstoßes waren in den Gesetzesplänen der Regierung bzw. im NHS Act enthaltene Bestimmungen, die die Gründung eines zentralen, zur Verhängung von Zulassungssperren autorisierten Medical Practices Committee vorsahen und den (Ver-)kauf einer Praxis verboten.³⁷ Als besonderes Ärgernis wurde schließlich

³⁵ Die seit 1884 bestehende British Hospitals Association war ein konstitutionell schwacher Zusammenschluß freigemeinnütziger Krankenhäuser. Die Mitgliedsbeiträge und die finanziellen Möglichkeiten der BHA waren bescheiden, das Interesse vieler Mitgliedskrankenhäuser an der Arbeit der Krankenhausgesellschaft ebenfalls. Namentlich die Lehrkrankenhäuser und insonderheit die Londoner Lehrkrankenhäuser tendierten dazu, ihre eigenen Wege zu gehen. "There was nor real corporate sense" im freigemeinnützigen Krankenhauswesen (Abel-Smith 1964: 411).

³⁶ Die 1832 als Provincial Medical and Surgical Association gegründete BMA hatte sich rasch zur größten britischen Ärzteorganisation entwickelt. Auch als die BMA, die zunächst ein Interessenverband der general practitioners war, schließlich die Mehrzahl der Fachärzte in ihren Reihen hatte, blieben viele consultants noch auf Distanz (vgl. Parry/Parry 1976).

³⁷ Wenn sich ein Arzt ins Privatleben zurückzog (oder starb), sollte (den Angehörigen) eine am good will orientierte Entschädigung gezahlt werden.

die Absicht der Regierung empfunden, den Honorierungsmodus per Ministererlaß zu modifizieren: Die für die National Health Insurance (resp. nach deren Auflösung den Gesundheitsdienst) tätigen Allgemeinärzte sollten ihr Honorar nicht mehr nur in Form einer Kopfpauschale erhalten, sondern einen Teil ihres Einkommens als Basisgehalt beziehen.

Doch auch mit der BMA wurde der Gesundheitsminister schließlich handelseins³⁸ - anderthalb Jahre nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens und nur wenige Wochen vor dem "Appointed Day". Am 5. Juli 1948 konnte der National Health Service offiziell seine Arbeit aufnehmen. Englands Ärzte waren in ihrer großen Mehrzahl bereit (und finanziell darauf angewiesen), sich als Bedienstete oder unabhängige Vertragspartner des NHS an der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Falsch wäre die Annahme, in den verstaatlichten Krankenhäusern wirkenden Ärzten wäre ein politisch-administratives Gängelband angelegt worden. Das institutionelle Profil des neuen Gesundheitsdienstes war vielmehr gerade dadurch geprägt, daß es dezidierte "Staatsnähe" bei Finanzierung und Infrastruktur mit ausgeprägter "clinical autonomy" und professioneller (Selbst-)Regelung in Qualitätsfragen kombinierte.

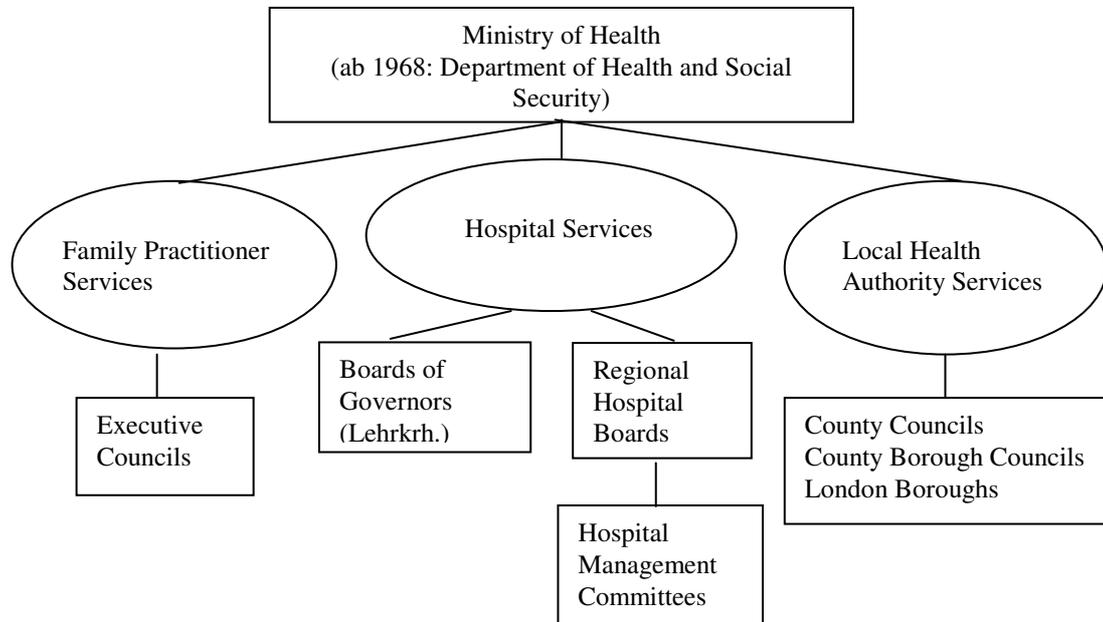
Verschiedene Aspekte der Entstehungsgeschichte des NHS sind hier etwas ausführlicher angesprochen worden, weil die grundlegende Entscheidung für eine umfassende, aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte "Staatsbürgerversorgung" sich als institutionelle Festlegung erwiesen hat, die politische Handlungsbedingungen bis heute prägt. Die Organisationsstrukturen des Gesundheitsdienstes hingegen sind nach 1948 und namentlich ab Mitte der siebziger Jahre häufig Gegenstand staatlicher Reformpolitik gewesen.

³⁸ Auf die geplante Änderung des Honorierungsmodus wurde weitgehend verzichtet, nur in den ersten drei Praxisjahren sollte ein Basissalar gezahlt werden. Außerdem verpflichtete sich die Regierung in einem Amendement, kein Vollgehalt für general practitioners einzuführen.

3 Organisationsstrukturen

Der National Health Service war bis 1974 in drei Sektoren gegliedert, womit er an traditionelle Strukturmerkmale des britischen Gesundheitswesens anknüpfte.³⁹

Abb. 1: Struktur des NHS in England, 1948



Als "national service" im engeren Sinne hatte man nur den Krankenhaussektor verfaßt, wo spezielle Körperschaften im Auftrag der Regierung die Administration steuerfinanzierter und in staatlichem Eigentum stehender Versorgungseinrichtungen übernahmen. Auf regionaler Ebene waren (in England) 14 Regional Hospital Boards (RHBs) gebildet worden, deren Mitglieder der Gesundheitsminister nach Konsultationen mit Kommunen, Krankenhäusern, Ärzteorganisationen und medizinischen Fakultäten ernannte. Bei der Abgrenzung der Krankenhausregionen hatten verschiedene Gesichtspunkte eine Rolle gespielt: die "natürlichen" Einzugsgebiete der Häuser und örtliche Besonderheiten, namentlich aber die Absicht, Regionen zu bilden, in denen sich eine Universität mit medizinischer Fakultät befindet und deren Größe die Vorhaltung einer mehrstufigen Krankenhausinfrastruktur sinnvoll macht. Den regionalen Körperschaften wies das NHS-Gesetz die Aufgabe zu, "generally to administer on behalf of the Minister the hospital and specialist services provided in their area" (zit. n. Ham 1982: 22). Diese globale Aufgabenbestimmung hatte das Gesundheitsministerium durch Erlasse und Rundschreiben dahin präzisiert, daß die RHBs für strategische Fragen der Angebots- und Finanzplanung sowie die Kontrolle der rund 400 Hospital Management Committees (HMCs) verantwortlich sein sollten. Letztgenannte Gremien, deren Mitglieder von den Regionen bestimmt wurden, waren jeweils für ein einzelnes Krankenhaus oder, im Regelfall, für mehrere Häuser - die Zahlen schwankten zwischen 2 und 20 - zuständig. Innerhalb der auf regionaler Ebene gesetzten oder konkretisierten Vorgaben hatten sie Aufgaben des operati-

³⁹ Daß der Gesundheitsdienst "auf dem Reißbrett konstruiert" worden sei (Arnold 1993a: 424), kann man deshalb nur mit Einschränkungen sagen.

ven Managements und der Krankenhausverwaltung zu erfüllen. Die Hospital Management Committees waren den Regional Hospital Boards, diese dem Minister verantwortlich. Der Minister wiederum war mit seinen umfassenden Kompetenzen (zumindest theoretisch) in ebenso umfassender Weise dem Parlament Rechenschaft schuldig.

Zu den Konzessionen, die Gesundheitsminister Bevan im Zuge der Reformverhandlungen gemacht hatte, gehörte, daß die 36 Lehrkrankenhäuser des Landes einen Sonderstatus erhielten. Für ihre Leitung waren nicht RHBs und HMCs, sondern eigens für jedes Haus konstituierte und dem Minister direkt verantwortliche Boards zuständig.

In der primärärztlichen Versorgung fungierten separate administrative Organe (Executive Councils) als Vertragspartner niedergelassener general practitioners. Ihre Zuständigkeitsgebiete hatte man zumeist in Orientierung an den Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften festgelegt. Den dritten Sektor des NHS bildeten die kommunalen Gesundheitsdienste. Durch Gemeindesteuern und staatliche Zuschüsse finanziert, umfaßte ihr Leistungsspektrum neben ambulanter Krankenpflege die Betreuung von Schwangeren und Müttern, gesundheitserzieherische Maßnahmen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und umwelthygienische Aktivitäten.⁴⁰

3.1 Die NHS-Reformen von 1974 und 1982

Kritik an der dreigliedrigen Struktur des NHS regte sich bald, fiel aber politisch vorerst ins Leere. Bis in die sechziger Jahre hinein blieben grundlegende Organisations- und Koordinierungsfragen praktisch ein non-issue. Dann jedoch stieg der Begriff der "Integration" zur Leitformel einer Reorganisationsdiskussion auf, die mit dem Amtsantritt der ersten, auch im Blick auf den NHS reformgewillten Regierung Wilson eine unmittelbar politische Bedeutung gewann. Ein Ende der sechziger Jahre vorgelegtes Reformprogramm wurde wegen des Regierungswechsels 1970 nicht umgesetzt. Vier Jahre später führte eine konservative Regierung die erste große Strukturreform des Gesundheitsdienstes durch.

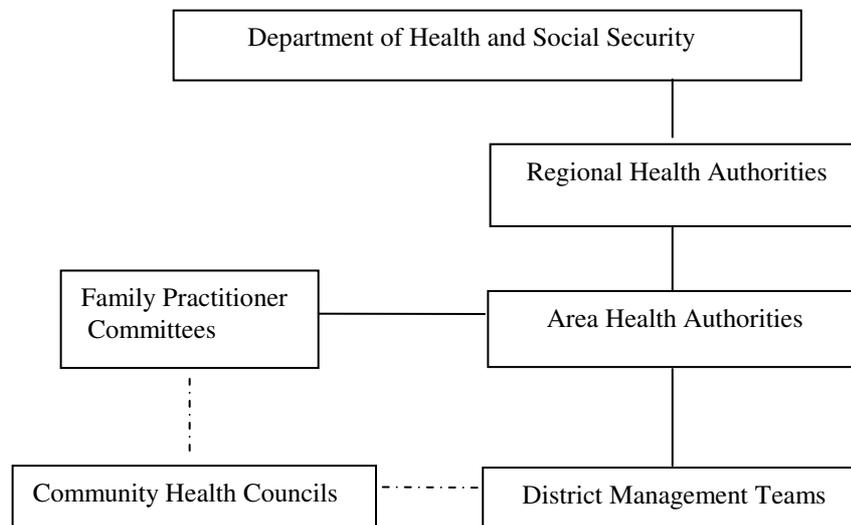
Die Reform war unter der doppelten Zielsetzung der Integration und administrativen Straffung konzipiert worden. Das Integrationsziel wurde - organisatorisch gesehen - partiell erreicht: Die Zuständigkeit der 90 neuen Area Health Authorities⁴¹ schloß die bis dahin von den Kommunen betriebenen NHS-Einrichtungen und auch die Lehrkrankenhäuser ein. Auf der anderen Seite blieb die primärärztliche Versorgung ein separater Sektor, dessen administrative Organe - die in Family Practitioner Committees umgetauften Executive Councils - nur nominale Verbindungen zu den Health Authorities hatten. Durch die Bildung einer regionalen Entscheidungsebene und die Aufteilung der größeren Areas in Distrikte war zudem eine Struktur entstanden, die der ursprünglichen Absicht administrativer Vereinfachung kaum entsprach. Eine erwähnenswerte Neuschöpfung

⁴⁰ Dem Aufgabenbereich des NHS nicht zugeordnet wurden der betriebliche Gesundheitsschutz, die medizinische Betreuung der Soldaten und ihrer Angehörigen sowie der schulärztliche Dienst.

⁴¹ Den Empfehlungen einer Royal Commission folgend, sah die damals in Großbritannien durchgeführte Kommunalreform die Bildung von 90 Local Authorities vor. Die räumlichen Zuständigkeitsgebiete von Health Authorities und Local Authorities sollten im Interesse einer engeren Verzahnung von Gesundheits- und Sozialdiensten übereinstimmen.

der 1974er Reform waren die speziell zur Vertretung von Bürger- und Patienteninteressen auf lokaler Ebene eingerichteten Community Health Councils (vgl. Kap. 9.2).

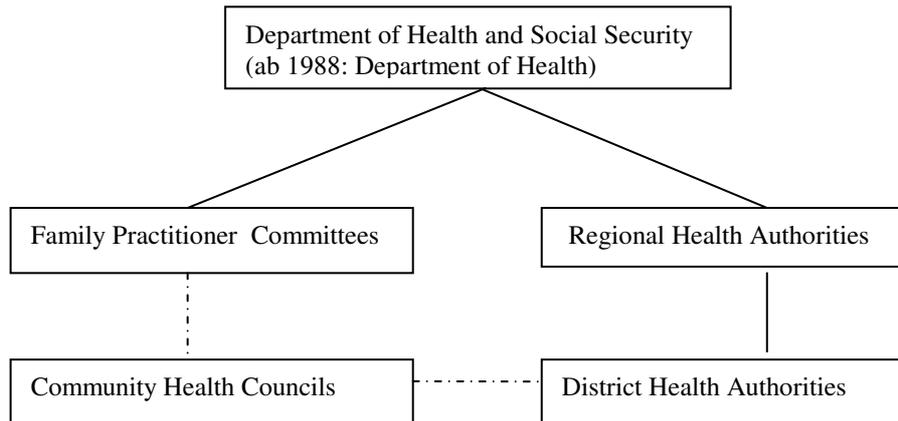
Abb. 2: Struktur des NHS in England, 1974



Noch bevor die von einem vielstimmigen Kritikerchor begleitete Reform ihren formellen Abschluß gefunden hatte, kam eine neue Reorganisationsdiskussion in Gang. Die reformierte NHS-Struktur wurde weithin als kompliziertes, Entscheidungsvorgänge verzögerndes Arrangement gesehen, das überdies den administrativen Personalbedarf wachsen ließ. Der Reorganisationsprozeß vollzog sich zudem unter widrigen Bedingungen. Mit Entgelt und Arbeitsbedingungen unzufriedene Mitarbeiter griffen in vorher nicht gekannter Weise zu Arbeitskampfmaßnahmen, und in Teilen der Ärzteschaft gäerte es wegen der im März 1974 von der (Labour-)Gesundheitsministerin eingeleiteten Schritte, die Zahl privatmedizinisch nutzbarer Betten in NHS-Krankenhäusern ("pay beds") zu reduzieren. Hinzu kam die Sparpolitik, zu der sich die Regierung durch eine in den Galopp verfallende Inflation genötigt sah.

Auch eine 1976 eingesetzte Royal Commission kam zu der Auffassung, daß der Gesundheitsdienst mit administrativen Instanzen überfrachtet sei und empfahl - nicht ohne vor einer Überschätzung (re-)organisatorischer Maßnahmen zu warnen - entsprechende Schritte (RCNHS 1979). Die (jetzt wieder von den Tories gebildete) Regierung antwortete mit einer Absichtserklärung, der im Juli 1980 konkrete Entscheidungen folgten. Anders als spätere Maßnahmen konservativer NHS-Politik zog diese auf die Vereinfachung der administrativen Struktur des Gesundheitsdienstes zielende Reorganisation wenig Widerspruch auf sich. Ihre Kernpunkte waren der Verzicht auf die Area-Ebene und die Schaffung von 192 District Health Authorities, die 1982 ihre Arbeit aufnahmen.

Abb. 3: Struktur des NHS in England, 1982



Nur zwei Jahre später wurden weitere Reorganisationsmaßnahmen eingeleitet. Veränderungen in der Leitungsorganisation sollten die Voraussetzungen für ein zupackendes, an privatwirtschaftlichen Vorbildern orientiertes Management schaffen. Anfang 1983 hatte der Gesundheitsminister ein kleines Team, dem überwiegend Manager aus privaten Unternehmen angehörten, damit beauftragt, den NHS unter Managementaspekten zu untersuchen (vgl. Kap. 8.2). Der "Griffiths Report" erkannte im Grundsatz konsensueller Entscheidungsfindung ("consensus management") - für die 74er Reform noch ein zentrales Managementkonzept - und im Fehlen klarer Verantwortlichkeiten Hauptursachen für die von ihm diagnostizierte Schwerfälligkeit und Veränderungsscheu des NHS-Managements. Den Empfehlungen der Gruppe folgend, wurden ab Sommer 1984 auf allen Ebenen des Gesundheitsdienstes Geschäftsführer (General Managers) ernannt, die die kollegialen Leitungsgremien ablösten, deren Bildung die 1974er Reform verbindlich vorgegeben hatte. Die neuen Führungskräfte sollten als die eindeutig bestimmten, aktiven Träger der Leitungsverantwortung fungieren, die der Griffiths Report vermißt hatte. Im Gesundheitsministerium wurde zudem ein spezielles Managementgremium, der NHS Management Board, eingerichtet, in das der Minister leitende NHS-Mitarbeiter, Ministerialbeamte und Geschäftsleute berief.

3.2 Der interne Markt

Im Januar 1988 erklärte Premierministerin Thatcher während eines Fernsehinterviews, daß der Gesundheitsdienst einer grundlegenden Prüfung unterzogen werde. Die Ereignisse, die dieser Eröffnung vorausgegangen waren, werden mit recht dramatischen Formulierungen bedacht. So ist von einer Finanzierungskrise und von einem "autumn of discontent"⁴² die Rede. In den Medien hatten Berichte über Abteilungsschließungen und aufgeschobene Operationen Konjunktur. "Horror stories about the NHS" erschienen "on an almost daily basis", bemerken die Thatcher-Memoiren (Thatcher 1993: 608). In den ersten sechs Monaten des Parlamentsjahres 1986/87 mußte die Regierung 26 Anfragen zu Leistungskürzungen im Gesundheitsdienst beantworten, und neun Debatten zur Lage des NHS fanden statt (Butler 1992: 3f.). Die in die Defensive geratene Regierung verwies auf Ausgabenzuwächse und gestiegene Leistungszahlen. Zu Recht. Allerdings war der re-

⁴² Eine Anspielung auf den durch Streiks in öffentlichen Diensten geprägten "winter of discontent" 1978/79.

ale Ausgabenanstieg speziell im Krankenhaussektor bescheiden gewesen.⁴³ Seit Mitte der siebziger Jahre hatte London die Ausgaben für Krankenhäuser und gemeindebezogene Dienste mittels sog. "cash limits" - fixe Ausgabenlimits, die über den Vorausschätzungen liegende Lohn- und Preissteigerungen ignorierten - budgetiert. Von der Regierung Thatcher war dieses Instrument strikt gehandhabt worden. Wegen der ebenfalls Mitte der siebziger Jahre eingeleiteten Reallokationspolitik (Kap. 4.3) differierten die Effekte freilich von Region zu Region. Am stärksten betroffen waren die (im Vergleich) noch immer als "übersorgt" geltenden NHS-Regionen, zu denen insbesondere auch die Themse-Regionen gehörten, wo man zum Teil mit schrumpfenden Etats zurechtkommen mußte. Die Sparpolitik war so in London besonders deutlich spürbar.

Nun ist das Wort von der (durch Geldmangel hervorgerufenen) "Krise" des Gesundheitsdienstes Interessenvertretern und Kritikern staatlicher NHS-Politik seit jeher leicht über die Lippen getreten. Daß sich jedoch im Dezember 1987 neben der British Medical Association vier Royal-College-Präsidenten mit einer Erklärung an die Öffentlichkeit wandten, die die prekäre Lage des NHS beklagte und auf Abhilfe drang, war ungewöhnlich.⁴⁴ Auch eine Umfrage, die im Auftrag des Verbandes der Health Authorities in den NHS-Gliederungen durchgeführt worden war, zeigte, daß man vielerorts Notmaßnahmen ergriffen hatte, um innerhalb der cash limits zu bleiben (Ham et al. 1990: 11ff.). Die Leistungserbringer konnten zudem den Kampf um die Gunst der Öffentlichkeit klar für sich entscheiden.⁴⁵ Die Positionen beider Seiten waren in der Sache nicht neu. Neu war die Heftigkeit, mit der der Konflikt ausgetragen wurde. "The crisis, partly real, partly media-led, 'hit'" (Paton 1992: 37). Für R. Klein liegt der Grund nur zum Teil in wachsenden Finanznöten. Nach seiner Analyse ist ein wichtiger Faktor in der gesunkenen Bereitschaft von Ärzten und Pflegekräften zu sehen, die von einer restriktiven Ausgabenpolitik gesetzten Bedingungen stillschweigend zu akzeptieren. Dies wiederum wird als Politikeffekt interpretiert, als Wirkung von Maßnahmen, mit denen Thatcher-Regierungen versucht hatten, Effizienzsteigerungen im Gesundheitsdienst zu stimulieren - die Griffiths-Reformen wären hier etwa zu nennen. "If doctors and nurses perceived the NHS to be in a state of crisis, it was predominantly if not exclusively because they saw themselves threatened by the Government's policies for solving that crisis" (Klein 2001: 155).

Die Regierung reagierte zunächst mit einer Aufstockung der Krankenhausmittel um gut 100 Mio. Pfund. Einige Wochen später machte die Premierministerin dann ihre Entscheidung publik, den NHS einer grundlegenden Prüfung zu unterziehen, deren Ergebnisse binnen Jahresfrist vorliegen sollten. Diese Entscheidung überraschte selbst einige Kabinettsmitglieder. Eine aufs Grundsätzliche gehende "review" war bis dahin allenfalls, nach erneut gewonnener Wahl, für die nächste

⁴³ Das NHS-Budget für die Krankenhausversorgung ist in den achtziger Jahren insgesamt nur um real gut 7 % gewachsen (vgl. Day/Klein 1991: 42).

⁴⁴ "Each day we learn of new problems in the NHS - beds are shut, operating rooms are not available, emergency wards are closed, essential services are shut down in order to make financial savings. In spite of the efforts of doctors, nurses and other hospital staff, patient care is deteriorating. Acute hospital services have almost reached breaking point. Morale is depressingly low (...). An immediate overall review of acute hospital services is mandatory. Additional and alternative funding must be found. We call on the government to do something now to save our Health Service, once the envy of the world" (zit. n. Butler 1992: 4).

⁴⁵ Laut einer im Mai 1988 veröffentlichten Umfrage glaubten gerade 3 % der Befragten, daß genug Geld für den Gesundheitsdienst ausgegeben werde (Butler 1992: 5).

Legislaturperiode ins Auge gefaßt worden (Riddell 1991: 138). Ohne den "autumn of discontent" hätte es sie vielleicht nie gegeben.

"Working for Patients"

Eine kleine Kommission wurde gebildet, deren Mitglieder aus dem engsten Regierungskreis kamen. Schatzamt und Gesundheitsministerium waren höchstrangig vertreten, die Regierungschefin führte den Vorsitz, hinzu kam Roy Griffiths, damals stellvertretender Vorsitzender des NHS Management Board. Die Kommission hatte keinen offiziellen Auftrag. Formelle Konsultationen fanden, in auffälligem Kontrast zu früheren NHS-Kommissionen, nicht statt. Im Rahmen informeller Treffen konsultierte die Gruppe Einzelpersonen, deren Namen, auch dies ein Novum, nicht bekanntgemacht wurden. "The review group functioned, in effect, as a Cabinet committee and its initial objective was primarily political: to change the NHS in ways that would still the chorus of discontent about its funding while maintaining, and preferably advancing, the broad thrust of government policy for the public services" (Butler 1992: 5).

Als die Kommission mit der Arbeit begann, war die Erwartung verbreitet, daß die Regierung nun die "radikale" Reform in Angriff nehme, auf die sie sich bis dahin entgegen mancher Erwartung nicht eingelassen hatte. In den frühen achtziger Jahren hatte eine Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern des Schatzamts und der für die Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich zuständigen Ministerien zusammensetzte, alternative Finanzierungsmethoden diskutiert. Die Regierung war auf der Grundlage des Gruppenberichts zu dem Schluß gelangt, daß der Finanzierungsmodus beibehalten werden sollte: Hinsichtlich der Kosten stand der NHS im europäischen Vergleich sehr gut da. Daß der Wechsel zu einem anderen Finanzierungssystem per se Kostenvorteile bringen würde, war nicht zu erwarten. Zudem würde ein Großteil des NHS so oder so aus Steuermitteln finanziert werden müssen (vgl. Ham 1999: 33f.). Ein (partieller) Übergang zur privaten Krankenversicherung gehörte dann gleichwohl zu den Sparoptionen, die eine vom Schatzkanzler initiierte Studie über die Finanzierung des Wohlfahrtsstaates einige Zeit später auflistete. Praktische Konsequenzen hatte auch dies nicht, es nährte aber den Verdacht, daß der NHS in den Händen der Regierung eben doch nicht sicher war.⁴⁶

Auch in der Kommissionsarbeit standen zunächst Finanzierungsfragen im Vordergrund. Erneut kamen Vorschläge zur Diskussion, die eine (sozial-)versicherungsfinanzierte Gesundheitsversorgung anpeilten. Die Kommission verwarf sie aus den gleichen Gründen, die solche Konzepte schon früher scheitern ließen: die unkalkulierbaren politischen Risiken eines Systemwechsels, das einer (zentralstaatlichen) Steuerfinanzierung inhärente Begrenzungspotential. Bis zum Sommer 1988 scheint die Kommission kaum Fortschritte gemacht zu haben. Grundlegende Veränderungen des Finanzierungsmodus sollte es nicht geben. Was die Höhe der NHS-Mittel namentlich für den Krankenhaussektor betraf, so hatte die Regierung bereits zugelegt, und sie würde weitere zusätzliche Mittel bereitstellen, wenngleich sie damit weit hinter einschlägigen Forderungen zurückblieb. Diesen Forderungen nachzukommen, war aus haushaltspolitischen Gründen indiskuta-

⁴⁶ Der NHS sei "safe with us", hatte die Premierministerin 1982 auf dem Parteitag der Tories mit Nachdruck versichert (Baggott 2004: 100).

bel. Vor allem aber wollte die Kommission selbst in einer massiven Mittelaufstockung keine wirkliche Problemlösung sehen.

Der "Durchbruch" kam mit einem Wandel der Problembestimmung, der durch einen Neuzugang gefördert wurde. Im Juli war das Gesundheits- und Sozialministerium (wieder) aufgeteilt worden,⁴⁷ und mit Kenneth Clarke war ein "firm supporter of the NHS" (Ham et al. 1990: 15) zum Gesundheitsminister avanciert. Die Veränderung der Perspektive bestand darin, daß das Problem nicht mehr in erster Linie als Finanzierungs-, sondern als Effizienzproblem aufgefaßt wurde. Nun war die Effizienzthematik nicht eben neu. Seit Beginn der achtziger Jahre waren diverse Maßnahmen getroffen worden, die (auch) auf Effizienzsteigerungen im Gesundheitsdienst zielten. Größere Durchschlagskraft erhoffte man sich jetzt von einer Reform, die das unter Effizienzgesichtspunkten zentrale Strukturdefizit des NHS anging. Dieses Defizit erkannte die Kommission im Fehlen wirksamer Anreize, genauer: im Fehlen marktlicher Steuerungselemente.

Die Kommission hatte verschiedene Wettbewerbs-/Marktkonzepte für die Gesundheitsversorgung gesichtet. Entwürfe, die auch einen Wechsel des Finanzierungsmodus vorsahen, wurden zur Seite gelegt. Konzepte, die die Beibehaltung des Finanzierungsmodus mit der Einführung eines Anbieterwettbewerbs verknüpften, sahen "interne Märkte" für den Gesundheitsdienst vor. Einen für die Entwicklung der Kommissionsüberlegungen wesentlichen Bezugspunkt hatte der amerikanische Gesundheitsökonom Alain Enthoven geliefert.⁴⁸ In seinen "Reflections on the Management of the National Health Service" hatte Enthoven gravierende Mängel diagnostiziert (Enthoven 195; vgl. a. Enthoven 1991): hochgradig politisierte und zentralisierte Entscheidungsstrukturen, fehlende oder "perverse" Anreize in Hinsicht auf Wirtschaftlichkeit wie Patientenorientierung, Dominanz der Leistungserbringer.

Enthoven schlug ein Arrangement vor, das er als "Marktsozialismus" apostrophierte, weil es marktliche Steuerungselemente mit den Prinzipien einer Bürgerversorgung kombinierte. Die NHS-Distrikte sollten ihre Mittel weiterhin aus Steuergeldern erhalten und für die Gesundheitsversorgung der jeweiligen Wohnbevölkerung verantwortlich bleiben. Leistungen, die Distrikt A für einen Patienten aus Distrikt B erbringt, würden hingegen von B zu vergüten sein. Die NHS-Distrikte sollten wie öffentliche Unternehmen agieren, die untereinander und mit privaten Anbietern Tauschbeziehungen eingehen und deren Manager Einkaufs- und Investitionsentscheidungen in eigener Verantwortung treffen.

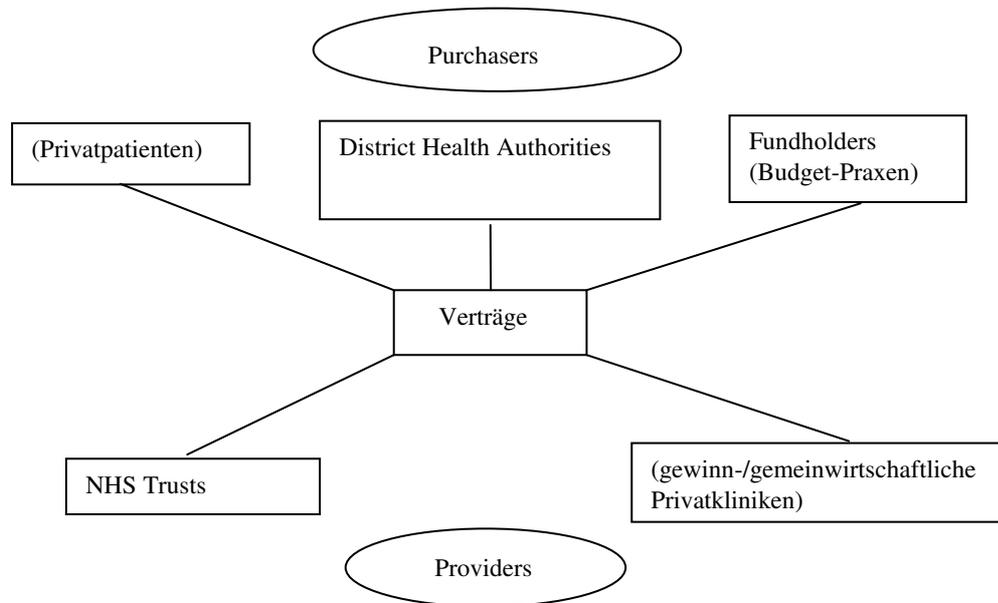
Die Resultate der Kommissionsarbeit wurden im Februar 1989 in einem "Working for Patients"

⁴⁷ Das Department of Health and Social Security war 1968 durch Fusionierung des Gesundheits- und des Sozialministeriums entstanden. Auch unabhängig von den aktuellen gesundheitspolitischen Ereignissen galt seine Aufteilung im Sommer 1988 nur noch als Frage der Zeit. Das Ministerium war "extremely difficult ... to run", wie sich ein früherer Staatssekretär erinnert. Ex-Premier Wilson, der die Zusammenlegung entschieden hatte, erschien sie im Rückblick selbst als Fehler. Anders als die meiste Zeit zwischen 1945 und 1968 gehört der Gesundheitsminister seit 1988 dem Kabinett an (vgl. Hennessy 1990: 419ff.).

⁴⁸ Enthoven, Berater amerikanischer Regierungen und prominenter Fürsprecher von "managed competition" im Gesundheitssektor, hatte sich 1984 auf Einladung der Nuffield Stiftung in England aufgehalten. Seine Gedanken haben nicht nur die britische Diskussion in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre beeinflusst.

betitelten Weißbuch (DH 1989a) sowie acht Arbeitspapieren veröffentlicht und im Jahr darauf ohne nennenswerte Änderungen in Gesetzesform gegossen. Die meisten Bestimmungen des National Health Service and Community Care Act traten im April 1991 in Kraft.⁴⁹ Das Gesetz orientierte sich an Enthovens Konzept und ging zugleich darüber hinaus. Sein Herzstück war die Etablierung eines "internen Marktes" für Krankenhausleistungen.

Abb. 4: "Purchaser/provider split"



Die grundlegende Neuerung war der "purchaser/provider split": NHS-Distrikte sollten ihren Sicherstellungsauftrag nicht mehr erfüllen, indem sie die Funktionsfähigkeit von Versorgungseinrichtungen gewährleisteten, sondern indem sie Leistungen kauften. Da sie dabei grundsätzlich nicht auf NHS-Krankenhäuser beschränkt waren und NHS-Häuser Leistungen auch privaten Nachfragern anbieten konnten, war die - weder im Weißbuch noch im Gesetz vorkommende, aber bald geläufige und auch in den "amtlichen" Sprachschatz übernommene - Rede vom "internen" Markt ungenau. Sie läßt sich insofern rechtfertigen, als die Marktanteile privater Anbieter und Nachfrager gering blieben.

Neben den Health Authorities sah das Reformprogramm eine zweite Kategorie von Leistungskäufern vor: Niedergelassene general practitioners konnten sich mit einem Budget ausstatten lassen, aus dem sie bestimmte Krankenhausleistungen (etwa diagnostische Leistungen und elektive Eingriffe) für ihre Patienten finanzieren mußten. Der "fundholder" war eine wichtige Neuschöpfung, die Enthovens Marktconcept nicht vorsah.

⁴⁹ Die Regelungen des Gesetzes zur community care machten die Versorgung etwa alter oder psychisch kranker Menschen in der Gemeinde grundsätzlich zur Aufgabe der Kommunen. Die mit einem Versorgungsbudget ausgestatteten kommunalen Stellen sollten im Sinne eines umfassenden Fallmanagements agieren, d.h. je nach Bedarf und Angebotslage Leistungen selbst erbringen oder kaufen und für eine koordinierte Leistungserbringung sorgen. Kommunen und Health Authorities wurden zur gemeinsamen Versorgungsplanung verpflichtet.

Zu den über Enthoven hinausgehenden Elementen zählte auch eine Selbstverwaltungsoption für NHS-Krankenhäuser: Weiterhin Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, aber nicht mehr der Zuständigkeit der Health Authorities unterliegend, sollten sich selbstverwaltete Krankenhäuser ("NHS Trusts") durch den Verkauf ihrer Leistungen an NHS-Distrikte, niedergelassene Ärzte, andere Krankenhäuser und private Nachfrager finanzieren. Sie erhielten personal- und investitions-politischen Spielraum und konnten Überschüsse erzielen, mußten aber auch Verlustrisiken tragen. In jedem Krankenhaus, das die Selbstverwaltung wählte, wurde ein Board als oberstes Leitungsorgan installiert. Seine Zusammensetzung: fünf leitende Angestellte (darunter ein Arzt und eine Pflegekraft), fünf ehrenamtliche, vom Minister berufene Mitglieder und der ebenfalls ministeriell bestimmte Vorsitzende.

Die Etablierung des internen Marktes bildete den institutionellen Kern des Reformprogramms. Daneben wurde die "managerial revolution" vorangetrieben (Bussey 1989: 512). Deutlicher als je zuvor waren die Health Authorities nun als Managementinstanzen verfaßt. Die Spannung zwischen einer "repräsentativen" und einer managementorientierten Auffassung der Health-Authority-Aufgaben, die die Geschichte der NHS-Politik durchzieht, wurde im Sinne der zweiten Sicht aufgelöst. Repräsentanten der Gesundheitsberufe und der Kommunen sahen sich aus dem (verkleinerten) Kreis der Boardmitglieder, zu denen jetzt auch fünf leitende NHS-Mitarbeiter zählten, ausgeschlossen. Alle ehrenamtlichen Mitglieder sollten vom Gesundheitsminister ernannt werden. Nicht zuletzt das oppositionelle Gebaren manches in NHS-Gremien wirkenden Kommunalpolitikers der Labour Party dürfte die Regierung in ihrer Absicht bestimmt haben, die "representational distraction" der Health Authorities (ebd.: 513) zu beenden.

Implementation

"Working for Patients" hatte in bezug auf die genaue Ausgestaltung der geplanten Maßnahmen vieles offengelassen. Und auch die nachgeschobenen Arbeitspapiere brachten nicht unbedingt die gewünschte Klarheit. Ministerielle Statements oszillierten zwischen der Versicherung, die Reformen stünden in der Tradition einer bewahrenden NHS-Politik, und einer Rhetorik, die die Größe des Wandels hervorhob. Das faktischen Ausmaß der strukturellen Veränderungen hing wesentlich davon ab, inwieweit sich niedergelassene Ärzte und NHS-Krankenhäuser entschlossen, die neuen Optionen des fundholding und der Selbstverwaltung wahrzunehmen.

Angesichts der erregten Opposition, die das Reformprogramm auf sich gezogen hatte,⁵⁰ herrschte zunächst die Erwartung vor, "that there would be very little take-up of either route to

⁵⁰ Manager unterstützten es als einzige Gruppe im NHS. Ansonsten löste das Programm die "biggest explosion of political anger and professional fury in the history of the NHS" (Klein 2001: 111) aus. Ärztliche Opposition galt nicht nur den krankenhauspolitischen Plänen, die in "Working for Patients" im Vordergrund standen. Etwa zeitgleich mit dem Weißbuch war der Entwurf neuer Verträge für niedergelassene Ärzte veröffentlicht worden. Er sah finanzielle Anreize für ärztliche Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung vor, zudem Einkommenszuschläge für Ärzte, die in unterversorgten Gebieten praktizieren. Die Position der Patienten sollte durch einen erleichterten Arztwechsel, namentlich aber durch die Anhebung des Einkommensanteils der Kopfpauschalen (von 46 % auf 60 %) gestärkt werden. Auch in der Auseinandersetzung um die neuen Verträge blieb die Regierung hart.

independence" (Webster 1998: 197). Diese Erwartung bestätigte sich jedoch nicht. Die Regierung erleichterte die Bedingungen für den Übergang zur Selbstverwaltung und setzte starke Anreize, wobei bald nicht mehr nur große Akutkrankenhäuser, sondern alle NHS-Einrichtungen als potentielle Kandidaten für die Umwandlung in einen NHS Trust angesehen wurden. Die erste "Welle" von Trust-Bildungen umfaßte 57 Einrichtungen, zumeist größere Akutkrankenhäuser. Nach der vierten Welle waren nur mehr 5 % der Versorgungseinrichtungen des Gesundheitsdienstes in der Trägerschaft einer Health Authority verblieben. 1997 zählte man insgesamt 429 NHS Trusts. Zugleich waren diverse Fusionen im Gange oder in Gang gekommen, z.T. im Angesicht des drohenden Bankrotts oder der drohenden Schließung.

Bei den Praxisbudgets ("fundholding") wurde die als Teilnahmevoraussetzung festgelegte Mindestgröße der Patientenliste in schnellen Schritten abgesenkt: von zuerst 11.000 auf 9.000, dann auf 7.000, schließlich auf 5.000. Zudem lockten beachtliche finanzielle Teilnahmeanreize. Zur ersten Welle des fundholding in England gehörten 291 Praxen, ca. 7 % der general practitioners und der zu versorgenden Bevölkerung. Mit den Neuzugängen des Jahres 1996 befanden sich dann etwa die Hälfte der englischen Primärärzte und ein etwas höherer Anteil der Bevölkerung im Geltungsbereich der einschlägigen Regelungen, die sich im Regelfall auf ein begrenztes Leistungsspektrum bezogen (insbes. Diagnostik, ambulante fachärztliche Behandlung, elektive Chirurgie). Im Vergleich zu den einfachen GPs hatten die fundholders in der Tendenz die besser ausgestatteten Praxen, und sie praktizierten in den wohlhabenderen Gebieten des Landes (vgl. Mays et al 2000: 50).

Um die Verbreitung des fundholding zu fördern, wurde das Angebot an die niedergelassenen Ärzte diversifiziert: Zur Normalversion des Praxisbudgets traten eine auf wenige Leistungen beschränkte Version für kleine Praxen und ein versuchsweise aufgelegtes "total fundholding", mit dem 50 Praxen experimentierten. Die Stoßrichtung war, möglichst alle GPs zu motivieren, sich in der einen oder anderen Form budgetär ausstatten zu lassen. Nicht ohne Erfolg: Im April 1997 warteten nahezu 1.000 Praxen auf ihre Aufnahme in das Programm.

Die Zahl der Health Authorities hatte die Regierung Major drastisch verringert. Bei den Regional Health Authorities sank sie zunächst von 14 auf 8, an deren Stelle alsbald Regionalbüros des Gesundheitsministeriums (bzw. der im Ministerium für den Gesundheitsdienst zuständigen NHS Executive) traten. Die Zahl der District Health Authorities halbierte sich fast, zudem wurden die bis dahin separaten, für den niedergelassenen Bereich zuständigen Family Health Service Authorities mit ihnen verschmolzen. Am Ende blieben 100 Health Authorities übrig.

Der purchaser/provider split wurde konsequent realisiert. Er bildete die Grundlage für den internen Markt. Es sind eine Reihe von Wortprägungen in Umlauf gekommen, die das Besondere dieses Marktes charakterisieren sollten: regulierter Markt, gemanagter Markt, Quasimarkt. Eine Besonderheit war auf den ersten Blick zu erkennen: Die Nachfragerseite wurde nicht von Patienten/Konsumenten, sondern von "proxy consumers" beherrscht. Von Beginn an stand auch außer Frage, daß der interne Markt ein hohes Maß an politischer Intervention oder "Marktmanagement" verlangte, wenn versorgungspolitische Ziele nicht verletzt werden sollten: Regionale Zugangschancen mußten gesichert, Anbieter in monopolistischer Position kontrolliert, weitere Monopolbildungen verhindert, unprofitable, aber versorgungswichtige Funktionen gewährleistet, Kon-

flikte zwischen Anbietern und Nachfragern geschlichtet werden. Das erste Reformjahr sah zudem eine angesichts näherrückender Unterhauswahlen um einen friktionsarmen Wandel bemühte Regierung. Formeln wie "smooth take off", "measured change", "soft landing" drückten den Wunsch nach einem "weichen" Strukturwandel aus. Und obwohl weiterhin von Markt und Wettbewerb die Rede war, wurde die offizielle Sprache doch zunehmend von Worten geprägt, die weniger einschlägige Assoziationen hervorriefen, z.B. verdrängte der "commissioner" den "purchaser". Zudem wurde der lokale Abstimmungsprozeß mehr und mehr in einer Weise dargestellt, die wechselseitige Abhängigkeiten und konstruktive Verhandlungen betonte und im Grunde für "a revival of a consensual approach to decision making at the heart of health-service resource management" stand (Webster 1998: 203).

In weiten Teilen des Landes waren die Angebotsvoraussetzungen für eine dynamische Marktentwicklung ohnehin nicht gegeben. Anders lagen die Dinge in großen Städten und namentlich in London, wo eine Reihe von Krankenhäusern, darunter große, traditionsreiche Einrichtungen, alsbald in finanzielle Nöte gerieten, weil sich Health Authorities beim Kauf von Standardoperationen oft für preisgünstigere Anbieter entschieden. Das Ministerium verfügte Sonderzuweisungen, annullierte Kaufentscheidungen und berief eine Kommission ein, die Vorschläge zur Entwicklung des Londoner Krankenhauswesens erarbeiten sollte - ein Versuch, Marktsignale mit unabhängiger Expertise zu verbinden und daraus Grundlagen einer Strategie des geordneten, politisch entschärften Wandels zu gewinnen. Zugleich warf dieser Vorgang in exponierter Weise die Frage nach der "right balance between competition and regulation" (Ham/Maynard 1994: 845) auf, die ordnungspolitisch bis zum Schluß ohne Antwort blieb.

Wirkungen des Quasimarkts

Umso mehr muß interessieren, was die Marktpolitik letztlich aus- oder angerichtet hat. Die bislang umfassendste Aufarbeitung der verfügbaren Evidenz (vgl. Le Grand/Mays/Dixon 1998; Mays et al. 2000) führt zu dem Schluß, daß sich den Kernelementen des internen Marktes relativ wenig meßbare Veränderungen eindeutig zurechnen lassen. In der Literatur finden sich

- einige Indizien für Effizienzsteigerungen (schnellerer Anstieg entsprechender (allerdings kruder) Indizes;⁵¹ vglw. niedrigere Verschreibungskosten und größere Zunahme an intern erbrachten Leistungen bei den fundholders);
- Hinweise, daß fundholder-Patienten schneller Krankenhaustermine bekamen als Patienten einfacher Hausärzte,
- jedoch kaum Belege für ein "cream skimming" auf seiten der Budget-Praxen;⁵²
- weder Befunde, nach denen die Transformation von NHS-Krankenhäusern in selbstverwaltete NHS Trusts die Versorgungsqualität nachhaltig gesteigert hätte,

⁵¹ Nämlich des Cost-Weighted Activity Index und des Purchaser Efficiency Index, die Leistungszahlen mit Ausgaben bzw. Zuweisungen an Health Authorities in Beziehung setzten.

⁵² Gründe dafür wird man auch in der Ausgestaltung der einschlägigen Regeln vermuten dürfen. So ging die Finanzierungsverantwortung auf die Health Authorities über, wenn die Aufwendungen für einen Patienten 5.000 Pfund im Jahr überstiegen. Auch mußten die Ärzte bei Budgetüberschreitungen schlimmstenfalls mit dem Verlust des fundholder-Status rechnen.

- noch Daten, nach denen Health Authorities vor allem preisorientiert gewählt und Qualitätseinbußen bewußt in Kauf genommen hätten;
- wohl aber Hinweise, daß der Wettbewerb zu einer Verschlechterung von Behandlungsergebnissen geführt haben könnte⁵³ und daß die Bildung separater NHS Trusts für Akutversorgung und gemeindenahe Dienste Schnittstellenprobleme (z.B. verfrühte Entlassung) nach sich gezogen hat;
- keine Erkenntnisse, die für einen deutlichen Zuwachs an Patientenorientierung sprächen. Eine gewisse Bereitschaft auf seiten der fundholders, mehr Wahlmöglichkeiten anzubieten, scheint auf großenteils indifferente Patienten gestoßen zu sein. Inwieweit verstärkte Bürger-/Patientenkonsultationen die Einkaufspolitik der Health Authorities beeinflußt haben, ist weitgehend unklar.

Die Hauptklärung für diese manch positive wie negative Erwartung enttäuschenden Befunde wird darin gesehen, daß die Marktanreize schwach gewesen und den Marktteilnehmern nur geringe Freiheiten gewährt worden seien. Man kann aber die Akzente mit Smith auch anders setzen und im Blick auf jene Forschungsergebnisse, die "marktkonformes" Verhalten zu belegen scheinen, argumentieren: "These outcomes demonstrate that agents do respond to incentives, even in a very diluted form of market. How much greater might the responses - both intended and adverse - be in a purer market framework" (Smith 2003: 24). Zu betonen ist, daß sich angesichts der Selektivität der angesprochenen Forschungsergebnisse die Annahme verbietet, das Wirkungsprofil des internen Marktes sei damit erschöpfend beschrieben. Unbestreitbar dürfte sein, daß die Reformen Bewegung in festgefügte Verhältnisse gebracht und Chancen für innovative Entwicklungen eröffnet haben (vgl. Ferlie et al. 1996). Ein wichtiger Effekt ist hier zu nennen: der mit dem fundholding verbundene Positionsgewinn des Hausarztes gegenüber dem Facharzt im Krankenhaus. Ansätze zur Überbrückung der historisch eingeschliffenen Trennung von Primär- und Sekundärversorgung - der "division in British medicine" (Honigsbaum 1979) - wurden dadurch befördert: fachärztliche Sprechstunden in den Praxen von Primärärzten, gemeinsame Leitlinien für die Versorgung chronisch Kranker, Ausdehnung primärärztlicher Aktivitäten in das Krankenhaus hinein. Wenngleich es sich bei keiner dieser Entwicklungen um Neuerungen im strengen Sinne handelte, wurden sie doch durch die Reform beschleunigt.

Health Authorities und fundholders waren Leistungseinkäufer unterschiedlichen Zuschnitts. Die Perspektive der Ärzte war nicht populations-, sondern fallbezogen oder doch am vergleichsweise kleinen Patientenkreis einer Praxis orientiert. Und in dem Maße, wie die Zahl der Praxen mit (aus HA-Mitteln gespeistem) Budget anstieg, wuchs auch die Gefahr einer Fragmentierung der Nachfragerseite. Dies war einer der Gründe, weshalb sich die Labour Party für den Fall eines Wahlsieges auf die Beendigung des fundholding festgelegt hatte.

⁵³ Nach einer neueren Untersuchung, die vor 1999 nicht verfügbare Daten nutzen konnte, scheint es einen negativen Zusammenhang zwischen Wettbewerbsintensität und Qualität – gemessen an der 30-Tage-Mortalität bei Infarktpatienten – gegeben zu haben. Der gefundene Effekt ist zwar gering und bedürfte weiterer Bestätigung. "However, taken at face value, the current results suggest that the lack of quality signals in this market has resulted in a weak cross-sectional association between higher competition and lower quality. This suggests that it may have been a mistake to delay the publication of quality signals until some 10 years after the introduction of a market meant to rely on them" (Propper et al. 2004: 1267).

3.3 New Labour I: Die Auflösung des internen Marktes

Das ein halbes Jahr nach dem Regierungswechsel von 1997 veröffentlichte Weißbuch "The New NHS - Modern, Dependable" skizziert das Programm einer weiteren Strukturreform. Es beschreibt einen "dritten Weg", auf dem die klassischen Versorgungsziele weder marktorientiert noch im Stile der "old centralised command and control systems of the 1970s" (DH 1997: 2.1) erreicht werden sollen.

Abb. 5: Struktur des NHS in England, 1999

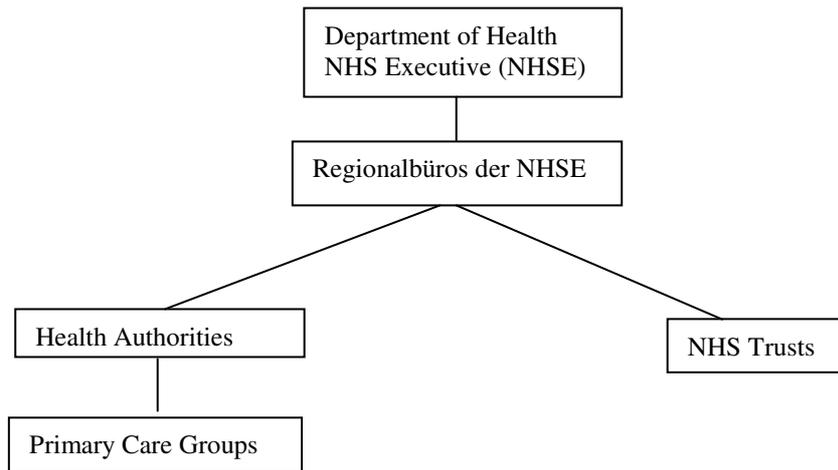
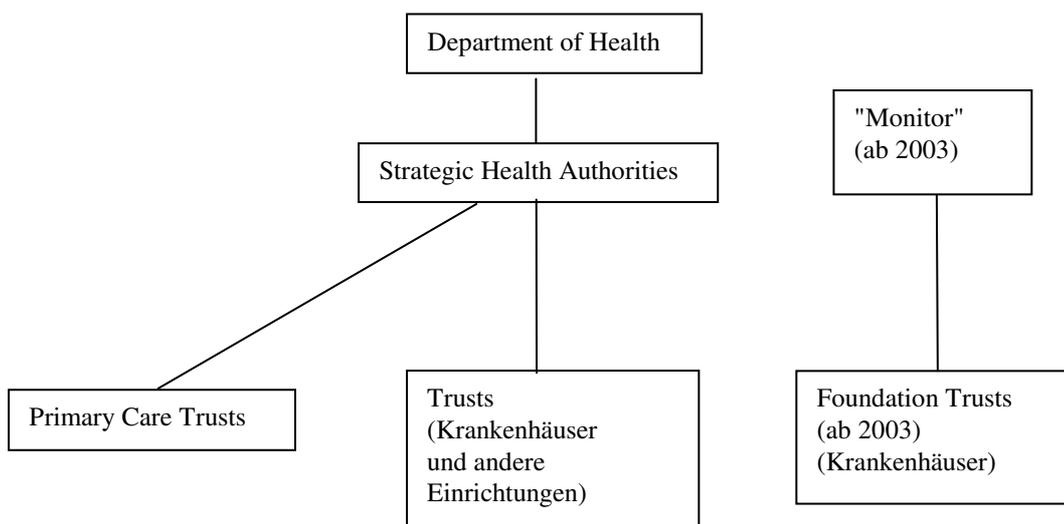


Abb. 6: Struktur des NHS in England, 2002



Die Auflösung des internen Marktes hatte der neue Gesundheitsminister schon kurz nach der Amtsübernahme angekündigt, als die Politik des dritten Weges im Gesundheitssektor noch kaum

konturiert war. Aus der Sicht der neuen Regierung hatte der interne Markt Fragmentierung, Ungerechtigkeiten und höhere Transaktionskosten zur Folge. Der purchaser/provider split und die NHS Trusts blieben freilich erhalten. Anstatt über Wettbewerbsmechanismen sollten Angebot und (Kollektiv-)Nachfrage nun jedoch im Medium partnerschaftlicher Kooperation aufeinander abgestimmt werden (wenngleich ein Anbieterwechsel als letztes Mittel nicht ausgeschlossen wurde). Zudem traten "service agreements" mit mindestens dreijähriger Laufzeit an die Stelle der Jahresverträge. Aber diese Veränderungen standen nur bedingt für eine ordnungspolitische Neuorientierung. Die zwischen Einkäufern und Anbietern ausgehandelten "service agreements" unterscheiden sich in der Substanz nicht sonderlich von den früheren "Verträgen", und die Tendenz, den Zeithorizont der Vereinbarungen zu erweitern, war bereits unter der Regierung Major erkennbar gewesen. Tatsächlich markierte die ausdrückliche Ablehnung marktlicher Prinzipien in der NHS-Politik der frühen Blair-Jahre den Endpunkt eines Politikwechsels, der bereits ein gutes Stück weit vollzogen war.⁵⁴

Die längere Gültigkeitsdauer der Leistungsvereinbarungen sollte verbesserte Planungsbedingungen schaffen und zur Senkung der Transaktionskosten beitragen. Diesen Zielen war in der Erwartung der Regierung auch die Neustrukturierung der Käuferseite des NHS dienlich. Wie schon erwähnt, hatte sich die Labour Party auf die Abschaffung des fundholding, das sie als Faktor zusätzlicher Kosten und ungleicher Zugangschancen wahrnahm, bereits vor der Wahl festgelegt. Allerdings: Die stufenweise etablierten Primary Care Trusts,⁵⁵ lokale Managed-Care-Organisationen, denen niedergelassene Allgemeinmediziner und andere Leistungserbringer der Primärversorgung angehören,⁵⁶ verfügen ebenfalls über ein (sektorenübergreifendes) Budget.

Primary Care Trusts (PCTs) sind als eigenständige NHS-Organisationen für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene verantwortlich. Leistungen der Primärversorgung und gemeindenahen Gesundheitspflege werden von den dem Trust zugeordneten Leistungserbringern oder vom Trust selbst erbracht. Alle anderen Leistungen, insbesondere Krankenhausleistungen also, müssen gekauft werden. Aus den Budgets der 152 englischen PCTs, denen heute über 80 % des gesamten NHS-Etats zufließen, sind mithin intern wie extern erbrachte Leistungen zu finanzieren. Erwirtschaftete Überschüsse müssen PCTs zur Verbesserung der Patientenbetreuung verwenden. Die Verfassung der Krankenhäuser blieb (vorerst) unverändert: selbstverwaltete NHS Trusts, die sich durch Verträge/Leistungsvereinbarungen finanzieren.

Die Erwartung war, daß PCTs allen Patienten die Vorzüge des fundholding (Aufwertung des

⁵⁴ Daß die konservative Regierung Mitte der neunziger Jahre zur Marktorientierung von "Working for Patients" erkennbar auf Distanz gegangen war, zeigt ein 1996 veröffentlichtes Weißbuch, das manche Parallele zur Programmatik der ersten New-Labour-Regierung aufweist. Der Markt spielt dort kaum mehr eine Rolle. Als Zukunftsthemen werden vielmehr Informationssysteme, professionelle Entwicklung, Qualitätsmanagement, Stärkung der Primärversorgung und Versorgungsintegration herausgestellt (vgl. Klein 2001: 194f.).

⁵⁵ Die 303 im Jahre 2002 gebildeten englischen Primary Care Trusts - ihre Zahl ist inzwischen auf 152 gesunken - sind aus Primary Care Groups hervorgegangen, die 1999 eingerichtet und zunächst nur beratend und in Anbindung an die Health Authorities tätig geworden waren.

⁵⁶ Der Status des niedergelassenen general practitioner ändert sich dadurch nicht. Er bleibt unabhängiger Vertragspartner des NHS.

niedergelassenen Arztes gegenüber dem Krankenhaus, Budgetverantwortung für Leistungserbringer) zugänglich machen, ohne dessen Nachteile (hohe Transaktionskosten, Fragmentierung und Ungerechtigkeiten) zu haben. Die Abschaffung des fundholding, der umstrittensten Komponente des internen Marktes, erscheint auf den ersten Blick als einschneidender Schritt. Ein Primary Care Trust weist jedoch viele Ähnlichkeiten mit den kurz vor dem Regierungswechsel begonnenen "total purchasing"-Experimenten auf, und die Ausweitung des fundholding auf alle GPs war auch das (Fern-)Ziel der Regierung Major. Wesentliche Differenzpunkte liegen erstens im Größenunterschied, der zwischen einer fundholder-Praxis (selbst wenn es sich um eine große Praxis mit 11.000 und mehr Patienten handelte) und einem PCT besteht; zweitens darin, daß beim PCT-Konzept das wettbewerbliche Moment fehlt.

Health Authorities, die andere Käufer-Kategorie des internen Marktes, fungieren nur mehr bei speziellen Leistungen als Kollektivnachfrager. Ihre Zahl ist drastisch (von 95 auf 28 (2002), dann auf 10 (2006)) reduziert worden. Die 2002 gebildeten Strategic Health Authorities (SHAs) haben Funktionen der aufgelösten Regionalbüros des Department of Health übernommen. Wie die Namensergänzung andeutet, sind sie für die "strategische" Entwicklung der lokalen/regionalen Gesundheitsversorgung zuständig. Eine ihrer Aufgaben liegt darin, zu kontrollieren, ob PCTs und NHS Trusts ihre Sicherstellungs- und Versorgungsaufträge erfüllen. Eine weitere, in Kooperation mit allen "local interests" Programme zur Verbesserung lokaler Gesundheitsverhältnisse zu entwickeln und über den Aufbau neuer Leistungsbereiche, über geplante Krankenhausschließungen und -fusionen in ihrem Zuständigkeitsgebiet zu entscheiden. Die SHAs sind unmittelbar dem Gesundheitsminister rechenschaftspflichtig. Das Ministerium bewertet ihre Leistung anhand von Planzielen, die versorgungspolitische Prioritäten und Ziele der Regierung im Blick auf das Zuständigkeitsgebiet der jeweiligen SHA konkretisieren.

Die bislang skizzierten Maßnahmen bedeuteten keinen dramatischen Politikwechsel, sondern stellten eher weitere Schritte in bereits eingeschlagener Richtung dar. Mit dem formellen Übergang zu längerfristigen Verträgen wurde in der Hauptsache eine Entwicklung nachvollzogen und offiziell gemacht, die längst Platz gegriffen hatte. Und der "interne Markt" basierte, soweit er durch marktliche Elemente geprägt war, mehr auf "contestability" - Verhandlungen mit bekannten Anbietern vor dem Hintergrund möglicher Anbieterwechsel - denn auf einem ausgreifenden "shopping around". Inwieweit auch das auf Partnerschaftlichkeit und langfristige Beziehungspflege angelegte Zusammenspiel von Anbietern und (Kollektiv-)Nachfragern, das in New Labour's neuem NHS den internen Markt ersetzen sollte, ein Element der "contestability" beinhalten würde, ließ "The New NHS" offen.

Neben der Ersetzung des internen Marktes durch das beschriebene Arrangement bestimmten zwei Innovationen das NHS-politische Profil der ersten Regierung Blair: 1) die Errichtung neuer "public bodies"⁵⁷ wie des National Institute for Clinical Excellence, die (Teil-)Funktionen sozialer

⁵⁷ Der regierungsamtliche Oberbegriff für Körperschaften, die im Auftrag der Regierung Träger-, Verwaltungs-, Steuerungs- und Beratungsfunktionen wahrnehmen, ohne zum Regierungsapparat im engeren Sinne (Regierungschef(in), Minister(innen) und ihre Behörden) zu zählen. Public bodies werden von Ministerien finanziert, genießen jedoch mehr oder weniger große Handlungsfreiheiten. "Ministers are ultimately responsible to Parliament for the activities of the bodies sponsored by their department and in almost all cases (except, for example, where there is

Steuerung bedienen (vgl. Kap. 8.4); 2) die Etablierung neuartiger Angebote: NHS Direct - ein telefonischer Informations- und Beratungsdienst; NHS Walk-in Centres - jedermann zugängliche medizinische Beratungsstellen. Das Personal beider Einrichtungen besteht primär aus Pflegekräften.

3.4 New Labour II: Back to the market

Die aktuelle NHS-Politik ist kaum mehr durch die Programmatik der Kooperation und Partnerschaftlichkeit geprägt, die New Labours erstes Reform-Weißbuch durchzog. 2002 erschien "Delivering the NHS Plan" (DH 2002), in der Substanz Dokument einer Neuorientierung, die viele an das Thatcher-Konzept des internen Marktes erinnert. Zu Recht, wie der amerikanische Gesundheitsökonom Enthoven findet, seinerzeit, wie erwähnt, ein wichtiger Ideengeber. Enthoven weist zudem darauf hin, daß New Labours "neuer Markt" den konservativen Vorläufer klar überbietet. "Instead of the comparatively timid 'Thatcher-Enthoven internal market', Milburn [bis Juni 2003 Gesundheitsminister] is describing a wide open market. Whether he really means it or not, and whether he can deliver it or not is another question. It is a logical extension of internal market ideas" (zit. n. Shifrin 2003b).

Konkret manifestiert sich New Labours Hinwendung zu marktlichen Ordnungsvorstellungen in folgenden Maßnahmen: Krankenhäuser, die NHS-Patienten versorgen - gleich ob öffentliche oder private Klinik -, sollen um die Gunst der individuellen und kollektiven Nachfrager im Gesundheitsdienst (Patienten/niedergelassene Ärzte resp. Primary Care Trusts) konkurrieren. Parameter des Anbieterwettbewerbs sollen Behandlungsqualität, Wartezeiten, Behandlungsdauer, professionelle Reputation sein; ein Preiswettbewerb soll ausdrücklich nicht stattfinden. Die Vergütung von Krankenhausleistungen wird weitgehend auf landesweit einheitliche Fallpauschalen umgestellt, die für alle -öffentliche wie private - Anbieter des "neuen Marktes" gelten. Ihre Höhe richtet sich nach einer am Ressourcenbedarf ausgerichteten Leistungsklassifikation (mittels sog. Healthcare Resource Groups). "Payment by results"⁵⁸ wurde 2003 für verschiedene elektive (planbare) Eingriffe mit langen Wartelisten/Wartezeiten eingeführt (z.B. Hüft- oder Kniegelenkersatz) und blieb zunächst auf die ersten Foundation Trusts (autonomisierte öffentliche Krankenhäuser/Krankenhausgruppen, s.u.) begrenzt. Heute decken Fallpauschalen zwei Drittel aller Krankenhausleistungen im NHS ab. Mit der Vergütungsreform will die Regierung mehrere politische Ziele bedienen. Indem sie die Einkünfte einer Einrichtung direkter als die zuvor üblichen Vergütungsformen (insbes. "block contracts"⁵⁹) an die "Leistung" (Fallzahlen) koppeln, sollen die

separate statutory provision) ministers make the appointments to their boards" (Cabinet Office 2006: i). Noch recht gebräuchlich ist das (nicht zum offiziellen Wortschatz gehörende) Akronym QUANGOs (quasi-autonomous non-governmental organisations). Wird QUANGO als inoffizielle Bezeichnung für "non-departmental public body" (NDPB) verwandt, ist damit allerdings nur eine Subkategorie der public bodies (neben public corporations, public broadcasting authorities und NHS bodies) angesprochen (vgl. Cabinet Office 2006).

⁵⁸ Gemeint ist nicht etwa, daß sich die Höhe der Vergütung nach den Behandlungsergebnissen bemißt, sondern daß Klinikeinnahmen von der Zahl erbrachter Leistungen abhängen.

⁵⁹ Das Krankenhaus erhält eine globale Zahlung für die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe während eines bestimmten Zeitraums, ohne daß die betreffenden Leistungen sachlich und quantitativ spezifiziert werden.

Pauschalen zu möglichst kostengünstiger Leistungserbringung anreizen. Zudem soll die unmittelbare Verknüpfung der Klinikeinnahmen mit der Anbieterwahl des einzelnen Patienten das schon zu Zeiten des internen Marktes ausgegebene, aber nur sehr bedingt umgesetzte Prinzip "money follows patients" auf breiter Front realisieren helfen.

Die Ausweitung entsprechender Wahlmöglichkeiten ist ein Kernelement der aktuellen Reformagenda. Seit Ende 2005 hatte jeder NHS-Patient, bei dem eine (planbare) Krankenhausbehandlung ansteht, die Wahl zwischen fünf Häusern/Behandlungszentren, darunter mindestens eine private Klinik. Die Auswahl war allerdings auf Anbieter begrenzt, mit denen der zuständige Primary Care Trust Verträge geschlossen hat. Seit April 2006 stehen dem Patienten nun 50 Einrichtungen zur Auswahl, neben bestimmten NHS-Krankenhäusern und privaten Kliniken alle NHS Foundation Trusts des Landes (deren Zahl zwischenzeitlich auf 67 angewachsen ist). Auch dies ist noch eine Übergangsregelung. Bis Ende 2008 will man soweit sein, daß ein englischer NHS-Patient sich für jedes englische Krankenhaus/Behandlungszentrum entscheiden kann, das die betreffende (elektive) Leistung zum NHS-Tarif anbietet. In dem Maße, wie die Wahlmöglichkeiten der Patienten ausgeweitet werden, büßen Primary Care Trusts nachfragelenkende Funktionen ein. Zudem soll ihre Zahl durch Fusionen verringert werden. London will so administrative Kosten sparen und die PCTs als Kommissionierungsinstanzen effektivieren (Meikle 2005b).⁶⁰ Zur geplanten Neuordnung der Primärversorgung gehört schließlich, daß man sich dem im Gefolge des Machtwechsels abgeschafften "fundholding" - also dem Praxisbudget für niedergelassene Ärzte - in Gestalt eines "practice based commissioning" wieder annähert (Kap. 4.4).

Bereits der NHS Plan (2000) hatte ein "Konkordat" zwischen privaten Anbietern und öffentlichem Versorgungssystem zur Realisierung versorgungspolitischer Ziele anvisiert. Dieser Gedanke hat noch an Bedeutung gewonnen: Das Konzept der Private Finance Initiative (Kap. 4.2) ist über den Krankenhaussektor hinaus auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt worden, und der Anteil privater Kliniken an der Behandlung von NHS-Patienten soll weiter gesteigert werden. In einem ersten Schritt hatte die Regierung mit acht privaten Unternehmen Verträge über die Einrichtung spezialisierter Zentren geschlossen, die sich auf diagnostische Leistungen und Routineeingriffe mit langen Wartelisten/Wartezeiten konzentrieren (z.B. Gelenkersatz, Kataraktoperationen). Die faktische Bedeutung, die private Anbieter zwischenzeitlich für die Versorgung von NHS-Patienten erlangt haben, steht in einem gewissen Kontrast zur erhitzten politischen Debatte um diesen Reformaspekt. Mit etwa 170.000 Eingriffen pro Jahr bestreiten private Behandlungszentren derzeit rd. 3 % des Gesamtaufkommens der einschlägigen NHS-Leistungen. Dieser Anteil wird sich durch die geplante Ausweitung des Vertragsvolumens auf maximal 7 % erhöhen (Thorlby/Maybin 2007: 13).

Die Ausweitung privater Anteile am anbieterseitigen "public/private mix" ist ein besonders kontroverser Aspekt der Regierungspolitik, vor allem in der Labour Party selbst. Neben "Old Labour" zählen Gewerkschaften und organisierte Ärzteschaft zu den erklärten Gegnern dieser Politik. Das gezielte Ins-Spiel-Bringen privater Anbieter hat im Zeichen von Angebotsengpässen zunächst eine pragmatische Seite, die anfänglich auch in den Vordergrund gestellt wurde. Mit den jüngsten

⁶⁰ Auch sollen die PCTs einen Großteil der Leistungen, die sie derzeit selbst - nicht die Praxen der niedergelassenen Ärzte in ihrem Zuständigkeitsgebiet -, mit eigenem Personal (insbes. Pflegekräfte) erbringen, an private Anbieter, freie Organisationen und andere öffentliche Körperschaften (z.B. Kommunen) abgeben (Mulholland 2005).

Vertragsabschlüssen verbinden sich jedoch ausdrücklich auch ordnungspolitische Intentionen. Die Beteiligung privater Anbieter, so wird jetzt betont, sei nicht nur als temporärer Behelf gedacht. Sie soll vielmehr zu jenem "constructive discomfort" beitragen, den es in den Augen der Regierung braucht, um die Inertie des Versorgungssystems im Interesse der gewünschten Leistungs- und Qualitätsverbesserungen zu überwinden (vgl. Stevens 2004: 42).

Eine weitere Komponente des Reformprogramms ist die Transformation von NHS-Trusts in NHS Foundation Trusts - New Labours Anlauf, öffentlichen Krankenhäusern mehr Handlungsfreiheit⁶¹ gegenüber dem "Zentrum"⁶² zu geben. NHS Foundation Trusts bleiben öffentliche Einrichtungen, sind aber der direkten Weisungs- und Kontrollzuständigkeit des Ministeriums entzogen und haben gewählte "governors" an ihrer Spitze. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, daß im internen Markt Thatchers und Majors aus der ursprünglich gewollten Autonomisierung der NHS Trusts wenig wurde, ist ein direkter Managementzugriff der Regierung bei den Foundation Trusts per Gesetz ausgeschlossen worden.

In die Entwicklungsgeschichte des Konzepts gehören Gespräche, die ein Berater des Ministers mit Geschäftsführern von Drei-Sterne-Trusts⁶³ führte (Carvel 2005a). In diesen Gesprächen brachten die Manager ihren Wunsch nach mehr Handlungsspielraum zum Ausdruck, sie wollten ihre Häuser aber nicht privatisiert sehen. Schwedische und spanische Versuche, öffentliche Krankenhäuser zu autonomisieren, lieferten Anregungen. Es sei jedoch, so der Ministerberater im Rückblick, ein politisches Versäumnis gewesen, die Reaktion der vielen Labour-Abgeordneten nicht vorausgesehen zu haben, die in dem Autonomisierungs- ein Privatisierungskonzept gesehen hätten. Die vom ersten Gesundheitsminister Blairs und dem Vorsitzenden des Unterhaus-Gesundheitsausschusses angeführten Rebellen hatten die Regierung an den Rand einer parlamentarischen Niederlage gebracht und zu einer Reihe von Veränderungen des ursprünglichen Konzepts veranlaßt. Dazu gehört insbesondere, daß Foundation Trusts der Kontrolle einer eigens geschaffenen - öffentlich-rechtlich verfaßten, aber regierungsunabhängigen - Regulierungsinstanz ("Monitor") unterstellt wurden.

Die ersten 10 NHS Trusts sind im April 2004 in (NHS) Foundation Trusts transformiert worden. Gut drei Jahre später ist die Zahl auf 67 angewachsen (Monitor 2007: 1). Die Regierung will erreichen, daß alle NHS Trusts bis zum Jahre 2008 die Statustransformation beantragen können. Ob dies gelingt, darf bezweifelt werden. Von den bislang gestellten Anträgen ist ein gut Teil abgelehnt worden, primär, weil die finanziellen Risiken zu groß schienen.

Welches Maß an Autonomie die Foundation Trusts künftig tatsächlich genießen werden, ist eine noch weithin offene Frage. Sie sind, wie gesagt, dem Zugriff ministerieller Direktintervention

⁶¹ Z.B. freie Verfügung über Vermögenswerte, größere Spielräume bei der Kreditaufnahme, Möglichkeit der Abweichung von nationalen Gehaltsvereinbarungen.

⁶² Eine in der Literatur häufig verwandte Bezeichnung für Regierung/Gesundheitsministerium/NHS Executive (als Teil des Ministeriums).

⁶³ Drei Sterne waren die Bestnote bei den "star ratings", einem Ratingverfahren für NHS-Organisationen, das 2005 letztmalig durchgeführt wurde (vgl. Kap. 8.4).

entzogen, haben es aber mit dem schon erwähnten Regulierer zu tun⁶⁴ und unterliegen weiterhin der vom NICE wie anderen public bodies getragenen Leistungssteuerung mit ihren Empfehlungen, Standards, Zielvorgaben und öffentlichen Bewertungen. Nicht wenige Beobachter haben sich daher über die Autonomieperspektiven der Foundation Trusts skeptisch geäußert (z.B. Robinson 2002).

Wie erklärt sich New Labours Hinwendung zu marktlichen Steuerungselementen? Der Eindruck, daß die Wirkung der bis dahin getroffenen Maßnahmen zu wünschen übrig ließ, dürfte eine Rolle gespielt haben. Trotz beträchtlicher politischer Aktivität ließen einschlägige (allerdings sehr globale) Indikatoren nach vier Blair-Jahren keine nachhaltigen Erfolge erkennen (vgl. Le Grand 2002a). Im Blick auf Leistungsvolumina etwa, die in der britischen Diskussion vor dem Hintergrund des Wartelisten-/Wartezeitenproblems als Erfolgsindikatoren eine wichtige Rolle spielen, schien der bisherigen Modernisierungspolitik eine durchschlagende Wirkung versagt geblieben zu sein. Zwar war die Zahl der "finished consultant episodes" im Zeitraum 1996/97 bis 1999/2000 im Schnitt um 2,7 % p.a. gestiegen. In den Jahren 1989/90 bis 1996/97 waren es jedoch 4,4 % gewesen. Hinsichtlich der Effizienz des Ressourceneinsatzes zeigten gebräuchliche Indikatoren sogar eher Verluste als Gewinne an. Bei Wartelisten/Wartezeiten sah es etwas günstiger aus: 1.160.000 Wartende im März 1997, 1.007.000 im April 2001; von 2000 auf 2001 Rückgang der Zahl der Patienten, die mehr als 12 (15) Monate warten, um 8,5 % (13,3 %). Andererseits waren die Wartezeiten in Notfallstationen nach einem Bericht der Audit Commission vom Oktober 2001 länger als zum Zeitpunkt des Machtwechsels. Die Regierung scheint sich der Interpretation angeschlossen zu haben, daß eine Ursache der enttäuschenden Entwicklung in mangelnden Leistungsanreizen liege.

Auf die mit dem internen Markt gesammelten Erfahrungen könnte sich die Erwartung, daß die neue Marktorientierung zu den erhofften Wirkungen führt, kaum stützen. Denn der Befund ist ja, daß das heftig umstrittene Experiment offenbar wenig meßbare Veränderungen bewirkt hat (s.o.). Die Labour-Regierung stellt heraus, daß ihr Programm anders als der interne Markt keinen Preiswettbewerb vorsieht; Qualitätsaspekte sollen die zentralen Wettbewerbsparameter sein. Das Konzept eines Qualitätswettbewerbs bei vorgegebenen Preisen wirft jedoch seinerseits ein Reihe von Problemen auf, so die Frage der adäquaten Berücksichtigung von Kostenunterschieden. U.U. entscheiden Anbieter, verlustträchtige Leistungen ohne Rücksicht auf lokale Versorgungsbedarfe zu streichen. Sollen pauschalierte Entgelte unterschiedlichen Zielen (Ausgabenbegrenzung, effiziente Ressourcennutzung, Bedarfsdeckung, regional gleiche Zugangschancen) gerecht werden, sind umfangreiche und differenzierte Kostendaten erforderlich. Ein weiteres Problem dürften die mutmaßlich hohen Transaktionskosten sein.

Ausbau und Konsolidierung des neuen Marktes stehen nach Labours Wahlsieg im Mai 2005 weiterhin auf der Tagesordnung. Zugleich markieren die Prioritäten-Statements der Regierung in den letzten Jahren jedoch neue strukturpolitische Schwerpunkte, man spricht von einer "new strategic direction", die sehr viel weniger krankenhauszentriert ist. Themen wie: Leistungserbringung "closer to home", Intensivierung sektorübergreifender Kooperation, Verbesserung der

⁶⁴ "Monitor" hat weitreichende Kompetenzen in bezug auf Angebotsspektrum, privatmedizinische Aktivitäten und Kreditaufnahme jedes einzelnen Foundation Trust.

Chronikerversorgung, höhere Ausgaben für Prävention sind zumindest programmatisch an die Spitze der Agenda gerückt (DH 2006a). Rasche Umsetzungserfolge scheinen unter den gegebenen Bedingungen allerdings wenig wahrscheinlich. Dies liegt zum einen an den beschränkten Möglichkeiten des Nachfragemanagements, über die Primary Care Trusts als Kommissionsagenturen verfügen. Sollen sie Umschichtungen im Sinne des closer-to-home-Prinzips vornehmen, müßten sie die Nachfrage nach Krankenhausleistungen in einem Maße beeinflussen können, das ihr derzeitiges Instrumentarium überfordert (Palmer 2006). Zwar wurden den lokalen NHS-Finanziers angesichts defizitärer Entwicklungen stärkere Hebel an die Hand gegeben, die Nachfrageexpansion in der Notfallversorgung zu bremsen, ihre Mittel, die Nachfrage nach elektiven Krankenhausleistungen zu steuern, bleiben jedoch schwach. In der Krankenhausvergütung liegt ein zweites Problem. Die Fallpauschalen sind in ihrer derzeitigen Gestaltung für die neuen Prioritäten nicht zielführend, setzen sie doch (die Wartezeiten im Blick) Anreize zur Mengenausweitung, nicht zur Förderung externer Leistungserbringung und Minimierung unangemessener Behandlungen. Zu diesen Hemmnissen treten ungünstige finanzielle Rahmenbedingungen in Gestalt von Defizitproblemen und Gegenmaßnahmen der Regierung. Wenige PCTs in defizitären NHS-Regionen werden den Aufbau neuer Strukturen einer wohnungsnahen Versorgung finanzieren und Public-Health-Programme auch nur in gegebenem Umfang weiterführen können. Zudem ist ab 2008/9 mit einem deutlich schwächeren Anstieg des NHS-Budgets zu rechnen.

New localism

Den Spielraum lokaler Entscheidungsträger zu erweitern, wird als Ziel des aktuellen Reformprogramms herausgestellt (Mulholland 2004). Die daraus resultierende Entlastung des "Zentrums" soll es der Regierung ermöglichen, sich verstärkt "strategischen" Fragen zuzuwenden. So ähnlich haben sich Minister und Ministerialbeamte im Laufe der NHS-Geschichte oft geäußert. Der aktuelle "localism" tritt allerdings nach einer Phase auf den Plan, die vor allem im Zeichen des Ausbaus zentraler Steuerung stand, und mag daher wirklich wie eine "dramatic conversion" (Klein 2003: 195) erscheinen. Deren (mögliche) Ursachen sind wohl in der operativen wie legitimatorischen Politikbelastung zu sehen, mit der ein zentrales, an ambitionierten und zum Teil konfligierenden Zielen ausgerichtetes Leistungsmanagement verbunden ist. Dessen Umfang und (tatsächliche oder vermeintliche) (Neben-)Effekte sind zum Thema einer breiteren Diskussion geworden, in der sich jede Partei für eine Dezentralisierung oder Delegation von Entscheidungskompetenzen ausspricht.

Wie stehen die Aussichten für eine nachhaltige Dezentralisierung diesmal? Die Labour-Regierung hat wesentliche Ziele, unter denen der Ausbau zentraler Steuerung vorangetrieben wurde, nicht aufgegeben: landesweit gleiche Zugangschancen bei gleichem Bedarf, Ende der "postcode lottery", einheitliche Qualitätsstandards. Die Frage, welches Maß an lokaler "diversity" der politisch gewollte "one nation NHS" verträgt, ist nicht ein für allemal zu entscheiden und wird sich immer wieder neu stellen. Die Finanzierung des NHS aus staatlichen Steuermitteln ist über die Jahre ein primärer Faktor der Institutionalisierung zentraler Steuerungselemente gewesen. Der NHS "is a central government responsibility", wie ein Unterhausausschuß Ende der siebziger Jahre dem Versuch des Gesundheitsministers entgegenhielt, sein Haus stärker aus administrativen Alltagsfragen

herauszuhalten (zit. n. Klein 2003: 196). Vor allem aber ist die Treasury in diesem Zusammenhang zu nennen. Ein Gutteil des target-Zuwachses (nicht nur im NHS) verdankt sich dem Bestreben des Schatzamts, den ertragreichen Einsatz vergebener Mittel zu gewährleisten und demonstrieren zu können.

Hierarchische Strategien sind jedoch mit politischen Kosten und Risiken befrachtet und im NHS nur bedingt effektiv. Entsprechende Interventionen konstituieren auch eine Adresse für Schuldzuweisungen, sie können die intrinsische Motivation professioneller Leistungserbringer aushöhlen und eine "compliance culture" entstehen lassen, in der man zuvörderst tut, was gemessen und kontrolliert wird (Stevens 2004: 43). Andererseits liegen dem Ausbau zentraler Steuerung speziell unter New Labour eben Problemwahrnehmungen und Ziele zugrunde, die einen weitgehenden Verzicht auf hierarchische Strategien ausschließen. Daß marktliche Steuerungselemente und die lokale Politikebene reformprogrammatisch derzeit im Vordergrund stehen, ändert daran nichts.

Zusammenfassung

Man kann festhalten, daß sich Organisations- und Regelungsstrukturen des NHS-Krankenhaussektors seit dessen Gründung stark verändert haben. Speziell der "purchaser/provider split", die Umwandlung der Krankenhäuser in selbstverwaltete Einrichtungen und die Umfunktionierung der Health Authorities von administrativen Trägern staatlicher Einrichtungen zu Leistungskäufern, markiert eine Zäsur. Zwar war der "interne Markt" eine politisch streng domestizierte Veranstaltung, die nach dem Machtwechsel 1997 offiziell beendet wurde. Der purchaser/provider split hat den Regierungswechsel jedoch überdauert und zählt heute zu den institutionellen Voraussetzungen einer NHS-Politik, die erneut im Zeichen marktlicher Ordnungsvorstellungen steht. Dabei geht die aktuelle Marktpolitik noch deutlicher als ihre konservative Vorläuferin zum klassischen NHS-Konzept der Verbindung von öffentlicher Finanzierung und öffentlicher Leistungserbringung auf Distanz. In dieser Distanznahme liegt ein "Paradigmenwechsel". Die Aufgaben des NHS bestehen danach primär in der kollektiv-solidarischen Finanzierung und vertraglichen "Organisation" bedarfsnotwendiger Leistungen, die eine "mixed economy" konkurrierender Einrichtungen anbietet. Wo diese Leistungen schließlich erbracht werden, im öffentlichen/staatlichen Krankenhaus oder in der privaten Klinik, ist - wenn die Leistung "stimmt" - eine zweitrangige Frage.

Die Prominenz marktlicher Elemente in der aktuellen englischen NHS-Politik sollte nicht darüber hinwegtäuschen, daß diese Elemente in einem dichten Kontext nicht-marktlicher Regelung stehen (werden), zu der neben den weiterhin aktiven Instanzen professioneller Selbstregelung verschiedene regierungsexterne Körperschaften (public bodies) beitragen, deren wichtigste - das National Institute for Health and Clinical Excellence und die Healthcare Commission - erst nach dem Machtwechsel 1997 geschaffen wurden. Sie sind Mitträgerinnen eines Leistungsmanagements, zu dem die Regierung auch unmittelbar beiträgt (insbesondere in Gestalt ministeriell definierter Ziele und Standards) und das den heutigen NHS ebenso deutlich vom Gesundheitsdienst früherer Jahre unterscheidet wie der "purchaser/provider split" (Kap. 8.4). Die Regierung will gleichwohl die Machtbalance im NHS zugunsten lokaler Entscheidungsträger - der "front

line" - verändern (DH 2001). Sie will - auch in der Hoffnung auf die leistungssteigernde Potenz des "neuen Marktes" - ihr NHS-Management zurückfahren (oder auf andere, nichtstaatliche Träger verlagern). Bei den Foundation Trusts hat sie mit gesetzlicher Verankerung auf die Möglichkeit der direkten Management-Intervention verzichtet. Daß bei unverändert anspruchsvollen Politikzielen, bewußt beibehaltener staatlicher Finanzierungsverantwortung und hohem Erfolgsdruck angesichts einer beherzt expansiven Ausgabenpolitik mit raschen Interventionen des "Zentrums" zu rechnen ist, wenn Dezentralisierungsversuche nicht die erhofften Früchte tragen oder problematische Nebenwirkungen zeitigen, steht jedoch außer Frage. Es kommt hinzu, daß versorgungspolitische Ziele, die sich seit einigen Jahren wachsender programmatischer Zuwendung erfreuen - möglichst wohnungsnaher Versorgung ("closer to home"), Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker u.a.m. - schlecht mit der Krankenhauszentrierung des neuen Marktes harmonieren. Ihre Verknüpfung mit marktlichen Ordnungsgedanken würde Wettbewerb und "patient choice" eher auf Anbieternetzwerke oder "integrierte" Anbieter beziehen - ein Unternehmen, das ein hohes Maß an ermöglichender, vorbereitender und sichernder staatlicher Intervention erforderte.

4 Krankenhausfinanzierung

Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung gehörte zu den Hauptthemen des in die NHS-Gründung mündenden Politikprozesses. Das Ziel war, einen Finanzierungsmodus zu institutionalisieren, der eine bedarfsgerechte Versorgung aller Bürger ermöglicht. Zugangschancen sollten nicht länger von individuellen Zahlungsmöglichkeiten, privaten Versicherungen, Spendenaufkommen oder kommunalen Finanzlagen abhängen. Versorgungrelevante Häuser mußten finanziell gesichert, ihre Leitungen der ständigen Geldsorgen enthoben und zu einer soliden Finanzplanung befähigt werden. Zudem sollte auf alle Regelungen verzichtet werden, die - wie Behandlungsgebühren oder Bedürftigkeitsprüfungen - von der Inanspruchnahme medizinisch gebotener Leistungen abhalten konnten. Die Gesundheitsversorgung hatte als soziale Veranstaltung zu gelten, durch die "basic human needs" befriedigt werden. Im Bedarfsfall adäquat versorgt zu werden, war jedermanns Recht, für die Bereitstellung der notwendigen Mittel zu sorgen, des Staates Pflicht.⁶⁵ Zur Finanzierung der Krankenversorgung kamen deshalb nur Steuer- und Sozialversicherungsmittel in Frage,⁶⁶ eventuell ergänzt durch bescheidene Eigenleistungen des Patienten, mit denen etwa die bei einer stationären Behandlung entstehenden "Hotelkosten" teilweise gedeckt werden konnten.

Was die Verteilung der Finanzierungslasten auf öffentliche Hände und Sozialversicherung betraf, so hatte sich die Regierung Attlee entschieden, den Gesundheitsdienst größtenteils aus der Staatskasse zu finanzieren; nur ein geringer Teil der Kosten sollte über Beitragseinnahmen gedeckt werden. Von Gebührenregelungen für Krankenhauspatienten hatte man - mit Ausnahme der Patienten, die "pay beds" belegten - Abstand genommen. Da sich der Finanzierungsbeitrag der Kommunen auf die von ihnen getragenen NHS-Einrichtungen beschränkte und die Sozialversicherung in staatlicher Trägerschaft organisiert wurde, kann man sagen, daß der Staat 1948 die alleinige Finanzverantwortung für die öffentliche Krankenhausversorgung übernommen hat.

Dabei ist es bis heute geblieben. Immer wieder einmal diskutiert, hatten Konzepte des Übergangs zu einem anderen Finanzierungsmodus bislang nie eine Chance. Dieser institutionellen Konstanz stehen jedoch beträchtliche Veränderungen in der Ausgaben-, Allokations- und Vergütungspolitik gegenüber.

4.1 Wechsel des Budgetierungsprinzips

In der Anfangsphase des NHS bestimmten sich die Krankenhausaufgaben durch ein "bottoms-up budgeting" (Glaser 1987: 164f.; vgl. a. Guillebaud 1956: 99ff.): Bedarfsschätzungen wurden von unten nach oben - Krankenhaus > Hospital Management Committee > Regional Hospital Board > Gesundheitsministerium - zu einer Gesamtforderung aggregiert, mit der das Ministerium dann in die Haushaltsverhandlungen ging. Natürlich waren die Beteiligten gehalten, keine überhöhten Kosten anzusetzen und Bedarfsmeldungen nachgeordneter Instanzen zu prüfen. Regional Hospital

⁶⁵ "Homes, health, education and social security - these are your birthright", wie NHS-Gründungsminister Bevan formulierte (zit. n. Briggs 1978: 383).

⁶⁶ Wobei der Versorgungsanspruch auch bei einer Mitfinanzierung des NHS durch Beiträge keine individuelle Zahlung voraussetzen, sondern jedem Wohnbürger zuerkannt werden sollte.

Boards und Gesundheitsministerium akzeptierten die vorgelegten Schätzungen jedoch meist ohne nähere Kontrolle. Und der Schatzkanzler, dessen Amt es ebenso an Prüfkriterien und Erfahrung mangelte wie dem Gesundheitsressort, akzeptierte die Bedarfsmeldungen des Gesundheitsministers, der sich mit dem NHS als "jewel in the crown of the welfare state" zunächst in einer starken Verhandlungsposition befand. Schon bald kam es jedoch zu größeren Kontroversen. 1948/49 und - ungeachtet bedeutend höherer Haushaltsansätze - auch im Folgejahr mußte der Gesundheitsminister für das laufende Finanzjahr um zusätzliche Mittel in beträchtlicher Höhe einkommen (vgl. Webster 1988: 133ff.).⁶⁷ Im Frühjahr 1950 entschied das Kabinett, die Gesamtausgaben für den NHS zu plafonieren (und auf die vom Gesundheitsminister vehement abgelehnte Einführung von Gebühren - vorerst - zu verzichten). Zudem wurden verschiedene Maßnahmen getroffen, um die Ausgaben im einmal festgelegten Finanzrahmen zu halten.

Dies hatte freilich auch den Effekt, daß Mittelbedarfe bewußt großzügig angesetzt wurden und der Gesundheitsminister mit einer beträchtlich über dem aktuellen Plafond liegenden Etatvorstellung aufwartete. Schatzkanzler und Kabinett waren nun nicht mehr bereit, die Mittelforderungen kürzungslos zu akzeptieren,⁶⁸ und die Finanzplanungen von Krankenhäusern und NHS-Gliederungen waren Makulatur. Für das folgende Haushaltsjahr wurden daher zunächst nur grobe Kostenschätzungen verlangt. Dann verhandelten Treasury und Gesundheitsministerium über die Höhe der NHS-Ausgaben. Auf der Grundlage der Verhandlungsergebnisse wurden die Zuweisungen des Ministeriums an die Regionen und deren Zuweisungen an die Hospital Management Committees festgelegt. Erst danach waren detailliertere Pläne aufzustellen. Nur kurzzeitig also resultierte der Betrag, den der Staat für seine Krankenhäuser aufbrachte, aus der Aggregation krankenhausesindividueller Bedarfsmeldungen. Schon nach wenigen Jahren führte das vor allem vom Schatzamt verfochtene Interesse an einer plan- und beherrschbaren Ausgabenentwicklung zum "triumph of top-down over bottoms-up budgeting" (Glaser 1987: 165). "So was enshrined the principle that has continued to govern the NHS's funding ever since. The budget of the NHS was not to be determined by demand or need but by Cabinet decisions about the allocation of resources between competing claims from other government departments within the limits set by the imperatives of economic management. Once these decisions had been made, the NHS would have to operate within the fixed budget that had been set for it" (Klein et al. 1996: 38).

4.2 Ausgabenentwicklung

Die NHS-Ausgaben sind seit dessen Gründung kontinuierlich gestiegen. Eine Studie von Appleby

⁶⁷ Der NHS war "spectacularly more expensive than expected" (Timmins 1996: 157). Für die ersten neun Monate hatte man Ausgaben von 132 Mio. Pfund veranschlagt, die tatsächlichen Aufwendungen beliefen sich auf 208 Mio. Im Haushaltsjahr 1949/50 brachte die Regierung 358 Mio. Pfund auf. Der Gesundheitsminister war den ersten Kostenschätzungen angesichts mangelnder Erfahrungswerte mit Skepsis begegnet, hoffte aber auf sinkende Ausgaben, wenn der "sickness pool" erst durch eine bessere Versorgung abnehmen würde.

⁶⁸ Außerdem konnten sich jetzt die Befürworter von Selbstbeteiligungsregelungen durchsetzen; Gebühren für Zahnersatz und Sehhilfen wurden eingeführt. Der zwischenzeitlich ins Arbeitsministerium gewechselte Aneurin Bevan, der in der Gebührenentscheidung "a serious breach of Socialist principles" sah (zit. n. Webster 1988: 174), nahm diesen Schritt zum Anlaß, die Regierung zu verlassen.

(1999) zeigt für den Zeitraum 1949 - 1997, daß alle Regierungen (mit Ausnahme der Regierung Churchill/Eden 1951 - 1955) die NHS-Ausgaben real erhöht haben, wobei Labour-Regierungen im Schnitt etwas großzügiger waren. Die höchsten Zuwachsraten sind Ende der fünfziger bis Mitte der siebziger Jahre zu verzeichnen. Danach vollzieht sich die Ausgabenentwicklung mit deutlich abgeschwächter Steigerungstendenz, speziell in der Ära Thatcher sind bescheidene Zuwächse die Regel. Die Amtszeit John Majors ist durch etwas höhere Steigerungsraten gekennzeichnet. Allerdings fällt ein Gutteil des Gesamtanstiegs in die Zeit der Institutionalisierung des internen Marktes. New Labour hat der Ausgabenpolitik eine expansive Wendung gegeben, die in der NHS-Geschichte ohne Beispiel ist. Anfänglich deutete wenig auf diesen Politikwechsel hin.

Labours 1997er Wahlprogramm war vom Bemühen geprägt, das alte Image der dem Motto "spend and tax" verpflichteten Linkspartei vergessen zu machen. Nicht nur wahltaktisches Kalkül lag dem zugrunde, sondern "New Labours" wirtschaftspolitische Überzeugung von der Notwendigkeit strikt begrenzter Steuerlasten und öffentlicher Ausgabendisziplin. Im Blick auf die NHS-Ausgaben versprach die Partei nicht mehr als die Konkurrenz: Reale Steigerungen Jahr für Jahr. Über deren Höhe wurde nichts gesagt. Die Labour Party hatte sich allerdings festgelegt, im Falle eines Machtwechsels zunächst den Ausgabenplänen der abgewählten Regierung zu folgen. Einzeletat für Einzeletat umgesetzt, hätte dies dem NHS nur magere Zuwächse beschert - 1997/98 1,1 %, danach noch weniger (Klein 2001: 212).

Die Partei hatte aber nicht nur Zurückhaltung in der Ausgabenpolitik gelobt, sondern auch versprochen, dafür zu sorgen, daß die Zahl wartender Patienten um 100.000 sinkt, jede bei einem Krebspatienten vorgesehene Operation ohne Wartezeit durchgeführt wird und NHS-Krankenhäuser "tough quality standards" einhalten. Zudem war der qua Senkung von Managementkosten verfügbar zu machende Betrag mit 1 Mrd. Pfund unrealistisch hoch angesetzt worden. Die neue Regierung ließ daher alsbald zusätzliche Mittel für den NHS fließen. Schon in ihren ersten zwei Amtsjahren wuchs dessen Budget um jeweils gut 2 %. 1998 kündigte die Regierung dann als Ergebnis einer umfassenden "spending review" für die folgenden drei Jahre Ausgabensteigerungen von je 4,7 % an. Man müsse, so Premierminister Blair, konstatieren, "daß der NHS unterfinanziert ist" (Blair 1999: 726). Eine traditionsreiche Kritik war "angekommen".⁶⁹ Gemessen an der Politik früherer Regierungen und einem einschlägigen Kriterium⁷⁰ konnte man die eben angeführten Stei-

⁶⁹ Vorwürfe, der Gesundheitsdienst sei mangelfinanziert, gehörten seit jeher zum Diskussionsrepertoire des Politikfeldes. E. Powell, in den sechziger Jahren konservativer Gesundheitsminister: "One of the most striking features of the National Health Service is the continual, deafening chorus of complaint which rises day and night from every part of it." Da der Gesundheitsdienst aus Steuermitteln finanziert werde, habe "everyone providing as well as using it ... a vested interest in denigrating it" (Powell 1976: 16). In der Debatte haben Vergleiche eine wichtige Rolle gespielt, neben dem Vergleich mit EU-/OECD-Ländern auch der Vergleich innerhalb des Vereinigten Königreichs (Schottland übertrifft England) (z.B. Dixon et al. 1999).

⁷⁰ Beamte des Gesundheitsministeriums hatten in den siebziger Jahren für die Verhandlungen mit der Treasury einen Zuwachs-Richtwert entwickelt. Danach muß das NHS-Budget jährlich um real 2 % wachsen, um Anschluß an die Bedarfsentwicklung zu halten. In den Worten eines früheren Staatssekretärs: "One per cent is needed to keep pace with the increasing number of elderly people; medical advance takes an additional 0.5 per cent and a further 0.5 per cent is needed to make progress towards meeting the Government's policy objectives (for example to improve renal services and to develop community care)" (zit. n. Klein 2001: 152).

gerungsraten bereits generös nennen.⁷¹ Sie wurden noch überboten von Absichten, mit denen der Premierminister Anfang 2000 an die Öffentlichkeit trat: Im Zuge eines durchgreifenden Modernisierungsprogramms werde das NHS-Budget real um jährlich 5 % gesteigert. Das Ziel sei, die Gesundheitsausgaben des Landes an den EU-Durchschnitt heranzuführen.⁷² Weitere Steigerungen des Ausgabenwachstums wurden in den folgenden Jahren beschlossen. Berechnet man die realen Zuwachsraten des NHS-Budgets für die Zeitspanne 2000/1 - 2007/8, ergibt sich ein Durchschnittswert von 7,8 % p.a.⁷³ Argumentativ flankiert wurde die Ausgabenexpansion von einer Expertise zum künftigen Finanzbedarf des NHS, die ein Ex-Bankier für die Regierung erstellte.⁷⁴ In Anbetracht eines früheren Schatzkanzler-Versprechens, die Einkommensteuer nicht zu erhöhen, hob die Regierung im April 2003 die Sozialversicherungsbeiträge an, um das Ausgabenwachstum zu finanzieren.⁷⁵ Zu den Bereichen, die in besonderer Weise von der Ausgabensteigerung profitierten, zählt die Krankenhaus-Akutversorgung. 1995/96 lag ihr Anteil an den NHS-Aufwendungen für "hospital and community health services" bei 49 %, 2003/4 bei 56 % (Ham 1999: 78; DH 2006c: 104).

Zum Hintergrund von New Labours expansiver Ausgabenpolitik gehören eine Reihe negativer Ereignisse und Erfahrungen: Labours entschiedenes Wahlversprechen in Sachen Wartelisten hatte dem Thema zusätzliche Prominenz verschafft und den politischen Handlungsdruck erhöht. Die Regierung hatte Maßnahmenpakete geschnürt, mußte jedoch Erfahrungen ihrer Vorgängerinnen wiederholen: Erfolge waren oft nur von kurzer Dauer oder entpuppten sich als Scheinerfolge. Tatsächlich mußte auch dieser Regierung der Kampf mit den Wartelisten nach einigen Jahren wie "the politics of Sisyphus" (Klein 2001: 212) erscheinen. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind daneben durch eine Häufung von Grippefällen im Winter 1999/2000 hervorgerufene Kapazitätsprobleme und ihre Medienresonanz: Berichte über zahlreich, zum Teil mehrfach und im Einzelfall folgenschwer aufgeschobene Operationen; Bilder von Kranken, die notdürftig gebettet auf den Fluren englischer "third world wards" weiterer Versorgung harren.⁷⁶ Auch Wortmeldungen ärztlicher Notabeln zogen wieder, wie schon im Vorfeld der Thatcher-Reformen, die

⁷¹ Dies auch dann, wenn man die ggf. über der allgemeinen Inflationsrate liegende Entwicklung NHS-relevanter Faktorpreise berücksichtigt.

⁷² Nach einer Schätzung auf der Basis von Daten des Jahres 2002 war dies 2005/6 erreicht (Thorlby/Maybin 2007: 2f.).

⁷³ Zwischen 1949/50 und 1999/2000 sind die NHS-Ausgaben dagegen - bei z.T. starken Schwankungen der Einzelwerte - um durchschnittlich 3,4 % pro Jahr gestiegen.

⁷⁴ Der "Wanless Report" (Wanless 2002) hielt nachhaltige Ausgabensteigerungen für erforderlich. Das NHS-Budget müsse in 20 Jahren von 68 Mrd. Pfund (2002) auf 154 bis 184 Mrd. Pfund wachsen, wenn der Gesundheitsdienst eine umfassende Bürgerversorgung bei hoher Qualität gewährleisten solle. Die Gesundheitsquote müsse im besagten Zeitraum von 7,7 % auf 12,5 % steigen.

⁷⁵ Ein Teil der Beitragszahlungen, die Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Selbständige an den National Insurance Fund entrichten, wird dem NHS seit jeher zugeführt. 2002/3 machten diese Mittel 11 % des NHS-Budgets aus, 2006/7 über 18 % (ONS 2003: 171f.; DH 2006c: 40).

⁷⁶ Daß die Entscheidung, Milliarden in den NHS zu pumpen und ein umfangreiches Modernisierungsprogramm aufzulegen, auch auf den medialen Niederschlag der "winter crisis" 1999/2000 zurückgeht, haben für eine Studie des King's Fund befragte Ministerialbeamte ausdrücklich bestätigt (Hinsliff 2003c).

Aufmerksamkeit auf sich.⁷⁷

Mit der Ausgabenexpansion veränderte sich die Perspektive der Finanzierungsdiskussion. Nicht mehr die Frage, ob der Krankenhausversorgung genügend Ressourcen zufließen, stand jetzt im Vordergrund, sondern die Frage, ob der zusätzliche Aufwand genügend Ertrag abwirft - zumal New Labour Ergebnisorientierung stets als Identitätsmerkmal herausgestellt hatte.⁷⁸ Die Notwendigkeit, den Mehraufwand durch klare Erfolgsnachweise zu legitimieren, wurde zum wiederkehrenden Motiv ministerialer Äußerungen.⁷⁹

Um so mißlicher mußte es für die Regierung sein, als inmitten der Expansion defizitäre Entwicklungen im NHS zu einem Problem größerer Ordnung wurden. "Over 12,000 jobs have been cut, wards closed and operations delayed as NHS trusts have struggled with finances", vermeldete die BBC im Sommer 2006 (BBC 2006a). NHS-Organisationen hatten im gerade abgelaufenen Haushaltsjahr einen Fehlbetrag von über 1,2 Mrd. Pfund angehäuft. Für den gesamten NHS wurde ein Defizit von mehr als 500 Mio. Pfund ermittelt (Palmer 2006).⁸⁰ Aus Sicht der Gesundheitsministerin lag die Ursache vor allem in Managementschwächen der betroffenen Organisationen (BBC 2006a). Die Regierung verwies zudem darauf, daß es sich nicht um ein Breitenphänomen handle: 70 % der Defizite seien in 11 % der Organisationen angefallen (BBC 2006b). Palmers Analyse benennt mehrere Faktoren (Palmer 2006): Nachfragesteigerungen schlugen zu Buche. Stark zugenommen hat namentlich die Inanspruchnahme der Notfallabteilungen an Krankenhäusern. 2003/4 stieg die Zahl der Notaufnahmen im Schnitt um 6 % (England), einige Regionen verzeichneten Zuwächse von über 10 %. Die Ursachen sind nicht geklärt. Unklar ist auch, inwieweit Aufnahmeentscheidungen als angemessen qualifiziert werden können. Ein Grund für den Anstieg der primären Inanspruchnahme könnte die Wartezeitenreduktion in den Abteilungen (bzw. ihre Publizität) sein. Sie mag in wachsender Zahl Patienten, die den Hausarzt hätten aufsuchen können, veranlaßt haben, zwecks schneller Versorgung ein nahes Krankenhaus anzusteuern.⁸¹ Bei der Nachfrage nach elektiven Leistungen könnte der zugangspolitische Erfolg ebenfalls eine Rolle gespielt haben. Möglicherweise ist sie einfach (auch) deshalb gestiegen, weil niedergelassene Ärzte schneller überweisen, wenn die Wartezeiten im Krankenhaus sinken. Im

⁷⁷ Besondere Verlegenheiten bereiteten der Regierung Interview-Äußerungen eines als Labour Peer dem Oberhaus angehörenden Arztes. Der Lord, ein renommierter Fortpflanzungsmediziner, der durch Fernsehserien einem breiteren Publikum bekannt geworden war, charakterisierte nicht nur die Situation in seinem Fachgebiet als "much the worst in Europe". Er beklagte darüber hinaus, daß die Versorgung von Herz- und Krebspatienten in Großbritannien unter dem Niveau ärmerer Länder liege, und berichtete von bedrückenden NHS-Erlebnissen seiner Mutter, die durchaus kein Einzelfall seien (vgl. Yamey 2000).

⁷⁸ Die Kontrastfolie lieferte einmal mehr "Old Labour". Die alte Labour Party, so Premierminister Blair, "seemed to want to throw money at every problem, with little if any concern for the efficiency with which public resources were spent" (zit. n. Klein 2001: 191).

⁷⁹ Was ein Beamter des Gesundheitsministeriums vor einigen Jahren sagte, blieb aktuell: "Resources bring results is the mantra of the moment" (zit. n. Wintour 2002).

⁸⁰ Die Differenz zur erstgenannten Summe erklärt sich durch Überschüsse anderer NHS-Organisationen.

⁸¹ Aufgrund von Patientenbefragungen in Notfallabteilungen Londoner Krankenhäuser ist geschätzt worden, daß bei 40 % - 60 % der Patienten eine hausärztliche Behandlung angemessener gewesen wäre (Palmer 2006: 14).

Blick auf die Notfallversorgung wird als weiterer (möglicher) Faktor gehandelt, daß Notfallabteilungen unter großem Druck standen, dem von der Regierung gesetzten Wartezeitlimit zu entsprechen.⁸² Aufnahmen zur Beobachtung und Durchführung diagnostischer Tests mögen ein Mittel gewesen sein, die Vorgabe zu bedienen. Auch der finanzielle Aspekt kann eine Rolle gespielt haben, wenn die zusätzlichen Einnahmen über den Mehrkosten lagen, die mit einer Aufnahme über Nacht im Regelfall verbunden waren. Für die beiden zuletzt genannten Annahmen spricht, daß das schnelle Wachstum der Notaufnahmen mit einem Rückgang der Verweildauer von Notfallpatienten einherging. Dies läßt darauf schließen, daß viele der zusätzlichen Aufnahmen Aufenthalte von sehr kurzer Dauer nach sich zogen.

Hohe Kostensteigerungen im Personalbereich, aber auch bei Medikamenten bilden eine zweite wichtige Faktorengruppe. 2005/6 sind 87 % der zusätzlichen Gelder für Krankenhäuser und gemeindenahe Gesundheitsdienste in England zur Finanzierung höherer Personalaufwendungen (52 %), gestiegener Arzneimittelkosten (17 %) und anderer von NHS-Organisationen kaum zu umgehender Kostenzuwächse verwandt worden. Nach einer Schätzung des King's Fund beläuft sich dieser Anteil auch 2006/7 noch auf 72 % der zusätzlichen Mittel.

Des weiteren ist die sinkende Produktivität der Krankenhäuser anzuführen, ein seit den neunziger Jahren zu beobachtender Trend.⁸³ Relativierend muß auf die Qualitätsblindheit der einschlägigen Output-Erfassung hingewiesen werden.⁸⁴ Gleichwohl bleibt der Problembefund, daß sich Input/Output-Relationen im NHS heute auch bei konstanten Preisen schlechter darstellen als vor einigen Jahren. Einige Gründe: Über einer starken Konzentration auf die Inputseite (Personal, Infrastruktur) erfuhr die Produktivitätsproblematik wenig Aufmerksamkeit. Hinzu kamen durch EU-Arbeitszeit-Richtlinie, sektorenübergreifende Versorgungsprogramme und Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften bedingte Veränderungen der Arbeitsorganisation. Londons Zugangspolitik wird als weiterer Faktor genannt, insbesondere das schon erwähnte Wartezeitlimit für Notfallabteilungen. Schließlich hat die Regierung diverse Maßnahmen (z.B. die Bildung von 303 Primary Care Trusts im Jahre 2002) getroffen, die aus den zusätzlichen NHS-Mitteln finanziert werden mußten, aber entweder Output-irrelevant sind oder erst in Zukunft outputwirksam werden können.

Zum Bedingungsgefüge der Defizitprobleme gehörte aber vor allem auch, daß es im NHS hinsichtlich der genannten Ursachenbereiche an wirksamen Steuerungsinstrumenten fehlte. Das Fallpauschalensystem (mit seinen produktivitätsbezogenen Anreizen) und "practice-based commissioning" (mit seinen auf das Überweisungsverhalten von Ärzten gerichteten Anreizen; vgl. 4.4) waren noch wenig entwickelt. Insbesondere aber mangelte es den Primary Care Trusts (PCTs)

⁸² Der Patient soll nicht länger als vier Stunden warten müssen, bis er ambulant behandelt, aufgenommen oder nach medizinischer Prüfung ohne weitere Behandlung (aber ggf. mit Handlungsempfehlungen) nach Hause geschickt wird.

⁸³ Zwischen 1995 und 2003 ist die NHS-Produktivität um 1,75 % pro Jahr zurückgegangen (vgl. HCC 2006b: 89).

⁸⁴ Eine 2005 vorgelegte Studie des Gesundheitsministeriums hat es unternommen, trotz des Mangels an verlässlichen Daten Qualitätsverbesserungen zu berücksichtigen. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß die Produktivität in den zurückliegenden fünf Jahren um 0,8 % p.a. gestiegen sei (HCC 2006b: 89).

- den primären Finanziers im NHS - an effektiven Instrumenten des Nachfragemanagements.

London hat auf die defizitären Entwicklungen mit einem Bündel von Maßnahmen geantwortet: 1) Das practice-based commissioning wird ausgeweitet, um die Ärzte zu einer zurückhaltenden Leistungsveranlassung zu motivieren. 2) Das Ministerium hat Ziele vorgegeben: fünfprozentige Verringerung der von Notfallbehandlungen beanspruchten Krankenhaustage, Zuwachsbegrenzung bei elektiven Behandlungen. 3) Die Leistungsvergütung wird um die Hälfte gekürzt, wenn die Zahl der Noteinweisungen einen bestimmten Schwellenwert überschreitet. 4) Trotz eines erwarteten Kostenzuwachses von 6,5 % steigen die Fallpauschalen, mit denen 2006/7 etwa zwei Drittel der Krankenhausleistungen vergütet werden, im Durchschnitt nur um nominal 1,5 %. Allerdings werden Pauschalen für elektive und nicht-elektive Leistungen unterschiedlich behandelt. Während London erstere um 5 % erhöht hat, wurden letztere um 0,5 % gesenkt. 5) Um Reserven zu bilden, wird allen Primary Care Trusts in defizitären NHS-Regionen ein Teil ihrer Zuweisungen abgezogen (Londoner PCTs z.B. 3 %). 6) Die Ausgleichszahlungen für PCTs, deren Aufwendungen durch den Wechsel von lokal ausgehandelten Preisen zu ministeriell bestimmten Fallpauschalen steigen, werden 2006/7 halbiert und bis 2008/9 gänzlich abgeschafft.

Diese Maßnahmen dienen der finanziellen Stabilisierung des NHS (Kostendämpfung in der Notfallversorgung, Senkung der Erstellungsosten je Leistungseinheit). 2006/7 ist das Bruttodefizit auf 911 Mio. Pfund gesunken, ein noch immer hoher Betrag, dem jedoch ein höherer Bruttoüberschuß gegenübersteht, so daß der NHS das Haushaltsjahr - erstmals seit 2003/4 - mit einem Nettoüberschuß abgeschlossen hat (King's Fund 2007b). Im Vergleich zu 2005/6 sind die Defizite noch stärker auf wenige Organisationen konzentriert. Das Bruttodefizit hat sich zudem von den NHS Trusts (Krankenhäuser und andere organisierte Leistungserbringer) weg in Richtung Primary Care Trusts verlagert. Dies erklärt sich u.a. dadurch, daß von den (temporären) Budgetabzügen zur Reservenbildung nur PCTs betroffen waren.

Es sind Besorgnisse laut geworden, daß die genannten Maßnahmen Qualitätsrisiken bergen und Leistungsbereiche betroffen sein könnten, die nicht im Blickfeld nationaler Ziele liegen. Nationale Daten zu Auswirkungen der Defizitbekämpfung auf die Patientenversorgung sind nicht verfügbar. Die Regierung erklärt, daß die Versorgung nicht gelitten habe und Zugangsziele nicht tangiert worden seien.

4.3 Allokationspolitik

Mit Gründung des NHS hatte der britische Staat die Verantwortung für eine regional höchst ungleichmäßige Versorgungslandschaft übernommen. Es gab ein markantes Stadt/Land-Gefälle und ebenso deutliche Süd/Nord-Disparitäten. Gesundheitsminister Bevan hatte eine politische Hauptaufgabe darin gesehen, "as nearly as possible a uniform service for all" zu schaffen (zit. n. West 1981: 117). Dennoch dauerte es mehr als zwei Jahrzehnte, bis man begann, die Krankenhausfinanzierung systematisch auf das Ziel der Angleichung regionaler Zugangschancen auszurichten.

Bis in die siebziger Jahre hinein erfolgte die Mittelverteilung auf die NHS-Regionen weitgehend

im Modus inkrementaler Politik,⁸⁵ d.h. man erhöhte die - in Abhängigkeit von Zahl, Größe und Ausstattung der Krankenhäuser einer Region variierenden - Budgets zumeist unterschiedslos um einen bestimmten Prozentsatz. Die Quintessenz dieser Allokationspolitik ist mit der Formel karikiert worden: "What you got last year, plus an allowance for growth, plus an allowance for scandals" (Maynard/Ludbrook 1980: 293). Beträchtliche Differenzen in den regionalen Pro-Kopf-Ausgaben, die sich nicht durch unterschiedliche Gesundheitsverhältnisse erklären ließen, wurden so festgeschrieben oder noch verstärkt.

Als die Labour Party 1964 nach 13 Oppositionsjahren wieder an die Regierung kam, hatte sich in puncto Disparitätenabbau wenig getan. "The general pattern in the early 1960s was, it would appear, in proportionate terms not so very different (as far as the hospital services are concerned) from what it was after the First World War" (Culyer 1976: 115). Zwar hatte der 1962 vorgelegte "Hospital Plan for England and Wales" (vgl. Allen 1979) das "inverse care problem" (Glennister et al. 2000: 42)⁸⁶ durchaus im Blick, das er durch gezielte Investitionen mildern wollte: Die Infrastrukturentwicklung würde, so die Überlegung, mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung auf die Verteilung der Mittel für laufende Ausgaben durchschlagen. Die entsprechenden Auswirkungen der verstärkten Investitionstätigkeit blieben jedoch gering. Zwar wurden neue Krankenhäuser in mangelversorgten Regionen errichtet, spürbare Angleichungseffekte waren jedoch selbst unter der (bald zweifelhaft werdenden) Annahme kontinuierlich wachsender Investitionsmittel nur auf lange Sicht zu erwarten. Ein Teil der Gelder wurde zudem für Renovierungszwecke genutzt, und in den bestversorgten Regionen fand kein Bettenabbau statt. Am Beginn der siebziger Jahre war die regionale Mittelverteilung denn auch unverändert durch massive Ungleichgewichte charakterisiert.⁸⁷

Zu dieser Zeit wurde ein erster Versuch unternommen, das "inverse care problem" mit einer Verteilungsformel anzugehen. Die Formel, Ende der sechziger Jahre unter einem Labour-Minister konzipiert, 1971 unter einem konservativen Minister erstmalig umgesetzt, kombinierte Bevölkerungsmerkmale (Größe, Alters- und Geschlechtsstruktur) mit Angebots- und Nutzungskennziffern (Bettenzahlen, Fallzahlen), wurde aber weithin als unbefriedigend empfunden (vgl. West 1973).⁸⁸

⁸⁵ Zum Inkrementalismusbegriff als Kategorie für die Analyse von Budgetpolitiken vgl. Sturm 1989: 296ff. Sturm definiert Inkrementalismus als "Entscheidung über den Haushalt mit programmatisch wenig einschneidenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr" (ebd.: 306).

⁸⁶ Die Formulierung lehnt sich an das von Tudor-Hart aufgestellte "inverse care law" an: "The availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served" (Tudor-Hart 1971: 412).

⁸⁷ 1971/72 übertrafen die Pro-Kopf-Ausgaben in der am besten ausgestatteten NHS-Region den Durchschnittswert um 42 %, die Schlußlicht-Region lag 23 % darunter (Allsop 1995: 75).

⁸⁸ Ein rückschauender Kommentar enthält die Kritik in komprimierter Form: "This was a cross between demand and a rough measure of need, based on guesswork rather than evidence" (Glennister et al. 2000: 42). Man muß allerdings auch die politische Intention in Rechnung stellen, "übersorgte" Regionen nicht zu "bestrafen" (Mays 1995: S97).

Die RAWP-Formel

Bessere Lösungen sollte die Resource Allocation Working Party (RAWP) finden, die der Gesundheitsminister im Frühsommer 1975 ins Leben rief. Die politische Absicht war, ein "unpolitisches" Verteilungsverfahren zu etablieren, das auf einer "objective analysis of facts" basiert, wie der damals zuständige Minister später schrieb. "The working party was deliberately designed to provide an apolitical way forward that would withstand changes of ministers and governments" (Owen 1988: 61).

Die Kommission erarbeitete eine Formel, deren Einführung in die Allokationspraxis als Markstein in der Geschichte des NHS gilt. Die Formel sollte das Prinzip: "equal opportunity of access to health care for people in equal need" instrumentieren und so konzipiert sein, daß sie regionale Bedarfe unabhängig von Angebot und Nachfrage (die angebotsinduziert sein oder unter dem Bedarf liegen konnte) erfaßte.⁸⁹ Die RAWP-Formel sagte nichts über die Höhe der insgesamt erforderlichen Gelder oder den absoluten Ressourcenbedarf einer Region, sie adressierte ausschließlich die Frage, wie ein gegebenes Mittelvolumen regional (bedarfs-)gerecht verteilt werden kann. Das RAWP-Konzept bezog sich zuvörderst auf die Mittel, die die NHS-Regionen zur Finanzierung laufender Ausgaben für Krankenhäuser und kommunale Gesundheitsdienste erhielten.⁹⁰ Folgende Bedarfsdeterminanten wurden berücksichtigt: Größe der regionalen Bevölkerung; Bevölkerungsstruktur (Alter, Geschlecht); Morbidität;⁹¹ regional überdurchschnittliches Lohn- und Gehaltsniveau; interregionale Patientenwanderungen (DHSS 1976a).

Nicht zuletzt aus politischen Gründen sollte dem Prinzip gefolgt werden, die faktische Mittelverteilung der (jedes Jahr neu zu berechnenden) "target allocation" durch die Festlegung unterschiedlicher Zuwachsraten sukzessive anzunähern. Dabei sollte der Etat jeder Region jährlich wenigstens um den Betrag wachsen, der erforderlich war, um den durch die Altersentwicklung und innerregionale Ausgleichsbemühungen (Verlagerung von Einrichtungen und Diensten aus übertersorgten in mangelversorgte Gebiete) bedingten Mehrbedarf zu decken. Zwar ist man in den achtziger Jahren von diesem Grundsatz gelegentlich abgewichen, die deutliche Annäherung an die Zielverteilung konnte aber in der Hauptsache durch die Festlegung differenter Wachstumsraten erreicht werden.⁹²

⁸⁹ Nur zur Gewichtung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen wurde auf (nationale) Belegungsziffern zurückgegriffen.

⁹⁰ Seit der Reorganisation des NHS im Jahre 1974 waren die Health Authorities auch für die kommunalen Gesundheitsdienste zuständig.

⁹¹ Zur Bestimmung des Ressourcenbedarfs in der (akut-)stationären Versorgung wurde mangels geeigneter Morbiditätsstatistiken mit ursachenspezifischen Sterbeziffern gearbeitet. Für die teilstationäre und ambulante Krankenhausversorgung verwandte man nicht nach Todesursachen spezifizierte Mortalitätsraten. Der Bedarfsbestimmung für die Schwangeren- und Mütterbetreuung diente ein standardisierter Fertilitätsindex. Die Ressourcenanteile der stationären Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter wurden ohne Rückgriff auf Mortalitätsraten festgelegt.

⁹² Als die RAWP-Formel 1977/78 erstmalig angewandt wurde, lagen die Regionen, deren Budgets von der Ziel-Verteilung am weitesten abwichen, um 15 % über und um 11 % unter dem jeweiligen "fair share". Zehn Jahre später lauteten die entsprechenden Werte 7 % und 4 % (Mays 1995: S97).

Der RWP-Ansatz war ein "qualified success" (Mays 1995: S97), erfolgreich, aber weder frei von sachlichen Schwächen noch politisch unproblematisch. Die Hauptverlierer, Lehrkrankenhäuser und Londoner Health Authorities, argumentierten nicht gegen das Prinzip der Formel, kritisierten aber diverse technische Aspekte. Umstritten blieb, wie die Verwendung standardisierter Sterbeziffern als "surrogate for need in health care" (Paton/Bach 1990: 135) zu beurteilen ist (vgl. Bevan/Mays 1987). Ein primärer Kritikpunkt war, daß aus chronischen Erkrankungen erwachsende Bedarfe so nicht adäquat zu erfassen seien. Von Anfang an wurde auch moniert, daß die Formel es nicht berücksichtigte, wenn eine Region hohe Anteile sozial schwacher Gruppen (etwa Arbeitslose oder Immigranten) aufwies (vgl. z.B. Mooney 1992).

Die Allokationsformeln sind in Reaktion auf Entwicklungen des Forschungs- und Diskussionsstandes zu Bedarfsindikatoren und im Gefolge struktureller Änderungen mehrfach verändert worden (vgl. Mays 1995; Glennerster et al. 2000; Sutton et al. 2002). 1995 wurde eine neue Formel zur Verteilung der Mittel für Leistungskäufe im Bereich hospital and community health services eingeführt. Bis 2002 berechnete man mit ihrer Hilfe Zuweisungen an Health Authorities, seither wird sie - in weiterentwickelter, die Grundmerkmale jedoch beibehaltender Form - bei der Festlegung der PCT-Budgets angewandt. Diese Formel - eine "weighted capitation formula" - setzt ebenfalls bei der Bevölkerungszahl an, rekuriert zur weiteren Bedarfsbestimmung jedoch auf Daten zur Inanspruchnahme von NHS-Leistungen. Die altersstrukturelle Bedarfskomponente wird über einen Index eingebracht, der auf Berechnungen nationaler Pro-Kopf-Ausgaben für verschiedene Altersgruppen basiert. Mit einem weiteren Index sollen zusätzliche Bedarfsfaktoren berücksichtigt werden. In ihn fließen Zensusdaten zum Gesundheitsstatus und sozioökonomische Variablen ein, die eng mit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen korrelieren.⁹³

Auch die Methodik der heutigen Formel hat Kritik auf sich gezogen. Im Zentrum steht der Ansatz, Bedarfsindikatoren aus Nutzungsdaten abzuleiten. Unproblematisch wäre dieses Vorgehen nur, wenn eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durchgängig unterstellt werden könnte. Hier sind jedoch Zweifel angebracht, man denke etwa an die englische Diskussion um "ageism" im NHS oder Befunde zum Einfluß räumlicher Zugangsbedingungen auf die Leistungsnachfrage. Asthana und Kollegen haben (fiktive) Zuweisungen zur Finanzierung der stationären Versorgung von Herzpatienten sowohl mit der Regierungsformel als auch mit einer von ihnen konzipierten morbiditätsorientierten Formel berechnet. Sie gelangen zu der Annahme, daß erstere systematische Bias zu Lasten von ländlichen Gebieten und Gebieten mit hohem Bevölkerungsanteil alter Menschen hat, während deprivierte Gebiete mehr erhalten als ihnen bei (direkt) morbiditätsorientierter Berechnung zusteht (Asthana et al. 2004).⁹⁴ Bei allen Veränderungen und aller zum Teil

⁹³ Schon in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre hatte eine Expertengruppe den Einbau eines "social-factors"-Index empfohlen. (Es handelte sich um den "Jarman Underprivileged Area Score", der u.a. die Anteile von Arbeitslosen, Einwanderern und Alleinerziehenden an der Bevölkerung eines Gebietes berücksichtigte (vgl. Jarman 1983).) Die Regierung konnte sich jedoch seinerzeit - aus unklaren Gründen (Mays 1995: S99) - nicht zur Aufnahme eines Deprivationsfaktors verstehen.

⁹⁴ Die Healthcare Commission (die unabhängige NHS-Inspektion) hat in dagegen den vergangenen Jahren gerade den Umstand problematisiert, daß mancher Primary Care Trust in sozioökonomisch deprivierten Gebieten deutlich weniger erhielt, als es seinem (nach Maßgabe der Regierungsformel) fairen Anteil entsprochen hätte. Mißt man die jüngste Allokationsentwicklung an der Zielverteilung, zeigen sich jedoch Fortschritte. 2007/8 wird kein PCT in England weiter als 3,5 % unter dem Formelsoll liegen (HCC 2006b: 87).

sehr technischen Diskussion hat sich jedoch das mit der RAWP-Formel erstmals systematisch instrumentierte Allokationsprinzip unangefochten durchgehalten: Es geht darum, Mittel so zu verteilen, daß der NHS landesweit bei gleichem Bedarf gleiche Zugangschancen bietet.

Prioritäten

Fast zeitgleich mit der Einführung der RAWP-Formel unternahm die Regierung auch den Versuch, die Allokationsentscheidungen der Health Authorities zugunsten bestimmter Leistungszweige oder Patientengruppen zu beeinflussen. 1976 veröffentlichte das Ministerium "Priorities for Health and Personal Social Services in England" (DHSS 1976b), denen 1977 mit "The Way Forward" (DHSS 1977) eine konkretisierende und maßnahmenorientierte Publikation folgte. Die Dokumente erschienen vor dem Hintergrund einer ökonomischen Krise, einer um die Begrenzung der Staatsausgaben ringenden Haushaltspolitik und in Erwartung eines nur gering wachsenden Gesundheitsetats. In einem Leistungssector, "where demand will always outstrip our capacity to meet it, choice is never easy, but choose we must", schieb die Gesundheitsministerin im Vorwort zu "Priorities".

Da es um (Re-)Allokationspolitik ging, wurden die Prioritäten inputbezogen formuliert. "Priorities" sagte den NHS-Instanzen, welche Leistungszweige mit relativ großen Ressourcenzuwächsen bedacht werden sollten, welche Bereiche - die Krankenhausakutversorgung etwa - bescheiden zulegen konnten und wo Abstriche in Frage kamen. Der "central proposal" war, "that much of the available 'growth money' should be concentrated on services used mainly by the elderly and the physically handicapped, the mentally ill and handicapped, and children" (DHSS 1976b: 27). Daß die Mittelanteile der genannten Bereiche stärker wachsen sollten als die Akutversorgung, hatte verschiedene Gründe: Auch die britische Gesellschaft altert, auch in Großbritannien zog die Versorgung Behinderter und psychisch Kranker in den siebziger Jahren mehr Aufmerksamkeit auf sich. Zudem hatten mehrere Untersuchungen, die durch Skandale in Sonderkrankenhäusern ausgelöst worden waren, zum Teil schon in den sechziger Jahren katastrophale Zustände aufgedeckt (vgl. Martin 1984).

"Priorities" postulierte globale Zuwachsraten, enthielt aber keine an einzelne Akteure gerichteten Vorgaben. Spezifische Anreize oder Sanktionen fehlten ebenfalls. Um wenigstens bescheidene Erfolge zu erzielen, mußte das Ministerium versuchen, seine Vorstellungen im direkten Kontakt mit den NHS-Organen wirksam werden zu lassen, vor allem im Zuge jährlicher "planning reviews". "Can it all be done?", fragte das Ministerium selbst (DHSS 1977: 17). Die darin zum Ausdruck kommende Skepsis war berechtigt. Das Profil der NHS-Ausgaben hatte sich Ende der siebziger Jahre nur in bescheidenem Umfang zugunsten der von London markierten Vorrangbereiche verändert.

Der Regierungswechsel im November 1979 zog zunächst keine inhaltlichen Veränderungen zentraler Prioritäten nach sich. "Care in Action", 1981 veröffentlicht (DHSS 1981), verzichtete jedoch darauf, Zuwachsraten vorzugeben, und benannte auch keine prospektiven "Verlierer" mehr. Man beließ es dabei, Patientengruppen, Dienste und Einrichtungen aufzulisten, die der "Erwartung" des Ministers zufolge bei der Ausgabenplanung besonders zu beachten waren. "Care in Action" legte einen besonderen Akzent auf den Spielraum, den die lokalen Entscheidungsträger des

NHS haben sollten. Diese Orientierung hielt jedoch nicht lange vor. Zudem wechselte Londons Prioritätenpolitik in den achtziger Jahren ihren Bezugspunkt, sie formulierte nicht mehr input-, sondern outputorientiert, zielte also nicht mehr direkt auf Allokationsentscheidungen. Die Regierung definierte "Prioritäten" jetzt in Form von konkreten Zielvorgaben, etwa Volumina oder maximalen Wartezeiten für bestimmte Operationen.

Noch indirekter wird der Bezug zu Allokationsentscheidungen, wenn Prioritäten in Gestalt von (bevölkerungsbezogenen) Gesundheitszielen definiert werden. Solche Ziele sind allerdings Prioritäten unter vielen anderen, die Bedeutung des Begriffs hat sich beträchtlich ausgeweitet. Neben den schon genannten Themen figurierten in den neunziger Jahren "knowledge based medicine", die Versorgung ethnischer Minderheiten, "day surgery" u.a.m. unter dem Prioritäten-Label. Anders als die ersten Londoner Prioritätenstatements enthielten die Rundschreiben der neunziger Jahre keine Orientierungsvorgaben zur Ressourcenverteilung auf verschiedene Leistungsbereiche mehr. Ein Grund dafür ist in der angesprochenen Aufmerksamkeitsverlagerung auf Outputs und Outcomes zu suchen, ein zweiter in der Unterschiedlichkeit lokaler Versorgungsbedingungen (vgl. Klein et al. 1996: 49ff.).

Auch die (Einkaufs-)Pläne, die Klein und Kolleginnen (1996: 55ff.) in ihren Untersuchungen zur Allokationspolitik der Health Authorities analysierten, enthielten ganze Prioritätenkataloge, wobei bestimmte Leistungsbereiche wie die Versorgung psychisch Kranker durchgängig genannt wurden. Der Vergleich von tatsächlichen Ausgaben und deklarierten Prioritäten zeigte freilich eine gewisse Diskrepanz. Insbesondere deutete in den faktischen Ausgabenverteilungen wenig auf stärkere Reallokationsprozesse zu Lasten des (Krankenhaus-)Aktorsektors. Die an den "purchaser/provider split" geknüpfte Erwartung, ihrer Trägerfunktionen ledige und aus der "provider capture" befreite Health Authorities würden deutliche Mittelumrichtungen vornehmen, hat sich also nicht bestätigt. Health Authorities mögen langfristig weitergehende Umschichtungsziele verfolgt haben, näherten sich diesen Zielen aber mit kleinen Schritten. Die Frage nach den Gründen verweist auf eine Reihe von Problemen, die mit (Re-)Allokationsentscheidungen in der Gesundheitsversorgung verbunden sind.

1) Health Authorities (und heute Primary Care Trusts) sollen ihre Mittel bedarfsorientiert, auf der Grundlage eines systematischen "needs assessment" allozieren. Die Vorstellung einer durch Bedarfsanalysen geleiteten Mittelallokation ist programmatisch zentral,⁹⁵ ihre praktische Umsetzung bereitet jedoch erhebliche Schwierigkeiten. "Needs assessment needs assessment" (Stevens/Gabbay 1991) ist mehr als ein Wortspiel. Die Problemreihe beginnt damit, daß "Bedarf" eine multidimensionale, mehrdeutige, veränderliche Kategorie ist und sich aus morbiditätsbezogenen Informationen nicht umstandslos der erforderliche oder angemessene Leistungsmix ableiten läßt. Möglicherweise gehen die Bedarfsbestimmungen von Leistungserbringern und (potentiellen) NHS-Nutzern auch mehr oder weniger weit auseinander. Schließlich sind für Bedarfsanalysen verwendbare Ressourcen nicht eben üppig bemessen. Der Studie von Hensher und Fulop (1999) zufolge ist eine der praktischen Hauptfunktionen des needs assessment die nachträgliche Rechtfertigung von Entscheidungen.

⁹⁵ Man hat von einem "cultural shift in service planning" gesprochen (Hooper et al. 1997).

2) Auch die Frage nach den Kriterien, mit deren Hilfe Allokationsoptionen beurteilt werden können, wirft erhebliche Probleme auf. Um wessen Kriterien soll es sich handeln, und was soll bei Wert-/Zielkonflikten - Effizienz versus Gerechtigkeit/Fairneß etwa - geschehen? Inwieweit soll man sich an utilitaristische Prinzipien ("Maximierung des Gesundheitsgewinns") halten, inwieweit der Betreuung Schwerkranker oder Behinderter Priorität geben?

3) Ein systematischer Vergleich von Allokationsoptionen ist auf diesem Hintergrund nur bedingt möglich. Das Konzept des "Gesundheitsgewinns" dient in der Allokationspraxis primär als Hebel, Leistungsanbietern konkrete Angaben über die erwartbaren Effekte von Aufwendungen für bestimmte Leistungen abzufordern. Weniger dient es dazu, diese Effekte auf einer gemeinsamen Skala zu verorten und vergleichend zu bewerten. "Health gains' are non-convertible currencies. Moreover, they do not provide purchasers with independent criteria. As one purchaser put it, 'We have to rely on clinicians to tell us about health gains. We are not in a position to make those kinds of judgements'" (Klein et al. 1996: 62). Versuche, zu Gewichtungskriterien und einem entsprechenden Ranking verschiedener Leistungen zu kommen, haben die Problematik oft mehr beleuchtet als zu ihrer Lösung beigetragen (vgl. z.B. Cochrane et al. 1991). Auf das QALY-Konzept gestützte Bewertungen der Kosteneffektivität von Technologien werden allerdings in dem Maße entscheidungswirksam, wie entsprechend fundierte Empfehlungen des National Institute for Health and Clinical Excellence die Allokationspraxis orientieren. In früheren Jahren vorgelegte Kosten-Nutzen-Tabellen waren umstritten und scheinen die Allokationspolitik vor Ort nicht signifikant beeinflusst zu haben.⁹⁶

4) Selbst wenn man Konsens über Allokationskriterien unterstellen könnte, bliebe die kognitive Ungewißheit, unter der Entscheidungen oft getroffen werden müssen. Die Wissenschaft hat zu zentralen Fragen wie der Effektivität von Behandlungsmethoden vielfach kein gesichertes, entscheidungsnahes Wissen anzubieten.⁹⁷ Auch der Informationsstand über das Leistungsgeschehen und die Leistungskosten in den einzelnen Versorgungseinrichtungen ist lückenhaft.

Neben dem politischen Gewicht des "historical baggage", das der nachfolgend zitierte Entscheidungsträger anspricht, sind die genannten Probleme mitursächlich dafür, daß die Allokationspolitik der Health Authorities einschneidende, kurzfristige Umschichtungen im großen und ganzen gemieden hat und primär auf eine verbesserte Ressourcennutzung innerhalb gegebener Budgetbereiche zielt. "We spend a lot of time talking about how to use our incremental funds, which are proportionately very little, and we ignore the 'historical baggage' which is the largest part of the NHS and its resources. We have not got around to talking about or planning for 90 per cent of the

⁹⁶ Generell ist über den Einfluß ökonomischer Evaluationsstudien auf Entscheidungsprozesse im NHS wenig bekannt. Wichtige Gründe für eine geringe Orientierungswirkung ökonomischer Evidenz können sein: mangelndes Wissen der Entscheidungsträger; Zweifel an der Validität einschlägiger Studien; der Umstand, daß Allokationsentscheidungen unter multiplen Zielen getroffen werden (müssen), von denen Effizienz(-steigerung) nur eines ist; die (politischen) Probleme einer Reallokation von Ressourcen (vgl. Drummond et al. 1997: 590ff.).

⁹⁷ Aus der Evidenzlage mögen im übrigen spezielle Gewichtungsprobleme resultieren (vgl. Martin/Singer 2000: 142), z.B.: Was soll höher rangieren, Leistungen, bei denen hochwertige Evidenz eher bescheidene Effekte nachweist, oder Leistungen, bei denen auf schwacher Evidenzbasis starke Effekte vermutet werden?

organization" (zit. n. Klein et al. 1996: 63).⁹⁸

Über 80 % der NHS-Mittel werden heute vom Gesundheitsministerium direkt an die - 2002 gebildeten und zwischenzeitlich in ihrer Zahl durch Fusionen halbierten (303 > 152) - Primary Care Trusts (PCTs) verteilt (s.u.). Sie erhalten integrierte, nicht nach Ausgabenbereichen differenzierte Budgets, aus denen das Gros der NHS-Leistungen zu finanzieren ist. Bei der Errichtung der PCTs ist das Ziel betont worden, die lokale Entscheidungsebene zu stärken. Gleichzeitig haben die lokalen NHS-Finanziers bei der Mittelverwendung Ziele und Standards der Regierung zu beachten, die im aktuellen "health and social care standards and planning framework" des Gesundheitsministeriums zusammengefaßt sind und auch den Leistungsbewertungen der Healthcare Commission zugrunde liegen (DH 2004a; vgl. Kap. 8.4). NICE-Empfehlungen und Regelungen sektorübergreifender Versorgungsprogramme (deren Beachtung einschlägige Standards der Regierung verlangen; vgl. Kap. 7.3) sind weitere Vorgaben, die bei lokalen Allokationsentscheidungen berücksichtigt werden müssen. Analysiert man lokale Ausgabenprioritäten im Hinblick auf erkrankungsbezogen abgegrenzte Versorgungsbereiche,⁹⁹ wird erkennbar, daß die Mittelallokation im NHS Prioritäten der Regierung insoweit reflektiert, als deren Vorrangthemen - Krebs, Herzkrankheiten, psychische Erkrankungen - die größten Anteile der PCT-Ausgaben beanspruchen. Zugleich zeigt sich eine beträchtliche Varianz lokaler Prioritätensetzungen auch dann, wenn lokale Bedarfs- und Kostendifferenzen in Rechnung gestellt werden (King's Fund 2006a). So schwankt der Budgetanteil, den PCTs für die Behandlung von Krebspatienten aufwenden, zwischen 3 % und mehr als 10 %. Die Frage, wie diese Varianz zu erklären ist und ob sie auf Aspekte lokaler Entscheidungsfindung verweist, die unter Gerechtigkeits- oder Effizienzgesichtspunkten problematisch sind, harret der Antwort. Zu bedenken ist, daß PCT-Ausgaben größtenteils durch Entscheidungen von Health Professionals festgelegt werden, auf die NHS-Finanziers nur bedingt Einfluß nehmen können. Wie ein Bericht des Chief Medical Officer verdeutlicht hat, bilden Varianzen in der medizinischen Versorgung eines der sprichwörtlichen weiten Felder (DH 2006d). Ein Gutteil der Antwort auf die eben genannte Frage dürfte hier zu finden sein.

⁹⁸ Damit ist die generelle Tendenz beschrieben, auf die es hier ankam. Es sei angemerkt, daß empirische Studien durchaus Varianzen im Verhalten der Health Authorities aufgezeigt haben. So scheinen nach der Änderung des regionalen Verteilungsverfahrens mit Budgetkürzungen konfrontierte NHS-Gliederungen eher geneigt gewesen zu sein, "radikale" Schritte zu erwägen, als die Nichtverlierer. Die Kennzeichnung "inkrementale Politik" wäre auch insoweit präzisierungs- und relativierungsbedürftig, als "inkremental" im Kontrast zu rationalem Entscheiden verstanden wird. So kommen Hensher und Fulop (1999) in ihrer schon erwähnten Studie zur Praxis der Bedarfsanalyse in Londoner Health Authorities zu dem Schluß, daß Etzionis Modell des "mixed scanning" zu ihren Daten am besten passe. Bestimmte Probleme würden durchaus auf der Basis systematischer Beobachtung thematisiert und einer genaueren Analyse unterzogen. Gleichzeitig könnten aber auch Kräfte jenseits des bewußten "scanning"-Prozesses (z.B. lokale "issues" und Interessengruppen) für die Thematisierung von Problemen entscheidend sein, eine Möglichkeit, die besser mit inkrementalistischen Modellen politischen Entscheidens harmoniert.

⁹⁹ Entsprechende Daten werden seit 2003 erhoben. Anlaß ist das National Programme Budget Project, mit dem das Gesundheitsministerium (auch) Zusammenhänge zwischen lokalen Ausgabenprofilen und Gesundheitsverhältnissen erfassen will.

4.4 Fundholders und Primary Care Trusts

Mit der Einführung von Praxisbudgets wurde am Beginn der neunziger Jahre eine neue Kategorie von Krankenhausfinanziers geschaffen, die "fundholders". Diese niedergelassenen Ärzte erhielten aus Geldern der Health Authorities gespeiste Budgets, über die sie auch bestimmte Krankenhausleistungen für ihre Patienten zu finanzieren hatten. Überschüsse verblieben den Ärzten, mußten aber zur Verbesserung von Infrastruktur oder Leistungsangebot der Praxis genutzt werden. Defizite wurden - innerhalb gewisser Grenzen - ausgeglichen. Bei den aus Budgetmitteln zu vergütenden Krankenhausleistungen handelte es sich in der Regel um diagnostische Leistungen und elektive (planbare) Eingriffe, wobei die Finanzierungspflicht der Praxis limitiert war, um das finanzielle Risiko zu begrenzen. Anders bei der umfassendsten Variante des Praxisbudgets, dem "total fundholding", das 1996 versuchsweise in 60 Praxen eingeführt wurde und mit einer umfassenden Finanzierungsverantwortung für Leistungen verbunden war, die Patienten der besagten Praxen im NHS erhielten. 1996 war etwa die Hälfte der englischen und walisischen Bevölkerung bei einer Praxis mit eigenem Budget eingeschrieben. Die Gruppe der budgetlosen Allgemeinpraktiker war in den Plänen der damaligen Regierung eine Schwundgröße. Obwohl die Teilnahme am fundholding freiwillig bleiben sollte, wollte man nach und nach alle Hausärzte motivieren, sich für diese oder jene Budgetvariante zu entscheiden. Durch den Regierungswechsel im Mai 1997 wurden diese Pläne hinfällig. Ihren Ankündigungen entsprechend, setzte die neue Regierung dem fundholding in allen Varianten ein Ende. Freilich, mit den Primary Care Trusts schuf sie zugleich (Zwangs-)Zusammenschlüsse niedergelassener Ärzte, die in ihrer entwickeltsten Form ebenfalls über eigene Budgets verfügen, das fundholding also sozusagen auf höherer Ebene fortführen.

Bei der Konzeption des Praxisbudgets waren verschiedene Überlegungen maßgeblich gewesen. Niedergelassene Ärzte sollten für ihre Patienten als kaufkräftige Nachfrager am internen Markt agieren und so dazu beitragen, "that money moved with patients rather than got lost in the bureaucratic maze of the NHS" (Thatcher 1993: 571). Dadurch, so die Hoffnung, würde die Effizienz der Ressourcennutzung wachsen und die Zahl der Wartenden schrumpfen. In der Öffentlichkeit wurde der Dezentralisierungsaspekt des Konzepts herausgestellt, während man die Intention der Ausgabenbegrenzung weniger betonte. Niedergelassene Ärzte, die ja die Nachfrage nach Krankenhausleistungen in entscheidender Weise bestimmen, sollten unter dem Anreiz zur wirtschaftlichen Mittelverwendung selbst Finanzierungsverantwortung für veranlaßte Leistungen übernehmen und so motiviert werden, ökonomisch reflektierte Überweisungsentscheidungen zu treffen.

Ursprünglich sollten sich die Praxisbudgets an Merkmalen der jeweiligen Praxispopulation (insbesondere Größe und Altersstruktur) orientieren. Man wollte also ähnlich wie bei den Budgets der Health Authorities verfahren. Dies schien auch ein erfolgversprechendes Mittel zu sein, vermeidbaren Überweisungen entgegenzuwirken.¹⁰⁰ "Overnight, a large number of GPs would be constrained to common levels of spending on elective hospital and community services and prescribing. This could prevent excessive waiting lists and related problems that were the inevitable result of constraining hospital spending without any matching pressure on GP referral

¹⁰⁰ In den frühen neunziger Jahren ermittelte Überweisungsraten schwankten zwischen 2,5 und 5,4 je 100 Konsultationen und zwischen 4,0 und 13,2 je 100 Patienten auf der Liste des general practitioner (Farrow/Jewell 1993). Diese Varianz wurde (auch) als Hinweis auf vermeidbare Inanspruchnahme interpretiert.

practice" (West 1997: 75).

Soweit die Theorie. De facto wurden die Budgets typisch in Orientierung an lokalen Preisen und am Überweisungsverhalten einer Praxis in den zurückliegenden Jahren festgelegt. Dies hatte vor allem einen Grund: Fundholders waren Freiwillige, die sich kurzfristig zum Budgetverzicht entschließen konnten, was sie in eine günstige Verhandlungsposition brachte. Zudem hatte der Wunsch, den Erfolg der spektakulären und umstrittenen Reformkomponente mit präsentablen Teilnehmerzahlen zu demonstrieren, die Regierung veranlaßt, die ersten fundholders großzügig auszustatten, womit auch für neue Budgets Bezugspunkte gesetzt worden waren. Hätte man die Praxisbudgets populationsbezogen bemessen, wären mancher Praxis Beschränkungen auferlegt worden, die die Ärzte wahrscheinlich nicht akzeptiert hätten.

Die auf Überweisungshäufigkeiten und Preise rekurrierende Budgetbestimmung hatte eine Reihe problematischer Aspekte. Zwar wurden Ärzte, die infolge hohen Bedarfs viel ausgaben, nicht bestraft, aber neue Praxen, die in der Vergangenheit weniger effizient gearbeitet hatten, sahen sich (durch größere Chancen, Überschüsse zu erwirtschaften) belohnt. Zudem mochte die Verknüpfung von Überweisungsvolumen und lokalen Preisen die Wirkung der budgetären Anreize mindern, wenn etwa Preissteigerungen zu einem höheren Budget führten und der Arzt seine Überweisungen auf günstigere Anbieter verlagern konnte, obwohl sein Budget im Blick auf höhere Preise bemessen worden war.

Unabhängig von diesen Fragen ist das fundholding vor allem kritisiert worden, weil man in ihm einen Quell von Versorgungsungerechtigkeiten gesehen hat - die Gefahr eines ökonomisch motivierten "cream skimming" wurde oft beschworen. Da die Praxisbudgets auf der Grundlage "historischer" Kostenkalkulationen bestimmt wurden und die für einen Patienten aus dem Budget zu finanzierenden Behandlungskosten begrenzt waren, scheint jedoch kein Rosinenpicken im großen Stil stattgefunden zu haben. "There is no hard evidence of cream skimming" (Glennerster et al. 1994: 179; s.a. Goodwin 1998: 58).

Ein zweiter Vorwurf lautete, Krankenhäuser hätten fundholder-Patienten (für deren Behandlung sie fallweise vergütet wurden) bevorzugt behandelt, insbesondere was die Wartezeit angeht (vgl. Powell 1997: 146). Einmal mehr läßt der Kenntnisstand keine starken Aussagen zu, die verfügbare Evidenz spricht aber für die Annahme entsprechender Effekte (vgl. Goodwin 1998: 54ff.).

Auch darüber, inwieweit die Praxisbudgets ärztliche Überweisungspraktiken verändert haben, läßt sich kaum Definitives sagen. Während Coulter (1995) zu dem Schluß kommt, daß fundholders und einfache Allgemeinpraktiker in ihrem Überweisungsverhalten wenig differierten, wird doch immerhin angemerkt, daß Ärzte mit Budget Einsparungen durch weniger Nachuntersuchungen, mehr ambulante Operationen und die Wahl preisgünstiger Anbieter erzielen konnten. In untersuchten schottischen Praxen scheint darüber hinaus auch die Überweisungsfrequenz zurückgegangen zu sein (vgl. West 1997: 98f.). "More generally, the available evidence from a number of studies suggests that fundholders were relatively conservative and did not shift large numbers of referrals between providers" (ebd.: 99). Auch die Varianz im Überweisungsverhalten niedergelassener Ärzte scheint sich durch das fundholding kaum reduziert zu haben (Surender et al. 1995).

Im übrigen hat der Preis für die Krankenhauswahl bei Überweisungsentscheidungen offenbar eine geringere Rolle gespielt als Qualitätsaspekte (die Qualität der kollegialen Kommunikation eingeschlossen). Namentlich das Vertrauen in die fachliche Kompetenz des jeweiligen consultant hatte großes Gewicht (vgl. Whynes/Reed 1994).

Die erste Regierung Blair hat das fundholding dem Wahlprogramm der Labour Party gemäß abgeschafft. Man könnte allerdings auch sagen, daß sie versuchte, es "aufzuheben". Ohne ihren Status als unabhängige Vertragspartner des NHS zu verlieren, wurden general practitioners (GPs) neuen Organisationen zugeordnet, die man schrittweise zu korporativen Akteuren mit lokalem Sicherstellungsauftrag und eigenem Budget ausgebaut hat. Aus ihren Budgets, die sie unmittelbar vom Gesundheitsministerium erhalten, müssen Primary Care Trusts neben der Primärversorgung das Gros primärärztlich veranlaßter Krankenhausleistungen vergüten. PCTs sind als "aktive" Finanziere konzipiert. Ihre globalen Budgets sollen Anreize schaffen, wo möglich ambulante und stationäre, primär- und fachärztliche Leistungserbringung gegeneinander abzuwägen. Entsprechende Optionen können zudem, so die ordnungspolitische Überlegung, die Position der niedergelassenen Leistungserbringer gegenüber den Krankenhäusern stärken. Da Behandlungsentscheidungen der general practitioners unmittelbar budgetrelevant sind, müssen PCTs Interesse am Verhalten "ihrer" Ärzte nehmen und es ggf. zu beeinflussen suchen - "single payer meets managed care" (Stevens 2004: 41).

Angesichts des finanziellen Gewichts der nicht von Primärversorgern erbrachten Leistungen - ca. 75 % eines PCT-Budgets werden für Krankenhausleistungen und gemeindenahe Gesundheitsdienste (außerhalb der Primärversorgung) aufgewandt - sind Überweisungsentscheidungen für die Trusts von besonderer Bedeutung. Allerdings sind ihre Möglichkeiten, ärztliches Verhalten zu beeinflussen, begrenzt, die GPs treffen Behandlungsentscheidungen nach wie vor grundsätzlich in eigener Verantwortung.¹⁰¹

Im Mangel an effektiven Instrumenten zur Steuerung der Leistungsentwicklung ist derzeit die Achillesferse der PCTs zu sehen. Ihre beschränkten Möglichkeiten, auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen Einfluß zu nehmen, gelten als eine Hauptursache der aktuellen Defizitprobleme im NHS (Palmer 2006). Grundsätzlich ist es für PCTs sehr schwer, die Nachfrage nach nicht-elektiven Leistungen zu managen, da Krankenhäuser alle Patienten, die ihre Notaufnahme (aus eigenem Entschluß oder auf ärztliche Veranlassung) frequentieren, umgehend versorgen müssen. In Reaktion auf besagte Probleme wurden PCTs jedoch in den Stand gesetzt, die Vergütung für Notfallbehandlungen, mit denen ein vereinbartes Fallvolumen überschritten wird, zu halbieren. Bei den elektiven Leistungen hingegen sind ihre Instrumente weiterhin schwach. PCTs sind gemeinsam mit den Krankenhäusern dafür verantwortlich, daß der gegebene Finanzrahmen nicht gesprengt wird, sie dürfen aber nur unter eng definierten Voraussetzungen die

¹⁰¹ Die Beziehung zwischen Primry Care Trusts und niedergelassenen Ärzten ist also nicht hierarchisch strukturiert und in der Regel auch nicht vertraglich formalisiert. Die Leitungsstruktur eines PCT wird dadurch geprägt, daß lokale general practitioners den Vorsitzenden und die Mehrheit der Mitglieder des professionellen Leitungsgremiums (Professional Executive Committee) wählen. PCTs versuchen ärztliches Verhalten typisch über Qualitätsaudits, Leitlinien, (sonstige) Maßnahmen zur Förderung evidenzbasierter Medizin, Verschreibungsempfehlungen, Fortbildungsmaßnahmen, Praxisvergleiche und ggf. auch durch finanzielle Anreize (primär in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement) zu beeinflussen (Sheaff et al. 2004).

Menge limitieren oder Preisabschläge vornehmen, wenn Fallzahlen Plangrößen hinter sich lassen.¹⁰²

Das derzeit wichtigste "Projekt", niedergelassene Ärzte zu einer ökonomisch reflektierten Leistungsveranlassung zu motivieren, läuft unter dem Titel "practice-based commissioning" (DH 2004b).¹⁰³ Für jede teilnehmende Praxis wird ein nominales Budget festgelegt. Bleiben die Kosten der erbrachten/veranlaßten Leistungen unter diesem Betrag, erhält die Praxis 50 % der eingesparten Summe nebst einer Management-Aufwandsentschädigung. Der Verwendungsbereich dieser Mittel ist auf die Verbesserung der Patientenversorgung beschränkt. Für welche Leistungen das Budget festgelegt wird, können die Praxen zunächst selbst bestimmen. Nach drei Jahren soll jedoch das gesamte Leistungsspektrum mit Ausnahme einiger hochspezialisierter Leistungen von den "indicative budgets" abgedeckt werden. In dieser Zeitspanne wird zugleich die Budgetbemessung von "historischen" Kostengrößen auf gewichtete Kopfpauschalen umgestellt. Die krankenhauspolitische Stoßrichtung ist klar, es geht um die Dämpfung der Über-/Einweisungsfrequenz niedergelassener Ärzte. Das Programm befindet sich noch in einem frühen Entwicklungsstadium, und trotz der hohen, auch auf finanzielle Anreize zurückgehenden Teilnahmequote - 96 % der Praxen im Februar 2007 - sind "concrete examples of actual savings realised from these plans, or a change in behaviour by GPs, ... still limited ..." (Thorlby/Maybin 2007: 13). Das practice-based commissioning allein wird kaum ausreichen, die prekäre Finanzlage manches Primary Care Trust nachhaltig zu bessern. Schwierig ist die Situation vor allem für PCTs, die - weil selbst defizitär oder einer defizitären NHS-Region zugehörig - im Objektfeld von Maßnahmen liegen, die die Regierung zur finanziellen (Re-)Stabilisierung ergriffen hat: Budgetkürzung um einen Betrag, der zur Reservenbildung verwandt wird; Halbierung, dann Streichung von Ausgleichszahlungen an PCTs, denen durch die Vergütungsreform im Krankenhaussektor (Fallpauschalen) höhere Kosten entstehen.

Wie die betreffenden PCTs die Mengensteigerungen finanzieren sollen, die das Politikziel verlangen dürfte, die Wartezeit bei stationärer Behandlung bis 2008 flächendeckend auf maximal 18 Wochen zwischen GP-Überweisung und Aufnahme zu reduzieren, ist unklar. Ohnehin werden die zur Reservenbildung getroffenen Maßnahmen kaum zum finanziellen Ausgleich reichen, so daß angesichts der bescheidenen Steuerungsmöglichkeiten bei Krankenhausleistungen überdies mit anderweitigen Kürzungen zu rechnen ist. Davon dürften auch Bereiche (z.B. Public Health) betroffen sein, die die Regierung heute als prioritär auszeichnet.

Vor dem Hintergrund der erwähnten Managementschwäche stellt sich auch die Frage, wie PCTs Mittel zu Lasten der Krankenhäuser umschichten sollen, um neue Leistungen "closer to home" zu finanzieren (oder potentielle Anbieter durch finanzielle Anreize überhaupt erst zum Markteintritt zu motivieren). Diese Frage stellt sich um so mehr, als ab 2008/9 mit deutlich niedrigeren Steigerungsraten des NHS-Budgets zu rechnen ist.

¹⁰² PCTs können nur dann zu den erwähnten Maßnahmen greifen, wenn die Leistungsausweitung auf Entscheidungen von Fachärzten (und nicht von GPs) zurückgeht.

¹⁰³ Das Programm erstreckt sich auch auf andere Leistungserbringer(innen) der Primärversorgung, z.B. Gemeindeschwestern (DH 2004: 7).

4.5 Krankenhausvergütung

Vor dem purchaser/provider split erhielten die Krankenhäuser Budgets, die zwischen Krankenhausleitungen und Health Authorities ausgehandelt wurden. Ihre Höhe war, wie die der übergeordneten Budgets, weniger von Bedarfsanalysen als "historisch" bestimmt (vgl. West 1997: 19; Griffiths/Hughes 1998: 357). Nach Einführung des internen Marktes standen grundsätzlich drei Vergütungsformen zur Wahl:

1) "block contracts": Für die Versorgung einer Patientengruppe erhält das Krankenhaus ein fixes Budget. Diese Vergütungsform hat eine Reihe von Nachteilen: Die Möglichkeiten des Käufers, seine Mittel effizienter einzusetzen, sind gering, und das Krankenhaus wird kaum motiviert, Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Liegt das effektive Leistungsvolumen über dem kalkulierten, wird die Mehrleistung nicht durch ein höheres Entgelt honoriert. "Block contracts have reinforced the old rather than the new culture, with little feeling that every patient is an additional source of income for the hospital" (West 1997: 152). Zudem können die Krankenhäuser freie Kapazitäten in vertraglich abgedeckten Leistungsbereichen nicht anderweitig einsetzen. Viele Blockverträge wurden deshalb bald mit Ober- und Untergrenzen versehen. Daß der block contract trotz seiner Nachteile lange Jahre die dominierende Vergütungsform blieb, hat hauptsächlich zwei Gründe: Zum einen sollten Strukturen der Inanspruchnahme keinem abrupten Veränderungsprozeß unterworfen werden. Außerdem mangelte es noch weithin an den Informations- und Verfahrensgrundlagen, die eine differenzierte Leistungsvergütung erfordert.

2) Kosten-und-Volumen-Verträge sehen ein Basisentgelt vor, mit dem ein bestimmtes Fallvolumen vergütet wird. Die Behandlung weiterer Patienten bringt dem Krankenhaus zusätzliche, an den Durchschnitts- oder Grenzkosten je Fall orientierte Einnahmen, die ggf. durch ein ex ante festgelegtes Fall-Limit begrenzt werden. Das Krankenhaus hat also die Sicherheit, ein Basisentgelt zu bekommen, und den Anreiz, die entsprechende Fallzahl zu überschreiten. Dem Käufer bietet diese Vertragsform den Vorzug, daß Art und Volumen der Leistungen genauer spezifiziert werden können und er größeren Einfluß darauf hat, für welche konkreten Leistungen das Geld ausgegeben wird. Diese Vorteile werden mit einem wesentlich höheren Informationsbedarf erkaufte. Leistungen müssen differenzierter dokumentiert, Behandlungskosten differenzierter ermittelt werden.

3) Fallkosten-Verträge. Diese Vergütungsform bietet dem Krankenhaus die Chance, seine Kapazitäten optimal zu nutzen. Sie setzt eine patientenbezogene Kosten- und Leistungsrechnung voraus. Der Anbieter hat Spielraum für eine grenzkostenorientierte Preisbildung, darf aber nicht zum Mittel der internen Subventionierung von Leistungsbereichen greifen. In der Praxis hat sich vor allem die angemessene Berücksichtigung der Gemeinkosten als Problem erwiesen.

Käufer und Anbieter konnten sich im Prinzip auf "maßgeschneiderte" Vergütungsregelungen verständigen, unterlagen dabei aber verschiedenen Beschränkungen. Insbesondere sollten Preise die vollen Kosten der Leistungserstellung decken, also Abschreibungen und Zinsen berücksichtigen. Viele Krankenhäuser hatten jedoch erhebliche Probleme, die vollen Durchschnittskosten ihrer Leistungen zu berechnen. In zum Teil immensen Preisunterschieden sah die Regierung zunächst ein Problem, das der Markt mit der Zeit bereinigen würde. Ineffizienzen konnten allerdings kaum als einziger Faktor der Preisdifferenzen angesehen werden, und unter den ansonsten in Frage

kommenden Gründen - z.B. Art der Leistungserbringung, Infrastruktur - sind immer wieder auch "strategische" Kostenzuordnungen vermutet worden. "The suspicion soon grew that astute providers wishing to sustain certain activities produced prices acceptable to the market and then arranged their cost allocations accordingly" (Glynn 1995: 84).

Empirische Studien stützen die Annahme, daß sich zu Zeiten des internen Marktes beobachtete Preisvarianzen nicht allein durch Kostendifferenzen erklären lassen, wenngleich Kostenunterschiede eine gewichtige Rolle spielten. So scheinen die niedergelassenen Ärzten offerierten Preise allgemein unter den Durchschnittskosten gelegen zu haben, Preise bei außervertraglichen Überweisungen (Zahler war hier der NHS-Distrikt) eher darüber (vgl. Propper/Söderlund 1998). Für die Bereiche, in denen Wettbewerbseffekte auf Preise und Kosten untersucht wurden,¹⁰⁴ existiert in begrenztem Umfang Evidenz, daß Wettbewerb namentlich bei weniger kostspieligen Leistungen zu niedrigeren Preisen geführt hat (ebd.). Mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung scheinen Wettbewerbsprozesse auch Kostensenkungen bewirkt zu haben.

Zum Reformprofil der Ära Blair gehört die Einführung von Fallpauschalen für einen Großteil - momentan ca. zwei Drittel - der Krankenhausleistungen. Damit sollen Anreize zur Produktivitäts- und Effizienzsteigerung gesetzt und zugleich die "patient power" (Stevens 2004: 41) gestärkt werden. Von seinem Hausarzt und qualitätsbezogenen Informationen unterstützt, soll jeder prospektive Krankenhauspatient unter allen englischen Krankenhäusern und Behandlungszentren - öffentlich oder privat - wählen können, die die betreffende Leistung zum NHS-Tarif anbieten. Krankenhauseinkünfte werden so unmittelbar von Wahlentscheidungen des Patienten abhängig, und das schon zu Thatcher-Zeiten verkündete Prinzip: "money follows patients" kommt auf breiter Front zum Tragen. Ausdrücklich sollen nicht Preise, sondern Wartezeiten und (weitere) Qualitätsaspekte als Wettbewerbsparameter fungieren. Die Regierung hebt diesen Aspekt als entscheidenden Unterschied zum internen Markt der Tories heraus. Die Fallpauschalen werden vom Gesundheitsministerium auf der Grundlage eines Klassifikationssystems (sog. Healthcare Resource Groups) festgelegt, das medizinische Interventionen nach dem Ressourcenverbrauch gruppiert.¹⁰⁵

Mit Blick auf die Defizitprobleme im NHS hat London die Pauschalen für 2006/7 trotz eines erwarteten Kostenanstiegs von 6,5 % nur um durchschnittlich 1,5 % angehoben (vgl. Palmer 2006). Entgelte für elektive und nicht-elektive Leistungen wurden dabei unterschiedlich behandelt:

¹⁰⁴ Die vorliegenden Studien beziehen sich durchweg auf Leistungen, die von NHS-Distrikten bei außervertraglichen Überweisungen (also außerhalb insbesondere der block contracts) oder von niedergelassenen Ärzten vergütet wurden. Man muß sich gegenwärtig halten, daß damit nur ein kleiner Teil des Versorgungsgeschehens im Blick lag. In diesen Bereichen waren Wettbewerbseffekte allerdings am wahrscheinlichsten. Man konnte annehmen, daß fundholders eher geneigt waren, Angebote preisorientiert zu vergleichen (vgl. Mahon et al. 1994), während die District Health Authorities der Versorgungssicherung höchste Priorität gaben (Fenn et al. 1994). Daß eine DHA bereit war, "to shop around", war am ehesten zu erwarten, wenn es um spezielle Leistungen ging, die außerhalb des Distrikts erbracht werden sollten und von den bestehenden Versorgungsverträgen nicht abgedeckt wurden.

¹⁰⁵ Es handelt sich im Prinzip um modifizierte Diagnosis Related Groups, die in Kooperation insbesondere mit den (ärztlichen) Royal Colleges anhand von Falldaten definiert werden (vgl. Dawson/Street 2000).

letztere auch nominal abgesenkt (um 0,5 %), erstere um 5 % angehoben. Zur Begründung der (realen) Vergütungskürzungen führt das Ministerium einen 2,5prozentigen Effizienzfaktor sowie Leistungs- und Kostenanpassungen in Höhe von weiteren 2,5 % ins Feld. Diese Maßnahmen zielen darauf, den seit Jahren zu beobachtenden Produktivitätsrückgang umzukehren. Mit den Fallpauschalen verfügt das Ministerium über starke Hebel zur Stimulierung von Produktivitätssteigerungen. Da Zahlungen nur für tatsächlich erbrachte Leistungen fließen, müssen Krankenhäuser bei einer 2,5prozentigen Absenkung der Tarife ihre Kosten in dieser Größenordnung senken und das Leistungsvolumen (mindestens) halten, um einen finanziellen Ausgleich zu erzielen. Wo Leistungen nicht "by results" vergütet werden, fehlt ein vergleichbarer Produktivitätsmechanismus.

Payment by results setzt in seiner krankenhauszentrierten Anlage starke Anreize zur Mengenausweitung. Dies ist wartezeitenpolitisch grundsätzlich erwünscht, aus dem Blickwinkel anderer Politikprioritäten jedoch problematisch. Weder harmonisiert die fallpauschalierte Vergütung mit dem Ziel, Krankenhausleistungen durch Angebote "closer to home" zu substituieren noch mit einem Chroniker-Management, das Krankenhauskontakte minimieren soll. Ein zweiter Problembereich ergibt sich aus der offenbar unzureichenden Kostenorientierung der Pauschalen. Die Folge ist, daß es Häuser gibt, die trotz effizienter Leistungserstellung nicht ausreichend vergütet werden, während andere Kliniken überhöhte Entgelte erhalten.

4.6 Investitionsfinanzierung

Die Verbesserung der Krankenhausinfrastruktur war ein bei der NHS-Gründung herausgestelltes Ziel. Allerdings drängten sich einer sozialpolitisch ambitionierten Regierung im Großbritannien der Nachkriegszeit potentielle Investitionsprojekte geradezu auf, und die Regierung Attlee sah den zunächst dringenden Bedarf nicht im Gesundheitssektor, sondern in Wohnungsbau und Schulwesen.¹⁰⁶ Die erhoffte Infrastrukturoffensive im Krankenhausesektor blieb aus. Den größten Teil der verfügbaren Investitionsmittel gaben Ministerium und NHS-Instanzen für die Instandhaltung und bescheidene Modernisierung oder Erweiterung bestehender Einrichtungen aus. "Make do and mend" lautete der Leitspruch regionaler und lokaler "Infrastrukturpolitik" (vgl. Ham 1982: 56ff.). Vor 1955 wurde kein Krankenhausneubau in Angriff genommen (Robson 1983: 108).

Erst ab Mitte der fünfziger Jahre verbesserte sich der finanzielle Bedingungsrahmen, allmählich zunächst, in größerem Umfang dann mit Beginn der sechziger Jahre. 1962 veröffentlichte das Gesundheitsministerium "A Hospital Plan for England and Wales", Kerndokument des ersten großangelegten Versuchs, die Krankenhausinfrastruktur des Landes zu modernisieren (vgl. Allen 1979). Der Krankenhausplan sah für einen Zeitraum von zehn Jahren 90 Neubauvorhaben sowie 134 größere Umbau- und Erweiterungsprojekte vor. Der Planung lag das Konzept eines District General Hospital (DGH) mit breitem Leistungsangebot zugrunde, das 600 - 800 Betten vorhalten und den Versorgungsbedarf von 100.000 – 150.000 Menschen decken sollte. Nur Spezialbereiche wie Strahlentherapie oder Neurochirurgie sollten Lehrkrankenhäusern vorbehalten bleiben. Die Gesamtkosten der Planrealisierung wurden mit ca. 500 Mio Pfund veranschlagt, ein Betrag, der die

¹⁰⁶ Das galt auch für den Gesundheitsminister, dessen Zuständigkeitsbereich seinerzeit die Wohnungspolitik einschloß.

Summe aller Bauaufwendungen seit Bestehen des NHS um mehr als das Dreifache überstieg.

Der Anteil der Investitionen an den Gesamtausgaben für den Gesundheitsdienst nahm in den folgenden Jahren beträchtlich zu. Kam das Kabinett allerdings zu dem Schluß, daß gespart werden müsse, gerieten zuerst Investitionsvorhaben ins Blickfeld, wobei die ökonomische Rationalität eine *cura posterior* war.¹⁰⁷ Bis zum Finanzjahr 1973/74 stiegen die Investitionen im Verhältnis zu den laufenden NHS-Ausgaben gleichwohl stetig an, im genannten Haushaltsjahr hatten sie einen Anteil von knapp 13 %. Doch schon im folgenden Jahr verminderte sich die Quote infolge drastischer Kürzungen auf knapp 10 %, und am Ende des Jahrzehnts war sie wieder auf gut 7 % gefallen (Watkin 1978: 69). Ein Drittel der 224 Projekte des Krankenhausplans wurde vollständig, ein weiteres Drittel partiell realisiert, das übrige Drittel nicht in Angriff genommen. Ein signifikanter Angleichungseffekt in der regionalen Ressourcenverteilung, der, wie ursprünglich intendiert, im Gefolge der Investitionspolitik auch bei den Mitteln für laufende Aufwendungen spürbar werden sollte, ist mit dem Krankenhausplan nicht erzielt worden (Glennerster et al. 2000: 39). In bezug auf die "Konfiguration" der DGH-Leistungen¹⁰⁸ verlief die Angebotsentwicklung regional unterschiedlich: Konzentration in größeren Häusern hier, Erhaltung kleinerer Häuser dort. 1980 sprach sich ein ministerielles Paper zur Zukunft der Krankenhausversorgung dafür aus, das DGH als grundlegendes Organisationsschema beizubehalten. Das Leistungsangebot könne jedoch auf mehrere Häuser verteilt werden. So blieb das DGH primäres Organisationskonzept, das aber vielfach mit mehreren kleinen Häusern und nicht mit kompakten Infrastruktureinheiten umgesetzt wurde (King's Fund 2006b: 2). Die Rolle kleiner "community hospitals" hatte der Hospital Plan auf ambulantem Gebiet, in der Schwangerenbetreuung und der stationären Langzeitversorgung alter Patienten gesehen. Das erwähnte Minister-Paper bekräftigte die Bedeutung kleiner Krankenhäuser. Gleichwohl sind weiterhin in großer Zahl vor allem kleinere Häuser geschlossen worden, oft gegen starke lokale Widerstände. DGHs haben heute sehr viel größere Einzugsgebiete als im Hospital Plan 1962 vorgesehen.¹⁰⁹

Die investiven Ausgaben bewegten sich nach dem Rückgang in den siebziger Jahren meist auf relativ bescheidenem Niveau. Zwischen 1980 und 1997 wurden nur sieben öffentlich finanzierte Bauvorhaben mit einem 25 Mio. Pfund übersteigenden Kostenvolumen abgeschlossen (Gaffney et al. 1999: 48). Im Gegensatz dazu ist New Labour angetreten, "the largest hospital building programme in the history of the NHS" zu verwirklichen (zit. n. ebd.).

¹⁰⁷ "In terms of efficiency, nothing was more destructive than sudden changes in the capital investment programme (...). Politically, however, cutting the capital programme was far more rational than cutting the current budget: the former meant exporting the loss of jobs into the private sector, while the latter would have meant a confrontation with the constituency of health service providers" (Klein 1989: 75).

¹⁰⁸ Vgl. Anm. 115.

¹⁰⁹ Nur in einer englischen NHS-Region (abgegrenzt nach den Zuständigkeitsgebieten der heutigen Strategic Health Authorities) beträgt die Zahl der Einwohner je Allgemeinkrankenhaus gut 150.000. In allen anderen Regionen liegt sie zwischen 200.000 und 300.000 (IPPR 2006).

Die Private Finance Initiative

Laut NHS Plan (2000) sollen bis 2010 100 Krankenhaus-Bauprojekte realisiert werden. Die Private Finance Initiative (PFI) spielt dabei eine Schlüsselrolle. Derzeit sind 63 PFI-Projekte abgeschlossen, 22 befinden sich in der Umsetzung. Der Gesamtwert liegt bei 8,5 Mrd. Pfund. Das mit öffentlichen Geldern (direkt) finanzierte Bauvolumen ist demgegenüber bescheiden: 779 Mio. Pfund für 25 Bauten, von denen 21 fertiggestellt sind (Thorlby/Maybin 2007: 8).¹¹⁰ Bei PFI-Krankenhausprojekten¹¹¹ liegen Bauplanung, -durchführung und -finanzierung in den Händen privater Unternehmen. Die Gebäude werden den betreffenden NHS Trusts sodann gegen Entgelt zur Nutzung überlassen. Meist sieht der Vertrag vor, daß die Unternehmen weitere Leistungen erbringen, etwa für Reinigung und Instandhaltung der Gebäude sorgen, Patienten und Personal verpflegen oder den Sicherheitsdienst stellen. Um die Kritik an der PFI zu dämpfen, sind behandlungsnahе Dienste (z.B. Radiologie) vom Gegenstandsfeld möglicher Projekte ausgenommen. Verträge zwischen PFI-Konsortien und NHS-Trusts beinhalten in der Regel langfristige Nutzungsgarantien, bei Krankenhäusern gemeinhin 25 - 30 Jahre. Die Regierung kann Beihilfen gewähren, grundsätzlich sollen NHS (Foundation) Trusts PFI-Verpflichtungen jedoch aus ihren Einnahmen bestreiten. Oft werden Gebäude und Grundstücke veräußert, um einen Teil der entstehenden Kosten zu decken.

Die Private Finance Initiative wurde 1992 von einer konservativen Regierung eingeführt, ist aber erst von New Labour zum nennenswerten Finanzierungsmedium ausgebaut worden. Obwohl Labours gesundheitspolitische Sprecherin zunächst als entschiedene PFI-Gegnerin aufgetreten war, hatte die Parteiführung schon zu Oppositionszeiten unter dem Einfluß ihrer Finanzexperten beschlossen, die PFI im Falle des Machtwechsels "in principle" beizubehalten (vgl. Cervi 1997). Der NHS Plan (2000) enthielt dann Vorschläge, die nicht nur eine PFI-getragene Investitionsoffensive im Krankenhaussektor, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Ausweitung ein-

¹¹⁰ Im Haushaltsjahr 2006/7 waren PFI-Investitionen in Höhe von 1,1 Mrd. Pfund geplant. Die Summe der für investive Zwecke im Gesundheitssektor verfügbaren öffentlichen Mittel betrug 5,4 Mrd. Pfund. Für Investitionsausgaben im Bereich hospital and community health services (HCHS) standen 4,1 Mrd. Pfund zur Verfügung, von denen etwa die Hälfte im Rahmen bestimmter Programme (z.B. "Community Hospitals" oder "Coronary Heart Disease") vergeben wurden. Die andere Hälfte wurde NHS-Organisationen zur eigenständigen Verwendung nach lokalen Prioritäten zugewiesen. Dieser Betrag gliederte sich in "strategic capital" und "operational capital". Erstgenannte Gelder (940 Mio. Pfund) flossen den Strategic Health Authorities zu, die Bauvorhaben mit einem Volumen von weniger als 25 Mio. Pfund genehmigen. (Teurere Projekte genehmigt der Gesundheitsminister.) Die Mittelverteilung erfolgte nach demographischen und sozio-ökonomischen Bevölkerungsmerkmalen. Das vorwiegend zur Infrastrukturpflege eingesetzte "operational capital" (1,1 Mrd. Pfund) ging auf direktem Weg an Primary Care Trusts und Anbieter-Trusts (die autonomisierten NHS Foundation Trusts ausgenommen). Die Verteilung dieser Mittel wurde noch auf Abschreibungsbasis vorgenommen, sollte aber in Orientierung an der für die Foundation Trusts getroffenen Regelung verändert werden, die einen zentralen Mittel-Pool vorsieht. Foundation Trusts sind nicht von Zuweisungen abhängig. Sie können verfügbare Gelder investieren und Kredite aufnehmen. Die Regierung bietet zinsgünstige Kredite an; Foundation Trusts sollen sich als vertrauenswürdige Kreditnehmer profilieren können, bis sie die Chance haben, Bankkredite zu akzeptablen Konditionen zu erhalten (DH 2006c: 44ff.).

¹¹¹ Die PFI ist nicht auf den Gesundheitssektor beschränkt. Im Haushaltsjahr 2001/02 betrug ihr Anteil am insgesamt der öffentlichen Investitionen 9 % (Weaver 2003).

schlägiger Projekte auf die Primärversorgung ins Auge faßten.¹¹² Einem Großteil der Labour Party ist die PFI jedoch weiterhin suspekt. Im Oktober 2002 unterstützte der Parteitag mit Zwei-Drittel-Mehrheit einen Antrag, der im Einklang mit gewerkschaftlichen Forderungen eine unabhängige Untersuchung der PFI verlangte (Fray 2002).

Gegen die PFI sind eine Reihe von Einwänden erhoben worden: Zwar ermögliche sie Infrastruktur-Investitionen, ohne daß der Staat die Kosten kurzfristig (und ggf. per Kreditaufnahme) aufbringen müsse, jedoch sei dafür ein Preis in Form höherer Gesamtausgaben zu zahlen, da private Unternehmen Profite erwirtschaften und höhere Kreditzinsen entrichten müßten.¹¹³ Kritiker monieren zudem, finanzpolitische Motive seien für das PFI-Engagement der Regierung entscheidend, nicht die Belange der betreffenden Leistungsbereiche. Tatsächlich wurde die PFI in den frühen neunziger Jahren als Mittel konzipiert, die Kosten öffentlicher Investitionsvorhaben nicht dem "Public Sector Borrowing Requirement" zurechnen zu müssen (Dawson 2001). Obwohl sich Regeln und Rahmenbedingungen der Finanzpolitik seither gewandelt haben und die Regierung gänzlich auf die PFI verzichten könnte (Robinson et al. 2000), bleibt der Wunsch, Infrastrukturinvestitionen großen Stils zu ermöglichen, ohne den Staatshaushalt damit kurzfristig in konzentrierter Form belasten zu müssen, offenbar ein primärer PFI-Faktor (Thorlby/Maybin 2007: 8).

Von PFI-Befürwortern werden weitere Vorzüge ins Feld geführt: intensiverer Rückgriff auf Wissen und Können, das in privaten Unternehmen – etwa in puncto Risikomanagement und innovatives Einrichtungsdesign – versammelt ist; Transfer von Überziehungsrisiken in den privaten Sektor; Gewährleistung der zur langfristigen Instandhaltung erforderlichen Zahlungen; organisatorische Integration infrastrukturbezogener Funktionen.¹¹⁴ All diese Punkte hat man mit Blick auf den NHS mehr oder weniger stark problematisiert, und tatsächlich sind verschiedene PFI-Projekte mit bestimmten Aspekten der Baugestaltung in die Schußlinie geraten (Baggott 2004: 144). Besonders die Gewerkschaften haben Tendenzen zur Bildung einer "two-tier workforce" angeprangert: Neu eingestelltes Personal werde im Interesse der Kostensenkung zu schlechteren Konditionen (Arbeitsbedingungen, Bezahlung) beschäftigt. Um sein Hilfspersonal vor solchen Tendenzen zu schützen, hat der NHS mit der Gewerkschaft UNISON eine Vereinbarung getroffen, nach der diese Mitarbeiter NHS-Bedienstete bleiben und zu PFI-Unternehmen nur abgeordnet werden können. Zudem versprach die Regierung den Gewerkschaften, sie würden in die Prüfung von PFI-Angeboten hinsichtlich des Arbeitgebergebarens der jeweiligen Unternehmen einbezogen (Baggott 2004: 143).

¹¹² Zur Infrastrukturentwicklung in öffentlich-privater Kooperation wurde für diesen Bereich inzwischen das LIFT-Konzept entwickelt (LIFT = Local Improvement Finance Trust).

¹¹³ Daß durch hohe PFI-Kosten eine "affordability gap" entstehe, die im Widerspruch zur erklärten Politik der Regierung durch Kapazitätsreduktionen und Leistungskürzungen geschlossen werde, hat die Untersuchung von Dunnigan und Pollock (2003) anhand von Kapazitäts- und Leistungsdaten schottischer Krankenhäuser nachzuweisen versucht. Das Gesundheitsministerium hat die Schlußfolgerungen der Studie zurückgewiesen. Entscheidungen über Bettenkapazitäten fielen, bevor über die Art der Neubaufinanzierung entschieden werde; zwischen beidem bestehe kein Zusammenhang (The Guardian, 25.04.2003; <http://society.guardian.co.uk>).

¹¹⁴ An den zweckspezifischen Unternehmen, die bei großen PFI-Projekten üblicherweise gebildet werden, sind Firmen unterschiedlicher Ausrichtung (Bau, Gebäudetechnik, Gebäudemanagement u.a.) beteiligt.

Hingewiesen wurde auch auf Risiken, die aus den langen Laufzeiten der Verträge erwachsen. Sie sollen bei potentiellen Investoren Vertrauen schaffen, erschweren aber die infrastrukturelle und organisatorische Anpassung an Bedarfsänderungen oder Politikwechsel. PFI-Konsortien haben die verbriefte Garantie, daß vertragliche Regelungen ungeachtet etwaiger Nachfrageänderungen gültig bleiben. Entsprechende Risiken liegen so allein beim NHS (vgl. Dawson 2001: 482f.). Wenn die Regierung heute eine vorrangige Aufgabe darin sieht, Versorgungsleistungen wo möglich "closer to home" erbringen zu lassen (DH 2006a), erscheinen PFI-Verträge als Hemmschuh. "The inflexibility of existing PFI contracts will constrain service reconfigurations and tend to bias solutions in favour of expanding activity at PFI hospital sites" (Palmer 2006: XVIII). Erst Anfang 2006 hat die Regierung die Strategic Health Authorities des NHS gebeten, PFI-Projekte auf ihre Vereinbarkeit mit potentiellen Re-Konfigurationsvorhaben zu prüfen (Thorlby/Maybin 2007: 8).¹¹⁵ Die mangelnde Flexibilität bisheriger Verträge wird auch von NHS-Managern als Problem hervorgehoben, einer Gruppe, die der PFI vergleichsweise aufgeschlossen gegenübersteht, weil sie sich praktisch als einzige Finanzierungsmöglichkeit für größere Infrastrukturprojekte darstellt (Carvel 2004a).

Resümee

Anders als "Private Finance Initiative" suggeriert, werden die betreffenden Infrastrukturleistungen über Nutzungsgebühren und Leistungsentgelte letztlich aus NHS-Mitteln finanziert. Da diese Kosten nicht auf den Patienten überwältigt werden,¹¹⁶ kann man die PFI vielleicht mit Blick auf bestimmte Aspekte der Infrastrukturplanung, nicht aber in puncto Mittelaufbringung unter der Überschrift "Privatisierung" diskutieren. Auch in anderer Hinsicht hat New Labour finanzierungs-

¹¹⁵ Gegenwärtig ist in England viel von der "reconfiguration of hospital services" die Rede - ein Sammelbegriff, der die Reorganisation von Versorgungssegmenten durch inner-/intersektorale Leistungs-/Aufgabenverlagerungen meint (vgl. King's Fund 2006b). Die Diskussion kreist um zwei Hauptthemen: 1) Verlagerung von Leistungen aus dem Krankenhaus "closer to home" (z.B. in Arztpraxen oder Polikliniken). Dieses Thema hat in jüngster Zeit mit einem Weißbuch der Regierung (DH 2006a) einen programmatisch prominenten Status erhalten. Die Regierung hat Anreize gesetzt, um lokale Planungen am genannten Ziel zu orientieren. Über einen Zeitraum von fünf Jahren können Investitionsmittel in Höhe von 750 Mio. Pfund für Bau und Renovierung von Polikliniken und kleinen Krankenhäusern eingesetzt werden. Größere Bauvorhaben werden nur genehmigt, wenn sie mit dem Ziel kompatibel sind, das Leistungsspektrum von primärärztlicher Versorgung und gemeindenahen Einrichtungen zu erweitern. 2) Konzentration bestimmter Angebote (z.B. Notfallversorgung mit vollem Leistungsspektrum) in Großkrankenhäusern/Fachkliniken, eine Reorganisationsrichtung, die auch von medizinischen Fachgesellschaften empfohlen wird und in bestimmten Bereichen (z.B. der Versorgung von Krebspatienten) seit Jahren erklärte Politik ist. Im Vordergrund stehen hier sicherheits- und qualitätsbezogene Argumente (Farrington-Douglas/Brooks 2007), deren Fundierung größtenteils umstritten ist (Byrne/Ruane 2007). Im Ergebnis werden Re-Konfigurationen wahrscheinlich zu einer Angebotskonzentration bei komplexeren (stationären) Leistungen und in der Notfallversorgung führen, während Arztpraxen und gemeindenahe Einrichtungen mehr und (für sie) neue Leistungen erbringen. Angebotspektrum und Leistungsvolumen manches Krankenhauses werden sich verkleinern, was die Schließung von Stationen oder Abteilungen zur Folge haben kann. Krankenhausschließungen sind ebenfalls möglich. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums sind bis zu 60 Allgemeinkrankenhäuser potentielle Re-Konfigurationsobjekte (CCSC 2007).

¹¹⁶ Patienten tragen wie bei einer staatlichen Direktfinanzierung der Infrastrukturleistung allenfalls als Steuer-/Beitragszahler zur Mittelaufbringung bei.

seitig keine Privatisierungspolitik betrieben. Weder sind Leistungen grundsätzlich von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen noch bestehende Gebührenregelungen – die die stationäre Versorgung nicht betreffen – verschärft worden.¹¹⁷ Es hat auch keinen Versuch gegeben, die Privatmedizin etwa durch Steuererleichterungen beim Abschluß einer privaten Krankenversicherung zu fördern.¹¹⁸ Die Ausgabenexpansion der letzten Jahre ist ganz im Gegenteil wesentlich mit der Absicht begründet worden, verhindern zu wollen, daß bessergestellte Patienten zunehmend in den privaten Sektor abwandern und der NHS zum Versorgungssystem für die finanzschwächere Bevölkerung absinkt.

Maßnahmen, die New Labour zur Vergrößerung privater Anteile am "public private mix" in der Krankenversorgung getroffen hat, gelten ausnahmslos der Angebotsseite des "neuen Markts". Es ist gerade die Verknüpfung von forcierter öffentlicher Finanzierung und anbieterseitiger Pluralisierungs- und Wettbewerbspolitik, die das krankenhauspolitische Profil der Blair-Regierungen nach 2002 prägt. Während die Marktpolitik "New Labour" von "Old Labour" trennt, sind die Parallelen zum vergangenen internen Markt wie auch zum aktuellen Programm der Konservativen Partei offensichtlich. Anders in der Finanzierungspolitik. Hier kennen New Labour und Old Labour keine Differenzen,¹¹⁹ während zwischen New Labour und den Konservativen doch erkennbare Unterschiede bestehen. Zwar haben die Tories als Oppositionspartei die Aufstockung des NHS-Budgets grundsätzlich befürwortet, eine Expansionspolitik, wie sie Blair-Regierungen ins Werk gesetzt haben, hätte eine konservative Regierung aber zweifellos nicht betrieben. Auch die Konservativen haben sich aber klar dafür ausgesprochen, den NHS als umfassendes, öffentlich finanziertes Versorgungssystem für die gesamte Bevölkerung beizubehalten. In diesem Grundsatz treffen sich alle großen Parteien, wenngleich die Tories ihm mit einer gewissen Distanz folgen. Daß die kollektiv-solidarische Finanzierung weiterhin aus allgemeinen Steuermitteln bestritten werden soll, ist ebenfalls parteiübergreifender Konsens. Vorschläge, zu einem anderen Finanzierungsmodus überzugehen, sind von verschiedenen Regierungen geprüft und alsbald ad acta gelegt worden, werden aber immer wieder einmal in die Diskussion gebracht.

Für die Beibehaltung der (zentralstaatlichen) Steuerfinanzierung gibt es mehrere Gründe. Sie ist ein vergleichsweise effizienter und gerechter/fairer Modus der Mittelaufbringung und bietet "technisch" die besten Steuerungsmöglichkeiten. Zudem ist an die hohen politischen Kosten zu denken, die ein Systemwechsel bedingen würde, ohne daß davon - wie der Blick ins europäische Ausland lehrt – eine nachhaltige Politikentlastung zu erwarten wäre. Derzeit deutet nichts darauf hin, daß die Mittelaufbringung für den NHS in absehbarer Zukunft umbasiert werden könnte. Unstrittig ist auch das seit Mitte der siebziger Jahre mit Allokationsformeln instrumentierte Prinzip, die verfügbar gemachten Mittel bedarfsorientiert auf regionale/lokale Finanziere im NHS zu verteilen. Bei allem, was sich in der Struktur des NHS und in den Einzelpunkten der entsprechenden Formeln seither verändert hat, ist dieses Prinzip stets unangefochten geblieben.

¹¹⁷ Der Anteil, den "Gebühren und sonstige Einkünfte" am NHS-Budget haben, ist unter New Labour zurückgegangen. 1997/8 betrug er 6 %, für 2007/8 geht die Budgetplanung von 4,2 % aus (Ham 1999: 77; DH 2006c: 36). Gebühren für die Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen oder (stationären) Krankenhausleistungen sind bis dato nie erhoben worden.

¹¹⁸ Die Zahl der privat Versicherten war 2003 (6,64 Mio.) nur unwesentlich höher als 1994 (6,61 Mio.) (<http://www.laingbuisson.co.uk>).

¹¹⁹ Ausnahme: die Private Finance Initiative.

Ein "Paradigmenwechsel" ist hingegen in der Krankenhausvergütung vollzogen worden, die grobenteils auf Fallpauschalen umgestellt wird. Er liegt vor allem auch darin, daß über die Krankenhausfinanzierung nicht mehr nur Mittelbedarfe gedeckt, sondern in ganz anderer Weise als früher Verhaltensanreize gesetzt werden sollen - Anreize zur Kostenminimierung und - in Verbindung mit "patient choice" - Patientenorientierung. Auch der Anreiz zur Steigerung der Fallzahlen ist mit Blick die weitere Verkürzung der Wartezeiten durchaus gewollt (sofern es sich nicht um Fehlbelegungen handelt). Allerdings wird der Mengenanreiz vor dem Hintergrund aktueller Politikprioritäten wie der Leistungsverlagerung "closer to home" zunehmend auch als Problem wahrgenommen. Die Tendenz zum verstärkten Einsatz monetärer Anreize zeigt sich an mehreren Stellen. Beispielsweise wurde das Gehalt von Krankenhausärzten mit "leistungsorientierten" Komponenten (Arbeitsintensität/-dauer) angereichert. Auch der gezielte Einsatz finanzieller Anreize zur Qualitätsverbesserung gehört mittlerweile zum Politikrepertoire, momentan vor allem in der Primärversorgung. Seit einiger Zeit können Allgemeinärzte ihr Einkommen beträchtlich (maximal um ein Drittel) steigern, wenn sich ihre Leistung anhand von Qualitätsindikatoren entsprechend darstellt. Zwar fällt es nicht schwer, in der Literatur Belege dafür zu finden, daß Ärzte auf finanzielle Anreize ansprechen, doch ist die Evidenzbasis für einen gezielten qualitätspolitischen Rückgriff auf solche Anreize dürftig (Smith 2004). Als generelles Risiko eines vermehrten Einsatzes monetärer Anreize zur Leistungssteuerung in der Gesundheitsversorgung wird die Unterhöhung professionell-ethischer Handlungsorientierungen durch ökonomische Kalküle und Motive bzw. die Überlagerung intrinsischer durch extrinsische Motivationen diskutiert (vgl. Le Grand 2002b: 150f.; s.a. Anm. 423).

5 Rationierung¹²⁰

Während "Prioritäten" zum offiziellen Sprachschatz gehören, wird das Wort "Rationierung" von der Regierung gemieden. Daß politische Entscheidungsträger den negativ besetzten, Assoziationen des Mangels und der Unterversorgung weckenden Begriff scheuen, verwundert nicht. Während der Wohlfahrtsstaat im Kern auf Inklusion, auf die Gewährleistung von Teilhabe(-chancen) zielt, schließen "hard choices" vom Zugang zu Leistungen aus. Sie sind deshalb im Referenzrahmen wohlfahrtsstaatlicher Programmatik schwer zu verorten.¹²¹

5.1 Wartelisten und Wartezeiten

Das macht Wartelisten attraktiv; Patienten werden nicht ausgeschlossen, sie müssen nur warten. Allerdings mußten in England bereits in den fünfziger Jahren Hunderttausende auf die Aufnahme in ein NHS-Krankenhaus warten, nicht wenige sehr lange und einige ohne jede reelle Chance, jemals behandelt zu werden. Im April 1998, kurz vor dem 50. Jahrestag des offiziellen NHS-Starts, erreichte die "inpatient waiting list" mit mehr als 1,3 Mio. Namen - überwiegend von Patienten, die operiert werden sollten - ihren bisherigen Höchststand. Bezieht man die Zahl der Wartenden auf die - ebenfalls deutlich gestiegenen - Fallzahlen, zeigen sich allerdings über lange Jahre nur geringfügige Veränderungen (vgl. Frankel 1993: 4).

Die Wartelisten dokumentieren nur bedingt Warteschlangen im üblichen Sinne. Metaphorisch lassen sie sich eher als "stores" (Pope 1991) oder "pools" (Light 1997) beschreiben,¹²² aus denen Ärzte¹²³ nach bestimmten Kriterien Patienten abrufen. Neben dem Pool, in dem sich die Kandidaten für elektive Eingriffe sammeln, existiert ein zweiter Pool. Er umfaßt die Patienten, die auf die (ambulante) fachärztliche Erstuntersuchung warten und nach dieser Untersuchung ggf. auf eine der Hauptlisten gesetzt werden. Als dringliche Fälle eingestufte Patienten befinden sich in einem weiteren Pool. "Rationing by delay" ist eine verbreitete und offensichtliche Rationierungsweise, worin ein Grund für das politische Gewicht des Themas liegt. Als (unmittelbare) Ursachen langer Wartelisten und Wartezeiten sind die verschiedensten Faktoren diskutiert worden. Sie lassen sich grob zwei Kategorien zuordnen:

¹²⁰ Die spezielle Rationierungsproblematik in der Transplantationsmedizin bleibt hier außer Betracht.

¹²¹ Von Locock Mitte der neunziger Jahre interviewte NHS-Manager hielten die Rationierung von NHS-Leistungen für unvermeidlich und fanden es wünschenswert, daß sie weniger in impliziter, verdeckter Form zu vollzogen wird. Sie sahen jedoch auf seiten der Regierung keinerlei Neigung, sich in dieser Hinsicht stärker zu exponieren, "since it would directly challenge the principle of a free, universal and comprehensive NHS" (Locock 2000: 103). Die USA sind kein Wohlfahrtsstaat im engeren Sinne (Kaufmann 2003: 82ff.), doch selbst die Rationierungspolitik des amerikanischen Bundesstaates Oregon wurde in der Absicht eingeleitet, per Leistungsausschluß Mittel zur Vergrößerung des Medicaid-Versichertenkreises zu gewinnen (vgl. z.B. Bodenheimer 1997).

¹²² Einzelne Wartelisten können aber durchaus als Warteschlange angelegt sein (vgl. z.B. Hughes/Griffiths 1997).

¹²³ Oder das Aufnahmepersonal. Bei Patienten, die der Arzt nicht als dringliche Fälle einstuft, sind oft Verwaltungsmitarbeiter für Platzierung und Abruf zuständig. Sie orientieren sich dabei an "Fallmischungsrezepten", die in Abstimmung mit den Ärzten des Hauses entwickelt wurden (vgl. Pope 1991: 202f.).

1) *Ressourcenmangel*. Wartelisten und Wartezeiten, besagt eine gängige Annahme, sind Mangelerscheinungen (vgl. z.B. Sanderson 1982). Man hat vor Jahren die Listenlänge (je 100.000 Ew.) zur Zahl der Chirurgen in Beziehung gesetzt und errechnet, daß deren Erhöhung um das Zweieinhalbfache erforderlich wäre, um zu einer "zero waiting list" zu kommen. Auch zwischen Patientendurchlauf und Wartezeit ist im Distriktvergleich eine negative Korrelation gefunden worden. Unter der Voraussetzung, daß der Patientendurchlauf auch von der Ressourcenausstattung abhängt, läßt sich schließen, daß man über eine Ressourcenaufstockung die Wartezeiten verkürzen könnte. Daß bei anderen Untersuchungen eine *positive* Korrelation zwischen Listenlänge und Patientendurchlauf ermittelt wurde, muß dem nicht widersprechen, wenn das Listenwachstum der Durchlaufsteigerung voraufging (vgl. Harvey 1993: 101f.). Der Forschungsstand ist gleichwohl inkonklusiv. Während Martin und Smith Ende der neunziger Jahre zu dem Schluß kommen, daß "the impact of increased resources on waiting times is strongly negative" (1999: 158), führten frühere Arbeiten nicht zu ähnlich klaren Ergebnissen (vgl. z.B. Buttery/Snaith 1980; Henderson et al. 1995). Sie stützten eher die Annahme, daß durch Ressourcenzufuhr erzielte Reduktionseffekte Änderungen des Überweisungsverhaltens (Absinken der Überweisungsschwelle) nach sich ziehen, die Reduktionserfolge wieder zunichte machen.

2) *Mangelhafte Ressourcennutzung*. Nicht nur der Mangel an Ressourcen, auch deren mangelnde Nutzung ist als Problemfaktor erkannt worden. Das National Audit Office etwa hat in den achtziger Jahren moniert, daß Operationssäle vielfach nicht ausgelastet waren und Operationstermine kurzfristig abgesagt wurden (NAO 1987). NHS-Distrikte sahen sich häufig nicht in der Lage, genügend Personal und Finanzmittel zu mobilisieren, um die vorhandenen OP-Kapazitäten auszuschöpfen. Ob dafür immer finanzielle Restriktionen verantwortlich waren, ist zweifelhaft, da Operationssäle in manchen Fällen trotz eines wachsenden Betriebskostenbudgets über Jahre nicht so genutzt wurden, wie es möglich gewesen wäre. Daß auch die ärztliche Arbeitskraft nicht immer effizient eingesetzt wird, läßt sich an z.T. immensen Unterschieden in der Eingriffszahl je Operateur ablesen, die über die Jahre ermittelt worden sind (Yates 1987: 45f.). Diese Unterschiede erklären sich weder aus differenten Fallmischungen noch daraus, daß Ärzte mit relativ wenigen Operationen anderweitig, z.B. in Lehre und Forschung oder im Management, besonders engagiert gewesen wären. Wenngleich keine einfache Beziehung zwischen der Länge der Wartelisten in einem Distrikt und der Operationsfreudigkeit der Ärzte festgestellt werden konnte, war doch unverkennbar, daß sich das Operationsvolumen in einigen Distrikten bei gegebener Ärztezahl deutlich steigern ließ.

Während die Problembestimmung Ressourcenmangel auf die Finanzierung des NHS verweist, mag die mangelhafte Nutzung von Ressourcen (auch) auf fehlende oder "perverse" Anreize zurückzuführen sein. So konnten lange Wartelisten/-zeiten das Prestige von Abteilungen und Ärzten durchaus befördern¹²⁴ und als Argument für Ressourcenforderungen eingesetzt werden (Frankel/West 1993: 116). Hinzu kommt, daß der Patientenwunsch, lange Wartezeiten zu vermeiden und bei der Terminierung eines Eingriffs mitreden zu können, ein primäres Motiv ist, sich privat behandeln zu lassen. NHS-Krankenhausärzte, die auch Privatpatienten betreuen, profitieren deshalb von den Wartelisten des Gesundheitsdienstes. Daß dies die Arbeitsmoral eines Teils der Ärzte schwächt,

¹²⁴ Ein früherer NHS-Manager erinnert sich: "Indeed, when I joined the NHS in 1969, and for many years after, it was not unusual for long waiting times to be a matter of pride. Some surgeons defined their worth and importance by the length of their waiting lists" (Jarrold 2005).

muß angenommen werden (vgl. Yates 1995 und CHSRF 2006 (mit Hinweisen auf Forschungsbefunde zu anderen Gesundheitssystemen)).

Als "efficiency trap" sind der Krankenhausfinanzierung über Budgets inhärente Anreizdefekte bezeichnet worden: Eine Erhöhung des Patientendurchlaufs war nicht unmittelbar und ggf. nur in relativ bescheidenem Umfang vergütungswirksam. Auch konnten sich bei intensiverer Ressourcennutzung Risiken der Budgetüberschreitung ergeben (vgl. Morgan 1992: 218). Dem Vergütungssystem für die primärärztliche Versorgung wird der Anreiz zugeschrieben, kompliziertere Fälle auch dann zu überweisen, wenn sie noch im niedergelassenen Bereich behandelt werden könnten (Frankel/West 1993: 116).

Um zu resümieren: Allgemein läßt sich nur sagen, daß Wartelisten und Wartezeiten von diversen Faktoren bestimmt werden¹²⁵ und das Bedingungsgefüge in Abhängigkeit von Fachgebiet, Region und Krankenhaus unterschiedlich sein kann. Die Forschung verweist auf verschiedene Ansatzpunkte für Maßnahmen und verschiedene Adressen für Schuldzuweisungen. Festzuhalten ist, daß die Länge der Listen nicht nur Niederschlag des Mangels ist, sondern auch von institutionellen Gegebenheiten, adversen Handlungsorientierungen und "the more intimate decisions of patient management" (Frankel/West 1993: 115) beeinflusst wird. Die Frage, inwieweit die Listen für eine durch Knappheit erzwungene Rationierung stehen, ist deshalb nicht generell zu beantworten. Andererseits kann kaum in Zweifel gezogen werden, daß auch bei optimierter Ressourcennutzung "rationing by delay" im NHS zum Alltagsgeschäft gehören würde.

Der Stand des Wissens darüber, wie Ärzte dieses Geschäft betreiben, läßt ebenfalls viele Fragen offen. So liegt kaum "harte" Evidenz dazu vor, inwieweit Wartelisten zur Risikoselektion dien(t)en (Dixon/Le Grand 2006: 164). In der Regel werden die Patienten mit Hilfe einer Abstufung kategorisiert, die zwischen Notfällen, dringlichen Fällen und nichtdringlichen Fällen unterscheidet (West 1993; Dymond/Lim 1994; Edwards 1999: 413). Das Schema wird mitunter verfeinert, wenn man etwa zwischen sehr dringlichen und dringlichen Fällen differenziert. Es ist aber weithin unbekannt, inwieweit Ärzte in der Zuordnung von Krankheitsbildern und Patienten zu den einzelnen Stufen übereinstimmen und wie sich die jeweilige Ressourcenlage auf die Einstufung auswirkt. Schwere und Progression der Erkrankung sind nach den vorliegenden Erkenntnissen die wichtigsten Gesichtspunkte. Schmerzen, funktionelle Beeinträchtigungen und berufliche Konsequenzen fallen ebenfalls ins Gewicht, haben aber sekundäre Bedeutung. Darüber hinaus können das Alter und die bereits verstrichene Wartezeit eine Rolle spielen. Schließlich mögen Anforderungen der ärztlichen Ausbildung und Forschungsinteressen ins Spiel kommen (vgl. Klein et al. 1996: 86; West 1993: 48), auch ist immer wieder behauptet worden, daß mancher Patient eine Vorzugsbehandlung erfahre: der Patient des fundholder (zu Zeiten des internen Marktes), der Privatpatient des consultant, der Standeskollege, der leitende Angestellte. Diese Patienten können sich "vordrängeln", man nimmt Rücksicht auf ihre Terminwünsche oder bevorzugt sie auf andere Weise. Trotz der politischen Bedeutung des Themas weiß man insgesamt recht wenig darüber, wie die Wartelisten des NHS geführt werden, ihr Management ist im Grunde eine "black box" (Edwards 1999: 413) geblieben, "personal experience, interests, and preferences" (vgl. Fricker 1999) sind wesentli-

¹²⁵ Bis in die frühen achtziger Jahre hinein haben auch Arbeitskämpfe ihren Teil zum Anwachsen der Listen beigetragen (Yates 1987: 49ff.).

che Bestimmungsgrößen. Frankel und West betonen, daß die Listen der Politik "a blurring of the National Health Service's capacity for or commitment to certain sorts of treatment" ermöglichen. "Waiting lists veil the discrepancies between what is offered and what can be done" (Frankel/West 1993: 125). Man muß diese "funktionale" Betrachtung aber durch den Hinweis relativieren, daß britische Regierungen spätestens seit den siebziger Jahren in den länger und länger werdenden Wartelisten eine politische Kalamität gesehen haben.¹²⁶

Reduktionspolitik

Immer wieder ist denn auch versucht worden, Wartelisten und Wartezeiten durch spezielle "Initiativen" zu verkürzen (vgl. Morgan 1992: 220ff.). Zumeist stellte man Sondermittel bereit, die der Förderung unterschiedlichster Projekte dienten: Verträge mit privaten Krankenhäusern; Operationen außerhalb der üblichen Zeiten (abends, am Wochenende); Anmietung von Hotelzimmern, in denen Patienten untergebracht und pflegerisch versorgt werden; Ausweitung semistationärer und ambulanter Behandlungen.

Wie effektiv solche Programme im Ergebnis gewesen sind, ist schwer zu beurteilen. Lokale Erfolge waren offenbar vor allem dort zu verzeichnen, wo eine zweckkonforme Mittelverwendung gesichert war. Wo man entsprechende Vorkehrungen nicht traf, wurden Mittel u.U. zur Milderung von Haushaltsengpässen benutzt. Trotz diverser Initiativen näherte sich die Gesamtzahl der Wartenden aber am Ausgang der achtziger Jahre der "kritischen" Millionengrenze. Das Wartelistenproblem lag denn auch im Visier der Marktformen, die konservative Regierungen in den neunziger Jahren durchführten. Die Erwartung war, daß Wettbewerb, Käuferdruck und finanzielle Anreize die Krankenhäuser zu Produktivitätssteigerungen motivieren und so das Wartelistenproblem nachhaltig entschärfen würden. "The reforms can therefore be ... understood as the definitive waiting list initiative" (Frankel/West 1993: 130). Als solche hatten sie nicht die erhoffte Durchschlagskraft, 1994 wurde die Millionengrenze überschritten. Mittlerweile hatte die Regierung allerdings die *Wartezeiten* in den Vordergrund gerückt.

Die "Patient's Charter" von 1991 enthielt entsprechende Limits, so "admission for virtually all treatments by a specific date no later than two years (seit 1995: 18 Monate) from the day when your consultant places you on a waiting list". Einmal mehr wurden Sondermittel verfügbar gemacht, und die Health Authorities gerieten unter beträchtlichen ministerialen Druck, sicherzustellen, daß die zusätzlichen Mittel den gewünschten Erfolg brachten. Vielfach wurden Charta-Limits in Versorgungsvereinbarungen zwischen Health Authorities und Krankenhäusern aufgenommen, wobei für den Fall der Nichteinhaltung auch finanzielle Sanktionen (Vergütungsabzüge) vorgesehen waren (vgl. z.B. Griffiths/Hughes 1998: 365ff.). Sich abzeichnende Probleme konnten dazu führen, daß ein Krankenhaus zusätzliche Mittel erhielt, veranlaßten Health-Authority-Manager aber vor allem, Krankenhäuser zu drängen, dem Zeitlimit nahe Patienten mit Vorrang zu behandeln, oft gegen den Widerstand von Ärzten, die die Prioritäten anders gesetzt hätten.

¹²⁶ Nicht nur wegen der Zahlen. Auch daß die Listen mit wachsender Distanz zum Krieg immer weniger unter dem Blickwinkel einer aus gemeinsamer Kriegserfahrung gespeisten "culture of queueing" wahrgenommen wurden, hat eine Rolle gespielt (Klein 1995: 229).

Länger als zwei Jahre mußte 1994 niemand mehr warten, und nur bei 6 % der Listenpatienten überstieg die Wartezeit ein Jahr. 1987 hatte dies noch für ein Viertel der Wartenden gegolten (Levitt et al. 1995: 155). Die durchschnittliche Wartezeit war hingegen weniger deutlich zurückgegangen, zudem mögen die Erfolge bescheidener gewesen sein als die von der Regierung aufgegebenen Daten glauben machten. Lange Jahre wurde nur die zwischen der Platzierung eines Patienten auf der Liste und seiner Aufnahme verstrichene Zeit registriert. Ebenfalls von Bedeutung ist aber die Zeitspanne zwischen der Überweisung des niedergelassenen Arztes und der Erstuntersuchung im Krankenhaus. In Reaktion auf eine verbreitete Kritik wurden im Herbst 1994 erstmals auch hierzu Statistiken veröffentlicht. Nun ist das Führen von Wartelisten "a peculiar art form" (Klein 1995: 237). Kürzere Wartezeiten lassen sich auch dokumentieren, wenn Ärzte den Zeitpunkt, zu dem ein Patient nach der grundsätzlichen Aufnahmeentscheidung auf der Liste platziert wird, möglichst weit hinausschieben. Diese Zeitspanne müßte also ebenfalls berücksichtigt werden. Erst dann wäre ein umfassendes Beobachtungssystem verfügbar, das auch "the number of people waiting to join a waiting list" erfaßte (RSHG 1995: 1049).

Im Unterhauswahlkampf 1997 hatte Labour versprochen, die Zahl der Wartenden um 100.000 zu reduzieren. Zunächst freilich sah sich der neue Gesundheitsminister mit penetrant wachsenden Zahlen konfrontiert, und knapp ein Jahr nach dem Regierungswechsel hatte die Sammelliste eine historische Rekordmarke erreicht. Von der alten Regierung hatte die neue das Wartezeitlimit (18 Monate) für stationäre Behandlungen übernommen. Zusätzlich führte sie Höchstzeiten speziell für Krebspatienten ein. Der NHS Plan erklärte dann nichts weniger als "a war on waiting" (DH 2000a: 104), und die Kriegsziele wurden hoch gesteckt: Bis Ende 2005 sollte die maximale Wartezeit bei Ambulanzterminen von damals mehr als sechs Monaten auf drei Monate, bei stationären Behandlungen von 18 Monaten auf sechs Monate gesenkt werden. Für die Folgejahre wurde die Halbierung des letztgenannten Limits anvisiert. Der NHS Plan enthielt zudem Standards und Ziele zu Wartezeiten in Primär- und Notfallversorgung. Hinzu kamen im Kontext gruppenspezifischer Programme (National Service Frameworks, Cancer Plan) definierte Vorgaben.

Geld war das eine Mittel, diese Ziele zu erreichen – Sonderzuweisungen, die Finanzausstattung der genannten Versorgungsprogramme, die Ausgabenexpansion ab dem Jahr 2000, die u.a. eine signifikante Stellenausweitung bei Ärzten und Pflegekräften möglich machte. Aber Geld allein würde nicht genügen. Im NHS Plan war das Armamentarium des "war on waiting" als "a combination of investment and reform" beschrieben worden (ebd.: 101). Die Reformkomponente reicht mittlerweile von der Einführung neuer Buchungssysteme über den Ausbau des zentralen Leistungsmanagements bis hin zu New Labours neuem Markt, der mit einer "mixed economy" konkurrierender Anbieter und unmittelbar vergütungswirksam wählenden Patienten wesentlich der Wartezeitreduktion dienen soll. Die Regierung Blair hatte sich auch die Auffassung zu eigen gemacht, daß privatmedizinische Aktivitäten bei manchem consultant dem Engagement im NHS abträglich seien. Der NHS Plan stellte deshalb den Vorschlag zur Diskussion, Krankenhausärzten in den ersten sieben Jahren ihrer NHS-Tätigkeit die Behandlung von Privatpatienten zu verwehren. Dieser Vorschlag wurde zum umstrittensten Punkt in jahrelangen Verhandlungen und Kontroversen um einen neuen Vertrag für Krankenhausärzte, der den alten, im wesentlichen auf das Jahr 1948 zurückgehenden Vertrag ersetzen sollte. Die Regierung ist von dem zunächst als "nicht verhandelbar" deklarierten Vorschlag abgerückt. Stattdessen sieht der im Juli 2003 zwischen British Medical Association und Gesundheitsminister geschlossene Kompromiß vor, daß

ein consultant dem NHS wöchentlich vier Überstunden offeriert, bevor er Privatpatienten behandelt (DH 2003).

Er wäre merkwürdig, wenn all dies keine Wirkung gezeitigt hätte, und so ist New Labours "war on waiting" trotz verschiedentlich offenbar gewordener Datenprobleme¹²⁷ durchaus eine Erfolgsgeschichte. Mit dem NHS Plan (2000) hatte die Regierung sich und den NHS auf das Ziel festgelegt, die maximale Wartezeit für alle Patienten bis Ende 2005 bei Ambulanzterminen auf drei Monate und bei stationärer Behandlung auf sechs Monate zu verkürzen. Tatsächlich warteten im letzten Quartal 2005 (2006) nur mehr 108 (138) englische NHS-Patienten seit mehr als 26 Wochen¹²⁸ auf ihre Aufnahme ins Krankenhaus (2000: weit über 200.000). Die Zahl der Patienten, bei denen mehr als 13 Wochen bis zum ersten Ambulanztermin verstrichen waren, war mit 198 (152) ebenfalls dramatisch gesunken (2000: ca. 280.000) (DH 2007a; Thorlby/Maybin 2007: 4).

Auch einige mit Blick auf enger eingegrenzte Versorgungsbereiche/Patientengruppen definierte Ziele sind weitgehend erreicht worden. Für die Vorgabe, bis Ende 2004 zu erreichen, daß alle Notfallabteilungen frequentierenden Patienten innerhalb von vier Stunden behandelt, entlassen oder aufgenommen werden, hat man hochprozentige Umsetzungserfolge verbucht (erstes Quartal 2005: 97 % der Fälle, viertes Quartal 2006: do.).¹²⁹ Patienten, die der Hausarzt mit Verdacht auf Krebs zum Facharzt überwies, bekamen 2006 in 99 % der Fälle binnen zwei Wochen einen Termin (1997 betrug die Quote weniger als zwei Drittel). Und das Ziel, bis Ende 2005 die Zeitspanne zwischen Diagnose und Behandlungsaufnahme bei allen Krebspatienten auf maximal 31 Tage zu begrenzen, wurde zu 97 % realisiert (Thorlby/Maybin 2007: 5).

2004 hat die Regierung das Ziel proklamiert, die Wartezeit zwischen GP-Überweisung und stationärer Behandlung (einschließlich aller zwischenzeitlich bei diagnostischen und sonstigen Leistungen entstehenden Wartezeiten) bis Ende 2008 NHS-weit auf maximal 18 Wochen zu reduzieren - ein ehrgeiziges Ziel, wenn man bedenkt, daß noch vor einigen Monaten nur gut ein Drittel der stationär behandelten Patienten innerhalb dieser Zeitspanne aufgenommen wurde (Thorlby/Maybin 2007: 5). Hinzu kommt, daß die finanziellen Rahmenbedingungen im NHS angesichts der noch bestehenden Defizitprobleme und ab 2008 niedrigerer Budgetzuwächse nicht eben günstig sind. Bemühungen zur Umsetzung des 18-Wochen-Ziels werden 2007/8 schätzungsweise ein Drittel der zusätzlichen NHS-Mittel beanspruchen.

Es steht außer Zweifel, daß die genannten Umsetzungsquoten signifikante Verbesserungen im Zugang zu bestimmten Leistungen anzeigen, Verbesserungen, die bei zunehmender Nachfrage

¹²⁷ Die Audit Commission untersuchte vor einigen Jahren im Auftrag des Gesundheitsministeriums 41 NHS Trusts, die sie großenteils ausgewählt hatte, weil es Anzeichen für eine fehlerhafte oder fehlerträchtige Berichterstattung gab. Nur drei Trusts waren mängelfrei. Drei hatten bewußt falsch über ihre Wartelisten/-zeiten informiert, 19 irrtümlich falsche Angaben gemacht, und bei den übrigen zeigte das Datenmanagement Schwächen, die das Risiko eines Irrtums erhöhten (Audit Commission 2003).

¹²⁸ Seit April 2006 werden Wartezeiten in Wochen statt in Monaten ausgewiesen.

¹²⁹ Bei der 2006 durchgeführten nationalen Patientenbefragung der Healthcare Commission gaben allerdings 28 % der stationär behandelten Patienten, die von der Notfallabteilung aus aufgenommen worden waren, an, sie hätten länger als vier Stunden warten müssen (HCC 2007b: 3).

erreicht wurden und nicht allein der Personalaufstockung geschuldet sind.¹³⁰ Relativierend ist anzumerken, daß sich die Reduktionserfolge z.T. weniger eindrucksvoll darstellen, wenn man sie anhand durchschnittlicher Wartezeiten mißt. So fiel der Durchschnittswert bei Ambulanzterminen zwischen 1999/2000 und 2003/4 von 54 auf 49,5 Tage und bei stationärer Behandlung zwischen März 2001 und März 2005 von 88,2 auf 59,5 Tage. Von den Zielvorgaben der Regierung haben bislang vor allem Patienten profitiert, die lange warten mußten bzw. hätten warten müssen. Ihr Nutzen für Patienten, die ohnehin innerhalb der Limits behandelt wurden oder würden, ist weniger klar. Dies mag erklären, daß sich die Erfolge in der Patientenperspektive nicht immer mit gleicher Deutlichkeit widerspiegeln (HCC 2005b: 26f.).

Die politische Anstrengung, im NHS zentral definierte Wartezeitziele/-standards - und namentlich *Zeitlimits* - durchzusetzen, ist nicht unumstritten. Der Vorwurf lautet, Ärzte würden gedrängt, grenznahe Patienten wider die medizinische Ratio vorzuziehen. So haben Augenärzte geklagt, sie müßten wichtige Nachuntersuchungen mit u.U. gravierenden Konsequenzen verschieben, um die Zielvorgaben der Regierung für Neupatienten zu bedienen.¹³¹ Ein weiteres Beispiel: Ressourcen seien aus der der Behandlung diagnostisch gesicherter Krebsfälle abgezogen worden, um möglichst alle Verdachtsfälle, wie gefordert, binnen 14 Tagen untersuchen zu können (Hinsliff 2003a). Viel Kritik auf sich gezogen hat das Ziel, bis Ende 2004 dahin zu kommen, daß alle Patienten, die in der Notfallabteilung eines Krankenhauses eintreffen, innerhalb von längstens vier Stunden aufgenommen, transferiert oder entlassen werden: Die generelle Vier-Stunden-Vorgabe sei medizinisch nicht vertretbar, da es Patienten gebe, bei denen die Stabilisierung mehr Zeit brauche. Der Druck, dieses Ziel zu erreichen, soll mitursächlich dafür sein, daß elektive Operationen verschoben und Patienten ohne ausreichende Prüfung und Vorbereitung aufgenommen oder entlassen wurden (Hinsliff 2003b; HCC 2005b: 27). Daß entsprechende Risiken bestehen, scheint plausibel, es mangelt jedoch an generalisierbaren Erkenntnissen darüber, in welchem Umfang solche Praktiken tatsächlich vorkommen (ebd.). Eine 2005 publizierte Studie ist der Frage, ob die Wartezeitpolitik medizinische Prioritäten überlagert, mit Blick auf (elektive) orthopädische Operationen nachgegangen. Der Vergleich von Daten aus den Jahren 1997/98 und 2001/02 läßt deutliche Veränderungen im Sinne des NHS-Plan-Ziels erkennen, kein Patient solle ab März 2002 länger als 15 Monate warten müssen. Für die Annahme, daß dies in größerem Umfang zu Lasten bedarfsintensiverer Fälle gegangen sein könnte, liefern die Daten kaum Anhaltspunkte. Man muß allerdings die Grenzen des Materials berücksichtigen, das keine Auskunft über bedarfsbezogene Dringlichkeiten gibt. Wollte man wissen, wie sich die o.g. Frage aus ärztlicher Sicht darstellt, müßte man Orthopäden befragen. Wollte man angesichts möglicherweise beträchtlicher Unterschiede in ärztlichen Dringlichkeitsurteilen zu einer davon

¹³⁰ Die Zahl der Krankenhausaufnahmen wächst um etwa 1,4 % p.a., die der Überweisungen zum (Krankenhaus-)Facharzt um 1 %. Noch deutlich stärker hat die Inanspruchnahme der Notfallabteilungen in den letzten Jahren zugenommen, 2004 etwa um ca. 8 % (HCC 2005b: 24, 26). Die Zahl der Fachärzte ist zwischen 1999 und 2004 von 23.320 auf 30.650 gestiegen, die nichtärztlichen und nichtpflegerischen Gesundheitsberufe (Physiotherapeuten etc.) haben ebenfalls kräftig zugelegt (47.920 > 58.960) (ebd.: 24). Im Blick auf die Notfallversorgung vermutet das National Audit Office, daß dem mit Zielvorgaben arbeitenden Leistungsmanagement ein mindestens ebenso großer Wirkungsanteil zuzurechnen ist wie dem Ressourcenzuwachs (ebd.: 80).

¹³¹ Der klinische Direktor einer Augenklinik vor einem Parlamentsausschuß: "We have kept clinical incident forms for all patients, mostly those with glaucoma or diabetes, who have lost vision as a result of delayed follow-up; there have been 25 in the past two years" (zit. n. Hencke 2003).

unabhängigen Wertung kommen, müßte man den Gesundheitsstatus der Patienten messen und Priorisierungspraktiken mit und ohne Zielvorgaben im Hinblick auf entsprechende Effekte vergleichen (Appleby et al. 2005).

Auch die hohe politische Priorität, mit der die Wartezeitenverkürzung in den vergangenen Jahren betrieben worden ist, hat Kritik auf sich gezogen. Der quantifizierbare "Gesundheitsgewinn" der Reduktionspolitik ist, wie auch das Gesundheitsministerium einräumt, relativ bescheiden. Auf der anderen Seite haben Umfragen regelmäßig gezeigt, welch hohes Gewicht das Thema Wartezeiten in den Augen der Nutzer hat (Thorlby/Maybin 2007: 6).

5.2 Lokale Rationierungspolitik

In einem weiten Verständnis bezeichnet der Rationierungsbegriff Allokationsvorgänge auf allen Ebenen des Gesundheitssektors; er ist dann von "Prioritätensetzung" nicht abzugrenzen. Eine enge Fassung schränkt ihn auf Entscheidungen ein, die den einzelnen Patienten unmittelbar betreffen, indem (mutmaßlich) nutzbringende Leistungen aus Knappheits-/Kostengründen vorenthalten, versagt, aufgeschoben oder mit Qualitätsabstrichen erbracht werden.¹³² Solche Entscheidungen trifft in Großbritannien noch immer primär der Arzt, wobei der Rationierungscharakter den Betroffenen oft verborgen bleibt, wenn Ärzte sich bemühen, "the denial of care ... routine or optimal" erscheinen zu lassen (Aaron/Schwartz 1984: 101). An die Marktformen der neunziger Jahre hatte sich die Erwartung geknüpft, die zu Leistungskäufern umfunktionierten Health Authorities würden offen als Rationierungsakteure auftreten und z.B. bestimmte Leistungen von der Finanzierung ausschließen.

Tatsächlich hat der interne Markt - neben anderen Faktoren¹³³ - die Zunahme expliziter Rationierung in den neunziger Jahren befördert. Von Verwaltung und Leitung vieler Versorgungseinrichtungen entbunden, waren die Health Authorities freier, "hard choices" zu treffen, während sich die als NHS Trusts autonomisierten Krankenhäuser weniger in der Verantwortung sahen, Knappheitsprobleme durch implizite Rationierung zu bewältigen. Im Jahre 1992 griffen allerdings nur 12 von 114 Health Authorities, deren Pläne in einer Studie analysiert wurden, zum Mittel des generellen, allenfalls ausnahmsweise suspendierten Ausschlusses bestimmter Leistungen (Klein et al. 1996: 69). Auf den großenteils übereinstimmenden Exklusionslisten finden sich Prozeduren wie die Re-

¹³² Judge (1978) unterscheidet "service rationing" und "financial rationing". Soweit Allokationsentscheidungen, die oberhalb der Behandlungsebene getroffen werden, Rationierungszwänge auf dieser Ebene schaffen, könnte man auch von Makro- oder Mesorationierung sprechen. Klein und Kolleginnen (1996) votieren dafür, Prioritätensetzungen bei der Verteilung finanzieller Ressourcen auf Leistungsbereiche oder Programme von Rationierungsentscheidungen abzugrenzen, die den einzelnen Patienten betreffen: Das Verhältnis zwischen politisch-administrativer Ressourcenzuteilung und Leistungsgeschehen sei vielfach kontingent. Finanzielle Beschränkungen könnten Rationierungsentscheidungen wohl erzwingen, ggf. aber auch durch effizientere Ressourcennutzung mit Bedarf oder Nachfrage in Einklang gebracht werden. Zu unterschiedlichen Definitionen des Rationierungsbegriffs vgl. auch Mielck/John 1996: 1f.

¹³³ Etwa bessere Verfügbarkeit und Zuwachs an medizinischer Evidenz oder ethisch begründete Motive – die Auffassung, daß Rationierung in der Gesundheitsversorgung wo möglich explizit erfolgen solle (vgl. Locock 2000).

version von Sterilisationen und Vasektomien, Geschlechtsumwandlungen und operative Eingriffe zu kosmetischen Zwecken, z.B. Brustvergrößerungen oder die Entfernung von Tätowierungen. Das finanzielle Gewicht dieser Leistungen war gering, ganz im Gegensatz zur Bedeutung, die sie in der Rationierungsdiskussion zeitweilig besaßen. Der Ausschluß schien von einer (nicht explizit gemachten) Auffassung der NHS-Aufgaben bestimmt zu sein, der die betreffenden Leistungen vor allem deswegen nicht entsprechen, weil kein im engeren Verständnis medizinischer Bedarf vorliegt. Die konkreten Ausschlußgründe mochten dann - wie etwa im Fall der In-vitro-Fertilisation, die 1995 von rd. einem Viertel der Health Authorities nicht finanziert wurde - lauten: zu teuer, das Geld wird besser für andere Zwecke verwandt; die Leistung ist bei privaten Anbietern ohne weiteres erhältlich, die Betroffenen sollen selbst zahlen (ebd.: 75f.). Nicht mangelnde oder unbewiesene Effektivität ist der Ausschlußgrund, sondern die Auffassung, daß bestimmte Leistungen nicht in die Verantwortung eines knappheitsgeplagten Gesundheitsdienstes fallen.

Mangelnde Effektivitätsnachweise sind dagegen von Health Authorities ins Feld geführt worden, die es abgelehnt haben, Behandlungen mit bestimmten Medikamenten zu finanzieren. Mitte der neunziger Jahre wurde die Therapie der multiplen Sklerose mit Interferon beta zum öffentlichkeitswirksamen Beispiel. Bei Wirksamkeitsnachweisen, die "weak and disputed" waren (New 1997b: 24), beliefen sich die Kosten seinerzeit auf etwa 10.000 Pfund pro Patient und Jahr. Einige Health Authorities weigerten sich deshalb, für eine MS-Behandlung mit Interferon beta aufzukommen, andere setzten auf (lokale oder regionale) Leitlinien, die die Anwendung des Medikaments begrenzen sollten, ein Vorgehen, das auch das Gesundheitsministerium den NHS-Instanzen nahegelegt hatte. Daß der Zugang zu NHS-Leistungen vom Wohnort abhängen kann, galt oder gilt für weitere teure Arzneimittel, darunter Medikamente zur Behandlung von Krebserkrankungen, Alzheimer und Schizophrenie (vgl. Dean 1999).¹³⁴

Bei den weiter oben erwähnten Leistungsausschlüssen dürfte die Überlegung im Spiel gewesen sein, daß mit eher geringer Opposition zu rechnen sei. Gleichwohl hat etwa der Ausschluß von In-

¹³⁴ Bisweilen hat dieses "rationing by postcode" Patienten sogar zum Wohnungswechsel veranlaßt. Es heißt, HIV-Patienten seien in den Norden Londons gezogen, nachdem sich herumgesprochen habe, daß die medikamentöse Versorgung durch den NHS dort besser sei als in anderen Bezirken der Stadt (ebd.). Den Aspekt der "geographical equity" hatte auch ein Fall, der Mitte der neunziger Jahre das Interesse einer breiteren Öffentlichkeit fand: Der Zustand eines an Leukämie erkrankten Mädchens hatte sich nach einer Knochenmarktransplantation zunächst gebessert, nach einigen Monaten jedoch erneut verschlechtert. Eine zweite Transplantation wurde von den behandelnden Ärzten und einem weiteren Spezialisten wegen geringer Erfolgschancen und der zu erwartenden schweren Nebenwirkungen abgelehnt. Der Vater des Mädchens hatte jedoch namentlich in den USA Ärzte gefunden, die die Erfolgsaussichten einer zweiten Transplantation weniger ungünstig beurteilten, und in England hatte sich ein Arzt bereit erklärt, die Transplantation vorzunehmen. Die zuständige Health Authority weigerte sich unter Hinweis auf die nach ärztlicher Einschätzung geringen Erfolgschancen und die mit der Behandlung für das Kind verbundenen Leiden, die Kosten (75.000 Pfund) zu übernehmen, was den Vater veranlaßte, vor Gericht zu gehen. Die vom Gesundheitsministerium unterstützte Health Authority blieb bei ihrem Nein. Ihre Entscheidung wurde in erster Instanz aufgehoben, in zweiter Instanz bestätigt. Das Mädchen konnte jedoch mit Hilfe von Spendengeldern behandelt werden, allerdings wurde keine zweite Transplantation durchgeführt, sondern ein noch kaum erprobtes Behandlungsverfahren angewandt. Das Mädchen starb gut 1 Jahr nach dem Eingriff. Auch in diesem Fall stellte sich, wie schon erwähnt, die Frage der (mangelnden) "geographical equity": Mitglieder anderer Health Authorities deuteten in der öffentlichen Diskussion an, daß sie die Kosten des Eingriffs übernommen hätten (Maynard 1996).

vitro-Fertilisationen zum Teil heftige Kritik provoziert, nicht zuletzt von seiten der an einer Perfektionierung des Verfahrens interessierten Ärzte. Auch gegen andere Leistungsausschlüsse ist eingewandt worden, daß individuelle Fallumstände für die Gewährung oder Nichtgewährung entscheidend sein müßten. Selbst die Entfernung von Tätowierungen oder eine Geschlechtsumwandlung seien als NHS-Leistungen zu rechtfertigen, wenn sie dazu beitragen, daß Menschen ein normales Leben führen können.

Die Zahl der Health Authorities, die in ihren Einkaufsplänen Leistungsbeschränkungen vorsahen, wuchs Mitte der neunziger Jahre an.¹³⁵ Zumeist wurde die Kostenübernahme dabei jedoch nicht kategorisch ausgeschlossen, vielmehr war es zur gängigen Praxis geworden, Beschränkungen durch eine Limitierung entsprechender Leistungs-/Ressourcenvolumina und/oder eine Spezifikation von Anwendungsbedingungen zu erreichen. Ein HA-Verantwortlicher erläuterte: "The general philosophy adopted locally is to build on clinical decision-making rather than simplistically exclude lists of procedures. It is clear that, within a single diagnostic category which may superficially seem easy to delete, there will be patients for whom NHS treatment is justified - for example, an individual with a tattoo that is affecting their ability to work should be treated" (zit. n. Klein et al. 1996: 71).

Die Letztentscheidung im Einzelfall liegt also beim Arzt, wie denn auch der beobachtete Formwandel expliziter Rationierung von einer "growing emphasis on the need to re-engage healthcare providers in the rationing process" begleitet wurde (Locock 2000: 97) – zumal, wenn dieser sich komplizierten Medizingebieten zuwandte. Allerdings entscheidet der Arzt unter mehr oder weniger restriktiven Prämissen und Gewährungskriterien. Solche Vorgaben werden häufig durch Leitlinien definiert, auf die sich die Leistungskäufer im NHS mit Ärzten und Krankenhäusern verständigen - "rationing through guidelines" ist das genannt worden (Ham 1995: 828). Wie rationierungshaltig oder -trächtig Behandlungsleitlinien sind, läßt sich nicht generell sagen. Wenn sie z.B. den Behinderungsgrad definieren, der erreicht sein sollte, um Patienten ein künstliches Hüftgelenk zu empfehlen, geht es erkennbar in Richtung Rationierung. Auf der anderen Seite können Leitlinien Rationierungszwänge mildern, wenn sie eine effiziente Ressourcennutzung fördern.

Wenn sich auch für die neunziger Jahre eine Zunahme expliziter Rationierung auf lokaler NHS-Ebene konstatieren läßt, so doch nicht in dem Umfang, der mancherseits als Folge der Markt-reformen 1991ff. erwartet worden war. Der Analyse von Griffiths und Hughes (1998) zufolge haben sich am internen Markt zudem neue Formen impliziter Rationierung entwickelt, wenn etwa Health Authorities auf Krankenhäuser Druck ausübten, Leistungen zu begrenzen, um ein vereinbartes Leistungsvolumen nicht zu überschreiten; oder wenn Anbieter gedrängt wurden, Patienten, die sich einem Wartezeitlimit nähern, zu Lasten anderer Patienten Vorrang zu geben. Ein wesentlicher Aspekt dieser neuen Formen impliziter Rationierung war, daß es sich um Versuche von (Health Authority-)Managern handelte, auf Entscheidungen Einfluß zu nehmen, die früher ausschließlich Sache des Arztes (oder ärztlich instruierter Krankenhausmitarbeiter) waren.

¹³⁵ In Wales hatten 1994/95 7 von 9 Health Authorities entsprechende Listen in ihre Pläne aufgenommen (Griffiths/Hughes 1998: 355).

Nutzerbeteiligung

Bei der Gestaltung allokativer Entscheidungsprozesse hatten NHS-Instanzen bislang beträchtlichen Spielraum. Dies gilt auch für Art und Umfang der Bürgerbeteiligung. Ohne verbindliche Vorgaben zu machen, hat das Ministerium die Health Authorities in den neunziger Jahren nachdrücklich angeregt, ihr Ohr "local voices" zu leihen. Vorliegende Einzelstudien vermitteln den Eindruck einer beträchtlichen lokalen Varianz 1) in Ausmaß und Intensität entsprechender Bemühungen, 2) in der Wahl der Gegenstände und Methoden. Auf unterschiedlichste Art ist versucht worden, Ansichten von Bürgern und Patienten zu erheben (vgl. Klein et al. 1996: 127ff.; Mullen 2000: 165ff.): Surveys, Fokusgruppen, öffentliche Versammlungen, Bürgerjuries u.a.m. Neben der Erhebung von Bürger-/Patientenmeinungen können solche Veranstaltungen auch den Zweck haben, das Verständnis der Allokationsproblematik und spezifischer Rationierungsfragen in der Bürgerschaft zu verbessern. Konkrete Allokationsthemen weisen einen mehr oder weniger engen Rationierungsbezug auf, gefragt wird etwa, welche Priorität bestimmte Leistungen erhalten, welche Allokationskriterien maßgeblich sein und von wem Allokationsentscheidungen getroffen werden sollten. Meist scheinen sich Beteiligungsversuche jedoch in größerer Distanz zur Thematik der "hard choices" bewegt zu haben. Es ging dann vielleicht um Terminvergabesysteme oder um die Frage, ob bestimmte Leistungen zentral oder dezentral angeboten werden sollen.

Versuche, Nutzer in (politische) Allokationsentscheidungen einzubeziehen, können eine Reihe nicht nur methodischer Probleme aufwerfen (vgl. Hunter 1997: 82; Klein et al. 1996: 128ff.). In Stichworten: Repräsentativität und Minderheitenbeteiligung; Einfluß der Frageformulierung auf die Ergebnisse; begrenzte Möglichkeit, Hintergrundinformationen zu geben; konfligierende Sichtweisen; inkonsistente Antworten; Konflikte mit Prinzipien wie dem Gerechtigkeitsgrundsatz oder mit nationalen Politikprioritäten.

Über die Entscheidungswirkungen der diversen Beteiligungsaktivitäten lassen sich - speziell, was Rationierungsentscheidungen angeht - kaum generelle Aussagen treffen. Es gebe, so resümierten Le Grand, Mays und Dixon vor einigen Jahren die Evidenzlage (ohne speziellen Rationierungsbezug) "anecdotal evidence of user consultation and forums, but no systematic information on the type, extent and consequences of such activities for patients" (Le Grand/Mays/Dixon 1998: 127). Hunter (1997: 82) spricht (im Kontext des Rationierungsthemas) von einem "only limited effect". Klein und Kolleginnen (1996: 130) wurden durch ihre Fallstudien zu dem Schluß geführt, "that the results of such consultation exercises are used to legitimate strategies already being followed rather than leading to any changes". Der (nicht speziell auf Rationierungsfragen abhebenden) Studie von Milewa und Kollegen (1999: 457) ist zu entnehmen, daß Manager von Health Authorities Bürgervoten grundsätzlich nur als einen Gesichtspunkt unter anderen sehen. Sie befürworten die Einbeziehung bestimmter Nutzergruppen in Planungsdiskussionen, ebenso breitere Konsultationen zu Prioritäten und Angebotsentwicklung, aber sie tun dies mit "a clear sense of professional responsibility".¹³⁶

¹³⁶ Fragen der Ressourcenallokation und der Bürgerbeteiligung an entsprechenden Entscheidungsprozessen fallen mit Blick auf das Gros der Behandlungsleistungen heute nicht mehr in die Zuständigkeit der Health Authorities. Über 80 % der NHS-Mittel werden mittlerweile von Primary Care Trusts zur Finanzierung intern wie extern erbrachter Leistungen ausgegeben.

Die angesprochenen Befunde legen die Annahme nahe, daß lokale Allokations- und Rationierungspolitiken qua Nutzerbeteiligung bislang allenfalls marginal beeinflußt worden sind. Immerhin hat man genug Erfahrungen sammeln können, um Erfolgsbedingungen konkret zu benennen. Was speziell die Konsultation von Bürgern im Zuge allokativer Entscheidungsprozesse bewirkt, "depends on what questions are asked, by whom, of whom, by what means and on the basis of what information; on whether any *dialogue* takes place and, if so, with whom; on how the answers are processed and conclusions drawn, and on what action is taken as a result. All these decisions remain in the hands of those who consult - as in the decision whether or not to consult in the first place. At worst, it can be a highly manipulative process, benefiting no-one but the consulting body. At best, it can be a route towards more open and appropriate decisions, more enlightened decision-making and a better-informed public. If the process is thorough it doesn't come cheap" (Coote 1993: 40f.).

5.3 Ärzte als Rationierungsakteure

Wenn hierzulande von "englischen Verhältnissen" in der Krankenversorgung die Rede war, dachte man - neben langen Wartelisten - zuerst an den Ausschluß älterer Patienten von der Nierendialyse. Dieser Ausschluß ist wohl politisch (mit-)bewirkt, nicht aber, wie gelegentlich angenommen wird, staatlich oder von NHS-Instanzen verfügt worden; die unmittelbaren Rationierungsentscheidungen trafen und treffen Ärzte.¹³⁷ Das Alter dient dabei als wichtigstes, aber nicht einziges (und nicht

¹³⁷ Zur Versorgung terminal niereninsuffizienter Patienten in Großbritannien vgl. Aaron/Schwartz 1984; Halper 1985; Stanton 1999. Ohne daß Selektionskriterien vorgegeben worden wären, stand der Zugang zur künstlichen Niere in den frühen siebziger Jahren bei begrenzten Versorgungskapazitäten fast nur relativ "gesunden" Patienten im Alter von 18 - 50 Jahren offen. Die Situation hat sich jedoch im Laufe der Jahre nachhaltig verbessert. Mitte der achtziger Jahre war die Zahl der Patienten pro 1 Mio. Ew. bei den unter 60jährigen Briten mit den Werten der meisten anderen westeuropäischen Länder vergleichbar. Andererseits mußte Wing Ende der achtziger Jahre noch immer feststellen, daß "older patients and those with multisystem diseases, notably diabetes have been squeezed out of our treatment programmes" (Wing 1990: 885). Auch in dieser Hinsicht haben sich die britischen Verhältnisse inzwischen gewandelt. Über 65jährige stellten 1995 41 % der neuen Patienten (1982: 11 %), älter als 75 waren 13 % (3 %). 2002 hatten über 75jährige dann einen Anteil von 23 %. Der Diabetikeranteil an den Neupatienten ist im Zeitraum 1982 - 2002 von 8 % auf 18 % (England und Wales) gestiegen (vgl. Feest et al. 2005; Parry et al. 1996; Roderick et al. 1998). Die Verbesserung der Versorgung wurde zum einen durch Maßnahmen der Regierung erreicht, unter denen der Vergabe von Sondermitteln und der Definition quantifizierter Leistungsziele für Health Authorities besondere Bedeutung zukam. Seit Ende der siebziger Jahre eröffnete zudem die Entwicklung der Peritonealdialyse für einen Teil der Patienten eine weniger aufwendige Behandlungsoption, von der man in Großbritannien bald ausgiebig Gebrauch machte. Daß Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage getroffen wurden, geht auf verschiedene Faktoren zurück: Aktivitäten von Patientenorganisationen, ärztlicher Protest, vor allem aber auch ein wachsender Datenbestand über das im internationalen Vergleich bescheidene britische Versorgungsniveau. Trotz kontinuierlich gewachsener Behandlungsfrequenz zeigen einschlägige Daten weiterhin einen deutlichen Abstand zu anderen Ländern. Während 2002 im Vereinigten Königreich 101 Neupatienten auf 1 Mio. Ew. kamen, waren es in Deutschland 174 (USA: 334) (Feest et al. 2005: 26). 12 % der britischen Nephrologen, die in den späten neunziger Jahren befragt wurden, gaben an, daß sie kürzlich bei mindestens einem geeigneten Patienten wegen mangelnder Ressourcen davon abgesehen hätten, eine Behandlung einzuleiten. Bei den amerikanischen Nephrologen, die sich an derselben Studie beteiligten, waren es nur 2 % (McKenzie et al. 1998: 16). Die eben erwähnte Vergleichsstudie gelangte im übrigen zu der Annahme, daß in einer restriktiveren, mutmaßlich von (ggf. obsoleten) Knappheitsannahmen

mehr so strikt wie in früheren Jahren angewandtes) Ausschlußkriterium. Neben dem Alter kann namentlich das Vorliegen weiterer Erkrankungen Rationierungsentscheidungen begründen. Darüber hinaus können die psychischen und sozialen Ressourcen (bzw. entsprechende ärztliche Annahmen) von Bedeutung sein, die ein Patient mobilisieren kann, um die behandlungsbedingten Belastungen zu ertragen. "But age does seem to be the factor most often invoked to deny treatment. It provides an automatic pilot for doctors, so simplifying the perplexities, and avoiding the agonies, of choosing between different lives" (Klein et al. 1996: 87).

So plausibel die zitierte Annahme klingt, so unklar sind die eine solche Praxis - ggf. neben dem eben angesprochenen Entlastungseffekt - leitenden Gesichtspunkte geblieben. Verschiedene Begründungen sind denkbar: Knappe Ressourcen sollten zuerst für Patienten eingesetzt werden, die einen Großteil ihres Lebens mit seinen Entfaltungschancen noch vor sich haben (vgl. Williams 1997). Oder: Der Gesundheitsgewinn der Behandlung ist bei jüngeren Patienten höher (mehr gewonnene Lebensjahre, geringere Kosten je gewonnenem Lebensjahr; (Vor-)Urteile über die Lebensqualität alter Menschen mögen in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Rolle spielen). Daß ältere Patienten die schlechtere Prognose haben, ist ein Argument, das man allenfalls gruppenbezogen, nicht in bezug auf den Einzelfall anführen könnte. Von vornherein auf den Einzelfall gemünzt ist das Kriterium der "Angemessenheit". Allerdings kann hier die Falleinschätzung von Arzt zu Arzt schwanken. Nichtspezialisten hielten eine Behandlung bei einschlägigen Studien häufiger für unangebracht als Nephrologen (Challah et al. 1984; Parry et al. 1996), und auch Nephrologen stimmten in ihrer Fallbeurteilung nicht unbedingt überein (Parsons/Lock 1980). Rationierung ist "a difficult issue" geblieben. "Except for a few patients with severe dementia or terminal malignancy, there is little general agreement or explicit guidelines on which patients might be excluded from care" (Roderick et al. 1998: 586).

Das Alter des Patienten dient nicht nur bei der Versorgung chronisch Nierenkranker als Rationierungskriterium. Zwar läuft es der ärztlichen Standesethik ebenso zuwider¹³⁸ wie der über die Jahre unveränderten Regierungsposition (Grimley Evans 1997: 822), wenn Leistungen allein mit Blick auf das Alter des Patienten unterbleiben.¹³⁹ Gleichwohl konnte Sutton 1997 schreiben: "Ageism seems to be embedded in NHS culture" (Sutton 1997: 1032). Knapp zehn Jahre später spricht Young nicht weniger massiv von einem "institutionalised ageism" (Young 2006: 508). Belege oder mindestens Anhaltspunkte für diese Aussagen hat nicht nur die Behandlung Nierenkranker

bestimmten Überweisungspraxis britischer Primärärzte der wichtigste Faktor für die im Vergleich zu den USA niedrigere britische Akzeptanzrate zu sehen sei. Unterschiede in den Auswahlkriterien der Nephrologen traten demgegenüber zurück. Ein 2006 publizierter Vergleich zwischen Deutschland und England/Wales kommt zu dem Schluß, daß die unterschiedliche Behandlungshäufigkeit trotz massiver Angebotsdifferenzen - 2002 verfügte Deutschland über 14,3 Schwerpunkteinrichtungen je 1 Mio. Ew., England und Wales hatten nur 1,1 - nicht primär angebotsseitigen Faktoren (Kapazität, Zugangsregelung) geschuldet sein dürfte. Für Caskey und Kollegen verweist die Datenlage zuvörderst auf höhere Prävalenzen bei Diabetes und Hypertonie/vaskulären Erkrankungen in Deutschland. Möglicherweise ist ein größeres Gewicht konservativer Behandlungsstrategien in England/Wales mitursächlich (Caskey et al. 2006).

¹³⁸ "You must not allow your views about a patient's lifestyle, culture, beliefs, race, colours, sex, sexuality, age, social status, or perceived economic worth to prejudice the treatment you give or arrange" (GMC 1998: 5, zit. n. Harrison/Dixon 2000: 216).

¹³⁹ Es haben sich aber in der britischen Diskussion sehr wohl Befürworter einer Rationierung nach dem Alter zu Wort gemeldet (z.B. Williams 1997).

geliefert. Studien zur Versorgung von Herzpatienten gaben Hinweise darauf, daß der Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Leistungen in einer Weise vom Alter bestimmt werden kann, die nicht mit dem individuell erwartbaren Behandlungsnutzen zu rechtfertigen ist (vgl. Bowling 1999; Collinson et al. 2000; Harrison/Dixon 2000: 216). Die Annahme, daß es sich dabei wenigstens teilweise um Rationierungsphänomene handelt, liegt nahe, wenngleich nicht klar ist, "whether implicitly age based referrals, investigations, and treatment policies ... reflect rationing criteria or prejudices against older people" (Bowling 1999: 1353).¹⁴⁰ Anfang der neunziger Jahre hatte etwa ein Fünftel der Fachabteilungen (coronary care units) im Vereinigten Königreich eine Altersgrenze für Aufnahmen, zwei Fünftel hatten eine Altersgrenze für Thrombolysebehandlungen festgelegt (Dudley/Burns 1992).¹⁴¹

Als weiteres Beispiel für "ageism" im NHS läßt sich die neurologische/-chirurgische Versorgung anführen. So zeigt eine aktuelle Studie, daß alte Patienten mit symptomatischer Karotisstenose substantiell unterversorgt werden. Trotz gut belegter, signifikanter Ergebnisse der Karotis-Endarterektomie in bezug auf Schlaganfallrisiko und Sterblichkeit werden Untersuchungen der Halsschlagader und besagter Eingriff bei alten Patienten (≥ 80) mit deutlich niedrigerer Wahrscheinlichkeit durchgeführt als bei jüngeren (Fairhead/Rothwell 2006). Da die Gründe unbekannt sind, ist jedoch hier ebenfalls unklar, inwieweit es sich um ein Rationierungsphänomen handelt oder andere Ursachen¹⁴² eine Rolle spielen. Gleichwohl scheint das Patientenalter als wichtigstes Kriterium impliziter Rationierung im NHS zu fungieren. Allerdings liegen kaum generalisierbare

¹⁴⁰ Als mögliche Problemursache wird auch ein Bias der klinischen Forschung diskutiert. Um die aus Multimorbidität resultierenden analytischen Probleme zu vermeiden und wegen des höheren Risikos, daß sich Untersuchungs- und Kontrollgruppen bei längeren Beobachtungszeiträumen durch Todesfälle verkleinern, werden alte Patienten und namentlich Hochbetagte bei klinischen Studien vielfach ausgeschlossen (vgl. ebd.: 1353f.).

¹⁴¹ Auch in der Versorgung von Herzpatienten können weitere Ausschlußkriterien entscheidungsrelevant sein. Die Weigerung einiger Herzchirurgen, eine Bypassoperation oder Herztransplantation bei Patienten durchzuführen, die das Rauchen nicht aufgeben wollten, hat zu einer ausgiebigen, inzwischen abgeklungenen Debatte geführt. Raucher bleiben länger im Krankenhaus, und die Behandlungsergebnisse sind schlechter, hieß es im auslösenden Artikel. "Treating them deprives patients who have never smoked or who have stopped smoking of more efficient and effective surgery" (Underwood/Bailey 1993). Dem ist man mit der Frage entgegengetreten, warum die Raucher herausgegriffen werden sollen, wenn etwa Alkoholkonsum oder Überarbeitung die Prognose ebenfalls negativ beeinflussen können. Die Diskussion machte aber insbesondere auch den Gegensatz zwischen einem hippokratischen Behandlungsethos und utilitaristischen Erwägungen deutlich, wie sie im obigen Zitat zum Ausdruck kommen. Gegen sie wurde eingewandt, daß ein lebensrettender Eingriff auch angesichts eines (qua Rauchen) höheren Risikos postoperativer Komplikationen vorgenommen werden müsse. Zudem sei es nicht akzeptabel, eine Behandlung im Blick auf Komplikationsraten zu verweigern. Hughes und Griffiths haben gezeigt, daß und wie in Katheterkonferenzen (wo Kardiologen Herzchirurgen Fälle präsentieren, bei denen aus ihrer Sicht eine Operation indiziert ist) neben klinischen Aspekten auch Informationen über Lebensstil und Lebensumstände des Patienten in die Entscheidungsfindung einfließen können. "There is a tendency to move beyond technical calculations of risk to consider deservingness and an associated moral agenda" (Hughes/Griffiths 1996: 193). Die in den aufgezeichneten Diskussionen verwandten (Gegen-)Argumente kamen den in der breiteren öffentlichen Debatte vertretenen Standpunkten sehr nahe.

¹⁴² Z.B. ärztliche Unwissenheit oder Unsicherheit, die eine qualitative Studie mit Blick auf die Behandlung alter Herzpatienten als Unterversorgungsfaktoren identifiziert hat (vgl. Fuat et al. 2003).

Erkenntnisse dazu vor, wie stark Risikoselektionen etwa von der Zugehörigkeit betroffener Patienten zu niedrigen sozialen Schichten beeinflusst werden (Dixon/Le Grand 2006: 164).

Nicht nur das "rationing by postcode", auch die implizite Rationierung durch Ärzte wurde zum Thema einer wachsenden Kritik, die besonders unter Gerechtigkeits-/Fairneßaspekten problematische Seiten ansprach. Nicht zuletzt von ärztlicher Seite ist im Verlauf der neunziger Jahre vermehrt die Forderung erhoben worden, die Regierung solle klar sagen, welche Leistungen im NHS zu erbringen sind und welche nicht.

5.4 Die nationale Ebene

Die weiter oben angesprochenen Forschungsergebnisse zur lokalen Rationierungspolitik zeigten ein uneinheitliches Bild. Leistungen, für die bestimmte Health Authorities nicht (länger) aufkamen, waren in anderen NHS-Gliederungen zumindest nicht gänzlich von der Finanzierung ausgeschlossen. Der neueren britischen Rationierungsdiskussion erwuchs daraus ein Kernthema. Forderungen, den Verantwortungsbereich des NHS durch einen landesweit verbindlichen Leistungskatalog zu konkretisieren (vgl. z.B. New 1997c), begründen sich vor allem aus dem Argument, daß es mit dem Gerechtigkeitsgrundsatz nicht vereinbar sei, wenn Zugangschancen vom Wohnort abhängen.

Solchen Forderungen hatte die (konservative) Regierung entgegengehalten: "No such list of treatments could ever hope to accommodate the range and complexity of the different cases which individual clinicians face all the time. There would be a real risk of taking decisions out of the hands of the clinicians treating patients and into the hands of others who possess neither the experience of caring for patients nor the expertise to make such decisions" (DH 1996, zit. n. Ham 1997: 101). Zum Vorgehen einiger Health Authorities, bestimmte Leistungen gänzlich zu streichen, hatte sich die Regierung ablehnend geäußert. In ihrer Antwort auf einen Bericht des Unterhaus-Gesundheitsausschusses hieß es, man beabsichtige zwar nicht, "to instruct local purchasers on what procedures they should or should not purchase, or under what circumstances. However, we would be concerned if there were blanket restrictions on a specific service where there was no provision for clinical need to be demonstrated in individual cases" (DH 1995: 9, zit. n. Salter 1998: 43).

"The government has an obligation to take a lead in rationing", hatte eine kurz nach dem Regierungswechsel im Jahre 1997 abgehaltene Konferenz postuliert (zit. n. Ferguson 2000: 107). Aber auch New-Labour-Regierungen haben sich eher bedeckt gehalten oder schillern zumindest in verschiedenen Farben. Eine Ende der neunziger Jahre herausgegebene Richtlinie des Gesundheitsministers zur Verschreibung von "Viagra" im NHS "is the nearest that this or any other Government has come to making a clear decision to restrict access on grounds of cost" (Harrison/Dixon 2000: 220).¹⁴³

¹⁴³ Ihre erste Viagra-Maßnahme hatte die Regierung im September 1998 getroffen. Ein Rundschreiben des Gesundheitsministers forderte Ärzte und NHS-Instanzen auf, das Medikament nur in Ausnahmefällen zu verschreiben bzw. zu finanzieren (Syrett 2004: 289ff.). Dagegen reichte der Hersteller mit Erfolg Klage ein. Das Rundschreiben, so der Gerichtsentscheid, schränke die ärztliche Therapiefreiheit unangemessen ein und verstoße zudem gegen eine EU-Direktive, nach der die Entscheidungs-

Mit der Gründung des National Institute for Clinical Excellence (NICE)¹⁴⁴ im Jahre 1999 verband sich vielfach die Erwartung, die Organisation werde wesentlich als Rationierungsmedium fungieren. Das Institut ist für die Bewertung von "health technologies" (im weiten, Medikamente, Geräte und Verfahren umfassenden Begriffsverständnis) und für die Entwicklung und Verbreitung von Behandlungsleitlinien zuständig. Es hat dabei neben der klinischen Wirksamkeit ausdrücklich die Kosteneffektivität zu berücksichtigen und ist insofern als "the body responsible for explicit rationing" positioniert (Devlin/Appleby/Parkin 2003: 183).

Das als "special health authority" zum NHS zählende Institut ist dem Gesundheitsminister verantwortlich, muß aber schon im Interesse der Glaubwürdigkeit und Akzeptanz seiner Empfehlungen darauf bedacht sein, im Ruf einer autonom entscheidenden Instanz zu stehen. Die Freiheit des Urteils gegenüber politischen wie wirtschaftlichen Kräften¹⁴⁵ rangiert deshalb in Selbstverständnis

gründe beim Ausschluß eines Medizinprodukts aus dem Leistungskatalog eines nationalen Versorgungssystems öffentlich dargelegt werden müßten. In Reaktion auf dieses Urteil setzte der Minister Viagra auf eine Liste von Medikamenten, die im NHS nur bei spezifizierten Indikationen oder Patientengruppen eingesetzt werden dürfen. Die ministerielle Kompetenz zum "blacklisting" war mit dem NHS Act 1977 ausdrücklich rechtlich verankert worden. Viagra sollte nun im NHS nur verordnet werden, wenn die Funktionsstörungen mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Prostataktomie, Diabetes, multipler Sklerose) zusammenhängen. Die Regierung überprüfte und bestätigte ihre Vorgaben im Oktober 2001. Gegen diese Entscheidung zog der Hersteller erneut vor Gericht. Dabei wurde die Gesetzeskonformität des "blacklisting" nicht in Frage gestellt. Die Klagebegründung hob vielmehr auf die erwähnte EU-Direktive ab, deren Anforderungen die Entscheidungsbegründung, die London Brüssel nunmehr übermittelt hatte, nicht gerecht werde. Das Gericht sah es anders. Die Erklärung der Regierung, daß die voraussichtlichen Kosten einer unbeschränkten (bzw. allein durch Patientennachfrage und ärztliches Entscheiden bestimmten) Verordnung von Viagra im NHS nicht zu rechtfertigen seien, reiche aus. Eine genauere Analyse konkurrierender Prioritäten müsse nicht geboten werden.

Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) existierte zum Zeitpunkt der ersten Viagra-Entscheidung noch nicht. Die Regierung beauftragte das Institut jedoch auch später nicht, eine Empfehlung zu erarbeiten: Bei Viagra gehe es nicht um Fragen der klinischen Wirksamkeit und Kosteneffektivität - beides ist kaum strittig -, sondern um "relative priorities for the use of NHS funds" (zit. n. Syrett 2004: 300, Anm. 77).

¹⁴⁴ Seit April 2005: National Institute for Health and Clinical Excellence. Anlaß dieser Namensänderung war die Ausweitung des Aufgabenkreises auf die Felder Gesundheitsförderung und Prävention, für die bis dahin eine andere Organisation (die - aufgelöste - Health Development Agency) verantwortlich gewesen war.

¹⁴⁵ Zweifel an der Unabhängigkeit des Instituts, wie sie vor allem in den ersten Jahren seiner Tätigkeit laut geworden sind, haben nicht nur die Beziehungen des NICE zur Regierung, sondern auch sein Verhältnis zur pharmazeutischen Industrie im Blick. Hier war namentlich das Verhalten des Instituts bei der Bewertung eines Grippemittels seinem Ruf abträglich. Das NICE hatte sich zunächst im Herbst 1999 generell gegen den Einsatz des als nicht kosteneffektiv eingestuften Medikaments im NHS ausgesprochen – eine Entscheidung, die von Ärzten und NHS-Finanziers positiv aufgenommen worden war. Nachdem der Hersteller weitere Evidenz vorgelegt hatte, änderte das Institut jedoch ein Jahr später seine Meinung und empfahl die Anwendung bei gefährdeten Patienten. Diese Revision wurde nicht zuletzt vom britischen Verbraucherverband ob ihrer methodischen Grundlage öffentlichkeitswirksam kritisiert. 2001 zogen 60 von 92 schriftlich befragten NHS-Managern die Unabhängigkeit des NICE grundsätzlich in Zweifel (Rothgang et al. 2004: 307f.).

Ein neuerer Fall, an dem sich der Eindruck *politischer* Beeinflußbarkeit festmacht, ist die

und Selbstdarstellung des NICE an vorderster Stelle (Rawlins 2005). Man verweist auf die Unabhängigkeit der Ausschüsse und Arbeitsgruppen, in denen NICE-Empfehlungen unter Beteiligung von Leistungserbringern, wissenschaftlichen Experten und Patienten(-vertretern) entwickelt werden.¹⁴⁶ Alle Mitglieder dieser Gremien müssen sich öffentlich erklären, ob sie in Interessenbezügen stehen, die ihr NICE-Engagement beeinflussen könnten.¹⁴⁷ Daß der Gesundheitsminister über die Agenda des NICE entscheidet, sei, so der Boardvorsitzende, angesichts der Finanzierung des NHS aus allgemeinen Steuermitteln politisch zwingend, bedeute aber nicht, daß das Institut bei der Erfüllung einmal erteilter Aufträge politischen Einflüssen unterliege. Leitende Mitarbeiter des NICE seien zudem bei der Agendagestaltung "intimately involved" (Rawlins 2005: 904). Der Institutsleiter selbst führt neben einem Ministerialbeamten den Vorsitz des Ausschusses, der die ministerielle Entscheidung durch Auftragsvorschläge vorbereitet.

Kurz nach der Institutsgründung wurde der damalige Gesundheitsminister mit der Aussage zitiert, es sei notwendig, daß der NHS seine Ressourcen rationiere (vgl. Dean 2000). Andererseits ist er dem Verdacht, das NICE sei als "National Institute for Clinical Rationing" konzipiert, mit Berechnungen entgegengetreten, die infolge erster Empfehlungen zu erwartende Mehrausgaben (205 Mio. Pfund) fast dreimal so hoch ansetzten wie empfehlungsbedingte Einsparungen (70 Mio.) (Ferriman 2000).¹⁴⁸

Ob eine Technologie kosteneffektiv ist (also ein hinreichend günstiges Kosten/Outcomes-

Entscheidung des NICE, das Medikament Herceptin (d.h. den Einsatz des Antikörpers Trastuzumab) für die Behandlung von Brustkrebs im Frühstadium zu empfehlen. Das Institut hatte vor einigen Jahren den NHS-Einsatz des Arzneimittels im fortgeschrittenen Krankheitsstadium befürwortet und war wegen der Dauer des Entscheidungsprozesses kritisiert worden. Nachdem auf einer Tagung der American Society of Clinical Oncology vielversprechend scheinende Befunde zur Wirksamkeit von Herceptin im Brustkrebs-Frühstadium vorgestellt worden waren, wurde alsbald die Forderung laut, den Einsatzbereich des Medikaments im NHS entsprechend zu erweitern. Publierte Studienergebnisse gaben der Forderung neue Nahrung. Zwar wurde bei genauerer Betrachtung der vorliegenden Evidenz deutlich, daß eine zurückhaltende Einschätzung geboten war, das NICE sicherte aber auf Anordnung der Gesundheitsministerin ein beschleunigtes Bewertungsverfahren zu. Den - bis zur Veröffentlichung einer NICE-Empfehlung in ihrer Entscheidung grundsätzlich freien - Primary Care Trusts legte die Ministerin nahe, die Behandlung geeigneter Patientinnen umgehend zu ermöglichen. Über den Beschluß eines PCT, einer Patientin die Finanzierung der Therapie zu verweigern, zeigte sie sich "very concerned" (zit. n. King's Fund 2005) und beraumte ein Treffen mit Trust-Verantwortlichen an, die ihre Entscheidung in der Folge revidierten. "This intervention at ministerial level represents a substantial deviation from the procedures set up to recommend therapies for use in the NHS" (ebd.). Wie auch in anderen Fällen, verhielten sich die lokalen NHS-Finanziers unterschiedlich. Während eine Reihe Primary Care Trusts die Behandlung finanzierte, wollten andere die Empfehlung des NICE abwarten. Einige Patientinnen versuchten, ihren PCT auf dem Rechtsweg zur Finanzierung der Therapie zu zwingen. Von der (positiven) Empfehlung des NICE glauben Kritiker, daß sie angesichts des politischen und öffentlichen Drucks nicht anders zu erwarten war (s. Barrett et al. 2006).

¹⁴⁶ Der Board des NICE kann die Empfehlung des Bewertungsausschusses oder einer Leitlinien-Gruppe zurückweisen, hat aber in den ersten fünf Institutsjahren von dieser Möglichkeit nie Gebrauch gemacht (Rawlins 2005: 904).

¹⁴⁷ Die Erklärungen werden auf der Website des Instituts veröffentlicht.

¹⁴⁸ Für das Jahr 2002 sind die durch Instituts-Entscheidungen entstehenden Nettokosten auf 200 - 250 Mio. Pfund geschätzt worden (Raftery 2001).

Verhältnis aufweist), entscheidet das NICE nach eigenen Kriterien. Daß das Institut, wie verschiedentlich unterstellt worden ist, einen generellen Schwellenwert festgelegt hat, mit dessen Über- oder Unterschreiten das Bewertungsergebnis quasi programmiert ist, trifft nicht zu. Untersuchungen der Instituts-Entscheidungen zeigen jedoch, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kostenhöhe je Outcomeeinheit und dem Bewertungsergebnis besteht, die Ablehnungswahrscheinlichkeit also mit steigenden QALY-Kosten größer wird, während die Chancen einer Technologie, uneingeschränkt empfohlen zu werden, mit sinkenden Kosten wachsen (vgl. Dakin et al. 2006; Rothgang et al. 2004).¹⁴⁹ Daneben schälen sich in der (statistischen) Analyse die Zahl der verfügbaren randomisierten Studien und Vorlagen/Eingaben von Patientenorganisationen als zentrale Faktoren heraus. Unter den Entscheidungsergebnissen dominierten bislang die eingeschränkt positiven Empfehlungen. Nur ein relativ geringer Anteil der Bewertungen mündete in die Empfehlung, einen (weiteren) NHS-Einsatz der betreffenden Technologie gänzlich auszuschließen oder auf klinische Studien zu beschränken. 66 % der Empfehlungen, die Dakin, Devlin und Odeyemi in ihre Analyse einbezogen haben, wurden mit, 21% ohne Einschränkungen ausgesprochen, 13 % waren negativ (Dakin et al. 2006: 358). Besonders hohe Wellen schlug die Empfehlung des NICE, die Behandlung der multiplen Sklerose mit Interferon beta im NHS nicht zu finanzieren, eine Entscheidung, die zum "symbol of the wider debate on NHS rationing" wurde (Butler 2002).¹⁵⁰

¹⁴⁹ Das Institut beschränkte seine Darlegungen zum Thema Schwellenwert zunächst darauf, die in der Öffentlichkeit kursierende Behauptung zu dementieren, es arbeite generell mit einem Wert von 30.000 Pfund/QALY. Sowohl der Gesundheitsausschuß des Unterhauses wie die WHO (die das Assessment-Programm des Instituts in dessen Auftrag evaluierte) sahen in dieser Frage Erläuterungsbedarf (Devlin/Parkin/Gold 2003). Eine einschlägige Publikation gab dann vor einigen Jahren Auskunft über Kosten/QALY-Relationen, deren Über-/Unterschreiten eine positive/negative Entscheidung unwahrscheinlich bzw. vom Vorliegen besonderer Umstände abhängig macht: Technologien, die sich im Bereich zwischen 5.000 und 15.000 Pfund je QALY bewegten, werde das Institut kaum wegen mangelnder Kosteneffektivität ablehnen. Andererseits müßten besondere Gründe bestehen, um eine Technologie, die über 25.000 - 35.000 Pfund je QALY liege, als kosteneffektiv akzeptieren zu können (Rawlins/Culyer 2004: 225). Gesichtspunkte, die im konkreten Bewertungsfall von Bedeutung sein mögen, werden genannt: Schätzunsicherheiten; besondere Merkmale der Erkrankung oder Patientengruppe, bei der die Technologie eingesetzt werden soll; deren innovative Qualität; weitere gesellschaftliche Kosten und Nutzen (ebd.). Über die Gründe, nun gerade die genannten Schwellenwert(bereich)e zu wählen, erfährt man allerdings nichts.

¹⁵⁰ Die Politik der lokalen NHS-Finanziers in dieser Frage war, wie schon erwähnt, unterschiedlich. Interferon beta reihte sich so unter die Medikamente in der "postcode lottery" des NHS ein. Um diesen Zustand zu beenden, erteilte der Gesundheitsminister dem NICE im Herbst 1999 den Auftrag, das Medikament im Blick auf die Behandlung der multiplen Sklerose zu bewerten. Ein knappes Jahr später veröffentlichte das Institut eine vorläufige Einschätzung: Interferon beta solle im NHS nicht zur MS-Behandlung eingesetzt werden, sein "modest clinical benefit appears to be outweighed by (its) very high cost" (zit. n. Butler 2002). Patientenverbände und Pharmafirmen erhoben Einspruch. Unter anderem wurde kritisiert, daß sich die Evaluation nur auf Daten zum kurzfristigen Nutzen der Pharmakotherapie stütze, während man begründet annehmen könne, daß eine langfristige Behandlung kosteneffektiv sei (vgl. Kendrick/Johnson 2000; s.a. Devlin/Appleby/Parkin 2003). Das Institut fühlte sich zwar genötigt, die Methodik seiner Kostenbewertung zu überprüfen, blieb aber bei seiner Linie. Nur Patienten, die bereits mit Interferon beta behandelt werden, so die endgültige, im Februar 2002 veröffentlichte Empfehlung, sollten das Medikament (vorerst) weiter erhalten. Zugleich legte das Institut Regierung und Herstellern in einem "unusual step" (Kernick 2002: 785) nahe, nach Wegen zu suchen, wie die Medikationskosten für den NHS soweit gesenkt werden könnten, daß die Behandlung als kosteneffektiv einstuftbar wäre. Am selben Tag, an dem das NICE seine endgültige

Trotz im Einzelfall heftiger Betroffenen-Reaktionen, häufiger Hersteller-Beschwerden und gesundheitsökonomischer Verfahrenskritik sieht der Vorsitzende des Instituts "an increasing general acceptance of the legitimacy of economic (as well as clinical) assessments in our decisions on health-care priorities" (Rawlins 2005: 905f.). Als Beleg führt er ein jüngeres Negativ-Verdikt des NICE an, das die (Fach-)Öffentlichkeit kaum mehr zur Kenntnis genommen habe.¹⁵¹

Neben den direkten Rationierungsentscheidungen des Instituts ist ein potentieller indirekter Rationierungseffekt von NICE-Empfehlungen thematisiert worden. Manager und Ärzte haben Klage geführt, ihre Mittel reichten nicht, um die Umsetzungskosten der Institutsempfehlungen ohne anderweitige Abstriche zu decken. Für den Vorsitzenden des Instituts sind diese Klagen schwer nachvollziehbar. "In view of the fact that the implementation costs of NICE guidance

Entscheidung bekanntgab, stellte der Gesundheitsminister ein Arrangement vor, das die Regierung mit Herstellern und Patientenvertretern entwickelt hatte: Ein (nach bestimmten Erkrankungsmerkmalen abgegrenzter) Teil der im NHS behandelten MS-Patienten erhält Interferon beta. Die Wirksamkeit der Behandlung wird kontrolliert und der Preis des Medikaments mit den Herstellern unter der Vorgabe ausgehandelt, daß die Kosten 36.000 Pfund je QALY nicht überschreiten dürfen. Zwei Gründe werden für das Verhalten der Regierung genannt: 1) die Furcht, in eine politisch abträgliche Rationierungsdiskussion verwickelt zu werden; 2) die Furcht, daß ein genereller Ausschluß des Medikaments die Hersteller veranlassen könnte, vor Gericht zu gehen, und der politische Regulierungsspielraum in der Konsequenz durch rechtliche Restriktionen beschnitten werden könnte. Bei Interferon beta sah sich die Regierung mit Bedingungen konfrontiert, die hohe politische Kosten strikter Rationierungsentscheidungen wahrscheinlich machen: organisierte Patientengruppen, die gemeinsam mit dem Hersteller aktiv wurden und breitere Resonanz in der Öffentlichkeit fanden sowie von vielen Betroffenen nicht aufzubringende Behandlungskosten (vgl. Klein/Sturm 2002: 185).

¹⁵¹ Bewertungsgegenstand war der Einsatz eines bestimmten Medikaments zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis. Zur Begründung der Negativempfehlung werden "unacceptable opportunity cost" (geschätzte 69.000 Pfund/QALY) angeführt. Daneben heißt es aber auch: Das Medikament "seems to be less effective" als zwei offenbar alternativ einsetzbare Arzneimittel (Rawlins/Culyer 2004: 225). Um eine Rationierungsentscheidung würde es sich dann jedoch kaum handeln. Durchaus nicht unbemerkt blieb das Wirken des NICE zudem in anderen Fällen. Im Frühjahr 2005 veröffentlichte das Institut einen Empfehlungsentwurf, der vier bei der Versorgung von Alzheimerkranken eingesetzte Medikamente betraf. Der NHS sollte danach die Medikationskosten bei neu diagnostizierten Erkrankungsfällen nicht mehr übernehmen. Patientenverbände, Leistungserbringer und Hersteller formierten sich zu einer Protestkoalition, Abgeordnete wurden um Unterstützung gebeten. Auch das Gesundheitsministerium schaltete sich ein. Der zuständige Staatsminister: "I can understand why the public is so worried. If you have someone in your family who has a form of dementia and you have drugs which do work, then you are going to find this decision a bit baffling" (zit. n. Meikle 2005a). Die Regierung, so ein Ressortsprecher, respektiere die Unabhängigkeit des NICE, wolle aber sicherstellen, daß alle Aspekte gebührend berücksichtigt worden seien. "In particular, the Department of Health will be asking NICE whether the wider social implications of not approving the drugs' use have been fully taken into account, especially the benefits and costs to carers as well as patients" (ebd.). Im Gefolge seiner Empfehlung zu einem Alzheimer-Medikament wurde das NICE vor kurzem mit der ersten Klage gegen eine seiner Entscheidungen konfrontiert (Dyer 2007). Der Hersteller klagte gegen die in der Empfehlung ausgesprochenen Einschränkungen (keine Anwendung im Früh- oder Spätstadium der Erkrankung) u.a. mit der Begründung, das Institut habe seine Bewertungsmethodik nicht umfassend offengelegt. Die Alzheimer's Society war als "interested party" zum Verfahren zugelassen. Ihr Chief Executive: "Denying people in the early stages of this debilitating disease access to drug treatments is cruel and unethical. Our legal team will also demonstrate that the decision is fundamentally flawed" (zit. n. Dyer 2007). Publizistische Schützenhilfe leistete die "Daily Mail", die auch zur finanziellen Unterstützung des Patientenverbandes aufrief. Im August 2007 hat der High Court die Klage in den wesentlichen Punkten abgewiesen (<http://news.bbc.co.uk>).

have represented about 5 % of the extra recurring funds made available to the NHS over the past 3 years, managers' problems with costs are difficult to understand" (Rawlins 2005: 906). Maynard, Bloor und Freemantle verweisen demgegenüber auf die Vielzahl anderer Kostenfaktoren, die die Finanzlage von NHS-Organisationen mitbestimmen. "These include inflationary pay settlements, the working time directive, and pressure to achieve access and national service framework targets. Although practitioners who benefit from NICE induced service development may be enthusiastic, the opportunity costs for other service providers are considerable" (Maynard et al. 2004: 228).

Es wird deshalb gefordert, das Institut müsse motiviert werden, die Folgen seiner Empfehlungen ins Kalkül zu ziehen, etwa indem man ihm ein Budget zuteile, aus dem Umsetzungskosten zu finanzieren seien, oder es verpflichte, Vorschläge zu unterbreiten, wie diese Kosten durch Einsparungen an anderer Stelle aufgebracht werden können.¹⁵² Die Rationierung werde dann "tighter" und "NICE's current propensity" beendet, "to be the marketing arm for companies" (Maynard et al. 2004: 229).¹⁵³ Außerdem wird die Konzentration der Bewertungsagenda auf neue Technologien moniert und ein Genehmigungsvorbehalt für teure Neutechnologien gefordert (vgl. z.B. Barrett et al. 2006; Maynard et al. 2004). Wenn das NICE stärker als Rationierungsakteur hervortrete, seien vermehrte Konflikte in der Öffentlichkeit absehbar, zumal die derzeit noch generösen Zuwächse des NHS-Budgets in naher Zukunft wieder auf prosaische Größenordnungen schrumpften.

Damit würde sich das "legitimacy problem" expliziter Rationierung verschärfen (vgl. Syrett 2003).

¹⁵² Das Institut soll m.a.W. dazu gebracht werden, bei seinen Empfehlungen Kaufkraft und ausgabenpolitische Prioritäten von NHS-Finanziers zu berücksichtigen. Ministerium und Institut haben demgegenüber stets betont, daß Kosteneffektivität und "affordability" unterschiedliche Fragen seien. London hat allerdings die NHS-Finanziers im Dezember 2001 verpflichtet, Ressourcen für die Umsetzung von NICE-Empfehlungen verfügbar zu machen und damit engere Zusammenhänge zwischen Bewertungs- und Allokationsentscheidungen geschaffen. Darauf hat auch der Gesundheitsausschuß des Unterhauses hingewiesen. Es entstehe der Eindruck, "that, because it is likely that NICE recommendations will be implemented whatever the cost, NICE is essentially making decisions about how money is spent in the NHS, or ministers are somehow making decisions through NICE" (zit. n. Syrett 2004: 302). Daß mit Einschränkungen empfohlene Technologien signifikant höhere potentielle Kosteneffekte haben als einschränkungslos empfohlene könnte ein Hinweis darauf sein, daß der Aspekt der "affordability" bei NICE-Entscheidungen doch eine gewisse Rolle spielt (Dakin et al. 2006: 364). Im übrigen könnte das Institut die Kosteneffektivität von Behandlungstechnologien ausschließlich durch einen Vergleich mit alternativen Therapieoptionen bewerten, wenn es keine Vorstellungen darüber hätte, wann positive Effekte (Lebenszeit/Lebensqualität) (nicht) zu teuer erkaufte werden. Diese Vorstellungen müssen aber natürlich nicht mit den finanziellen Möglichkeiten und allokationspolitischen Prioritäten von NHS-Finanziers harmonieren, und was sie bestimmt, bleibt Außenstehenden verborgen. Wie schon erwähnt, hat sich das Institut zwar zu seinem Schwellenwertebereich geäußert (vgl. Anm. 149), nicht aber dargetan, welche Erwägungen für dessen Eingrenzung ausschlaggebend waren.

¹⁵³ Derlei Bemerkungen haben Institutsempfehlungen etwa bezüglich einiger neuer, teurerer Medikamente zur Krebsbehandlung im Blick, deren klinischer Zusatznutzen gering sei (vgl. Garattini/Bertele 2002). WHO-Mitarbeiter, die das Bewertungsprogramm des NICE im Auftrag des Instituts evaluiert haben, hatten NICE-Empfehlungen zu drei Technologien mit Empfehlungen ähnlicher Einrichtungen in Kanada, Australien, den Niederlanden und Italien verglichen. Ihr Eindruck: "NICE recommendations seemed less conservative than those made by other authorities" (zit. n. Devlin/Parkin/Gold 2003: 1062).

Das Bemühen um eine Evidenzbasierung allein kann nicht ausreichen, Rationierungsentscheidungen das gewünschte Maß an Legitimität zu verleihen. Die wesenhaft politische Qualität solcher Entscheidungen - die nach Intensität und Brisanz natürlich variieren kann - schließt "technokratische" oder "szientistische" Lösungen aus. Daß ein breiteres Spektrum von Prinzipien und Gesichtspunkten berücksichtigt werden muß, sieht auch das Institut;¹⁵⁴ seine partizipativen Einrichtungen und Verfahren finden hier eine zentrale Begründung.¹⁵⁵ Diese Beteiligungsmechanismen sind als unzureichend kritisiert worden. Aber auch wenn man sich eine Intensivierung speziell der Nutzerbeteiligung vorstellen kann, erscheint es doch fraglich, ob dadurch die Akzeptanzbereitschaft Rationierungsbetroffener wachsen würde. Ein Ereignis des Jahres 2005 nährt entsprechende Zweifel und wirft ein Schlaglicht darauf, welches Konfliktpotential sich unter dem Generalbegriff des Nutzers in Fragen der Prioritätensetzung und Rationierung versammelt. Das NICE hatte nach Diskussionen mit seinem Citizens Council einen Bericht publiziert, der sich der Frage widmete, welche sozialen Werte bei der Formulierung von Behandlungsleitlinien zugrunde gelegt werden sollen. Die in dem Dokument enthaltenen Vorschläge bekräftigen das Prinzip der bedarfsorientierten, von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und sozioökonomischem Status unabhängigen Versorgung. Sie sehen jedoch Abweichungsmöglichkeiten in Fällen vor, wo "self-inflicted causes influence the likely outcome of the use of the intervention" oder wo "age is an indicator of benefit or risk" (zit. n. Andalo 2005). Es war vor allem die Patients Association, die vehement gegen diese Vorschläge protestierte. Der Vorsitzende des Patientenverbandes: "Whatever happened to the doctor's Hippocratic Oath? (...) These are quite disastrous ideas and if they go through I am sure there will be a legal challenge on

¹⁵⁴ Sie seien sich bewußt, so der NICE-Vorsitzende, "that some of our decisions, or the basis upon which they are made, require value judgements. We fully recognise with those value judgements that we are no more competent than anyone else to make them" (zit. n. Syrett 2003: 739).

¹⁵⁵ Es gibt einen Partners Council, in dem sich vom Gesundheitsminister berufene Vertreter eines breiten Interessenten-/Betroffenenspektrums - Patienten, Professionals, (NHS-)Manager, Gewerkschaften, Unternehmen, Forscher - mit Blick auf das Aufgabenfeld des NICE austauschen können. Der Partners Council prüft zudem den Jahresbericht des Instituts. Das für die Vorbereitung der Bewertungsentscheidungen zuständige Appraisal Committee zählt NHS-Professionals und mit Patientenproblemen vertraute Personen zu seinen Mitgliedern. Es will "independent of any vested interests" entscheiden (NICE 2005: 15), dabei aber die Ansichten aller relevanten Interessenten bedenken. Berufs- und Patientenverbände, Hersteller und NHS-Organisationen haben die Möglichkeit, als "consultees" mit Empfehlungen, Kommentaren, Evidenzvorlagen und qua Einspruch am Bewertungsprozeß teilzunehmen. Organisationen, die professionelle Interessen oder Patientenbelange vertreten, können Experten und Patienten benennen, die das Appraisal Committee anhören soll. Darüber hinaus können Bürger und Professionals, die nicht zum Kreis der consultees rechnen, binnen dreier Wochen nach der Veröffentlichung des Empfehlungsvorschlags individuelle Beiträge beisteuern. Zur Unterstützung seiner Leitlinienentwicklung hat das NICE von Professionals geleitete National Collaborating Centres gegründet, die die Expertise von Fachgesellschaften, Berufs- und Patientenverbänden einbringen sollen. Die Zentren bilden für jede Leitlinie eine Guideline Development Group, der Professionals und Patientenvertreter angehören. Stakeholder-Gruppen, die Interesse an einem Leitlinien-Projekt anmelden, werden in allen Entwicklungsphasen konsultiert und können sich der Gruppe anschließen. Um die Patientenbeteiligung an Technologiebewertungen und Leitlinienentwicklung zu fördern, hat das NICE eine Patient Involvement Unit etabliert. Sie berät das Institut und soll Patientenvertreter befähigen und unterstützen. Schließlich wurde mit dem Citizens Council ein Beratungsgremium gebildet, dessen Mitglieder gerade nicht spezielle Interessen artikulieren sollen. Der mit 30 Mitgliedern "from all walks of life" besetzte Kreis soll "challenging questions about values - such as fairness and need" angehen und dazu beitragen, daß NICE-Entscheidungen im Lichte der "views of the public" getroffen werden (NICE 2005: 34).

a number of fronts. Any suggestions of this kind should be resisted very strongly" (zit. n. ebd.).

Ungeachtet aller Konflikte um das NICE scheint die Unterhaltung einer externen Körperschaft, deren "guidance" (auch) am Kriterium der Kosteneffektivität ausgerichtet ist, für die Regierung ein zentrales Element ihrer knappheitsbezogenen "coping strategy" zu sein. Daß London in näherer Zukunft geneigt sein könnte, sich darüber hinaus als Instanz expliziter Rationierung zu exponieren und, etwa, Kernleistungen des NHS zu definieren, ist angesichts der mit expliziten Rationierungsstrategien verbundenen Probleme und politischen Kosten unwahrscheinlich.¹⁵⁶

Was die lokalen Allokationsinstanzen (also namentlich Primary Care Trusts) betrifft, so wird ihr Entscheidungsspielraum in bestimmten Hinsichten (weiter) begrenzt werden, insbesondere um das "rationing by postcode" (zumindest in seinen sinnfälligsten Formen) zu beenden.¹⁵⁷ Da die lokalen Leistungskäufer aber auch künftig beträchtliche Entscheidungsspielräume haben werden, ist eine interessante Zukunftsfrage, ob die Gestaltung der Entscheidungsprozesse ebenfalls Gegenstand von Vereinheitlichungsbemühungen wird, zumal die Prozeßdimension generell stärker ins Blickfeld von Wissenschaftlern und Praktikern gerückt ist. Dabei steht die Frage im Vordergrund, wie Verantwortbarkeit und Legitimität von Allokationsentscheidungen trotz unvermeidlicher Wert- und Zielkonflikte und des Mangels an "technischen" Lösungen gesichert werden können. So ist der Fallstudie von Griffiths und Kollegen (2000) über eine englische Health Authority zu entnehmen, daß sich die Erwartungen zunächst auf die Etablierung eines "rational system" gerichtet haben, mit dem der Wert der diversen Behandlungsarten vergleichend bestimmt werden kann. Doch angesichts der Komplexität der Verteilungsfragen und des oft gravierenden Mangels an Daten über Kosten und Outcomes von Behandlungsleistungen habe sich das Interesse dem Entscheidungsprozeß selbst zugewandt. Für die skandinavischen Länder hat Holm (2000) diese Entwicklung durch die Unterscheidung zweier Phasen charakterisiert. Phase eins war durch die Suche nach einem System von Entscheidungsregeln gekennzeichnet, das Allokationsoptionen eindeutig vergleichbar und in ihrer Priorität bestimmbar macht. Mangelnde Vergleichsdaten und methodische Probleme, vor allem aber die Ein-

¹⁵⁶ Der im Sommer 2000 präsentierte NHS Plan geht kurz auf Vorschläge ein, den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsdienstes auf einen Katalog von Kernleistungen zu begrenzen (DH 2000a: 38f.). Sie werden mit den Argumenten verworfen: 1) Die als potentielle Ausschlußkandidaten gehandelten Leistungen seien finanziell unbedeutend und würden sich auch in Zukunft nicht zu gewichtigen Kostenfaktoren auswachsen. 2) Behandlungsverfahren hätten oft unterschiedliche Effekte in Abhängigkeit von variierenden Fallumständen. Wenn "Rationierung" bedeuten sollte, daß nicht alle theoretisch denkbaren Gesundheitsleistungen verfügbar gemacht werden könnten, treffe dies auf jedes Versorgungssystem zu. Die Frage sei nicht, ob man Prioritäten setzen und Allokationsentscheidungen treffen müsse, sondern wie dies geschehe. "We can no longer leave to chance decisions about how treatment is provided, how demand is managed, and how costs are driven." Das National Institute for Clinical Excellence werde dem NHS helfen, "to focus its growing resources on those interventions and treatments that will best improve peoples' health. By pointing out which treatments are less clinically cost-effective, it will help free up financial headroom for faster uptake of more appropriate and clinically cost-effective interventions. This is the right way to set priorities: not a crudely rationed service."

¹⁵⁷ Klagen, die Umsetzungskosten von NICE-Empfehlungen unterminierten lokale Prioritäten, hält der Vorsitzende des Instituts entgegen, dieser Effekt sei "inevitable if the NHS seeks to eliminate inappropriate variation in clinical practice (particularly in postcode prescribing)" (Rawlins 2005: 906).

sicht, daß sich die multiplen Ziele öffentlicher Versorgungssysteme dem Zugriff "rationaler Systeme" entziehen, führten zur Abkehr von "einfachen Lösungen". Phase zwei ist durch ihre prozedurale Ausrichtung charakterisiert; die Gestaltung des Entscheidungsprozesses steht im Mittelpunkt, demokratische Legitimation, Fairneß/Gerechtigkeit, Transparenz werden als normative Bezugspunkte genannt. Dies steht im Einklang mit einer Sichtweise, die die Bedeutung "of getting the institutional setting of the debate right" hervorhebt (Klein in Klein/Williams 2000: 21). Da Prioritäten-/Rationierungsentscheidungen vor dem Hintergrund von Wert- und Zielkonflikten getroffen werden müßten und es hier keine eindeutig richtigen, sondern allenfalls sozial akzeptable Entscheidungen geben könne, komme es wesentlich auf eine prozedurale Gestaltung im Interesse von Lernfähigkeit und informierter Debatte an: keine Dominanz von Partialinteressen, breite Artikulationsmöglichkeiten für Beteiligte und Betroffene, Transparenz u.a.m. Durch ihren Prozeßbezug ist auch eine Position gekennzeichnet, für die sich aus der Entwicklung expliziter Rationierung ein spezifisches judizielles Aufgabenfeld ergibt (Syrett 2004). Die Rolle der Gerichtsbarkeit wird hier vor allem darin gesehen, Entscheidungen darauf zu prüfen, ob sie den Kriterien der Verfahrenstransparenz und relevanten Begründung genügen. Indem sie diesen Kriterien Geltung verschaffe und ihre Geltung sichere, könne die Rechtsprechung einen Beitrag zur Milderung des "legitimacy problem" expliziter Rationierung leisten. Die judikatorische Praxis entspricht diesen Vorstellungen allerdings nicht, sondern ist durch ein "pattern of 'judicial self-restraint'" charakterisiert (Syrett 2004: 292), dem die Auffassung zugrunde liegt, daß Rationierungsfragen zunächst und vor allem Gegenstände politischen Entscheidens sind.¹⁵⁸

Fazit

Rationiert wird im NHS, seit es ihn gibt. "Rationing by delay" wurde ja vor allem in ausländischer Sicht fast zu einer Art Markenzeichen des Gesundheitsdienstes. Direkte Rationierungsentscheidungen haben bis in die frühen neunziger Jahre hinein praktisch immer Ärzte nach eigenem Ermessen gefällt. Das "bedside rationing" fand dabei typisch "under cover of clinical judgement" statt (Syrett 2004: 293).¹⁵⁹ Der großenteils "implizite" Charakter des Rationierungsgeschehens erklärt, warum es lange Jahre keine intensivere öffentliche Diskussion um das Thema gab. Ein weiterer Grund lag wohl in der Erwartungshaltung vieler NHS-Patienten. "If expectations are low, as they were in the early decades of the NHS, then any 'inadequacies' are likely to be perceived and accepted as part of the natural order of things" (Klein et al. 1996: 40).

Die Annahme, es würde im Gefolge der Etablierung des internen Marktes vermehrt zur expliziten Rationierung durch Health Authorities kommen, hat sich nur in Grenzen bewahrheitet. Soweit lo-

¹⁵⁸ Eine neueres Urteil des High Court folgt dieser Linie. Das Gericht lehnte es ab, der Klage gegen einen Primary Care Trust stattzugeben, der - anders als andere Trusts - eine Herceptin-Behandlung von Brustkrebs im Frühstadium nicht finanzieren wollte, bevor das NICE seine Empfehlung veröffentlicht hatte (vgl. Anm. 145). "Mr Justice Bean said it was a matter for political debate whether the trusts that provided the drug for all eligible women had a better policy than Swindon's [der beklagte PCT], but it was not an issue for a judge" (Dyer 2006).

¹⁵⁹ "(I)mplicit, unstated, unwritten, unacknowledged - in the curious and not inhumane way in which such matters are managed in the United Kingdom", so ein früherer Präsident des Royal College of Physicians (zit. n. Allsop/Mulcahy 1996: 116).

kale NHS-Instanzen Leistungen aus der Regelfinanzierung ausgeschlossen haben, ist dies damit begründet worden, daß sie ineffektiv oder für einen öffentlichen Gesundheitsdienst "inappropriate" seien (vgl. Griffiths/Hughes 1998: 356), wobei die zweite Gruppe offenbar stärker ins Gewicht gefallen ist. Mitte der neunziger Jahre wird die Strategie populär, Restriktionen qua Eingrenzung von Gewährungsbedingungen zu erreichen - oft in Form von (lokalen) Leitlinien.¹⁶⁰

Von Health Authorities getroffene Rationierungsentscheidungen haben freilich zur Entwicklung *offener* geographischer Varianzen im Zugang zu bestimmten Leistungen geführt (Powell 1998: 66); Varianzen, die zudem auf Beschlüsse nichtärztlicher Instanzen zurückgingen, evidentermaßen nicht mit dem Postulat gleicher Zugangschancen bei gleichem Bedarf vereinbar waren und ggf. ein breiteres, auf einzelne Fälle fokussiertes Medieninteresse weckten. Der Aufschwung, den die Rationierungsthematik in den neunziger Jahren genommen hat,¹⁶¹ ist daher durch den internen Markt maßgeblich befördert worden.

Werden Leistungen vor allem durch behandelnde Ärzte rationiert, befinden sich Patienten wie Ärzte gewiß in einer problematischen Situation. Letztere bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Anwalts- und Verteilungsfunktionen, Patienten müssen fürchten, Opfer nicht offengelegter Rationierungsentscheidungen zu werden, die nach variierenden, inkonsistenten Kriterien getroffen werden. Auf der anderen Seite behalten die für ärztliche Ermessensentscheidungen sprechenden Gründe auch dann ihre Gültigkeit, wenn es um Entscheidungen unter Rationierungszwang geht: Mangel an wissenschaftlicher Evidenz und Kriterienkonsens, Komplexität und Heterogenität der Fälle und Fallumstände. Hinzu kommt der politische Nutzen, den die britische Regierung gerade auch im Hinblick auf die Rationierung von NHS-Leistungen aus der professionellen Autonomie zieht. Ärztliche Entscheidungen sind ein politisch unsichtbares Rationierungsmedium (vgl. Harrison/Pollitt 1994), und es ist nicht vorstellbar, daß eine Regierung darauf völlig verzichten könnte. Zugleich ist klar, daß es sich dabei um Gesichtspunkte handelt, die der Formulierung von Entscheidungsprämissen Grenzen setzen, ohne sie in toto auszuschließen. Eine für die weitere Entwicklung des "Mix" von (zentraler/lokaler) expliziter und impliziter Rationierung wesentliche Frage ist daher, inwieweit das NICE die diversen Versorgungsgebiete unter dem Aspekt der Kosteneffektivität durchmessen wird und inwieweit sich NHS-Finanziers oder Leistungserbringer trotzdem - oder auch deshalb¹⁶² - bei gegebenem Finanzrahmen zu Leistungseinschränkungen veranlaßt sehen. Weitere Bestimmungsgrößen werden der von Fallpauschalen ausgehende Rationierungsdruck in Krankenhäusern und die politische Priorität kurzer Wartezeiten sein. Auf

¹⁶⁰ Neben den Health Authorities kannte der "interne Markt" mit Budgets ausgestattete general practitioners als zweite Käuferkategorie. 1995 waren rd. 2/5 der Bevölkerung in den Listen dieser "fundholders" eingetragen, aus deren Budgets namentlich elektive Eingriffe finanziert wurden. Daß die Kopplung von Gatekeeper- und Finanzierungsfunktion zu einem restriktiven Überweisungsverhalten führen könnte, ist häufig vermutet worden (z.B. Toon 1994). Das fundholding scheint Überweisungsmuster jedoch nicht nachhaltig verändert zu haben (vgl. Klein et al. 1996: 85).

¹⁶¹ Nicht nur wurden Rationierungsfälle zum "headline issue" (Klein 2001: 200). Zahlreiche Veröffentlichungen dokumentieren das auch in der Fachöffentlichkeit stark wachsende Interesse (z.B. Coulter/Ham 2000; Hunter 1997; Klein et al. 1996; Lenaghan 1997; New 1997a; New/Le Grand 1996).

¹⁶² "The current situation with Herceptin highlights our central argument - that as NICE guidance provides no extra funding or suggestions of which services to cut, medical professionals ultimately have to make these difficult decisions" (Barrett et al. 2006: 1119; vgl. Anm. 145).

jeden Fall aber werden Rationierungssituationen in der Krankenbehandlung weiterhin professionelle Ermessensentscheidungen einfordern. So wird der einzelne Arzt weiterhin Rationierungsakteur sein (müssen), und man kann annehmen, daß er sein Handeln dabei auch künftig größtenteils in der Sprache der Medizin darstellt. Denn die Gründe, die Ärzte in der Vergangenheit bewogen haben, versteckt zu rationieren (vor allem auch: den Patienten und sich selbst nicht zu belasten), dürften ihr Gewicht behalten.

Daß das Rationierungsproblem politisch virulent bleiben wird, obwohl der NHS mehrere Jahre mit einer Ressourcenexpansion "beyond our wildest dreams"¹⁶³ hinter sich hat, zeigen aktuelle Ereignisse. Trotz der Ressourcenzuwächse haben NHS-Organisationen mit Finanzproblemen, defizitären Entwicklungen und Gegenmaßnahmen der Regierung zu kämpfen. Primary Care Trusts in einer Region Englands erklärten vor einiger Zeit, Gelenkeratzoperationen bei übergewichtigen Patienten nicht länger finanzieren zu wollen. Das Motiv der Maßnahme, die von der lokalen Ärzteschaft unterstützt werde, sei "unashamedly financial", wie der zuständige Director of Public Health erklärte (zit. n. Carvel 2005b). Die Patients' Association sprach mit Blick auf die lokalen Rationierungspläne von einer unfairen Maßnahme, und ein führender Orthopäde des Landes wurde mit dem Hinweis zitiert: "In the long-term the failure rate of hip and knee replacement surgery has never been shown to be worse in fat people than in thin people" (zit. n. Batty et al. 2005). Die British Medical Association merkte in ihrer Stellungnahme an, daß die meisten Orthopäden bereits bei vielen übergewichtigen Patienten vom Gelenkersatz abrieten. Die Entscheidung für oder gegen eine Operation solle jedoch aufgrund einer individuellen Fallbeurteilung getroffen werden. Das Gesundheitsministerium hat auf die Frage, ob es die Rationierungspläne billige, geantwortet: "It is the role of primary care trusts to ensure that taxpayers' money is used for maximum clinical effect and to best serve the needs of their local patients. Any actions that trusts take to manage to reduce deficits should not lower the quality of care provided to NHS patients" (ebd.).

¹⁶³ So ein (NHS-)Manager-Repräsentant (zit. n. Jarrold 2005).

6 Leitlinien und evidenzbasierte Medizin

6.1 Related movements

"I have watched the phrase 'evidence-based medicine' go from something that led to blank looks in 1994 to something that is used in most medical conversations in 1997" - so beschrieb in den späten neunziger Jahren der Chefredakteur des British Medical Journal seine Wahrnehmung einer Karriere (Smith 1998: 118). Unter dem Titel "evidence-based medicine" (EBM) hat sich von den angelsächsischen Ländern ausgehend eine Programmatik und Methodik formiert, der es um die stärkere Ausrichtung medizinischen Alltagshandelns am aktuellen Stand des wissenschaftlichen Wissens, an der besten verfügbaren "evidence" geht.¹⁶⁴ EBM ist nach einer oft zitierten Definition "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research" (Sackett et al. 1996: 71).

In programmatischen Äußerungen zur evidenzbasierten Medizin spielt das Thema Rationalität eine Schlüsselrolle. Ärztlichem Entscheiden soll eine "rationale Basis" gegeben werden, die den oft im Spannungsfeld konfliktiver Erwartungen tätigen Arzt auch "von Rechtfertigungszwang befreit" (Perleth 1997: 654), es ist von einer "Philosophie der rationalen klinischen Entscheidungsfindung" die Rede (ebd.). Dabei soll der klinischen Erfahrung des Arztes und seiner Kenntnis individueller Fallumstände ("persönliche/interne Evidenz") weiterhin entscheidungsleitende Bedeutung zukommen, was freilich nicht immer so prononciert ausgesprochen wird wie in der obigen Definition.¹⁶⁵

Das Postulat, der Arzt solle sich von der besten Evidenz leiten lassen, die greifbar ist, impliziert, daß es entsprechende Wertdifferenzen gibt. An der Spitze der "Evidenzhierarchie" rangieren Ergebnisse klinischer Studien, deren Design gewährleisten soll, daß Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppen einzig durch die (Nicht-)Anwendung bestimmter Maßnahmen erklärt werden können, Vergleichsergebnisse also nicht durch andere Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht) verzerrt werden. Der zunehmende Einsatz randomisierter und kontrollierter Studien hat

¹⁶⁴ Während das englische Wort "evidence" Belege für die Richtigkeit einer Aussage meint, bedeutet "Evidenz" im Deutschen die fraglose Deutlichkeit oder Gewißheit, mit der sich ein Sachverhalt dem Beobachter präsentiert. Wenn von evidenzbasierter Medizin gesprochen wird, hat "Evidenz" hingegen zumeist die Bedeutung von "evidence", bezieht sich also auf wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse. Die Arbeit folgt diesem Sprachgebrauch. Davon abweichend sprechen Ärzte gelegentlich auch mit Blick auf ihr Erfahrungswissen von "Evidenz". Um Mißverständnisse zu vermeiden, kann man in diesem Fall von interner (im Gegensatz zur externen, wissenschaftlich generierten) Evidenz sprechen. Neben der Wendung "evidence-based medicine" ist in England die Formel "evidence-based health care" gebräuchlich. Manche Autoren verwenden beide Begriffe praktisch synonym (z.B. Walshe 1998), andere benutzen "evidence-based health care" als Sammelbegriff für Bemühungen, versorgungsbezogene Entscheidungen (nicht nur auf der Behandlungsebene) durch wissenschaftliche Erkenntnisse zu fundieren. "Evidence-based health care" ist dann der Oberbegriff für "evidence-based nursing", "evidence-based rationing", "evidence-based policy" usf.

¹⁶⁵ Prononciert und zugleich unscharf: Was bedeutet "Integration" angesichts der zumindest in der EBM-Frühphase sehr deutlich artikulierten Stoßrichtung, den Einfluß der fehlbaren und ausschnitthaften Erfahrung des einzelnen Arztes zurückzudrängen? Was heißt Integration von externer und interner Evidenz, wenn beide nicht zusammengehen?

wesentlich zur Entwicklung der modernen klinischen Epidemiologie beigetragen, der "Methodenlehre der EBM" (Raspe 2000: 80).¹⁶⁶ Die EBM wendet in populationsbezogenen Studien gewonnenes Wissen auf die Versorgung des einzelnen Patienten an. Ein EBM praktizierender Arzt muß akzeptieren, "that he is going to treat a whole group of patients in a standard way - in short, that he is going to practise 'medicine by numbers'" (Hampton 1997: 123).

Der EBM liegt eine Problemsicht zugrunde, nach der die Medizin an vermeidbaren Mängeln krankt, weil sie nicht durchgängig im Lichte der besten verfügbaren Evidenz praktiziert wird. Studien, die multiple Varianzen in der Versorgung von Patienten mit gleichen Problemen dokumentieren¹⁶⁷ oder auf die fortgesetzte Anwendung unwirksamer Behandlungsverfahren hinweisen, während effektive Methoden oft verspätet, zum Teil auch gar nicht in die Alltagspraxis gelangen, sind ein wichtiger Ankerpunkt dieser Sicht. Die EBM führt solche Phänomene wesentlich darauf zurück, daß Ärzte häufig in mangelnder Kenntnis des aktuellen Wissensstandes praktizieren.

Forschungsergebnisse zur Varianz ärztlichen Handelns sind auch maßgeblich daran beteiligt, daß sich die Produktion medizinischer Leitlinien in vielen Ländern zu einer "major industry" (Robinson 1994) ausgewachsen konnte. Leitlinien erscheinen in diesem Zusammenhang als Instrumente zur Reduktion "unerwünschter", medizinisch nicht begründeter Varianzen. Leitlinien¹⁶⁸ sind schriftlich

¹⁶⁶ Daß randomisierte, kontrollierte Studien bei der Untersuchung der Wirksamkeit medizinischer Interventionen als "Goldstandard" gelten, bedeutet nicht, daß die EBM auf sie begrenzt wäre. Je nach Fragestellung können auch Querschnittsstudien (etwa zur Untersuchung der Genauigkeit eines diagnostischen Verfahrens) oder Follow-up-Studien (z.B. bei prognostischen Fragestellungen) Designs der Wahl sein.

¹⁶⁷ Das "variation phenomenon" (Blumenthal 1994) sind (z.T. krasse) Versorgungsdifferenzen, die bei vergleichenden Studien (in entwickelten Ländern) auf unterschiedlichen (Aggregations-)Ebenen (Länder, Regionen, Kommunen, Einrichtungen) gefunden wurden und sich nicht oder nur geringgradig durch gebräuchliche Morbiditätsindikatoren (Inzidenz, Prävalenz, Schweregrad) erklären lassen. Einschlägige Forschungsergebnisse verweisen auf den Einfluß "nicht-medizinischer Faktoren", z.B. Angebotsdichte und Honorierungssysteme (vgl. Klemperer 1990; Schwartz/Busse 2003: 533ff.). In mancher Hinsicht besonders interessant sind Varianzphänomene, bei denen institutionelle Rahmenbedingungen wie Vergütungsregelungen als Erklärungsfaktoren ausscheiden. Auf der Suche nach erklärenden Variablen muß man sich dann, so wurde gefolgert, an den "physician factor" halten und ärztliche "Praxisstile" ins Auge fassen, wobei man der kognitiven Ungewißheit, unter der ärztliche Entscheidungen getroffen werden, bald eine Schlüsselrolle zumaß. Daß dort, wo Ärzte relativ oft intervenieren, auch der Anteil nicht angemessener Indikationen höher ist, kann nicht unterstellt werden (Casparie 1996). So lagen die Anteile der von Experten als nicht angemessen eingestufteten Koronarangiographien und Bypass-Operationen in einem vor Jahren durchgeführten USA/GB-Vergleich trotz massiv unterschiedlicher Interventionsdichten in beiden Fallsamples dicht beieinander (Bernstein et al. 1993). Daraus läßt sich die Annahme ableiten, daß eine Begrenzung oder Verknappung von Ressourcen nicht unbedingt zu deren effektiverer Nutzung führen muß. Allerdings zwingen die methodischen Probleme solcher Angemessenheitsstudien zu interpretativer Vorsicht. Für eine deutsche Arbeit zum Thema "variation phenomenon" vgl. neben den oben genannten Titeln Mannebach 1999. Für die englische Diskussion war ein bereits 1990 herausgegebener Sammelband (Andersen/Mooney 1990) wichtig. In den letzten Jahren haben der Chief Medical Officer (DH 2006d: 14ff.) und die Healthcare Commission Varianzphänomene thematisiert, die Kommission etwa hinsichtlich der durchschnittlichen Verweildauer bei Hüftoperationen, der Quote (bei bestimmten Eingriffen) am Operationstag aufgenommener Patienten oder des Budgetanteils, den Primary Care Trusts für die Versorgung von Krebspatienten aufwenden (HCC 2006b: 89, 91).

¹⁶⁸ Mit "Leitlinien" sind im Folgenden stets Leitlinien für die medizinische Praxis (und nicht, etwa, Leitlinien für die ärztliche Fortbildung) gemeint. In Deutschland weitgehend durchgesetzt hat sich

fixierte, normative Entscheidungsprämissen für die diagnostische und therapeutische Praxis, die sich primär an Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe richten¹⁶⁹ und in variierendem Mischungsverhältnis auf wissenschaftlicher Evidenz und (Experten-)Konsens fußen.

Behandlungsleitlinien folgen einem Wenn-dann-Schema. Das "dann" kann dabei mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsanspruch - eher als Verhaltensforderung oder eher als Empfehlung - und ggf. auch im Sinne einer Erlaubnis formuliert sein. Der variierende normative Anspruch reflektiert sich in definitorischer Varianz. Viele Definitionen stellen den Empfehlungscharakter von Leitlinien heraus, andere grenzen Leitlinien (als Handlungsanweisungen) von Empfehlungen ab. Reale Leitlinien sind oft eine Mischung aus eher empfehlenden und eher fordernden Äußerungen.

Idealtypisch zielen Leitlinien auf Qualitäts- und Effizienzsteigerungen in der medizinischen Versorgung. In der EBM-Perspektive sind sie als Medium der Evidenzbasierung medizinischer Praxis interessant. Realiter genügen Leitlinien hohen Ansprüchen in puncto Evidenzbasierung selten, es ist aber in der Leitliniendiskussion heute unstrittig, daß in der Evidenzbasierung ein Gütekriterium erster Kategorie zu sehen ist (vgl. z.B. Helou et al. 2000; Lohr et al. 1998; Shekelle et al. 1999). Insofern läßt sich von "related movements" sprechen (Lohr et al. 1998: 17).

6.2 Politische Maßnahmen

Einige Kernpunkte des "neuen Szientismus" (Klein 1996) sind so neu nicht. Daß die Gesundheitsversorgung sehr viel stärker durch die Erkenntnisse epidemiologischer Effektivitätsforschung fundiert werden müsse, hat in Großbritannien A.L. Cochrane bereits Anfang der 1970er Jahre propagiert. Während Cochrane heute eine "Ikone" ist, fanden seine "random reflections" über Effektivität und Effizienz medizinischer Versorgung (Cochrane 1971) nach ihrem Erscheinen zunächst wenig Widerhall. Noch in den achtziger Jahren hatten englische Forscher, die Cochranes Vorschlag, ein Register randomisierter und kontrollierter Studien zu erstellen, erstmals für ein medizinisches Fachgebiet (die Obstetrik) umsetzten, erhebliche Probleme, Mittel für ihre Arbeit einzuwerben (vgl. Walshe 1998: 280). Heute hingegen zählt Großbritannien zu den EBM-Hochburgen. Politische Maßnahmen haben ab den frühen neunziger Jahren das schnelle Wachstum eines "evidence-based complex" (Hunter 1997: 73ff.) befördert. "A formidable coalition of support" (Baggott 2004: 216) aus Professionals, Wissenschaftlern, Managern, Politikern fand unter dem Banner der evidenzbasierten Medizin zusammen – eine Koalition allerdings, die Akteure mit durchaus unterschiedlich akzentuierten Vorstellungen und Hoffnungen verbindet, sei es, daß die Verwissenschaftlichung und Autonomiesicherung medizinischer Praxis, sei es, daß deren (externe) Steuerung und Kontrolle im Vordergrund steht. Auch in der Frage, inwieweit das Postulat der Evidenzbasierung ökonomische Versorgungsaspekte einschließen soll, herrscht keine Einigkeit. Gleichwohl bezeichnen "Evidence" und "guidelines" heute etablierte Bezugspunkte politischen

der Vorschlag, Leitlinien gegen Richtlinien abzugrenzen: Unter Richtlinien sind danach rechtlich verankerte Vorgaben zu verstehen, die befolgt werden müssen; Leitlinien hingegen erheben wohl im professionellen Normenkontext "guter Praxis" Anspruch auf Verbindlichkeit, sind aber nicht rechtlich sanktioniert und "lassen im individuellen Fall bei entsprechender Begründung Handlungsspielraum" (Helou et al. 2000: 331).

¹⁶⁹ Zunehmend werden Leitlinien auch in einer Version für Laien veröffentlicht. Der primäre Adressatenkreis sind aber bislang professionelle Leistungserbringer.

Handelns, deren Gewicht nach dem Regierungswechsel im Frühjahr 1997 noch zugenommen hat.

In den neunziger Jahren konzipierte das Gesundheitsministerium, von Expertenempfehlungen unterstützt, eine NHS Research and Development Strategy, die in der Evidenzbasierung der Versorgung ihren Schwerpunkt hat und dabei "clinical, managerial and policy decisions" (NHSE 1995, zit. n. Walshe 1998: 278) in den Blick nimmt (vgl. Baker/Kirk 1996). Die Verantwortung für die Definition konkreter R&D-Aufgaben und die Vergabe entsprechender Aufträge wurde auf nationaler und regionaler Ebene in der Position eines Forschungs- und Entwicklungsdirektors konzentriert. Forschungsausgaben werden seither nicht mehr von einzelnen NHS-Organisationen getätigt, sondern nach nationalen und regionalen Prioritäten aus einem separaten Budget bestritten. Die höchste Priorität bei der Mittelvergabe genießen heute Projekte, die sich mit der Behandlung von Krebs- und Herzpatienten sowie der Versorgung psychisch Kranker befassen (Baggott 2004: 216f.).

Die R & D Strategy war ein primärer Wachstumsfaktor des "evidence-based complex" - Einrichtungen und Projekte, die medizinische Technologien¹⁷⁰ nach Gesichtspunkten der Wirksamkeit und Kosteneffektivität bewerten oder Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit medizinischer Interventionen sichten, prüfen und verbreiten. Zu diesem Komplex rechnen das britische Cochrane-Zentrum an der Universität Oxford,¹⁷¹ das NHS Centre for Reviews and Dissemination an der Universität York¹⁷² sowie InterTASC, ein Zusammenschluß verschiedener Forschungsorganisationen, die NHS-Finanziers mit Informationen über die Kosteneffektivität medizinischer Technologien versorgen.

Parallel zur Herausbildung des "evidence-based complex" nahm nach den NHS-Reformen der frühen neunziger Jahre die Produktion von Behandlungsleitlinien einen bis dahin nicht gekannten Aufschwung. 1998 schätzten Jackson und Feder die Zahl der im Vereinigten Königreich existierenden oder in Entwicklung befindlichen Behandlungsleitlinien auf 2.000 (Jackson/Feder 1998). Z.T. handelte es sich um nationale, namentlich von Fachgesellschaften definierte Handlungsempfehlungen/-anweisungen, zum größeren Teil um lokale, oft auf Drängen einer Health Authority formulierte Leitlinien. Wie auch in anderen Ländern, stieß diese Entwicklung in England bei vielen Ärzten auf wenig Gegenliebe. Man fürchtete die Heraufkunft einer "Kochbuchmedizin", die die Therapiefreiheit des Arztes einschränkt und seine klinische Erfahrung abwertet. Klein (1995: 243f.) sah Mitte der neunziger Jahre die Bedeutung der Leitlinien vor allem darin, daß die organisierte Ärzteschaft sich in einem gewandelten politischen Umfeld bereit zeige, Verantwortung für professionelle Versorgungsstandards zu übernehmen und individuelle Autonomie im Interesse der Wahrung kollektiver Autonomie zu beschneiden (oder dies zumindest zu versuchen).

¹⁷⁰ "Technologie" als Sammelbegriff verstanden, der Medikamente, Instrumente und Verfahren einschließt.

¹⁷¹ Die (nach dem erwähnten Arzt und Epidemiologen benannte) Cochrane Collaboration ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Praktikern der Gesundheitsversorgung. Sie erstellt periodisch aktualisierte Übersichtsarbeiten und bildet einen wichtigen "Informationsarm" der EBM.

¹⁷² Das Zentrum veröffentlicht im Rahmen der Cochrane Library eine Datenbank mit Abstracts von Studien, die in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert werden. Es gibt zudem systematische Reviews in Auftrag, namentlich für die Reihe "Effective Health Care".

Welche (Verhaltens-)Wirkungen von den Leitlinien der neunziger Jahre ausgegangen sind, kann summarisch nicht gesagt werden. Der Stellenwert, den die Implementationsproblematik in der Leitliniendiskussion alsbald gewonnen hatte, mag aber als Anhaltspunkt für die Annahme gelten, daß geringe Steuerungswirkungen keine Ausnahme darstellten.¹⁷³ Gründe für die fehlende Durchschlagskraft von Leitlinien sind vorzugsweise in Qualitätsmängeln - z.B. unzureichende Evidenzbasierung, unklare Herleitung von Empfehlungen aus Forschungsergebnissen u.a.m. - gesehen worden. Aber selbst wenn eine Leitlinie auf guter Evidenzbasis und nach den Regeln der Kunst erstellt wurde, heißt dies nicht, daß sie auch angewandt wird. Charakteristisch für viele der in den angelsächsischen Ländern veröffentlichten Implementationsstudien ist, daß das Problem in einem engen Verständnis als Kommunikationsproblem gefaßt und auf die Effektivität bestimmter Verbreitungsstrategien abgehoben wird (Harrison 1998). Wenngleich damit natürlich ein wichtiger Punkt im Blick liegt, gibt es doch weitere Erfolgsbedingungen. Z.B. müssen Leitlinienadressaten über adäquate Ressourcen (inkl. Zeit) verfügen. Sodann stellt sich die Frage der Verhaltensanreize. Bleibt der Steuerungsversuch im professionellen Rahmen, werden ausschließlich "intrinsische" Anreize aktiviert, man hofft etwa auf die motivierende Kraft der Autorität von Leitlinienproduzenten oder einer (innerprofessionell) breiten Konsensbasis, ggf. kommt "peer pressure" ins Spiel. Vielfach ist dieses Anreizrepertoire aber offenbar nicht stark genug, um eine Leitlinienbefolgung auf breiter Front zu gewährleisten.¹⁷⁴ Wirkungsschwächen sind zudem nicht nur bei Behandlungsleitlinien, sondern auch bei anderen Versuchen festgestellt worden, die Evidenzbasierung medizinischer Praxis zu fördern (z.B. Einrichtungsbesuche in edukativer Absicht, s. Wyatt et al. 2003; vgl. allgemein Halladay/Bero 2000). Eine breite Literatur zu Fragen der gezielten Veränderung ärztlichen Handelns belegt, daß es sich dabei um ein schwieriges Unterfangen handeln kann (vgl. z.B. Alvanzo et al. 2003).

¹⁷³ "Wanted: guidelines that doctors will follow", war 1993 ein Artikel im British Medical Journal überschrieben (Delamothe 1993).

¹⁷⁴ Empirischen Studien läßt sich entnehmen, daß die Erfolgswahrscheinlichkeit bei nationalen Leitlinien, die (nur) publiziert und ggf. noch einmal allgemein, ohne direkten Zusammenhang mit dem Behandlungsgeschehen in Erinnerung gebracht werden, relativ gering ist (vgl. Grimshaw et al. 1995). Die Annahme, daß es die Anwendung einer Leitlinie befördert, wenn sie von den prospektiven "Endnutzern" selbst erstellt wurde, bestätigt sich zwar nicht generell, doch gelten dezentral (z.B. im einzelnen Krankenhaus) entwickelte Leitlinien, die unter Einsatz spezieller Bildungs- und Motivationsmaßnahmen eingeführt werden, als besonders chancenreich. Allgemein führt eine aktivere Einbindung der Adressaten (z.B. durch spezielle Seminare oder die Einbeziehung lokaler "opinion leaders"), mit größerer Wahrscheinlichkeit zu Verhaltensänderungen. Die Wirkungschance einer Implementationsstrategie ist auch dann größer, wenn sie sich direkt auf die Behandlung bezieht, wenn also z.B. Patientenakten neu gestaltet werden oder patientenbezogen an die Leitlinien erinnert wird. Die neuere qualitative Studie von Gabbay und Le May verweist auf die Bedeutung professioneller Netzwerke für das Wissensmanagement in der (primär-)medizinischen Versorgung. Ärzte orientieren sich danach weniger an "guidelines" denn an "mindlines" - sozial konstituierten und verstärkten, internalisierten, impliziten "Leitlinien". Mindlines formieren sich vor allem qua Erfahrung, in der Interaktion mit Kollegen sowie durch Orientierung an professionellen Meinungsführern und anderen "trusted sources". Soll wissenschaftliche Evidenz in den Versorgungsalltag eingehen, müssen demnach vor allem auch die mindlines-Generatoren professioneller Sozialwelten in diesem Sinne wirken (Gabbay/Le May 2004). Diese Hinweise mögen hier genügen, um die Komplexität der Zusammenhänge zu illustrieren. Es läßt sich einiges über (potentielle) (Miß-)Erfolgsfaktoren sagen, insgesamt aber gilt noch immer, daß "insufficient evidence exists to reach firm conclusions about the relative effectiveness of different educational and implementation strategies in different contexts" (Grimshaw et al. 1995: 61).

Als 1999 das National Institute for Clinical Excellence (NICE)¹⁷⁵ gegründet wurde, um evidenzbasierte "guidance" für den NHS in England und Wales zu produzieren, war deshalb die Erwartung verbreitet, seine Empfehlungen würden mit manchen der bis dahin veröffentlichten Leitlinien das Schicksal der Wirkungsarmut teilen.¹⁷⁶ Das als "public body" regierungsextern angesiedelte Institut¹⁷⁷ bewertet Technologien und entwickelt Behandlungsleitlinien. Sein normativer Horizont geht über die im traditionellen EBM-Verständnis konstitutive Ausrichtung auf die klinische Wirksamkeit hinaus und schließt das Verhältnis von Kosten und Outcomes ein.¹⁷⁸ Mit dem NICE hat die Regierung zudem eine Einrichtung geschaffen, die unter der Voraussetzung verfährt, daß die Definition von Handlungsempfehlungen/-anweisungen für Health Professionals keine ausschließlich professionsinterne Angelegenheit ist. Neben Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sind NHS-Instanzen (als unmittelbare Kostenträger) und Patientenvertreter beteiligt. Welchen Gegenständen sich NICE-Empfehlungen zuwenden, entscheidet die Regierung, das Institut wirkt aber an der Gestaltung seiner Agenda mit. Sind Bewertungs- und Leitlinienaufträge erteilt, findet "no further dialogue with ministers" statt (Rawlins 2005: 904).

Instruktive Studien darüber, wie das NICE wissenschaftliche Evidenz nutzt, um Empfehlungen/Anweisungen für die Versorgungspraxis zu gewinnen, fehlen. Es sind verschiedene Momente, die diese Normierungsprozesse interessant machen: Angesichts oft mangelnder oder widersprüchlicher Evidenz, multipler Versorgungsziele und allfälliger Wert-/Interessenkonflikte kann es - zumal in einem auf breite Interessenbeteiligung angelegten Entscheidungsprozeß - nicht einfach darum gehen, wissenschaftliche Befunde nach einfachen Transformationsregeln in Handlungsempfehlungen/-anweisungen umzumünzen. Dies gilt a fortiori im Hinblick auf das ökonomische Rationalisierungsziel, durch das sich der Prozeß im Vergleich zu einer allein auf den gesundheitlichen Effekt gerichteten Normsetzung noch einmal politisch auflädt.

Es mangelt, wie gesagt, an Evidenz, die die politische Dimension evidenzbasierter Normierungsprozesse unter der Ägide des NICE empirisch ausleuchtet. Dies gilt auch für die kürzlich publizierte Fallstudie von Moreira (2005).¹⁷⁹ Zwar lautet ihr zentraler Befund, daß bei der Leitlinienentwicklung neben wissenschaftlicher Evidenz und Fragen praktischer Anwendbarkeit auch politische

¹⁷⁵ Nach der Erweiterung seines Aufgabenfeldes um Gesundheitsförderung und Prävention heißt das Institut heute National Institute for Health and Clinical Excellence.

¹⁷⁶ Tatsächlich gab es bald Hinweise, daß die ersten Empfehlungen des Instituts offenbar häufig ignoriert wurden (z.B. Ferriman 2000).

¹⁷⁷ Vgl. Kap. 3, Anm. 57.

¹⁷⁸ "NICE also takes account of economic evidence, that is how well the medicine or treatment works in relation to how much it costs the NHS - does it represent value for money?" (NICE 2005: 14). Daß die ökonomische Orientierung von Anfang an klar benannt wurde, hat manchen Beobachter überrascht. Die Gründung des NICE markiert einen wichtigen Schritt zur Institutionalisierung ökonomischer Evaluation im NHS (Hutton/Maynard 2000).

¹⁷⁹ Moreira hat Sitzungen zweier Leitlinien-Entwicklungsgruppen analysiert, die an einer englischen Universität im Auftrag des NICE tätig waren. Beiden Gruppen gehörten neben Fach- und Primärärzten jeweils ein Pharmazeut und ein Methodenexperte an. Nutzerinteressen sollten von einem bzw. zwei Patientenvertreter(n) wahrgenommen werden. Eine der Gruppen hatte zudem eine Pflegekraft und einen Versorgungsforscher in ihren Reihen. Um die Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten, schweigt sich die Arbeit über Gegenstandsfeld und Ergebnisse der beobachteten Definitionsprozesse weitgehend aus.

Aspekte thematisiert werden. "Rather than representing a unidimensional, uncontextual evaluation of 'scientific evidence', CPG [clinical practice guideline] development entails contrasting and combining pragmatic and political concerns with epidemiological statistical calculations" (Moreira 2005: 1984). Leider ist der publizierten Darstellung aber nicht zu entnehmen, welchen Einfluß dies auf die Ergebnisse der Prozesse hatte.¹⁸⁰

Die Regierung hat verschiedene Regelungen getroffen, um (ministeriell abgesegneten) NICE-Empfehlungen die Aufmerksamkeit der Versorgungspraxis zu sichern. So wurden Finanziere im NHS, namentlich also Primary Care Trusts, vor einigen Jahren per Gesetz verpflichtet, ausreichende Mittel verfügbar zu machen, um die Versorgung mit Medikamenten, deren Einsatz das Institut empfohlen hat, zu ermöglichen. Die Befürchtung, aus NICE-Empfehlungen würden Einschränkungen ärztlicher Therapiefreiheit erwachsen, ist in der Ärzteschaft häufig laut geworden, und natürlich treten diese Empfehlungen mit normativem Anspruch auf. Gleichzeitig sollen Leitlinien des Instituts aber die "clinical discretion" ausdrücklich nicht aufheben. Ärzte sind gehalten, diese Leitlinien zu beachten, aber nicht an sie gebunden, sofern gute Gründe für ein abweichendes Handeln vorliegen.¹⁸¹

Die Ausrichtung der Versorgung an evidenzbasierter "guidance"¹⁸² ist Gegenstand des "health check", der jährlichen Leistungsbewertung, die die Healthcare Commission - der "watchdog" des NHS - im Gesundheitsdienst durchführt (Kap. 8.4).¹⁸³ Mehrfach wird diese Ausrichtung (oder allgemeiner eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung) in den ministeriell definierten Standards und Zielen gefordert, die den normativen Bezugsrahmen der Bewertung bilden (HCC 2006). Für die Umsetzung der National Service Frameworks sollen darüber hinaus eigens gebildete Implementationsgruppen sorgen. Auch die verbliebenen (Strategic) Health Authorities haben sich dieser Aufgabe zu widmen.

In welchem Umfang die Empfehlungen des NICE im Versorgungsalltag tatsächlich umgesetzt werden, ist weithin unklar (Rawlins 2005: 906). Eine Studie, die dieser Frage speziell mit Blick auf NICE-Leitlinien nachgeht, ist bis dato nicht veröffentlicht worden. Über deren kraft flankierender

¹⁸⁰ Konkret ging es in einem Fall darum, daß die vorgeschlagene Empfehlung zur reduzierten Aufnahme eines bestimmten Nährstoffes nach Auffassung eines beteiligten Facharztes unrealistisch war und Widerstand aus Kreisen der Nahrungsmittelindustrie hervorrufen würde. Offenbar hat dieser Gesichtspunkt aber das Ergebnis des Normierungsprozesses gerade *nicht* beeinflußt.

¹⁸¹ Der Vorsitzende des NICE-Boards hat Ärzten deshalb geraten, Abweichungsgründe in den Patientenakten festzuhalten (vgl. Harrison 2002: 473). Technologien, deren Bewertung durch das NICE in eine negative Empfehlung mündete, können allerdings auf NHS-Kosten in aller Regel nicht mehr eingesetzt werden.

¹⁸² Neben NICE-Empfehlungen zählen National Service Frameworks dazu - intersektorale Versorgungsprogramme, die Standards, Ziele und Maßnahmen vorgeben.

¹⁸³ Die Vorgängerin der Healthcare Commission, die Commission for Health Improvement, prüfte bei ihren "clinical governance reviews", wie NHS-Organisationen NICE-Empfehlungen im Rahmen des Qualitätsmanagements umsetzten (Kap. 7.3). Die Ergebnisse dieser Inspektionen sind wiederum in die sog. "star ratings" eingeflossen, ein umstrittenes, für die betroffenen Krankenhäuser und ihre Leitungen u.U. konsequenzreiches Bewertungssystem, an dessen Stelle der "health check" getreten ist (Kap. 8.4).

Maßnahmen gegenüber fachgesellschaftlichen Leitlinien möglicherweise größere Verhaltenswirkung kann deshalb vorerst nur spekuliert werden.¹⁸⁴ Die (bislang größtenteils unveröffentlichte) Evidenz zum Wirkungsprofil der technologiebezogenen Empfehlungen des Instituts ist widersprüchlich. Nationale Daten erlauben die Annahme, daß sich die Behandlungspraxis in bestimmten Bereichen - beim Hüftgelenkersatz etwa - im Gefolge von NICE-Empfehlungen spürbar verändert hat. Zudem sind lokale Umsetzungsbeispiele dokumentiert. Auf der anderen Seite stehen Daten, die schwankende Verhaltenswirkungen anzeigen (ebd.).

"Evidence-based medicine" und "guidelines" sind aber in jedem Fall aus der britischen Versorgungspolitik nicht mehr wegzudenken - "guidelines are here to stay", wie englische Autoren schon vor einigen Jahren bemerkt haben (Onion/Walley 1998: 292). Und spätestens mit der Gründung des NICE ist die Evidenzbasierung zur festen Größe im Regelungshaushalt des NHS geworden. Das Institut ist heute nach streckenweise turbulenten Anfangsjahren eine etablierte und expansionsbegierige Organisation.¹⁸⁵ So unstrittig das Postulat der Evidenzbasierung im Grundsatz sein mag, so klar ist allerdings auch, daß damit auf der Ebene konkreter Normierungsprozesse kein "apolitical way forward"¹⁸⁶ markiert wird, speziell, wenn Rationierungsfragen anstehen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist der Aufstieg der "related movements" von Stimmen begleitet worden, die auf Probleme und Grenzen der Evidenzbasierung und Leitlinienorientierung medizinischer Abläufe hingewiesen haben.

6.3 EBM und Leitlinien: Probleme und Grenzen

Die evidenzbasierte Medizin hat gewiß ein beachtliches Potential (vgl. Perleth/Antes 1998). In dem Maße, wie gesichertes Wissen in der Gesundheitsversorgung an Orientierungskraft gewinnt, können unnötige oder schädliche Maßnahmen verhindert, kann der Nichtanwendung indizierter Maßnahmen entgegengewirkt und die Ressourcennutzung entsprechend verbessert werden. Evidenzbasierte Medizin kann so zu einem wirksamen Medium der Qualitätsförderung werden. Von kritischer Kompetenz im Umgang mit medizinischer Literatur und neuen Informationsressourcen, wie ihn die EBM zu fördern sucht, kann darüber hinaus sicherlich auch die Fortbildung des in der Praxis stehenden Arztes profitieren. Die EBM-Literatur führt Studienergebnisse an, nach denen selbst ein kurzes Training in der kritischen Beurteilung von Forschungsarbeiten die Qualität klinischer Entscheidungen heben konnte und zur eigenständigen EBM-Praxis befähigte Absolventen einer medizinischen Fakultät sich im Unterschied zu anderen Ärzten auch lange Jahre

¹⁸⁴ McDonald und Harrison glauben, daß sich Einstellungen und Verhalten von Ärzten gegenüber Leitlinien in den späten neunziger Jahren unter dem Eindruck einer interventionsfreudigen Politik gewandelt haben könnten. Während ein von ihnen in den Jahren 1997 – 1999 beobachteter Leitlinienprozeß keine erkennbaren Verhaltenswirkungen bei den adressierten (niedergelassenen) Ärzten einschloß, gaben 1999/2000 befragte general practitioners zu Protokoll, daß ihnen die Notwendigkeit, Leitlinien zu beachten, bewußt geworden sei und sie sich entsprechend verhielten (vgl. McDonald/Harrison 2004: 235).

¹⁸⁵ Seine Programme, sagt der Leiter, "need to expand" (Rawlins 2005: 907).

¹⁸⁶ Eine Wendung, mit der der damals zuständige Minister beschrieben hat, was die Resource Allocation Working Party Mitte der siebziger Jahre aufgrund einer "objective analysis of facts" für die Allokationspolitik leisten sollte (Owen 1988: 61; vgl. Kap. 4.3).

nach Beendigung des Studiums à jour hielten (vgl. Rosenberg/Donald 1995: 1124).

Daß der Einsatz von Leitlinien Qualitäts- wie Effizienzsteigerungen bewirken kann, haben kontrollierte Studien belegt (Grimshaw/Russel 1993; Grimshaw et al. 1995). Mit ihnen kontrastieren allerdings Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen, nach denen von Leitlinien unter Routinebedingungen oft keine nennenswerten Wirkungen ausgehen (z.B. Grilli/Lomas 1994; Wolfe et al. 1997). Das in diesem Zusammenhang thematisierte Ursachenspektrum deckt den gesamten Bogen des Leitlinien-Prozesses vor der (mangelnden) Wirkung im Handeln der Adressaten ab - also Gegenstandswahl, Evidenzbasierung, Publikation/Dissemination usw. Wenn so die Effektivität von Leitlinien im Versorgungsalltag nicht umstandslos aus den erstgenannten Studien abgeleitet werden kann (NHS Centre for Review and Dissemination 1999), ist am Verbesserungspotential valider Leitlinien doch grundsätzlich nicht zu zweifeln. Dieses Potential (vgl. auch Woolf et al. 1999) beschreibt jedoch nur eine Seite. Grenzen und problematische Aspekte der evidenzbasierten Medizin und ihrer Leitlinien lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen.

I) Da es um die Anwendung von (wissenschaftlichem) Wissen im Versorgungsalltag geht, werden EBM-Möglichkeiten zunächst von der verfügbaren Evidenz bestimmt. Über den Anteil der medizinischen Interventionen, die man als evidenzbasiert bezeichnen kann, sind in den 1980er Jahren Schätzwerte in Umlauf gekommen, die sich zwischen 10 % und 20 % bewegen.¹⁸⁷ Ein wesentlich positiveres Bild zeichnet dagegen eine Studie, die von einer Ärztegruppe um D. Sackett, einem der Köpfe der EBM-Bewegung, Mitte der neunziger Jahre durchgeführt wurde (Ellis et al. 1995). In der allgemeinen Abteilung eines (Lehr-)Krankenhauses untersuchten Sackett und Kollegen während eines Monats die Behandlung von 109 Patienten, bei denen die Hauptdiagnose unstrittig war. Ergebnis: In über 80 % der Fälle war die Behandlung evidenzbasiert, d.h. sie konnte sich bei bestimmten Interventionen auf Ergebnisse randomisierter und kontrollierter Studien oder die einhellige Auffassung des Teams stützen, daß überzeugende nicht-experimentell gewonnene Evidenz existiert. Berücksichtigte man nur die durch randomisierte und kontrollierte Studien generierte Evidenz, ergab sich immerhin noch ein Wert von 53 %.¹⁸⁸

In der Diskussion um die Studie (vgl. Greenalgh 1996) ist allerdings darauf hingewiesen worden, daß oft gerade die Diagnose ein zentrales Problem darstellt. Hinzu kommen die zahlreichen Patienten, die den Arzt mit multiplen Problemen konfrontieren. Eine auf einzelne Interventionen bei unstrittiger Hauptdiagnose fokussierte Studie wird daher ein irreführend günstiges Bild vermitteln, wenn es generell um die Frage nach dem Umfang der Evidenzbasis für medizinische Entscheidungen geht.

Globale Schätzungen sind angesichts des ständig wachsenden und in seiner Gesamtheit schlechterdings unüberschaubaren Bestandes an medizinischem Wissen und offenen Fragen mit Vorsicht zu genießen. Es existieren ausgedehnte "Grauzonen", wo Evidenz zu Risiken und Nutzen von Behandlungsoptionen fehlt, unvollständig, mehrdeutig oder widersprüchlich ist. Die EBM hat

¹⁸⁷ Zwei häufig zitierte amerikanische Arbeiten kamen auf Werte von 15 % bzw. 21 % (vgl. Greenalgh 1996: 957).

¹⁸⁸ Für andere Versorgungsbereiche und -einrichtungen sind Studien mit gleicher Intention und ähnlichen Ergebnissen vorgelegt worden (s. Geddes et al. 1996; Gill et al. 1996).

hier selbst bei großzügigem Evidenzverständnis, das als gesichert geltendes Erfahrungswissen einschließt, wenig Orientierungshilfe zu bieten. Auch Protagonisten der "Bewegung", denen es um eine realistische Erwartungsbildung zu tun ist, haben dies hervorgehoben (Naylor 1995). Wissenschaftliche Evidenz wird namentlich dann knapp, wenn es um den Umgang mit chronischen Erkrankungen und altersbedingten Gesundheitsproblemen geht, bei denen einzelne (technikintensive) Interventionen nur begrenzt effektiv sind (Hopkins 1995).

II) Schranken der "Verwissenschaftlichung" des Versorgungsgeschehens ergeben sich ferner aus dem Design der Studien, mit denen die verfügbare Evidenz gewonnen wurde. Wie schon erwähnt, gelten randomisierte und kontrollierte Studien als "Goldstandard" der Effektivitätsbeurteilung. Auch dieses Forschungsdesign stößt jedoch an Grenzen, speziell wenn es darum geht, Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen im Versorgungsalltag zu gewinnen. Neben dem hohen Aufwand und der ethischen Problematik, die mit entsprechenden Studien vielfach verbunden sind, fällt vor allem folgender Aspekt ins Gewicht: Im Bestreben, eine hohe interne Validität zu erreichen, werden Studien oft unter sehr künstlichen, "idealen" Bedingungen durchgeführt, die die externe Validität beeinträchtigen. Solche Studien geben Aufschluß über die "efficacy", die Effektivität einer Intervention unter optimalen Bedingungen. Aus der Perspektive des Klinikalltags ist hingegen die Effektivität im Routinebetrieb ("effectiveness") von Interesse, der in Hinsicht auf Patienten-, Arzt- und Kontextmerkmale durch mehr oder weniger differente Verhältnisse bestimmt sein kann.¹⁸⁹ In der Regel werden bei klinischen Studien Ausschlußkriterien angewandt,¹⁹⁰ Teilnahmeverweigerungen können hinzukommen. Nach amerikanischen Untersuchungen entspricht nur etwa ein Viertel der Patienten klinischer Zentren den Ein-/Ausschlußkriterien publizierter Studien (Kolkman 2000: 54f.). Oft wird der Informationswert einer Studie selbst im Blick auf diese Patienten durch die Selektivität der erfaßten Variablen geschmälert, wenn klinisch bedeutsame Aspekte wie die Dynamik der Krankheitsentwicklung oder Effekte früherer Behandlungsmaßnahmen unberücksichtigt bleiben. Die Studienresultate geben nur Auskunft über "Durchschnittspatienten", die die Einschlußkriterien erfüllen (Feinstein/Horwitz 1997). Zwischen dem Gruppenbezug klinisch-epidemiologischer Forschung und der Einzelfallorientierung klinischer Praxis besteht eine grundsätzliche Differenz (vgl. Tonelli 1998). Primär die ambulante Versorgung betrifft schließlich der Umstand, daß der Beobachtungszeitraum vorliegender Studien mitunter nicht ausreicht, um Risiken einer Langzeittherapie zu erfassen (vgl. Pereira Gray 2005: 66).

III) Die Effektivität der medizinischen Versorgung zu steigern, ist das zentrale Anliegen der EBM. Das Effektivitätskriterium allein bietet jedoch keine Grundlage, um medizinische Interventionen unter ökonomischen Gesichtspunkten zu bewerten. Ob die EBM ökonomische Aspekte einschließen soll, ist kontrovers diskutiert worden (vgl. z.B. Maynard 1997). Den Vertretern des

¹⁸⁹ Insbesondere qua Multimorbidität. (Für 75jährige nennt Pereira Gray (2005: 67) die Durchschnittszahl von drei Erkrankungen.) Die Frage ist dann, wie sich Begleiterkrankungen auf Chancen und Risiken einer Therapie auswirken oder welche Risiken aus der Kombination mehrerer Einzeltherapien erwachsen. Outcomes mögen darüber hinaus vom Setting der Behandlung abhängen. Hier ein "Produktchampion" mit hochmotiviertem Team in der innovationsgeneigten Spitzenklinik, dort Einrichtungen, die weniger günstige Bedingungen bieten, aber an einer Versorgung auf breiterer Front beteiligt werden müßten (vgl. Klein et al. 1996: 105).

¹⁹⁰ In extremen Fällen betreffen solche Kriterien beinahe jeden für eine Behandlung mglw. in Betracht kommenden Patienten (vgl. Pereira Gray 2005: 66).

traditionellen, am Wohl des einzelnen Patienten ausgerichteten ärztlichen Ethos wird entgegengehalten, daß das Verhältnis von Aufwand und Ertrag in einer Welt knapper Ressourcen nicht außer Betracht bleiben dürfe.¹⁹¹ Die britische Regierung hat sich in dieser Frage im Prinzip klar entschieden, die "guidance" des National Institute for Health and Clinical Excellence soll neben dem klinischen Nutzen ausdrücklich auch die Kosteneffektivität gesundheitsbezogener Interventionen im Blick haben.

Auch wenn entsprechende Evidenz vorliegt,¹⁹² wird der ökonomische Aspekt jedoch bereits in den einschlägigen Normierungsprozessen an anderen Gesichtspunkten relativiert. Und selbst der für die EBM konstitutive Effektivitätsbezug kann in konkreten Entscheidungssituationen mit anderen Allokationskriterien kollidieren. Zu nennen ist hier etwa die "rule of rescue" - der moralische Imperativ, alles zu versuchen, um Schwerverkranken oder Verunglückten zu helfen (vgl. etwa Hadorn 1996). Der moralische Bezugspunkt ist dabei weniger die Erwartbarkeit eines bestimmten Ergebnisses als der Rettungsversuch selbst. Tatsächlich scheint entsprechendes Handeln breiter Unterstützung sicher zu sein, auch wenn die (Opportunitäts-)Kosten beträchtlich sind.

Schließlich kann die Frage, ob im Einzelfall die Behandlungsform gewählt werden soll, die nach Maßgabe klinisch-epidemiologischer Studien die Methode der Wahl ist, nicht unabhängig von Bedürfnissen und Präferenzen des betreffenden Patienten entschieden werden. Auch wenn patientennahe Outcome-Indikatoren wie Patientenzufriedenheit oder Lebensqualität in der Forschung häufiger zum Einsatz kommen, bleibt die Differenz zwischen dem Gruppenbezug entsprechender Studien und der Einzelfallorientierung ärztlicher Praxis bestehen. So werden sich "erhebliche Bereiche einer 'humanen Krankenbehandlung' nicht im Konzept der EBM diskutieren lassen. (...) Für die Humanität dürften interne Evidenzen eine überragende Bedeutung haben, etwa in der Frage, ob denn die nach einer Indikationsregel vorzuschlagende Therapie 'Sinn und Wert' ... für diesen Kranken und seine Biographie habe und mit seinen Erwartungen, Präferenzen und Risikowahrnehmungen übereinstimme" (Raspe 2000: 81).

Diese wenigen Bemerkungen mögen genügen, den Punkt zu erläutern, um den es hier geht: daß das handlungsleitende Potential der EBM nicht nur, wie zuvor skizziert, in kognitiver Hinsicht begrenzt ist. Es kann durchaus nicht ohne weiteres angenommen werden, daß die normativen Bezüge der EBM und die konkreter medizinischer Entscheidungslagen deckungsgleich sind.

Eine der nicht eben zahlreichen empirischen Studien zum Entscheidungsverhalten von Ärzten verweist auf einen weiteren Aspekt (Tanenbaum 1994). Ein Arzt, der sich an Ergebnissen

¹⁹¹ Zwei Zitate verdeutlichen die konfligierenden Auffassungen: "Physicians are required to do everything that they believe may benefit each patient without regard to costs or other societal considerations. In caring for an individual patient, the doctor must act solely as that patient's advocate, against the apparent interests of society as a whole" (Levinsky 1984: 1575). "The physician's obligation to the patient can no longer be a single-minded, unequivocal commitment but rather must reflect a balancing. Patients' interests must be weighed against the legitimate competing claims of other patients, of payers, of society as a whole, and sometimes even the physician himself" (Morreim 1995: 2) (beide zit. n. Martin/Singer 2000: 136).

¹⁹² Das NICE sucht seine Kosteneffektivitäts-Verdikte nach Möglichkeit auf Berechnungen zu gründen, die die Kosten für ein gewonnenes qualitätsadjustiertes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year - QALY) ermitteln.

randomisierter Studien orientiert, orientiert sich an methodisch gewonnenen Wahrscheinlichkeiten. Die (Krankenhaus-)Ärzte, denen Tanenbaum bei ihrer Studie¹⁹³ begegnete, waren hingegen primär "Deterministen". Und wenn sie probabilistisch dachten, stützten sie sich eher auf "personal probabilities" (eigene oder die von Kollegen) als auf Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Forschung, die auch, bei grundsätzlicher Anerkennung ihres Nutzens, als gegenüber sozialen Einflüssen nicht immun wahrgenommen wurde. Die klinische Medizin, die Tanenbaum beobachtete, war wesentlich interpretativ und nicht auf das Prozessieren epidemiologisch bestimmter Wahrscheinlichkeiten reduzierbar, wie methodisch streng man diese auch gewonnen haben mochte. Nur unter bestimmten Bedingungen wurden probabilistische Forschungsergebnisse als "zwingend" angesehen: "when statistical relationships are overwhelming or when serious harm is a probability of any magnitude" (ebd.: 34). Ist dies nicht der Fall, muß der Arzt entscheiden, welches Gewicht Erfolgswahrscheinlichkeiten im konkreten Fall haben, und die klinische Erfahrung ist Substitut wie Beurteilungsmaßstab für entsprechende Forschungsergebnisse.¹⁹⁴

Nochmals sei hier auch auf die Bedeutung von "mindlines" und der Sozialkontexte hingewiesen, in denen sie sich konstituieren. Der Gedanke der Förderung professioneller Netzwerke ist freilich in New Labours NHS-Politik der letzten Jahre gegenüber einer Präferenz für marktliche und hierarchische Steuerungsmechanismen in den Hintergrund getreten.

¹⁹³ Es handelt sich um eine kleine qualitative Studie, die in der Inneren Abteilung eines amerikanischen Krankenhauses durchgeführt wurde. Was generalisierende Annahmen betrifft, ist Zurückhaltung geboten.

¹⁹⁴ "If the 'evidence' says one thing and 'clinical experience' another, then doctors follow clinical experience" (Smith 1998 115).

7 Qualitätspolitik

7.1 Medical audit/clinical audit

Qualitätsfragen werden im NHS nicht erst seit den 1980er Jahren diskutiert, als politischer Topos hat sich die Qualitätsthematik jedoch erst in dieser Zeit etabliert. Vor "Working for Patients" war medizinische "Qualitätssicherung" (nach der Ausbildung) eine Sache freiwilliger professioneller Bemühungen in Fachgesellschaften, lokalen Zirkeln und einzelnen Einrichtungen. Erst im gerade erwähnten Reform-Weißbuch der Regierung Thatcher wurde Ende der achtziger Jahre eine generelle Soll-Vorgabe formuliert: "Every consultant should participate in a form of medical audit agreed between management and the profession locally" (zit. n. Pollitt 1993: 163).¹⁹⁵ Bemüht, der über die Marktpläne aufgebrachten Ärzteschaft auf anderem Feld entgegenzukommen, unterstrich die Regierung zugleich, sie lasse sich von dem Prinzip leiten, "that the quality of medical work can only be reviewed by a doctor's peers (...). The system should be medically led, with a local medical audit advisory committee chaired by a senior clinician" (DH 1989b: 6). Einer ärztlichen Hauptforderung war damit entsprochen. Als der Verband der Community Health Councils den Wunsch äußerte, die Räte am medical audit zu beteiligen, lehnte das Gesundheitsministerium mit der Begründung ab, daß medizinische Audits Angelegenheit der Profession seien. Auch die Vertraulichkeit der Audits war kein Gegenstand größerer Kontroversen zwischen Regierung und BMA gewesen. Die Standesvertreter hatten auf eingeführte Verfahren¹⁹⁶ verwiesen und argumentiert, daß sich viele Ärzte ohne die Zusicherung strikter Vertraulichkeit aus Angst vor Schadensersatzforderungen nicht beteiligen würden. Über die "edukative", nicht "reglementierende" Ausrichtung der Audits konnte man sich ebenfalls rasch verständigen; und auch die Frage der freiwilligen oder verbindlichen Teilnahme wurde nach längeren Verhandlungen im Sinne der Ärzteseite entschieden. Obwohl gerade "problem doctors" oft die geringste Neigung verspüren dürften, sich an Qualitätsaudits zu beteiligen (vgl. Black/Thompson 1993), sah die Regierung von einer Teilnahmepflicht ab. Die BMA drang zudem mit Erfolg darauf, daß Teilnahmeverweigerern keine disziplinarischen Maßnahmen angedroht wurden. Die Regierung beließ es dabei, die Erwartung zu artikulieren, "that all doctors would heed the call" (Pollitt 1993: 164), und stellte Mittel bereit. Verschiedene Royal Colleges beeilten sich, Audit-Leitlinien vorzulegen.

¹⁹⁵ Die "offizielle" Audit-Definition, die dabei zugrunde lag, lautete: "Medical audit can be defined as the systematic critical analysis of the quality of medical care, including the procedures used for diagnosis and treatment, the use of resources, and the resulting outcome and quality of life for the patient" (DH 1989b: 3). Der Begriff "Audit" ist auch in Deutschland zur Bezeichnung methodischer Qualitätsanalysen von Systemen, Tätigkeiten, Produkten oder Ergebnissen gebräuchlich (vgl. z.B. Gaster 1994).

¹⁹⁶ Seit 1952 gibt es die als Beispiel eines "good process of evaluation in the National Health Service" (Butler/Vaile 1984: 168) geltende Confidential Enquiry into Maternal Deaths. In der strengen, den Arzt vor negativen Konsequenzen der Aufdeckung von Behandlungsfehlern schützenden Vertraulichkeit dieser Untersuchungen wird einer der Gründe für die hohe Akzeptanz der Enquiry bei den Ärzten gesehen. Obwohl bis zum Machtwechsel 1997 keine Teilnahmepflicht bestand, konnte von Beginn an fast jeder Todesfall mit ärztlicher Unterstützung auf vermeidbare mögliche Ursachen untersucht werden. Die dreijährlich veröffentlichten Berichte enthalten ausschließlich aggregierte Daten und lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Fälle zu. Man nimmt an, daß die auf Basis der Untersuchungsbefunde ausgesprochenen Empfehlungen zum Rückgang der Müttersterblichkeit beigetragen haben. Vergleichbar angelegte Untersuchungen werden etwa zur perioperativen Mortalität durchgeführt.

In einigen medizinischen Disziplinen wie der Obstetrik hatten Audits eine lange Tradition, in anderen mußte man "more or less from scratch" beginnen (Marnoch 1996: 38). Daß skeptische oder ablehnende Einstellungen von Ärzten, wie sie verschiedentlich dokumentiert wurden,¹⁹⁷ dabei nicht hilfreich waren, liegt auf der Hand. Was sich Studien zur Auditpraxis bis zur "clinical governance" der Regierung Blair (s.u.) entnehmen läßt, wird im Folgenden kurz referiert (vgl. insbesondere Kerrison et al. 1994). Dabei muß man berücksichtigen, daß diese Praxis lokal stark variieren konnte, zumal das Ministerium keine konkreten Vorgaben definiert hatte.

Medizinische Audits wurden in aller Regel auf Klinik- oder Abteilungsebene als intraprofessionelle Veranstaltungen mit edukativer Funktion geplant und durchgeführt. Themen und Methodik wurden häufig ad hoc festgelegt und wechselten u.U. von Sitzung zu Sitzung. Thematisch dominierten professionell-technische Versorgungsaspekte, methodisch Projekte mit kleinen Samples, oft hatten Auditsitzungen den Charakter von Fallpräsentationen.¹⁹⁸ Für Themenwahl, Planung und Organisation der Sitzungen waren die jeweiligen "lead clinicians" entscheidend; lokale Auditausschüsse oder Manager spielten eine periphere Rolle. Im Laufe der Zeit gewachsen ist hingegen die Bedeutung der nachgeordneten bzw. in Ausbildung befindlichen Ärzte ("junior doctors") und des mit der Durchführung der Audits befaßten Personals. Wenn nicht zum Ärztekreis der betreffenden Abteilung oder Klinik gehörende Mitarbeiter teilnahmen, folgten sie meist einer Einladung und hatten (mit Ausnahme der Mitarbeiter bestimmter medizinischer Funktionsbereiche) nur eine Art Gästestatus. Pflegekräfte waren willkommen, aber "appeared to find it difficult to criticise the host" (Kerrison et al. 1994: 162).

Planung und Durchführung der Audits warfen diverse Probleme auf: Angesichts des spärlichen Bestandes an konkreten Vorgaben erwies sich bereits die Frage der Kriterienwahl vielfach als problematisch (vgl. speziell hierzu auch Hearnshaw et al. 2003). Hinzu kam der Mangel an methodischer Kompetenz auf ärztlicher Seite, ein Manko, das oft nicht durch Rückgriff auf entsprechend qualifiziertes Personal neutralisiert oder gemildert werden konnte. Darüber hinaus beeinträchtigte fehlende informationstechnische Unterstützung Datenerhebung und -auswertung (vgl. Johnston et al. 1999: 93, 98). Auch aus diesem Grund konnte sich der Zeitraum bis zur Ergebnispräsentation so weit dehnen, daß Fluktuation die Zusammensetzung der betreffenden Ärzteguppe änderte und den potentiellen Resonanzraum verkleinerte: Während ein Teil der Adressaten fehlte, fühlten sich die Neulinge nicht unbedingt angesprochen (Mason 2002: 295). Für den Mangel an personellen und technischen Auditressourcen wird nicht zuletzt das weithin geringe Managerinteresse verantwortlich gemacht.

¹⁹⁷ Beispielsweise zweifelte mancher Arzt am Qualitätsnutzen der Audits, betrachtete sie als zusätzliche Last und Ablenkung von den eigentlichen Versorgungsaufgaben oder fürchtete, sie könnten zur Einschränkung ärztlicher Autonomie führen (vgl. etwa Black/Thompson 1993; Smith et al. 1992).

¹⁹⁸ Viethen (1996: 75f.) hat ein typisches Auditprojekt beschrieben: Ein hausinternes Ärztegremium (drei bis fünf Mitglieder) prüft eine Stichprobe von Krankenakten (Kriterien: Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Richtigkeit der dokumentierten Maßnahmen), wobei die Daten des behandelnden Arztes anonymisiert sind. Falls dies nicht möglich ist, wird die Peer Review durch Ärzte eines anderen Krankenhauses durchgeführt. Entdeckt man kleine Fehler, werden sie im nächsten, bei einer regulären Frühbesprechung erstatteten Auditbericht vermerkt. Bei schweren Fehlern ist ggf. eine frühere Berichterstattung vorgesehen. Aufgabe des Ärztegremiums ist es dann, eine Ursachenanalyse vorzunehmen und Vorschläge zur künftigen Fehlervermeidung zu unterbreiten.

Welche Konsequenzen aus Auditergebnissen gezogen werden sollten, scheint oft unklar geblieben zu sein. Und wenngleich im Einzelfall Erfolge dokumentiert sind und den Audits bei Ärztebefragungen (potentielle) Nutzeffekte attestiert wurden,¹⁹⁹ gibt es insgesamt "little evidence to show that clinical audit has changed clinical practice and led to better health outcome" (Mason 2002: 295).²⁰⁰ Wirkungsträchtig waren die Audits offenbar vor allem als ärztliches Sozialisationsinstrument. Assistenzärzte betrachteten sie als Gelegenheit, Behandlungsphilosophie und Erwartungen leitender Ärzte kennenzulernen. Wirkungen in entgegengesetzter Hierarchie-Richtung wurden hingegen kaum registriert. Augenscheinlich war die Bereitschaft nachgeordneter Ärzte gering, leitende Ärzte offen zu kritisieren. Im Verhältnis zwischen den gleichrangigen consultants schließlich waren verhaltens(um)prägende Auditeffekte schon wegen der Spezialisierung im klinischen Bereich nur begrenzt möglich.

Manager hatten hinsichtlich der Audits einige Befugnisse erhalten,²⁰¹ blieben jedoch randständige Größen (Kerrison et al. 1994: 156), nicht zuletzt, weil die vom Gesundheitsminister bereitgestellten Gelder durch Ausschüsse verteilt wurden, die ärztlich dominiert waren. Dies sowie die Vertraulichkeit der Audits machten die Entscheidung, welche Themen man mit welchen Methoden bearbeiten und wer Zugang zu den Ergebnissen haben sollte, praktisch zur exklusiv ärztlichen Angelegenheit. Daß die in Krankenhäusern und NHS-Distrikten gebildeten Ausschüsse Auditergebnisse dem Management des Hauses oder der NHS-Gliederung in aggregierter Form zugänglich machen, hatten British Medical Association und andere Ärzteorganisationen zwar im Prinzip und unter der Voraussetzung vollständiger Anonymisierung zugestanden. In der Praxis jedoch war der Informationsfluß dünn und zäh. Die Gewinnung aggregierter Qualitätsdaten für das Management oder (potentielle) Vertragspartner des Hauses galt nirgendwo als wesentliches Auditziel. Selbst die Auditausschüsse wurden vielfach nicht über Ergebnisse informiert. Auf die Institutionalisierung eines formellen Berichtsweges hatte man mit Rücksicht auf die Statusgleichheit der Ärzte verzichtet. Die mangelnde Verknüpfung mit Managementprozessen wurde - neben ausgeprägter ärztlicher Dominanz - auch in einer Interviewstudie mit Vorsitzenden von Auditausschüssen, Auditmanagern und Koordinatoren als Hauptproblem genannt (McErlain-Burns/Thomson 1999). Die Befragten führten dieses Integrationsdefizit vor allem auf ärztliche Vorbehalte zurück, Manager über Auditergebnisse zu informieren oder gar an Audits zu beteiligen. Auf der anderen Seite zeigten Manager und Leitungsgremien oft wenig Interesse am medical/clinical audit, dem sie keine wirkliche Bedeutung für die Interessen der Organisation beilegten. Der Einfluß, den Health Authorities auf die Audits nahmen, war der eben erwähnten Studie zufolge ebenfalls gering.

Wenn Manager nur sehr begrenzt an Auditprozessen teilnahmen, blieben Patienten(-vertreter) gänzlich außen vor. Die Regierung hatte es, wie erwähnt, abgelehnt, die Community Health Councils am medical audit zu beteiligen, und obgleich nach einer Umfrage aus den frühen

¹⁹⁹ Neben Qualitätsverbesserungen auch Verbesserungen der kollegialen Kommunikation, Wissenszuwachs und gesteigerte Arbeitszufriedenheit (vgl. Johnston et al. 1999: 90 mit weiteren Literaturhinweisen).

²⁰⁰ Die Regierung wechselte nach einigen Jahren von "medical audit" zu "clinical audit", um die Veränderung der Auditprogrammatisierung in Richtung Interdisziplinarität, Patientenorientierung, Managementintegration zu unterstreichen.

²⁰¹ Beispielsweise war ihnen das Recht eingeräumt worden, (aggregierte) Auditergebnisse einzusehen und unter bestimmten Bedingungen ein unabhängiges Audit einzuleiten.

neunziger Jahren 46 % der NHS-Distrikte mit dem jeweiligen CHC in Qualitätsfragen zusammenarbeiteten, schloß diese Zusammenarbeit bei weniger als 1 % die Audits ein (vgl. Ranade 1997: 147).

Die häufige Abschottung gegenüber anderen Abteilungen, anderen ärztlichen Fachdisziplinen, nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Management, NHS-Einkäufern und Patienten steht im Zentrum der massiven Kritik, die das medical/clinical audit auf sich gezogen hat (vgl. außer den zitierten Arbeiten z.B. Miles et al. 1996). Daneben wurden vor allem der Mangel an Systematik, Fokussierung, Methodik und belegbaren Ergebnissen, die übermäßige Abhängigkeit von wechselnden ärztlichen Interessen und individuellem Engagement sowie die unvollständige ärztliche Teilnahme moniert.

Das Gesundheitsministerium schickte sich Mitte der neunziger Jahre an, "to breathe new life into audit" (Klein 2001: 199). Der programmatische Übergang vom medical audit zum clinical audit sollte auch realiter vollzogen werden. Die Health Authorities sollten Audit-Verantwortung übernehmen, und sie sollten diesbezüglich vom Gesundheitsministerium kontrolliert werden.

Der Machtwechsel im Frühjahr 1997 verhinderte die Realisierung dieser Pläne. Aber auch die neue Regierung machte die Effektivierung der Audits zum Gegenstand verschiedener Maßnahmen eines umfangreichen Qualitätsprogramms. Die Auditteilnahme wie auch die Teilnahme an den National Confidential Inquiries ist seither für jeden Krankenhausarzt verbindlich. Heute sind Audits durch stärker spezifizierte Standards gekennzeichnet, zudem haben Methoden der evidenzbasierten Medizin und die Erfassung von Outcomes größeres Gewicht erlangt (so Baggott 2004: 235).

Daß die Audits zur Einschränkung der "clinical autonomy" führen würden, war ein unter Ärzten gängiger Vorbehalt. Die – insgesamt recht dürftige – Evidenz zur Auditpraxis läßt jedoch nicht darauf schließen, daß hier ein signifikanter Verlust an ärztlicher Selbstbestimmung eingetreten ist. Van Herk und Kollegen sprechen im Anschluß an Freidson (z.B. 1994) allerdings von einer "growing formalisation of professional controls" (van Herk et al. 2001: 1729), d.h. an die Stelle informeller Kriterien treten festgelegte Standards. Deren Bestimmung ist freilich bislang offenbar sehr weitgehend eine innere Angelegenheit der Profession geblieben.

7.2 Clinical governance

Schon zu Oppositionszeiten hatte die Labour Party dem Qualitätsthema breiten Raum gegeben. Man mag darin einen Indikator dafür sehen, daß das ausgeprägte Qualitätsinteresse von Blair-Regierungen Ausdruck einer nachhaltigen Prioritätensetzung ist. Zum Hintergrund dieser Schwerpunktsetzung gehört darüber hinaus eine Skandalfolge, die in den späten neunziger Jahren ein Spektrum ärztlichen Fehlverhaltens von der Verletzung professioneller Standards bis hin zum Kapitalverbrechen ins Blickfeld der Öffentlichkeit rückte (vgl. z.B. Baggott 2004: 225). Der für die Qualitätsdiskussion im Kliniksektor gewichtigste Fall: Die Herzchirurgie eines Krankenhauses in Bristol hatte eine auffällige Häufung von Todesfällen zu verzeichnen, 15 Kinder waren während oder nach der Operation gestorben. Die Untersuchung der Vorgänge durch den General Medical

Council (britische Ärztekammer) offenbarte einen krassen Mangel an kritischer Selbstbeobachtung bei zwei Chirurgen, denen in der Konsequenz die Approbation entzogen wurde. Das Thema des Falles war aber nicht nur individuelles ärztliches Fehlverhalten, sondern ebenso das Kontrollversagen von Organisation und Profession (Klein 2001: 209). Obwohl sie auf die Besorgnisse einiger Ärzte und Pflegekräfte hingewiesen worden waren, hatten weder die Kollegen der Chirurgen noch der Chief Executive des Krankenhauses etwas unternommen. Auch über das Auditsystem waren die Probleme nicht thematisiert worden, und einen "whistle-blower" hatte man ignoriert. Professionelle Selbstregulierung war erst in Gang gekommen, als der General Medical Council auf einen Artikel in der "Times" reagierte.

Der "Bristol case" hat das weitreichende Qualitätsprogramm der Regierung Blair nicht ausgelöst, aber er stärkte sie in ihrer Absicht, professionelle Selbstregulierung durch andere Mechanismen der Qualitätssicherung und -entwicklung zu ergänzen.²⁰² Er generierte zudem öffentliche Unterstützung für weitgehende Maßnahmen - ein "policy window" hatte sich geöffnet (Ham 1999: 169). Umgekehrt brachte Bristol die Ärzteschaft von vornherein in die Defensive. Auch der (sicher nicht kleine) ablehnend eingestellte Teil der Profession fügte sich beinahe widerstandslos einem umfangreichen und verästelten Programm, das ärztliches Verhalten in bis dahin nicht gekannter Weise zum Gegenstand einer formalisierten Steuerung machte.

Die Institutionalisierung einer "clinical governance" bildete ein Herzstück. Das Reform-Weißbuch "The New NHS" gab folgende Definition: Clinical governance ist "a framework through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish" (DH 1997: 33).²⁰³

Der "framework" hat verschiedene Komponenten: Ein NHS Trust ist zum Qualitäts- und Risikomanagement verpflichtet. Er hat einen leitenden Arzt zu benennen, der für die Etablierung einer umfassenden, verschiedene Ansätze integrierenden und an nationalen Vorgaben ausgerichteten Qualitätssteuerung verantwortlich ist (NAO 2003). Der Chief Executive, der Qualitätsfragen meist den Health Professionals überlassen hatte, trägt nun ausdrücklich die "ultimate responsibility for assuring the quality of services provided by the trust" (ebd.: 34). Näherhin ist der Chief Executive seither dafür verantwortlich, daß die Qualitätsverantwortung organisatorisch klar verankert ist; umfassende Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung ergriffen werden; ein Risikomanagement installiert ist; Verfahren zur Erfassung und Korrektur von Leistungsmängeln für alle an der Versorgung unmittelbar beteiligten Berufsgruppen existieren (DH 1998). Auch der Board hat sich jetzt neben Finanzfragen, die bis dahin in seiner Arbeit dominierten (Fitzgerald/Ferlie 2002: 725), der Versorgungsqualität zu widmen. Er erhält regelmäßig Qualitätsberichte, denen die gleiche Aufmerksamkeit zuteil werden soll wie dem monatlichen Finanzbericht.²⁰⁴ Mitarbeiter

²⁰² Premierminister Blair anlässlich der Gründung der Commission for Health Improvement: Bristol zeige, daß eine solche Einrichtung "not just desirable but essential" sei. Es gehe um "peace of mind for patients" und die Gewähr, daß "treatment is excellent throughout the country" (zit. n. Klein 2001: 211).

²⁰³ Die sperrig-vage Definition hat mancherlei Bemerkungen provoziert, siehe z.B. Goodman 1998.

²⁰⁴ Über (potentielle) Qualitätsprobleme nicht informierte Leitungsinstanzen (Board, CE), die sich auf Finanzfragen und quantitative Leistungsaspekte (Operationszahlen etc.) konzentrieren, können zum

sollen durch die eindeutige Artikulation entsprechender Erwartungen und klare Berichtswege in ihrer Pflicht unterstützt werden, Besorgnisse über Verhalten und Leistungsstandards von Kollegen mitzuteilen.

In den "striking similarities" zwischen den clinical governance-Strukturen der meisten Trusts (Degeling/Maxwell/Iedema 2004: 166) zeigt sich ein Institutionalisierungsschema, das Degeling und Kollegen als "'silo' organizational structure" beschrieben haben (ebd.; vgl. a. Degeling/Maxwell/Iedema/Hunter 2004): Es betont die Qualitätsverantwortlichkeit von Leitungsakteuren (Managern, leitenden Ärzten) und bezieht sie auf qualitätsrelevante Handlungs- und Problembereiche, die von den Bedingungen der Versorgung konkreter Patientengruppen abgelöst definiert sind (z.B. "Risikomanagement", "clinical audit"). Die Beobachtung und Bearbeitung dieser Problemfelder obliegt bereichsspezifischen, separaten Ausschüssen - den "Silos" -, die zumeist von Fachpersonal unterstützt werden. Diese Mitarbeiter sammeln Daten zu den für ihren Ausschuss relevanten Aspekten des Versorgungsgeschehens und betreiben die Umsetzung der Ausschussbeschlüsse in die Versorgungspraxis. Jeder Bereichsausschuss hat dem (allgemeinen) Clinical-governance-Ausschuss des Trust Bericht zu erstatten. Dieses Gremium ist dann dem Board der Organisation rechenschaftspflichtig.

Die Popularität dieses Schemas erklärt sich daraus, daß es im Einklang mit Empfehlungen steht, die die Commission for Health Improvement zu Einzelbereichen der clinical governance (z.B. Risikomanagement) gegeben hat. Da die Kommission zugleich Inspektionsfunktionen wahrnahm, ist die Resonanz, die ihre Empfehlungen fanden, verständlich. Hinzu kam, daß NHS-Organisationen so die Möglichkeit hatten, an bereits etablierte Strukturen anzuknüpfen. Die Clinical-governance-Initiative der Regierung konnte bedient werden, indem bestehende Mechanismen des Qualitätsmanagements gestärkt und ergänzt wurden und der Trust die erforderlichen Ausschüsse bildete.

Die Struktur der "Silos", so kritisieren Degeling und Kollegen, entspreche zwar den formalen Anforderungen, denen Trusts genügen müßten, es sei jedoch kaum geeignet, bottom-up-Prozesse in der Entwicklung von Organisationskultur und klinischer Praxis zu stimulieren.²⁰⁵ Vielmehr berge sie das Risiko, daß die clinical governance eine Übung bleibe, bei der formale Berichts- und Rechenschaftspflichten im Vordergrund stünden. Durch die Fokussierung auf abstrakte Problemformeln wie Risiko, Sicherheit, Qualität entstehe die Tendenz, klinische Praxis als undifferenziertes Aggregat zu behandeln. Die Bandbreite klinischer, organisatorischer und interpersoneller Aspekte, die z.B. mit der Behandlung eines Knochenbruchs oder der Unterstützung chronisch Kranker beim Selbstmanagement verbunden seien, werde nicht in den Blick genommen. Diese Vernachlässigung der Variationsbreite klinischer Praxis habe zur Folge, daß die clinical governance dem Behandlungsalltag und seinen Problemen äußerlich bleibe. Die Frage etwa, wie die normale Leistungserbringung verbessert werden könne, sei im Bezugsrahmen der vorherr-

ermöglichenden Hintergrund professionellen Fehlverhaltens zählen. Vgl. die von der Commission for Health Improvement (s.u.) anhand einer Reihe von Untersuchungen aufgelisteten "risk factors for serious service failure" (CHI 2004).

²⁰⁵ Auf die Initiierung solcher Prozesse zielt ein Gegenkonzept zur Silo-Struktur, das Degeling und Kollegen vorstellen. Klinische Pfade spielen darin eine Hauptrolle. Sie sollen Teamarbeit und Evidenzbasierung fördern und ein an der Versorgungsbasis verankertes Qualitätsmanagement instrumentieren.

schenden Strukturen nicht zu bearbeiten. Zudem begünstige die nicht in konkreten Versorgungskontexten verankerte Behandlung von Sicherheits- und Qualitätsfragen die Kliniker-Tendenz, in der clinical governance eine weitere Managementveranstaltung mit bürokratischen Folgelasten für die Patientenversorgung zu sehen.²⁰⁶

Ein gemischtes Bild zeichnete eine Studie, mit der das National Audit Office (NAO - brit. Rechnungshof) vor einigen Jahren untersucht hat, welche Fortschritte an Sekundär- und Tertiärversorgung beteiligte NHS Trusts in der clinical governance vorweisen konnten.²⁰⁷ Die entsprechende "machinery" war fast überall installiert, auch wurden Verbesserungen deutlich, die allerdings zumeist die Struktur- und insbesondere die Prozeßqualität betrafen. Gleichzeitig stellte das NAO beträchtliche Unterschiede im Entwicklungsstand der clinical governance sowohl zwischen Einrichtungen als auch zwischen Organisationsbereichen oder Programmkomponenten fest. "On the whole, those functions which serve some statutory or external requirement (such as risk management, claims and complaints) appear to be most robust. Those which are newer, and which though clearly desirable may not yet be consistently seen as essential (such as patient and public involvement, and knowledge management, including sharing of good practice) are less well developed in many trusts" (NAO 2003: 5).

Man hat oft betont, daß eine effektive clinical governance Veränderungen in der Kultur von NHS-Organisationen voraussetzt. Die NAO-Untersuchung konnte diesbezüglich ebenfalls Fortschritte ausmachen, so einen Wandel hin zu "more open, transparent and collaborative ways of working" und weniger defensiven Mitarbeiter-Einstellungen (ebd.: 7). Ärzte hätten begonnen, Qualitätsfragen mehr in ihrer organisatorischen Dimension und nicht mehr nur in ihren professionellen oder personalen Aspekten zu sehen. Andererseits werden "cultural constraints" als primäres Hindernis einer erfolgreichen clinical governance wahrgenommen, konkret etwa in Gestalt von Hemmungen, ungünstige Ereignisse zu berichten und über Leistungsmängel offen zu sprechen. Als noch gewichtigerer Hemmfaktor wurde freilich ein Mangel an Ressourcen genannt.

7.3 Qualitätssteuerung auf nationaler Ebene

Konstitutives Merkmal der clinical governance ist, daß sie das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser an externe, auf nationaler Ebene definierte Vorgaben bindet. Namentlich die "guidance" des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und die National Service Frameworks - sektorübergreifende Versorgungsprogramme - sind hier zu nennen.

²⁰⁶ Degeling und Kolleginnen hatten Ansichten von Health Professionals und Managern zur clinical governance mit Hilfe von Fokusgruppen und einer schriftlichen Befragung in walisischen NHS Trusts erhoben. Den Ärzten stellte sich die clinical governance als weiterer externer Zugriffsversuch auf ihr Arbeitsfeld dar. Geschäftsführer (General Managers) wie ärztliche Manager zeigten ebenfalls eine ablehnende Haltung. Positiv eingestellt waren hingegen Pflegedienstleitungen (Degeling/Kennedy/Macbeth et al. 2004). Den Eindruck, es gehe bei der clinical governance vor allem darum, das zentrale Leistungsmanagement im NHS auszuweiten, haben nicht nur Ärzte, sondern auch wissenschaftliche Beobachter gewonnen (vgl. Harrison 2004b: 180).

²⁰⁷ Primäre Datengrundlage: Schriftliche Befragung 1) aller betreffenden NHS Trusts, 2) der Boardmitglieder und Spitzenmanager einer repräsentativen Auswahl; Inspektionsberichte der Commission for Health Improvement.

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Das NICE wurde 1999 als zum NHS gehörige "special health authority" gegründet.²⁰⁸ Es ist mithin als "public body"²⁰⁹ verfaßt, zählt also nicht zum Behördenapparat der Regierung. Das Institut stützt sich in beträchtlichem Maße auf "unpaid input" durch ehrenamtliche Mitglieder in Board und Ausschüssen (Ärzte, Pflegekräfte, Manager aus NHS und Industrie, Wissenschaftler, Patientenvertreter).

Der Organisation ist das Ziel vorgegeben, "to promote clinical quality and cost effectiveness" (NICE 2001). Ihre Arbeit soll regionale und lokale Versorgungsangebote durch die Reduktion "unerwünschter" Varianzen vereinheitlichen helfen und so zur Realisierung eines wahren "one nation NHS" beitragen (DH 1997: 55). Wenngleich über die NICE-Agenda ministeriell entschieden wird, ist das Institut maßgeblich an ihrer Gestaltung beteiligt. Sein Leiter führt neben einem Ministerialbeamten den Vorsitz des Gremiums, das dem Gesundheitsminister entsprechende Vorschläge unterbreitet.

Das Institut bewertet Technologien²¹⁰ unter der Frage, ob sie im NHS eingesetzt werden sollen oder nicht. Der zitierten Zielsetzung entsprechend hat die Bewertung neben der Wirksamkeit auch die Kosteneffektivität einer Technologie im Blick. Daneben entwickelt das NICE Behandlungsleitlinien, wobei ebenfalls beide Kriterien leitend sind. Der Bedarf, den die Regierung an einer solchen Einrichtung sah, bestimmte sich durch den Mangel an autoritativen Empfehlungen zum Umgang mit neuen Technologien. Auch das gegebene Angebot an Behandlungsleitlinien erschien unzureichend; es war thematisch selektiv, reich an widersprüchlichen Empfehlungen und ließ ökonomische Aspekte meist unberücksichtigt.

Der Vorsitzende des NICE mißt dessen Leitlinienprogramm für die Zukunft besondere Bedeutung bei: "Despite the importance of the appraisals programme of NICE, the long-term effect on the quality of care given to patients will be through its clinical guidelines." Das Ziel müsse sein, "to provide the NHS with a suite of clinical guidelines covering all major causes of morbidity and mortality" (Rawlins 2005: 907). Die Realisierung dieses Ziels werde allerdings durch verschiedene Hindernisse beeinträchtigt. Die dem Institut verfügbaren Ressourcen ließen eine substantielle Expansion des Programms nicht zu, und Personen, die über die Kompetenz zur Leitlinienentwicklung verfügten, seien knapp. Auch sei ungewiß, wie schnell der NHS die entsprechenden Empfehlungen umsetzen könne.

Welche Effekte Institutsleitlinien im Versorgungsalltag haben, ist noch nicht systematisch untersucht worden. Eine 2005 publizierte Fallstudie hat ausschließlich die Leitlinienentwicklung zum Gegenstand. Ihr Zentralergebnis lautet, daß dabei nicht nur wissenschaftliche Befunde, sondern auch anwendungspraktische und politische Fragen thematisiert werden. Leider bleibt

²⁰⁸ Das Institut hieß damals nur National Institute for Clinical Excellence. Die Namensveränderung erfolgte im April 2005, als der Aufgabenbereich der Organisation auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgedehnt wurde.

²⁰⁹ Vgl. Kap. 3, Anm. 57.

²¹⁰ Im weiten, Medikamente, Geräte, Techniken und Verfahren umfassenden Wortsinn.

weitgehend unklar, inwieweit die Ergebnisse der beobachteten Normierungsprozesse davon beeinflusst wurden (Moreira 2005).

Die öffentliche Wahrnehmung und Diskussion der Institutsarbeit war bislang vor allem auf das Bewertungsprogramm – und hier namentlich auf die ökonomische Evaluation - fokussiert. Ausgewählt werden zu beurteilende Technologien anhand mehrerer Kriterien: potentieller Gesundheitsnutzen; Zusammenhänge mit anderen Versorgungsformen/-bereichen; Auswirkungen auf die Ressourcen des NHS; zusätzlicher Nutzen der NICE-Empfehlungen (Raftery 2001: 1301). Das an der Universität Birmingham angesiedelte, vom Gesundheitsministerium finanzierte National Horizon Scanning Centre hat den Auftrag, das Ministerium über neue Technologien zu informieren.

Pro Jahr erhält das Institut etwa 25 Bewertungsaufträge (Rothgang et al. 2004: 304). Anders als in Deutschland sind die Bewertungsverfahren sektorenübergreifend; NICE-Empfehlungen zum Einsatz bestimmter Medikamente etwa betreffen grundsätzlich den gesamten NHS. Für jede zu bewertende Technologie erstellt ein wissenschaftliches Zentrum²¹¹ einen Bericht, der die verfügbare Evidenz aufarbeitet. Liegt dieser Bericht vor, können Hersteller, Ärzteverbände, Patientenorganisationen, Wissenschaftler und Gesundheitsministerium dazu Stellung nehmen. Zusammen mit dem HTA-Bericht und Zusammenfassungen einschlägiger Hersteller-Studien werden diese Stellungnahmen in den Evaluationsbericht aufgenommen, auf dessen Grundlage der Bewertungsausschuß des NICE seine Entscheidung trifft. Dem Ausschuß gehören ehrenamtliche, vom Board des NICE für drei Jahre ernannte Mitglieder an: Vertreter von Leistungserbringern, Herstellern und Patienten, NHS-Manager, Wissenschaftler. Die Vertreter von Patienten und Leistungserbringern werden auf Vorschlag ihrer Organisationen ernannt. Rund 40 Wochen nach Beginn des Verfahrens tritt der Bewertungsausschuß zu seiner ersten, öffentlichen Sitzung zusammen, um eine vorläufige Bewertung der betreffenden Technologie vorzunehmen. Das Ergebnis wird allen Beteiligten zur Stellungnahme zugesandt und auf der Website des Instituts veröffentlicht. Auf einer zweiten, nichtöffentlichen Sitzung berät der Ausschuß eingegangene Stellungnahmen und fällt nach abschließender Würdigung aller vorliegenden Evidenz seine Entscheidung. Gegen dieses Votum kann binnen 15 Tagen Einspruch erhoben werden.

Wird diese Möglichkeit genutzt, tritt ein Beschwerdeausschuß in Aktion – fünf vom NICE bestimmte Personen, die am Bewertungsverfahren zuvor nicht teilgenommen haben.²¹² Etwa ein Viertel der Einsprüche führte in den vergangenen Jahren zum erneuten Bewertungsdurchgang. Eine weitere Einspruchsmöglichkeit besteht nicht, allenfalls kann innerhalb von drei Monaten der Rechtsweg beschritten werden. Nach dem Ende der Einspruchsfrist oder der Ablehnung eines Einspruchs wird die Entscheidung auf der Website des Instituts in je einer Version für Professionals und Patienten veröffentlicht. Insgesamt dauert ein Bewertungsverfahren 12 - 14

²¹¹ Nach einer öffentlichen Ausschreibung sind insgesamt sieben Zentren (Universitäten wie nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen) ausgewählt worden, um technologiebezogene Expertisen für das NICE zu fertigen.

²¹² Bis vor einigen Jahren war der Vorsitzende des NICE zugleich Vorsitzender des Beschwerdeausschusses. Anfang 2003 wurde diese viel kritisierte Personalunion beendet. Der Institutsvorsitzende hat seither nur mehr ein Anhörungsrecht.

Monate.²¹³

Das NICE hat zwischen März 2000 und Dezember 2003 73 Technologien bewertet, wobei der Schwerpunkt (47) auf der Bewertung von Arzneimitteln lag. Bei 66 Technologien sprach sich das Institut für einen Einsatz im NHS aus, in fast 2/3 der Fälle (46) allerdings mit Einschränkungen in bezug auf Indikationen oder Patientengruppen (Rothgang et al. 2004: 305f.). "Yes, but ..." ist also die primäre Empfehlungsformel des NICE (Raftery 2001).

NICE-Empfehlungen treten nur dann nicht als "guidance" für NHS-Organisationen in Kraft, wenn der Gesundheitsminister ausdrücklich die Anweisung erteilt, sie zu ignorieren.²¹⁴ Maßnahmen, die den Empfehlungen Beachtung verschaffen sollen, waren - über die Artikulation entsprechender Erwartungen hinaus - zunächst nicht getroffen worden. Als sich Hinweise mehrten, daß Empfehlungen des Instituts häufiger ins Leere liefen, verpflichtete der Gesetzgeber die Leistungsfinanziers im NHS (insbesondere also Primary Care Trusts), innerhalb von drei Monaten nach der Veröffentlichung einer Empfehlung entsprechende Mittel verfügbar zu machen (Cooke 2002).

Während die Leistungsfinanziers im NHS gesetzlich verpflichtet sind, die zur Umsetzung von Institutsempfehlungen erforderlichen Mittel verfügbar zu machen, soll die professionelle Entscheidungsverantwortung der (unmittelbaren) Leistungserbringer unberührt bleiben. "Health professionals are expected to take it [die guidance] fully into account when exercising their clinical judgement, it does not however override their individual responsibility to make appropriate decisions in the circumstances of the individual patient, in consultation with the individual patient and/or guardian or carer" (NICE 2003a). Abweichende Behandlungsentscheidungen sollen jedoch dokumentiert werden (Rothgang et al. 2004: 305). Die Healthcare Commission (s.u.) hat den Auftrag, die Umsetzung von NICE-Empfehlungen in der klinischen Praxis zu beobachten. Dazu werden beispielsweise Prä/post-Vergleiche von Verschreibungsquoten durchgeführt.

Verallgemeinernde Aussagen darüber, wie weit NICE-Empfehlungen in den Versorgungsalltag eingehen, läßt die Datenlage nicht zu. Das Bild, das sich aus (häufig unveröffentlichten) Studien ergibt, ist widersprüchlich und regional uneinheitlich (Rawlins 2005: 906). Wirkungsbelege kontrastieren mit Hinweisen auf (mögliche) Implementationsdefizite,²¹⁵ die man nicht nur in Form des (finanzierungs-/behandlungsseitigen) Umsetzungsmangels, sondern auch in Gestalt der

²¹³ Bei vielen Medikamenten soll die Dauer des Verfahrens nun auf sechs Monate verkürzt werden, um so auch die Bewertungskapazität des Instituts zu steigern. Patientenorganisationen haben wiederholt beklagt, daß NICE-Entscheidungen zu lange auf sich warten ließen. Dabei liegt nicht nur die Verfahrensdauer, sondern auch die Zeitspanne bis zum Beginn des Bewertungsverfahrens im Blick.

²¹⁴ In den ersten NICE-Jahren galt, daß Institutsempfehlungen versorgungsrelevant werden, wenn das Gesundheitsministerium sein Plazet erteilt. Mit der Neuregelung sollte die Unabhängigkeit des Instituts unterstrichen werden.

²¹⁵ Es sind auch mangelnde Umsetzungskontrollen moniert worden. Beispielsweise haben mehrere Patientenorganisationen eine leistungsfähige Implementationskontrolle in der Krebstherapie gefordert (Breakthrough 2003). Nach einer in ihrem Auftrag durchgeführten Befragung zur Umsetzung von NICE-Empfehlungen - konkret ging es um ein bestimmtes Medikament - wurde zwar die dreimonatige Frist zur Bereitstellung entsprechender Ressourcen eingehalten, es blieb jedoch unklar, wer für eine behandlungsbezogene Umsetzungskontrolle verantwortlich ist.

"Überimplementation" (Überschreiten empfohlener Anwendungsbeschränkungen) festgestellt hat.²¹⁶

Welche Versorgungseffekte hatten die Technologiebewertungen des Instituts bislang? Der Kenntnisstand erlaubt nach dem gerade Gesagten keine bündige Antwort. Die Behandlungskosten im NHS sind mit NICE-Empfehlungen vermutlich stärker gestiegen, als es ohne diese "guidance" der Fall gewesen wäre. Da sich das Institut nur bei einer Minderheit der bislang bewerteten Technologien gegen die Anwendung im NHS ausgesprochen hat und durch die erwähnte Finanzierungspflicht die landesweite Bereitstellung entsprechender Ressourcen grundsätzlich gewährleistet ist, darf vermutet werden, daß die Institutsarbeit bei den empfohlenen Technologien zu "faster and more uniform access" geführt hat (vgl. Raftery 2001: 1303). Andererseits mögen im Gefolge von NICE-Empfehlungen auf lokaler Ebene variierende, dem Postulat gleicher Zugangschancen zuwiderlaufende Sparpolitiken aufgelegt worden sein, wenn die Umsetzung der Empfehlungen nicht ohne Einsparungen in anderen Bereichen möglich schien (vgl. Kap. 5.4).

National Service Frameworks

National Service Frameworks (NSFs) sind intersektoral ausgerichtete Versorgungsprogramme für bestimmte Patientengruppen, die neben (wissenschaftlicher) Evidenz und Expertenempfehlungen die Perspektiven aller wesentlichen "stakeholders" berücksichtigen sollen. Sie übergreifen verschiedene Erkrankungsphasen und thematisieren neben Behandlungsmaßnahmen auch Prävention, Pflege und Fragen der Lebensqualität. NSFs fixieren Standards²¹⁷ Versorgungsmodelle, Kerninterventionen, zeitlich konkretisierte Fortschrittsziele und Umsetzungsstrategien. Das Gesundheitsministerium "managt" die Entwicklung der NSFs. Es wird dabei von "external reference groups" unterstützt, denen Professionals, Wissenschaftler, Manager sowie Vertreter von Patienten und Betreuenden angehören. Diese Gruppen erstellen programmspezifische Berichte, die von Gesundheitsministerium, Schatzamt und Prime Minister's Office zu billigen sind und vor der Veröffentlichung Veränderungen unterliegen können. Bis dato sind neun NSFs publiziert worden, ein weiterer ist für September 2008 angekündigt (www.dh.gov.uk).

Es wird erwartet, daß NHS-Organisationen den Vorgaben der Versorgungsprogramme bei Leistungserbringung, Leistungskauf, Versorgungsplanung und Qualitätssicherung entsprechen. Ob dies geschieht, prüft die im folgenden Abschnitt beschriebene NHS-Inspektion. Die Umsetzung der Programme zu fördern, ist zudem Aufgabe eigens gebildeter Implementationsgruppen, die

²¹⁶ Technologien, die das Institut nicht empfiehlt, werden im NHS normalerweise nicht (mehr) eingesetzt.

²¹⁷ Der NSF zur koronaren Herzkrankheit etwa enthält 12 Standards zu den Themen Prävalenzreduktion, Prävention bei Hochrisiko-Patienten, Herzinfarkt und andere akute Syndrome, stabile Angina, Revaskularisierung, Herzversagen, Rehabilitation. Einige Beispiele: Der Rehabilitations-Standard fordert, daß Krankenhäuser die Empfehlung zur Teilnahme an einer entsprechenden Maßnahme als Bestandteil eines formalisierten Behandlungsprogramms institutionalisiert haben. Von Hausärzten wird verlangt, daß sie Personen, die symptomfrei sind, aber ein hohes Erkrankungsrisiko aufweisen, Beratung und Therapie zur Risikoreduktion anbieten. Bei Infarktpatienten soll binnen 60 Minuten nach dem Hilferuf eine Thrombolyse durchgeführt werden (DH 2000b).

wiederum interessenpluralistisch zusammengesetzt sind. Das Gesundheitsministerium veröffentlicht programmspezifische Fortschrittsberichte. Der Bericht zum NSF für die koronare Herzkrankheit etwa enthält Angaben zu Ärztezahlen, Wartezeiten, prozeßqualitativen Aspekten und zur Mortalitätsentwicklung (DH 2007e).

Trotz des Versuchs, unterschiedlichen Perspektiven Rechnung zu tragen, sehen manche Kritiker die National Service Frameworks von ärztlichen Sichtweisen dominiert (Baggott 2004: 144f.). Als weiteres Problem der Programme wird ihr (in Teilen) schnelles Veralten und ihre Inflexibilität diskutiert. Die Healthcare Commission bescheinigt den Versorgungsprogrammen deutliche Qualitätswirkungen. "Services subject to targets and the requirements of national frameworks have produced significantly better outcomes, particularly for people with cancer and heart disease" (HCC 2005a). Kaum zu sagen ist, welchen Anteil die Finanzierungs- und welchen die Organisations-/Managementkomponente der Programme daran hat.

Commission for Health Improvement/Healthcare Commission

Die Umsetzung nationaler Leitlinien und Empfehlungen war, neben anderem, Gegenstand der "clinical governance reviews", denen die Commission for Health Improvement (CHI) NHS Trusts unterzogen hat. Wie das NICE 1999 gegründet, hatte die CHI Inspektionsfunktionen wahrzunehmen.²¹⁸ Zudem sollte sie qualitätsgerichtete Aktivitäten im NHS durch entsprechende Empfehlungen und Programme unterstützen. Als public body mit eigenem Board verfaßt und in ihrer Arbeit grundsätzlich unabhängig, unterlag die Kommission doch einem potentiell starken ministeriellen Einfluß: "The Secretary of State may give directions with respect to the exercise of any functions of the Commission", hieß es im Gesetz (zit. n. Klein 2001: 210). Day und Klein haben in ihrer CHI-Studie das Verhältnis zwischen Ministerium und Kommission als "one of mutual exasperation" charakterisiert (Day/Klein 2004: 1). Das Ministerium war enttäuscht über die Tendenz der Kommission, aus seiner Sicht legitime Forderungen abzuwehren und es von ihrer Methodendiskussion auszuschließen. Die auf ihre Unabhängigkeit bedachte CHI wiederum mußte ministerielle Vorgaben zur Zahl der jährlich durchzuführenden Organisationsprüfungen hinnehmen.

Die clinical governance reviews galten der "effectiveness of the NHS organisation's clinical governance arrangements" (CHI 2003). Sie schlossen die Auswertung umfangreicher Leistungsdaten und eine einwöchige Visitation ein, bei der Interviews mit Patienten und Mitarbeitern geführt wurden.²¹⁹ Den von einem CHI-Manager geleiteten Inspektionsteams gehörten in jedem Fall ein Arzt,

²¹⁸ Neben ihren regulären Reviews wurde die Kommission ad hoc bei schweren Mängeln oder Versäumnissen in der NHS-Versorgung (bzw. bei entsprechendem Verdacht) tätig. Entsprechende Untersuchungen konnte die Organisation auf Veranlassung des Gesundheitsministers oder aus eigenem Entschluß durchführen, wenn sich im Zuge ihrer Arbeit Anhaltspunkte ergaben, die einen solchen Schritt rechtfertigten. Vorläufer der CHI (mit wesentlich bescheideneren Kompetenzen) war der 1969 nach Skandalen in der stationären Versorgung Behinderter und psychisch Kranker gegründete Hospital Advisory Service, aus dem später der Health Advisory Service mit erweitertem Zuständigkeitsbereich wurde.

²¹⁹ Zur Methodik der Reviews und einigen ihrer Probleme vgl. die retrospektive (Selbst-)Bewertung von CHI-Mitarbeiterinnen (Attride-Stirling et al. 2006).

eine Pflegekraft, ein weiterer Leistungserbringer (ein Physiotherapeut etwa), ein Laie und ein NHS-Manager an. Die Teammitglieder wurden landesweit über Anzeigen rekrutiert und durften keine Verbindung zum Inspektionsobjekt haben. In Abhängigkeit von der Art der Organisation konnte das Team vergrößert werden (bei einer psychiatrischen Klinik etwa um einen Nutzer mit einschlägigen Erfahrungen). Bis zu ihrer Auflösung im März 2004 hat die CHI das Qualitätsmanagement in über 370 englischen und walisischen NHS Trusts inspiziert (Attride-Stirling et al. 2006: 203).

Inhaltlich mußten die Prüfungen auf sieben Leistungsdimensionen ausgerichtet werden - die sog. "seven pillars of clinical governance" (Day/Klein 2004: 1f.).²²⁰ Jede Säule hatte das gleiche Gewicht, woraus insofern ein methodisches Problem erwuchs, als keine Evidenz zur relativen Qualitätsbedeutung der meisten Dimensionen vorlag. Wie sie die Leistung einer Organisation auf den genannten Dimensionen bewertete, drückte die CHI (auch) mit Hilfe von Scores (dimensionsbezogene Scores, Summenscore) aus.²²¹ Öffentlich zugängliche Prüfberichte hielten die Inspektionsergebnisse fest. Mit Blick auf diese Berichte sind vor allem zwei Aspekte problematisiert worden: Einmal die beträchtliche Varianz in der konkreten Themenwahl, Evidenzpräsentation und Analyse (Benson et al. 2004: 12ff.; Day/Klein 2004: 23ff.).²²² Zweitens der Umstand, "that there sometimes appears to be a discrepancy between the text of the report and the score awarded" (Day/Klein 2004: 2).

Standen die Review-Ergebnisse fest, mußte das betreffende Krankenhaus einen "action plan" erstellen, dem zu entnehmen war, wie es die Empfehlungen der Kommission umsetzen wollte. Die Realisierung des Plans wurde von der zuständigen (Strategic) Health Authority kontrolliert, nicht von der Kommission selbst. Der Studie von Benson und Kollegen (2004) zufolge sind CHI-Empfehlungen weithin als Folgerungen aus einer methodisch fundierten Prüfung akzeptiert und auch umgesetzt worden. Was diese Studie über die (berichteten) positiven Effekte der Inspektionen sagt, harmoniert mit dem Schluß, den Day und Klein ziehen: Die wichtigste Wirkung der Inspektionen sei darin zu sehen, daß sie Organisationsdynamiken verändern. Das herannahende Ereignis veranlasse zur Selbstprüfung und rücke die clinical governance in den Aufmerksamkeitsfokus der Organisationsleitung. "In short, CHI's role is largely catalytic. In addition, CHI inspections give extra leverage to those institutional actors who are seeking to change organisational practice and attitudes" (Day/Klein 2004: 3).

Die Kommission selbst hat für die Wirksamkeit ihrer Arbeit auf nationaler Ebene eine Reihe von Beispielen angeführt (CHI 2004: 10ff.). So sind im Gefolge von CHI-Untersuchungen

²²⁰ Nutzerbeteiligung (patient and public involvement), Risikomanagement, klinische Audits, Personal und Management, Aus- und Weiterbildung, klinische Wirksamkeit, Informationsmanagement. Welche Clinical-governance-Aspekte sie in den Reviews zu thematisieren hatte, war der Kommission im wesentlichen vom Gesundheitsministerium vorgegeben worden. Über das methodische Vorgehen konnte die CHI selbst entscheiden.

²²¹ Der Gesamtscore floß auch in die "star ratings" ein (vgl. Kap. 8.4).

²²² Zu dieser Varianz beigetragen hat neben der intensiven Nutzung qualitativer Methoden insbesondere der Umstand, daß die Kommission nicht mit expliziten Standards arbeitete, da sie weder auf bereits existierende Vorgaben zurückgreifen konnte noch ermächtigt war, eigene Standards zu setzen (Attride-Stirling 2006: 208).

qualitätsbezogene Standards und Pflichten für Leistungserbringer definiert und in entsprechende Verträge aufgenommen worden. Die (mittels einer Interviewstudie durchgeführte) retrospektive Evaluation von 10 Untersuchungen führte die CHI auch im Blick auf die lokale Ebene zu positiven Ergebnissen: Erfolge bei der Identifikation von Problemursachen und der Stimulierung von Verbesserungsbemühungen (Risikomanagement, Führungsstrukturen u.a.m.).

"'Being CHI'd' was known to be stressful for trust staff" (Attride-Stirling et al. 2006: 205), und die Ansichten von Krankenhausmitarbeitern zu den Aktivitäten der Kommission variierten offenbar stark. Gleichwohl scheint es der CHI - nach den zitierten Studien zu urteilen - im großen und ganzen gelungen zu sein, ihre Prüftätigkeit für NHS-Organisationen akzeptabel zu machen. Kritik übten Inspizierte an der aus ihrer Sicht oft unzureichenden Qualifikation der Inspektoren. Beklagt wurde zudem das ausgiebige Verlangen der CHI nach Leistungsdaten, die dann auf nicht selten fragwürdige Weise interpretiert worden seien. Zu den von NHS-Mitarbeitern benannten Negativeffekten der clinical governance reviews zählten: bloß passagere Verbesserungen; rein defensive, nicht aus Einsicht oder einem Verbesserungswunsch erwachsende Compliance; Fassaden-Compliance; Störung intern definierter Prioritäten; hohe (Opportunitäts-)Kosten.

Wie bereits erwähnt, ist an die Stelle der CHI im April 2004 die - nunmehr funktionsgemäß betitelte - Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI; gebräuchlicher: Healthcare Commission) getreten. Die neue Inspektion hat erweiterte Kompetenzen. Neben bislang von anderen Organisationen wahrgenommenen Kontrollaufgaben im NHS schließen sie auch die Zuständigkeit für private Kliniken ein. Durch die organisatorische Konzentration öffentlicher Kontrollfunktionen für den Gesundheits- und Sozialbereich²²³ sollen Kompetenzüberschneidungen vermieden und die Kontrollobjekte entlastet werden. Die - ebenfalls als non-departmental public body verfaßte - Healthcare Commission inspiziert im Blick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit.²²⁴ Um ihre Unabhängigkeit zu unterstreichen, werden der Vorsitzende und die Mitglieder des Board von der NHS Appointments Commission, einer NHS-Körperschaft, ernannt. Zudem erstattet die Healthcare Commission dem Parlament, nicht der Regierung Bericht. Mit dem Wechsel von der CHI zur CHAI war eine Verlagerung der Ausrichtung verbunden, das Bemühen um eine direktere Qualitätserfassung trat gegenüber der Prüfung organisatorischer Qualitätsmanagement-Systeme in den Vordergrund. Im Gegensatz zur Arbeit der CHI spielt dabei der Bezug auf explizite Standards

²²³ Für soziale Dienste ist die Schwesterorganisation der CHAI zuständig, die Commission for Social Care Inspection. Beide Inspektionen sollen in näherer Zukunft fusioniert werden.

²²⁴ Außer der Healthcare Commission haben die Audit Commission und das National Audit Office im Gesundheitssektor Kontroll- und Evaluationsaufgaben. Das Gegenstandsfeld dieser Organisationen ist der Umgang mit öffentlichen Geldern, den sie unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten prüfen. Während das National Audit Office die Aufgabe hat, das Parlament in seiner Kontrollfunktion zu unterstützen, soll die Arbeit der Audit Commission zur Leistungsverbesserung im NHS beitragen. Beide Organisationen haben Studien zu einzelnen Versorgungsbereichen und Handlungsfeldern im NHS durchgeführt, etwa zur Betreuung alter Menschen oder zum "fundholding", dem Praxisbudget für niedergelassene Ärzte, das die Regierung Thatcher im Rahmen ihrer Marktreformen eingeführt hatte. Ihre "national value-for-money study function" mußte die Audit Commission im April 2004 an die neue, als "lead regulator" angelegte Healthcare Commission abgeben. Sie ist aber weiterhin für die Prüfung des Finanzmanagements der NHS-Organisationen zuständig. Ausgenommen sind die verselbständigten NHS Foundation Trusts, die ihre Auditoren selbst bestimmen (Audit Commission 2004).

eine zentrale Rolle (vgl. Kap. 8.4).^{225 226}

Professionelle Selbstregulung

Maßnahmen zur Stärkung professioneller Selbstregulung zählen ebenfalls zum qualitätspolitischen Repertoire der letzten Jahre. Ihr prominentestes Objekt²²⁷ ist der General Medical Council (GMC), eine Instanz kollektiv-ärztlicher Selbstregulung mit langer, ins 17. Jahrhundert zurückreichender Tradition. Der GMC definiert Ausbildungs- wie Behandlungsstandards und nimmt disziplinarische Funktionen wahr. Seit Jahrzehnten sieht er sich mit Stimmen konfrontiert, die seine Funktionsfähigkeit als qualitätssichernde Instanz in Zweifel ziehen. Gemeinsamer Nenner eines Großteils der Kritik ist, daß es dem Rat vorrangig um Professionsinteressen, weniger um Patientenbelange zu tun sei. Konkret sind u.a. schwerfällige und intransparente disziplinarische Prozeduren und eine Sanktionspraxis moniert worden, die in zweifacher Hinsicht selektiv sei: 1) ausgerichtet auf "serious professional misconduct", wobei vorwiegend kriminelle oder grob sittenwidrige Verhaltensweisen, selten Behandlungsfehler im Blick lägen; 2) der Anwendung einschlägiger Sanktionsmittel, speziell des Approbationsentzugs, abgeneigt.

Seit den 1970er Jahren sind Organisation, Verfahren und Kompetenzen des GMC mehrfach geändert worden, zuletzt im Gefolge der Medizinskandale, die nach dem Regierungswechsel 1997 Schlagzeilen machten.²²⁸ Die Mitgliederzahl wurde auf 35 reduziert, der Laienanteil von 25 % auf 40 % erhöht,²²⁹ Kompetenzen und Sanktionsmöglichkeiten wurden erweitert, damit das Gremium nicht nur bei nachgewiesenem Fehlverhalten, sondern auch in kapitalen Verdachtsfällen unverzüg-

²²⁵ Die clinical governance wird heute im Rahmen des jährlichen "health check" der CHAI thematisiert. Einer der ministeriell definierten Standards, an denen die Leistung von NHS-Organisationen dabei gemessen wird, lautet: "Healthcare organisations work together to a) ensure that the principles of clinical governance are underpinning the work of every clinical team and every clinical service; b) implement a cycle of continuous quality improvement ..." (HCC 2006a: 34).

²²⁶ Als weiterer "public body" mit qualitätsbezogenen Funktionen ist die im Juli 2001 gegründete National Patient Safety Authority (NPSA) zu nennen. Die NPSA ist für ein nationales Berichtssystem zuständig, mit dem Behandlungsfehler erfaßt und analysiert werden.

²²⁷ Insgesamt gibt es im britischen Gesundheitssektor neun "councils", die Sicherheit und Qualität professioneller Leistungserbringung in den verschiedenen Gesundheitsberufen gewährleisten sollen. Die (Selbst-)Regelungsinstanzen nichtärztlicher Gesundheitsberufe waren und sind ebenfalls Gegenstand reformerischer Aktivität. So ist vor einigen Jahren ein neuer Nursing and Midwifery Council etabliert worden, der sich intensiver als das Vorgängergremium mit Versorgungsstandards, Ausbildungsfragen und korrektiven Maßnahmen befassen soll. 2003 wurde im Gefolge der Untersuchung des "Bristol case" der Council for Healthcare Regulatory Excellence ins Leben gerufen. Er "conducts annual performance reviews of how the regulators carry out their functions; recommends changes to the rules of regulators when necessary; and has the power to refer judgments made by the regulator in disciplinary cases to the courts if they judge that the regulator's decision showed 'undue leniency'" (King's Fund 2007a: 2).

²²⁸ Neben dem schon erwähnten Fall der Kinderherzchirurgie in Bristol zählt dazu vor allem das mörderische Wirken eines general practitioner namens Harold Shipman.

²²⁹ Die professionellen Mitglieder der Räte werden von Kolleg(inn)en gewählt, die Laien vom Privy Council auf Empfehlung der UK-Gesundheitsressorts ernannt. Professionelle Mitglieder haben zur Zeit in allen Räten eine - z.T. sehr kleine - Mehrheit.

lich handeln kann. Außerdem sicherte der GMC zu, Beschwerden schneller zu untersuchen und Laien stärker an Disziplinarverfahren zu beteiligen. Schließlich erklärte der Rat sich auch bereit, Ärzte in regelmäßigen Abständen (alle fünf Jahre) einen Kompetenznachweis erbringen zu lassen.²³⁰

Die professionelle Selbstregelung blieb gleichwohl in der Kritik. 2005 beauftragte der Gesundheitsminister unter dem Eindruck des Shipman-Falles und dessen Aufarbeitung den Chief Medical Officer und die für Personal zuständige Leitungskraft seines Ressorts mit einer umfassenden Bestandsaufnahme. Auf der Grundlage dieser Arbeiten veröffentlichte die Regierung im Februar 2007 ein Weißbuch mit weitreichenden Reformvorschlägen (DH 2007d), mit deren Umsetzung man ein für Öffentlichkeit und Professionals in puncto Fairneß und Unparteilichkeit vertrauenswürdigeres System schaffen will. Vorgesehen ist u.a., den Mitgliederkreis der Räte weiter zu verkleinern und den Laienanteil auf 50 % zu erhöhen;²³¹ Ratsmitglieder von der NHS Appointments Commission (d.h. einer NHS-Körperschaft) bestimmen zu lassen und die Kollegen-Wahl abzuschaffen; die Eignungsbeurteilung einzelner Professionals institutionell von den übrigen Aufgaben der Räte zu trennen und Verfahren auf lokaler Ebene zu etablieren; eine direkte Berichtspflicht gegenüber dem Parlament einzuführen.

Wegen mangelnder Initiative und Patientenorientierung ist die organisierte Ärzteschaft auch auf dem Weg des NHS zur Publikation arztbezogener Mortalitätsraten kritisiert worden. Seit April 2006 veröffentlicht die Healthcare Commission die Raten englischer Herzchirurgen. Der Veröffentlichung war eine jahrelange Diskussion vorausgegangen. Schon im Jahr 2000 hatte "Dr Foster"²³² anhand von Daten zur Mortalität bei Bypassoperationen einen Klinikvergleich publiziert. Im Jahr darauf sprach sich der Untersuchungsbericht zu den Geschehnissen in der Kinderherzchirurgie der Bristol Royal Infirmary nachdrücklich für die Veröffentlichung von Daten aus, die Patienten einen Vergleich zwischen Organisationen und Ärzten ermöglichen. "This led to an increasing belief that the interests of the public and patients would be served by publication of individuals' surgical performance in the form of postoperative mortality" (Keogh et al. 2004: 450). Der Gesundheitsminister kündigte die Veröffentlichung für das Jahr 2004 an.

²³⁰ Der ursprünglich vorgesehene Eignungs- und Wissensnachweis wurde allerdings zu der Anforderung abgeschwächt, daß Arbeitgeber oder andere Bewertungsberechtigte eine Erklärung abgeben, mit der das Fehlen nennenswerter Bedenken bestätigt wird. Die Vorsitzende der Shipman-Untersuchungskommission hat dazu bemerkt, der GMC habe, "in effect, delegated responsibility for revalidation of GPs to appraisers, who were not expected and were not equipped to carry out an evaluation of the doctor's fitness to practise" (zit. n. King's Fund 2007a: 3).

²³¹ Das Gesundheitsministerium will auch eine präzisere Definition des Laienmitglieds entwickeln. Derzeit bedeutet "Laie" nur, daß die betreffende Person nicht zur Berufstätigkeit im fachlichen Zuständigkeitsgebiet des jeweiligen Rates berechtigt ist. Ein Arzt im Ruhestand kann danach Laienmitglied des GMC sein (King's Fund 2007a: 4).

²³² Eine private Organisation, die auf der Grundlage von NHS-Daten qualitätsbezogene Informationen zu verschiedenen Versorgungsbereichen veröffentlicht (www.drfooster.co.uk). Seit 2006 besteht "Dr Foster Intelligence", eine "public-private partnership" zwischen Dr Foster und dem Information Centre for Health and Social Care (eine special health authority im NHS). Dr Foster Intelligence erstellt einen Krankenhausführer, der standardisierte Mortalitätsraten krankenhauses-/operationsbezogen ausweist. Daneben bietet er Angaben zu Wartezeiten, Wiedereinweisungsraten und Patientenzufriedenheit.

Doch der Prozeß geriet ins Stocken. Zwar publizierte die Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland im Jahre 2004 Angaben zur Mortalität bei herzchirurgischen Eingriffen. Vorgelegt wurden jedoch nicht die Mortalitätsraten der einzelnen Operateure. Vor der Entscheidung stehend, eine patient-choice-orientierte Publikation individueller Outcomedaten anzustreben oder "to indicate whether a surgeon is safe or not" (Keogh et al. 2004: 451) - so stellte sich der Fachgesellschaft die grundlegende Ausrichtungsalternative dar -, hatte man für die (Un-)Sicherheitsanzeige optiert. Die Gesellschaft listete Chirurgenamen auf und gab jeweils an, ob der Arzt dem von ihr festgelegten Standard entsprochen hatte (vgl. Keogh et al. 2004), ein Vorgehen, das den Vorwurf auf sich zog, vor allem der standespolitischen Reputationswahrung verpflichtet zu sein.

Dann ergriff der "Guardian" die Initiative. Auf der Grundlage des nicht lange zuvor in Kraft getretenen Freedom of Information Act, der Privatpersonen ein Informationsrecht gegenüber öffentlichen Organisationen gibt, machte sich die Zeitung daran, in den Herzchirurgien des Landes Mortalitätsdaten zu erfragen.²³³ Nicht alle Trusts konnten risikoadjustierte Daten vorlegen. In einigen Fällen waren für die Datengewinnung vorgesehene Gelder zur Wartezeitenreduktion zweckentfremdet worden, anderswo hatte ärztlicher Widerstand die Ermittlung verhindert. Aber Angehörige der Profession waren auch betreibend aktiv geworden. Kurz bevor der "Guardian" im März 2005 die Ergebnisse seiner Erhebung veröffentlichte, war im British Medical Journal ein Artikel erschienen, mit dem 25 Herzchirurgen ihre Mortalitätsraten bekannt machten (Bridgewater 2005). Auch einzelne Krankenhäuser veröffentlichten die Mortalitätsdaten ihrer Chirurgen (Shannon 2005). Es war jedoch vor allem die Aktion des "Guardian", von der ein politisch mobilisierender Effekt ausging. Zwar erwies sich eine weitere Minister-Ankündigung - nunmehr sollten herzchirurgische Mortalitätsraten im September 2005 öffentlich zugänglich sein - als voreilig. Im April 2006 jedoch konnte die Healthcare Commission auf einer neuen Website risikoadjustierte, arztindividuelle Mortalitätsraten von 17 Herzchirurgien und aggregierte Raten weiterer 13 Kliniken präsentieren. Für drei Trusts lagen aus verschiedenen Gründen keine Daten vor (Carvel/Boseley 2006).

Die Diskussion um das Für und Wider der Veröffentlichung arzt spezifischer Mortalitätsraten ist damit nicht zum Erliegen gekommen, zumal die Herzchirurgie nur den Anfang bilden soll. Fragen nach erwartbaren Verhaltenswirkungen und individueller Zurechenbarkeit stellen sich neu, wenn es etwa um Eingriffe geht, bei denen die Sterblichkeit deutlich höher ist und Behandlungserfolge in (noch) stärkerem Maße Organisations- und Teamleistungen darstellen als in der Herzchirurgie (Treasure 2005). Daß nach der Veröffentlichung von Mortalitätsraten ein Rückgang der Sterblichkeit in der Herzchirurgie zu verzeichnen sei, ist unlängst anhand von Daten aus einer Region Englands konstatiert worden (Boseley 2007). Die Analyse von knapp 26.000 zwischen April 1997 und März 2005 durchgeführten Bypassoperationen zeigt einen Rückgang von 2,4 % auf 1,8 %. Auf das Vereinigte Königreich hochgerechnet, sind das etwa 200 Todesfälle p.a. weniger. Der Anteil der Hochrisikopatienten ist im betrachteten Zeitraum gestiegen; Hinweise darauf, daß solche Patienten abgewiesen wurden, fanden sich nicht. Freilich, inwieweit der Rückgang auf die

²³³ In den USA hatte der "Newsday" Anfang der neunziger Jahre per Gerichtsbeschluß beim Department of Health des Staates New York Zugang zu arzt spezifischen Mortalitätsdaten bekommen, die die Zeitung im Dezember 1991 veröffentlichte. Die gesetzliche Grundlage bildete das Freedom of Information Law des Bundesstaates.

Veröffentlichung von Mortalitätsdaten zurückgeführt werden kann, ist der Studie nicht zu entnehmen: "We are not saying that publishing the results has caused the improvement in quality, but we feel it may be one of the factors" (zit. n. ebd.).

Resümee

Aufs Ganze gesehen sind Maßnahmen zur Stärkung professioneller Selbstregelung in der Qualitätspolitik der letzten Jahre von eher untergeordneter Bedeutung. Vor allem durch public bodies wie das NICE und die Healthcare Commission hebt sich die qualitätsbezogene Regelungsstruktur des heutigen NHS stark von der seiner "klassischen" Ausgabe ab. Die Definition der Qualitätsstandards ärztlicher Arbeit, die Kontrolle ihrer Einhaltung und die Intervention im Falle ihrer Verletzung waren auch nach der Gründung des Gesundheitsdienstes jahrzehntelang wie selbstverständlich professioneller Selbstregelung überlassen worden. Auch als sich die NHS-Politik in den 1980er Jahren an marktlichen Ordnungsvorstellungen und neuen Managementkonzepten zu orientieren begann und das korporatistische Arrangement zwischen Profession und Staat zusehends erodierte, blieb das Prinzip professioneller Selbstregelung in Qualitätsfragen zunächst unberührt. Noch in einem der Dokumente, die nach 10 Thatcher-Jahren das Programm einer markt- und managementorientierten NHS-Reform beschreiben, heißt es: "The Government's approach is based firmly on the principle that the quality of medical work can only be reviewed by a doctor's peers" (DH 1989b: 6).

Ein knappes Jahrzehnt später tritt die Regierung als Aktionszentrum in Sachen Qualität auf, sie erklärt sogar, "responsibility for clarifying which treatments work best" übernehmen zu wollen (DH 1998: 2.27). Es entsteht eine zentrale Regelungsstruktur, an der Ärzte zwar maßgeblich beteiligt sind, die aber auf einen hinsichtlich Beteiligtenkreis, Kriterien und Evidenzbasis breiteren Input ausgerichtet und zudem, wenngleich nicht zum "Staatsapparat" gehörig, "staatsnah" angelegt ist.

Daß die Gründung professionelle Autonomieinteressen tangierender öffentlicher Körperschaften in der organisierten Ärzteschaft kaum Widerstand hervorrief, ist erstaunlich. Zeigte sie doch, daß die Regierung professionelle Selbstregelung nicht mehr als zureichend ansah, um den gewünschten Standard der Versorgung zu gewährleisten. Zwei (Teil-)Erklärungen werden angeboten: 1) die erwähnte Skandalserie, nach der eine Abwehr- oder Verweigerungshaltung nicht mit Verständnis in der Öffentlichkeit rechnen konnte; 2) der in den ersten Blair-Jahren gegenüber der Ärzteschaft betont nicht-konfrontative Politikstil der Regierung. All dies bedeutet nicht das Ende ärztlicher Autonomie und Selbstregelung in Qualitätsfragen, aber der Staat ist um ihre Kontextierung und Integration in eine "vergesellschaftete" Governance-Struktur bemüht.

Die formalisierte Qualitätssteuerung ist Bestandteil eines zentralen Leistungsmanagements (Kap. 8.4), das erst unter New Labour über den traditionellen Wartelisten/-zeiten-Schwerpunkt hinaus zum qualitätspolitischen Instrumentarium ausgebaut wurde. Qualitätspolitische Akzente hat zudem die in den letzten Jahren zum reformpolitischen Topos avancierte Ausweitung von "patient choice" (Kap. 9.7). Als (vergütungswirksame) Anbieterwahl durch den Patienten setzt patient choice, so die Erwartung, starke Anreize zur patientenzentrierten Ausrichtung der Versorgung und zur Bedie-

nung versorgungspolitischer Ziele. Der "sein" Krankenhaus qualitätsbewußt wählende Patient kann, wie die Regierung hofft, so auch das zentrale Leistungsmanagement entlasten.

"Patient choice" meint nicht nur die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen. Als Möglichkeit der Behandlungsmitgestaltung wird in ihr zugleich ein Faktor des Behandlungserfolgs gesehen. Behandlungsbezogene Mitentscheidungsmöglichkeiten und einrichtungsbezogene Wahlmöglichkeiten gelten schließlich auch als essentielle Komponenten der Qualitätserwartungen heutiger Nutzer. Patient choice wird also sowohl als Qualitätskriterium eigenen Rechts wie in qualitätspolitisch-instrumenteller Perspektive gesehen.

8 Management

8.1 Der Manager als Diplomat

D. Cox hat die Leitungspraxis im NHS vor den "Griffiths-Reformen" (1983ff.) mit der einprägsamen Formel gekennzeichnet, es sei darum gegangen, "to enable a service to run rather than to run it" (Cox 1992: 92). Eine griffige Kurzcharakteristik des seinerzeit - zumindest im Verhältnis zu den Ärzten - vorherrschenden Managementstils stammt von S. Harrison: "the manager as diplomat". Andere Autoren haben die idealtypische Unterscheidung von "Verwaltung" und "Management" herangezogen und den Akzent darauf gelegt, daß NHS-Einrichtungen wohl verwaltet, aber kaum gemanagt worden seien. Empirische Studien haben folgendes Bild der Leitungspraxis in den Jahren vor Griffiths gezeichnet (vgl. Harrison 1988: 30ff.; Harrison et al. 1992: 26ff.).

1) Nicht Manager²³⁴ bzw. (hospital) "administrators", sondern leitende Krankenhausärzte waren die einflußreichsten Akteure. Diese Einschätzung fußt zum einen auf Fallstudien über Entscheidungsprozesse in NHS-Gliederungen, deren Verlauf durch die Vetomacht leitender Ärzte geprägt war. Bei den Entscheidungsgegenständen handelte es sich namentlich um Fragen der Ressourcenallokation, es ging also z.B. um den Versuch, Akutbetten in geriatrische Betten umzuwidmen oder um die Absicht, den Ressourcenanteil der Akutversorgung langsamer wachsen zu lassen als den anderer Bereiche. In anderen Fällen galt ärztlicher Widerstand Plänen, Abläufe zu reorganisieren oder die Ausbildungsanforderungen für Krankenhaustechniker zu ändern. Der aus den Fallstudien resultierende Eindruck wird durch Interview-Äußerungen von Angehörigen interdisziplinärer Managementteams unterstrichen, die Krankenhausärzte mehrheitlich als einflußreichste Gruppe im Gesundheitsdienst einstufen.

Ein ebenso wichtiger Bezugspunkt für die Einschätzung ärztlichen Einflusses ist die exklusive Kompetenz der Bedarfsbestimmung, die dem Arzt zugebilligt wurde. Die "clinical autonomy" - verstanden als Recht (und Pflicht) des Arztes, Behandlungsentscheidungen eigenverantwortlich zu treffen - ist von Beginn an ein prägendes Merkmal des NHS gewesen. Day und Klein haben diesbezüglich von einem (impliziten) "Konkordat" zwischen Staat und Ärzteschaft gesprochen: "The former set the budgets within which doctors operated. The latter, however, had complete autonomy to decide whom to treat, and how, within the limits of those budgets" (Day/Klein 1991: 44). Die Leistungsstruktur des NHS ist deshalb wesentlich Resultante einzelärztlicher Entscheidungen, durch die "Fakten" geschaffen werden, die wiederum als Bestimmungsgrößen auf nicht-klinischen Entscheidungsebenen wirken. Darüber hinaus erwachsen aus der professionellen Autonomie auch Obstruktionsmöglichkeiten gegenüber mißliebigen Managemententscheidungen.

Daß leitende Krankenhausärzte über das größte Einflußpotential verfügten, heißt nicht, daß Manager ohne Gewicht gewesen wären, und "diplomatisches" Management bedeutet nicht Konfliktfreiheit. Diskussionen mit Krankenhausärzten über die Verteilung von Ressourcen gehörten stets zum Tätigkeitsfeld der administrativen Leitungsakteure des Krankenhausesektors. Al-

²³⁴ Bis in die achtziger Jahre hinein wird das Wort im Kontext des NHS eher selten benutzt, wengleich dessen Organisationsstruktur von 1948 bis 1974 Hospital Management Committees und danach District Management Teams kannte.

lerdings war der Anspruch bescheidener, weniger auf eine aktive Rolle denn auf eine vermittelnde oder allenfalls schiedsrichterliche Funktion bei Ressourcenkonflikten zielend (Marnoch 1996: 2).

2) NHS-Manager handelten mehr "reaktiv" als "pro-aktiv", d.h. sie reagierten eher von Fall zu Fall auf akute Probleme, die an sie herangetragen oder ihnen aufgenötigt wurden, als daß sie Probleme selbst definiert und vorausschauend angepackt hätten. Dies gilt nicht nur für Leitungsakteure auf mittleren Hierarchieebenen, sondern ebenso für die Managementspitzen, und es gilt auch für Entscheidungsvorgänge, bei denen "pro-aktives" Verhalten noch am ehesten zu erwarten gewesen wäre (z.B. Planungsprozesse).

3) Das Entscheidungsverhalten war inkremental, d.h. Zahl und sachliche Spannweite der erwogenen Alternativen waren gering.²³⁵ Der Status quo, z.B. eine gegebene Ressourcenverteilung oder Leistungsstruktur, wurde kaum einer weitergehenden Prüfung unterworfen. Die ventilierten Optionen waren stark von ad hoc wahrgenommenen Mängeln in bestehenden Diensten und typisch vom Bemühen geprägt, "Einschnitte" zu vermeiden, also etwa leistungsstrukturelle Veränderungen über die Festlegung unterschiedlicher Zuwachsraten anzusteuern.

4) Die Aufmerksamkeit der NHS-Manager richtete sich zuerst "nach innen". Die Probleme, die ihren Arbeitsalltag bestimmten, wurden intern, von Organisationsmitgliedern thematisiert. "In other words managerial action was producer-led rather than consumer-led" (Harrison 1988: 49). Auch die seit Mitte der siebziger Jahre als Bürger- und Patientenvertreter agierenden Community Health Councils änderten daran wenig (vgl. Kap. 9.2).

Dieses - hier nur grob skizzierte - Bild der Managementpraxis im "klassischen" NHS beginnt sich erst in den frühen achtziger Jahren zu wandeln. Die regionale und lokale Administration des Gesundheitsdienstes wird zu dieser Zeit durch multidisziplinäre Managementteams geprägt, wie man sie im Zuge der 1974er Reform gebildet hatte. Angesichts der Größe, Komplexität und beruflichen Vielfalt des Gesundheitsdienstes sollte das Alltagsgeschäft der Leitung von Gremien wahrgenommen werden, die sich aus Angehörigen verschiedener Berufe und Arbeitsbereiche zusammensetzen.²³⁶ Diesem Teamkonzept, mit dem eine vielfach bereits geübte Praxis formalisiert worden war, lag die Vorstellung zugrunde, daß Managemententscheidungen konsensuell getroffen und umgesetzt werden sollen - und müssen, weil "professionelle Organisationen" anders nicht zu leiten sind.

Die ärztliche Tätigkeit zählte allerdings kaum zu den Gegenständen, mit denen sich die Teams

²³⁵ "Inkremental" im Sinne von "incremental analysis", womit C. Lindblom (1979: 517ff.) einen Entscheidungsstil charakterisiert. Zur Präzisierung seines ursprünglichen Inkrementalismuskonzepts (vgl. Lindblom 1959) hat Lindblom in der erstgenannten Arbeit "incremental analysis", "incremental change" (Wandel in kleinen Schritten) und "partisan mutual adjustment" (Interaktion interdependenter Akteure mit den Absichten keines Beteiligten entsprechendem Ergebnis) unterschieden.

²³⁶ Einem District Management Team gehörten im allgemeinen der "community physician", die Pflegedienstleiterin, der Finanzverwalter und der Verwaltungsleiter des Distrikts an. Dazu kamen noch der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des lokalen Ärzteausschusses sowie ein Krankenhausarzt und ein niedergelassener Arzt, die durch professionsinterne Wahlverfahren bestimmt worden waren.

befaßten. Leitende Krankenhausärzte schlossen ihre Arbeitsverträge ohnehin nicht mit dem einzelnen Krankenhaus oder Distrikt, sondern mit der Region. Die Organisation der lokalen Ebene war darauf ausgerichtet, "to leave doctors ... free from day to day management, and to leave members of other clinical professions managed only by members of their own profession" (Harrison et al. 1992: 23).

8.2 "Managerial revolution"

Das Prinzip der (multidisziplinär-)kollegialen Leitung ("consensus management") wurde in den achtziger Jahren zur Zielscheibe wirkungsvoller Kritik. Im Februar 1983 hatte der Gesundheitsminister eine kleine Arbeitsgruppe um Roy Griffiths, seines Zeichens Spitzenmanager einer Supermarktkette, damit beauftragt, den Gesundheitsdienst unter Leitungsaspekten zu untersuchen und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.²³⁷ Im Oktober präsentierte die Gruppe, die keine Hearings veranstaltet, sich aber bemüht hatte, durch Gespräche und Beobachtungen vor Ort an die Praxis heranzukommen, ihre Ergebnisse. Der "Griffiths Report"²³⁸ benannte gravierende Defizite: Es mangle an einer kontinuierlichen Leistungsbeurteilung anhand expliziter Ziele und Standards. Operationale Managementziele würden kaum definiert, Leistungsergebnisse selten gemessen. Evaluationen ärztlicher und pflegerischer Praktiken seien rar, das gleiche gelte für ökonomische Bewertungen. Vor allem aber fehle eine eindeutig definierte "general management function", zu verstehen als "the responsibility drawn together in one person, at different levels of the organisation, for planning, implementation and control of performance". Unter den Bedingungen des "consensus management" würden Entscheidungsprozesse verzögert und angesichts der Vetomacht jedes Teammitglieds quasi automatisch auf den Weg zum kleinsten gemeinsamen Nenner geführt. Zudem fehle im Ministerium eine klare Managementstruktur. Entscheidungen würden in einem Verantwortungsvakuum getroffen. "If Florence Nightingale were carrying her lamp through the corridors of the NHS today she would almost certainly be searching for the people in charge", lautete ein später gern zitiertes Aperçu. Kurz: Es gebe "no driving force seeking and accepting direct and personal responsibility for developing management plans, securing their implementation and monitoring actual achievement" (DHSS 1983: 12). Außerdem seien Entscheidungskompetenzen nicht weit genug dezentralisiert; London mische sich in zu viele Fragen ein, die besser vor Ort entschieden würden, lasse es aber zugleich an strategischer Führung fehlen.

In der Sicht der Griffiths-Gruppe waren Managementstrukturen zu schaffen, die eine "starke", den NHS zielorientiert dynamisierende Führung ermöglichen. Dazu gehörte, daß auch die Aufgaben

²³⁷ Außer Griffiths gehörten der von einigen Ministerialbeamten sekundierten Gruppe drei weitere Manager privater und öffentlicher Unternehmen an. Die Existenz der Arbeitsgruppe sollte zunächst geheim bleiben. Nachdem über informelle Kanäle Informationen an die Öffentlichkeit gelangt waren, wurden der Auftrag und dann auch die Arbeitsergebnisse der Gruppe offiziell publik gemacht.

²³⁸ Es handelte sich um einen 24seitigen Brief an den Minister. Die Rede vom "Griffiths Report" hat sich eingebürgert, obwohl die Gruppe gerade das nicht liefern sollte. "Mr Griffiths has not been asked to prepare a report", so der damalige Gesundheitsminister. Wäre es darum gegangen, "we could simply have set up another Royal Commission and then sat back for several years to await its lengthy report, but on past experience that would not lead to effective action. Instead, we have gone straight for management action, with the minimum of fuss and formality" (zit. n. Harrison 1988: 60).

von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen "effectively" auf "the overall objectives of the general management process" ausgerichtet wurden (ebd.: 14). Eine Grundannahme war, daß die Unterschiede zwischen Gesundheitsdienst und Wirtschaftsunternehmen geringer seien als oft behauptet; Managementkonzepte, -techniken, -systeme, die sich in der Wirtschaft bewährt hatten, konnten sehr wohl auf die öffentliche Gesundheitsversorgung übertragen werden. Die Vorschläge der Gruppe hatten drei Schwerpunkte:

1) Im Ministerium sollte ein NHS Management Board als oberstes operatives Führungsorgan installiert werden, das alle zentral wahrzunehmenden Managementfunktionen auf sich vereint. Die Mitglieder sollten sich aus Ministerialbeamten, leitenden NHS-Angestellten und Persönlichkeiten des Geschäftslebens rekrutieren. Der Management Board war im Griffiths-Konzept dem Health Services Supervisory Board verantwortlich. Diesem Gremium sollten neben dem Gesundheitsminister der zuständige Staatsminister, der Staatssekretär und einige Externe angehören. Der Supervisory Board war als politisches, nicht auf Aufsichtsfunktionen beschränktes Führungsorgan gedacht, das strategische Vorgaben (Ziele, Allokationsgrundsätze) für den gesamten NHS festlegt.

2) Auf allen NHS-Ebenen sollten gesamtverantwortliche Geschäftsführer (General Managers) ernannt werden, die keinem Konsenszwang unterliegen und Tendenzen der Funktions- oder Bereichsmanager entgegenwirken, sich primär an partikularen Belangen zu orientieren.

3) Ärzte mußten stärker in die organisationale Leitungs- und Budgetverantwortung eingebunden werden. Im Verantwortungsbereich leitender Ärzte erbrachte Leistungen waren im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch zu erfassen und entsprechende Limits zu fixieren - "the essential sanction general managers needed, if they were to contain medical costs and allocate priorities" (Owens/Glennerster 1990: 14). Die ärztliche Therapiefreiheit sollte dabei, wie versichert wurde, nicht angetastet werden.

Natürlich fanden diese Vorschläge keine ungeteilte Akzeptanz. So wurden Befürchtungen laut, die Berufung von Geschäftsführern könne der Ausbreitung eines mehr oder minder autokratischen Führungsstils Vorschub leisten, der die Forderung nach einer engeren Einbindung der Ärzte in den Managementprozeß ad absurdum führen würde. Die British Medical Association brachte ihre Sorge um die ärztliche Autonomie zum Ausdruck. Auch wurden Zweifel geäußert, ob es berechtigt sei, dem "consensus management" eine derart schlechte Note zu geben. Wie anders denn im Konsens mit Ärzten und Pflegekräften sollten Versorgungseinrichtungen erfolgreich geleitet werden? Das Social Services Committee des Unterhauses sah den besonderen, aus der zentralen Rolle des Arztes im Leistungsgeschehen erwachsenden Charakter des NHS nicht hinreichend berücksichtigt. Ein Linien-Management könne unter diesen Umständen nur schwer praktiziert werden. Der Ausschuß akzeptierte gleichwohl einen Großteil der Empfehlungen; er unterstützte z.B. ausdrücklich den Vorschlag, Ärzte stärker in Managementprozesse und die Budgetverantwortung einzubinden (vgl. House of Commons 1984).

Die Kritik an Griffiths war jedoch, alles in allem und im Vergleich zum Begleitchor der einige Jahre später folgenden Marktformen, eher verhalten (Strong/Robinson 1990: 27; Leathard 1990: 85ff.). Auf nachdrücklichen - aber politisch wirkungslosen - Widerspruch stießen die Griffiths-

Vorschläge vor allem bei den Organisationen der Pflegekräfte.²³⁹ Dort fürchtete man namentlich um personalpolitische Mitbestimmungsmöglichkeiten, da mit den Konsensus-Teams auch die obligatorische Vertretung des Pflegedienstes auf den Leitungsebenen verschwinden und es den Geschäftsführern überlassen bleiben sollte, inwieweit sie Pflegekräfte in Entscheidungsprozesse einbeziehen.

Anders als in der öffentlichen Diskussion war der Vorschlag, die kollegialen Leitungsgremien des NHS durch ein Geschäftsführerregime zu ersetzen, im Gesundheitsministerium nicht umstritten. Auf wenig Gegenliebe unter den civil servants des Hauses traf dagegen die Empfehlung, ein zentrales Managementorgan zu schaffen. Wie sollte die parlamentarische Verantwortung des Ministers mit der Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf ein separates Managementgremium vereinbar sein, selbst wenn diesem Gremium auch civil servants angehören würden? Am Ende wurden ein Management Board und ein Supervisory Board, letzterer als "politische" Spitze, gebildet, ohne daß damit die Frage der Leitungsorganisation im Ministerium befriedigend beantwortet worden wäre.

Die Empfehlungen zum Management der NHS-Gliederungen wurden rasch und konsequent umgesetzt. Bis 1986 waren die auf allen Ebenen neugeschaffenen Geschäftsführerposten in der großen Mehrzahl besetzt. "The consensus teams born in 1974 effectively died ten years later, and with them the attempt to institutionalise producer syndicalism: predictably so, given the Government's general suspicion of corporate interest groups" (Klein 1995: 148f.). Obwohl das Ministerium betont hatte, daß Wert auf die Berufung NHS-externer Personen gelegt werde, waren die neuen Manager größtenteils schon im NHS beschäftigt gewesen, zumeist als Verwaltungsleiter (administrator), relativ selten als Ärzte, noch seltener als Pflegekräfte. Der Anteil externer Rekrutierungen lag 1985 unter 20 % (Leathard 1990: 88).

Wie die Leitungsorganisation der NHS-Gliederung im einzelnen aussehen sollte, konnte der Geschäftsführer in Grenzen selbst entscheiden. Rollen und Kompetenzen früherer Mitglieder von Managementteams wurden vielfach neu definiert, oft im Sinne einer Akzentuierung beratender Funktionen, d.h. unter Verlust an Entscheidungskompetenz. In jedem Fall unterlag die Entscheidungsfindung auf der obersten Exekutivebene einer NHS-Gliederung keinem Konsenszwang mehr. An die Stelle der Managementteams traten häufig "Exekutivgruppen" oder anders betitelte Gremien, die vielleicht über "Direktoraten" präsidierten, die wiederum von einem persönlich verantwortlichen Geschäftsführer geleitet wurden. Die neuen General Managers erhielten befristete (aber verlängerbare) Verträge und ein leistungsbezogenes ("performance-related") Gehalt.

Durch die Implementation der Griffiths-Vorschläge bekam der Gesundheitsdienst erstmals eine

²³⁹ Die "vigorous national advertising campaign", mit der das Royal College of Nursing gegen den Griffiths Report Front machte (Owen/Glennerster 1990: 4), hatte auf den politischen Entscheidungsgang ebensowenig Einfluß wie die - noch aufwendigere - Kampagne, mit der die British Medical Association einige Jahre später die Umsetzung von "Working for Patients" verhindern wollte. Für den Sekretär des Royal College of Nursing kündigte der Griffiths Report "the demise of professional power in the NHS" an. Die Ärzte "were deemed important only so far as they could be nudged into management", und die Pflegekräfte "were deemed monumentally unimportant" (Clay 1987: 57).

vom Ministerium bis zur einzelnen Versorgungseinrichtung durchlaufende *Managementhierarchie*. Worin die Boards der Health Authorities ihre genuine Rolle sehen sollten, wurde damit freilich noch unklarer. Trotz allfälliger Kompetenzkonflikte und Zuständigkeitsfragen gab es jetzt aber eine zentral bedienbare "Steuerung", ohne die London die einige Jahre später aufgelegten Reformen nicht so hätte durchführen können, wie es dann geschah. Ein seine Möglichkeiten energisch nutzendes "Zentrum" vorausgesetzt, bedeuteten die Griffiths-Reformen "a further twist in the spiral of centralisation" (Leathard 1990: 87), die auch (und gerade) Thatcher-Regierungen ab den frühen achtziger Jahren angetrieben haben.

Weiter oben wurde mit wenigen Strichen das Bild der Macht- und Einflußverteilung im NHS vor Griffiths skizziert, wie es empirische Studien gezeichnet haben: die starke (Veto-)Position leitender Ärzte; die weniger führende denn ermöglichende und vermittelnde Rolle des Managements; das geringe Gewicht der Laien in den Boards der NHS-Instanzen. Harrison hat die Griffiths-Reformen als Versuch beschrieben, "to convert NHS managers from agents of medicine to agents of government" und dadurch die "frontier of control" zwischen Staat und Ärzteschaft zu verschieben (Harrison 1988: 5). Die von den Reformen bewirkten Verschiebungen in der Macht- und Einflußbalance zwischen Ärzten und Managern blieben jedoch, vorerst zumindest, offenbar gering. Vorbehalte gegen ein prononciert "aktives" Management gab es durchaus nicht nur auf ärztlicher Seite, sondern auch unter NHS-Managern. Aber selbst Manager, die diese Vorbehalte nicht teilten, hatten nur begrenzte Möglichkeiten, sich in strittigen Fragen gegen Ärzte durchzusetzen. Instrumente, die einen effektiven Zugriff auf ärztliches Handeln erlaubt hätten, standen ihnen nicht zu Gebote. Die damals verfügbaren Leistungsindikatoren gaben für Managementzwecke wenig her, und die Entwicklung differenzierter Informationssysteme erforderte Zeit. Ärzte blieben in ihren Behandlungsentscheidungen grundsätzlich autonom. Daß die Einflußmöglichkeiten des Managements zu bescheiden seien, um den mit der Institutionalisierung einer "general management function" verbundenen Erwartungen gerecht zu werden, ist denn auch eine wiederkehrende Manager-Klage gewesen. Auf der anderen Seite lassen Interviewäußerungen von Managern darauf schließen, daß sich "a more assertive management style towards the NHS workforce" auf breiterer Front durchzusetzen begann (Klein 1995: 150).

Fragt man nach Veränderungen der Managementpraxis im Gefolge der Griffiths-Reformen, ist aber insbesondere auch auf den Wandel der dominierenden Themen hinzuweisen. Management vor Griffiths war, wie gesagt, in der Tendenz reaktiv und seine Agenda produzentengeprägt, von Problemen im Binnenraum der jeweiligen Organisation beherrscht. Reaktiv war der Managementprozeß auch nach Griffiths, aber viele Themen waren nicht organisationsinternen Ursprungs, sondern ergaben sich aus gestiegenen politischen Steuerungsansprüchen, z.B. in Hinsicht auf die Effizienz der Ressourcennutzung. Ein weiteres Beispiel wären Regierungsinitiativen zur Verkürzung der Wartelisten, die Managementkapazitäten zeitweilig in nicht unbeträchtlichem Umfang banden. In diesem Sinne läßt sich von einer zunehmenden Politisierung des NHS-Managements sprechen (Harrison et al. 1992: 59ff., 74ff.).

Das Wort von der "managerial revolution" findet aber zumindest mit Blick auf die erste Zeit nach Griffiths an Ergebnissen empirischer Forschung wenig Halt. Die NHS-Reformen der frühen neunziger Jahre schlossen denn auch eine Reihe weiterer Maßnahmen ein, die auf eine Beeinflussung ärztlichen Handelns qua Management zielten. Das zu diesem Zweck einsetzbare

Instrumentarium wurde erweitert. Manager erhielten Zugang zu Entscheidungsprozessen, die bis dahin ausschließlich professionsintern abgelaufen waren: Sie können sich an der Auswahl von Kandidaten für vakante Leitungsposten im ärztlichen Dienst beteiligen und die Vertragsgestaltung mitbestimmen, also z.B. eine Befristung vorsehen oder dafür sorgen, daß die mit der Stelle verbundenen Aufgaben und Pflichten konkreter beschrieben werden.²⁴⁰ Und sie erhielten Einfluß auf die Vergabe der Gehaltszuschläge für leitende, verdiente Ärzte. Die Kriterien, nach denen diese "merit awards" zuerkannt werden sollen, wurden auf die Leitungskompetenzen der Ärzte ausgeweitet und beziehen sich nicht mehr ausschließlich auf deren medizinische Fähigkeiten.

Für das Verhältnis von Ärzten und Managern waren nicht nur diese Maßnahmen von Bedeutung, sondern mehr noch die Veränderungen in der Krankenhausumwelt, die die Marktformen brachten. Infolge des purchaser/provider split hatten es Krankenhausärzte jetzt nicht mehr nur mit dem hauseigenen Management zu tun, sondern, indirekt, auch mit Managementinstanzen auf der Nachfragerseite, die darauf drängen konnten, daß Krankenhäuser bestimmte Kriterien (z.B. Wartezeitlimits bei bestimmten Eingriffen) erfüllen. Der die Leistungen seines Hauses "vermarktende" Geschäftsführer mußte in der Lage sein, entsprechende Angebote zu gewährleisten. So mochte das Management einer District Health Authority aufgrund einer Befragung niedergelassener Ärzte verschiedene Defizite im Leistungsgebaren eines Krankenhauses ausmachen, etwa lange Wartezeiten und mangelnde Ergebnisqualität in der Orthopädie, und auf Abhilfe dringen. Auch wenn nicht direkt mit der Aufkündigung von Vertragsbeziehungen gedroht wurde, konnten wahrgenommene Risiken eines Nachfrageverlustes auf seiten des Krankenhauses zu "peer group pressure" führen und auch dem Management zusätzliche Chancen eröffnen, auf die Ärzte einzuwirken. Beispiele für solche Vorgänge sind in empirischen Studien dokumentiert (vgl. etwa Harrison/Wistow 1992).

Durch das "contracting" wuchs auch der Druck, Krankenhauskosten und -leistungen präziser zu bestimmen und die Transparenz des Leistungsgeschehens zu erhöhen. In dem Maße, wie die Einnahmenstruktur eines Hauses differenzierter wurde und der Anteil der Verträge stieg, die Fallzahlen und -arten spezifizieren, nahm auch der Informationsbedarf des Krankenhausmanagements zu, das über Preise, Fallzahlen und Qualitätskriterien verhandeln und für die Einhaltung der geschlossenen Verträge sorgen mußte. Damit wuchs zugleich das Managementanfordernis, Kosten und Leistungen des Hauses zu steuern.

Auch die managementbezogenen/-relevanten Maßnahmen des mit "Working for Patients" geschnürten Reformpakets führten nicht zu einem radikalen Umbruch in den Beziehungen zwischen Ärzten und Managern, aber sie trugen dazu bei, daß knappe zehn Jahre nach Griffiths die Einschätzung formuliert wurde: "The 'diplomat' model of the administrator ... is now almost dead" (Harrison et al. 1992: 147; s.a. Flynn 1992: 192ff.). Diese Formulierung trifft sicher eine Tendenz, erscheint aber im Lichte späterer Publikationen (Kitchener 1999; Lapsley 1994) zu massiv. Auch in dem NHS Trust, der der noch relativ jungen Fallstudie von Hoque und Kollegen als Forschungsobjekt diente, pflegte das Management einen diplomatischen, auf Verhandlungsgeschick und Kompromißbereitschaft setzenden Umgang mit der Ärzteschaft. Was die Forscher hier beobachteten, war jedenfalls "a far cry from traditional definitions of management that emphasize

²⁴⁰ Bei ärztlichen Leitungsposten waren die "Stellenbeschreibungen" zuvor weitgehend den Stelleninhabern überlassen worden.

control over others" (Hoque et al. 2004: 372).

Die Daten der eben erwähnten Studie wurden 2002 erhoben, zu einem Zeitpunkt, als das Verhältnis von Ärzten und Managern durch die Entscheidung, Chief Executives und Boards von NHS-Krankenhäusern kraft Gesetzes für die Versorgungsqualität verantwortlich zu machen, einen neuen Aspekt gewonnen hatte. Grundsätzlich ist damit "the missing link in the chain of NHS accountability - that between clinical and managerial accountability" - institutionalisiert worden (Klein 1998: S52). Inwieweit sich die Managementpraxis dadurch verändert hat, ist eine noch kaum zu beantwortende Frage.

8.3 Inkorporierungsversuche

Griffiths hatte im Fehlen einer institutionalisierten ärztlichen Verantwortung für den Umgang mit knappen Ressourcen ein Schlüsselproblem des NHS gesehen und die Ärzte als "natural managers" titulierte (DHSS 1983: 19). Vor allem ihre Entscheidungen bestimmten über die Verwendung der NHS-Ressourcen, und sie mußten die daraus erwachsende Managementverantwortung akzeptieren. Griffiths sah zwei Wege, leitende Ärzte stärker ins Management des Gesundheitsdienstes einzubinden: Sie konnten Geschäftsführer werden, und jeder Chefarzt sollte sein eigenes Budget erhalten. Was den ersten Weg betrifft, so stellten sich trotz unterstützender Maßnahmen nur verhaltene Erfolge ein. Ende 1987 waren gerade einmal 15 % der neuen Geschäftsführerposten mit Ärzten besetzt (Leathard 1990: 89). Zudem, so konstatierte Mark einige Jahre später, kam es nicht zu der erhofften "successful marriage of the professional and managerial roles within the general management posts held by doctors". Die Erfahrungen, die man gemacht habe, legten die Annahme nahe, "that success as a manager in turning the organisation around, means alienation from the previous role as a professional clinician" (Mark 1991: 7f.). Dafür ursächlich sei nicht nur ein berufskultureller Konflikt, sondern auch der wesentlich ausbildungsbedingte Mangel an Verständnis für die Belange des jeweils anderen Handlungskreises, der in Medizin wie Management herrsche. Angesichts der enttäuschenden Erfahrungen mit Griffiths' erstem Weg richtete sich die Aufmerksamkeit auf eine neue Form ärztlicher Managementteilnahme, die eng mit dem zweiten von Griffiths benannten Weg, der Bildung von "management budgets", verbunden ist.

Ressourcenmanagement

"Inkorporierung" nennen Harrison und Pollitt eine Kategorie in ihrer Typologie der Strategien zur Beeinflussung professionellen Handelns (1994: 73ff.).²⁴¹ Die Termini "clinical budgets", "management budgets", "resource management" bezeichnen Varianten und Entwicklungsstufen einer dieser Kategorie zuzuordnenden Budgetierungsart. Deren Grundgedanke besteht darin, Ärzte und Pflegekräfte als "clinical end users" mit Budgets zu versehen, aus denen von anderen Abteilungen, dem Labor etwa, bezogene Leistungen finanziert werden müssen. Innerhalb des Krankenhauses entsteht so ein Netz finanzieller Beziehungen und Verantwortlichkeiten. Abteilungsbudgets sollen das

²⁴¹ "Incorporation here refers to government/managerial tactics to control health professionals by encouraging some of them to become involved on managers' terms in management processes which include a degree of control over their professional colleagues" (ebd.: 74).

Kostenbewußtsein der Leistungserbringer schärfen, Anreize zum sparsamen Ressourcenverbrauch setzen und eine bessere Steuerung der Leistungsentwicklung ermöglichen.

"Klinische Budgets" wurden versuchsweise in kleinem Rahmen erstmals Anfang der achtziger Jahre eingesetzt. Entsprechend ausgestattete Teams von Ärzten und Pflegekräften übernahmen die Finanzverantwortung für unmittelbar patientenbezogene Leistungen; Einsparungen in einem Budgetbereich konnten zur Finanzierung von Ausgaben in einem anderen Bereich eingesetzt werden. "Management budgets" anzuwenden war dann, wie erwähnt, eine Empfehlung des Griffiths Report. Die Health Authorities sollten solche Budgets "with the emphasis on management and not accountancy" unter ärztlicher Beteiligung auf der Ebene der Units (also namentlich in Krankenhäusern) entwickeln. "The aim is to produce an unsophisticated system in which workload related budgets covering financial and manpower allocations and full overhead costs are closely related to workable service objectives, and against which performance and progress can be measured" (zit. n. Harrison/Pollitt 1994: 81). Anders als die erstgenannten Budgetierungsexperimente bezogen Managementbudgets auch indirekte Kosten ein, zudem war die Möglichkeit einer anderweitigen Verwendung zurückbehaltener Mittel nicht unbedingt vorgesehen.

Das Gesundheitsministerium war der Auffassung, daß vor einer flächendeckenden Einführung der für NHS-Krankenhäuser neuen Budgetierungsart Erfahrungen mit Demonstrationsprojekten gewonnen werden müßten. Noch vor der Veröffentlichung des Griffiths Report hatten sich vier Health Authorities gefunden, die Managementbudgets in einem ihrer Krankenhäuser erproben wollten. An einer zweiten Gruppe von Projekten waren dann mehr als ein Dutzend Häuser beteiligt. Im November 1986 legte das Ministerium einen Gesamtbericht vor. Es räumte ein, daß zwar technisch-administrative Grundlagen geschaffen werden konnten, die Projekte aber unter Skepsis und Widerständen auf ärztlicher und pflegerischer Seite gelitten hätten. Effektive Managementbudgets setzten Leitungsstrukturen voraus "which centrally involve doctors and nurses". Großenteils sei "a worthwhile contribution to the planning and costing of patient care" (noch) nicht feststellbar. "The net result is that many doctors, both at the demonstration sites and elsewhere, have still to be convinced that management budgeting is more than an accounting exercise which simply increases overheads for no commensurate benefit" (zit. n. Harrison/Pollitt 1994: 83f.).

Im selben Monat wurde eine dritte Reihe von Projekten angekündigt, die diese Probleme angehen sollten und jetzt unter dem Titel "resource management" firmierten. Die Regierung war sehr um ärztliche Unterstützung bemüht. Daß auch (und gerade) die Versorgungsqualität profitieren sollte, wurde betont und zugesichert, das Ressourcenmanagement nicht vor einer sorgfältigen Evaluation der Pilotprojekte auszuweiten. Der entsprechende Bericht erschien Ende 1991, doch schon "Working for Patients" (Februar 1989) hatte die Ausweitung angekündigt, war allerdings in diesem Punkt kaum umstritten gewesen. Ein nationales Programm wurde eingerichtet, das alle Akutkrankenhäuser mit mehr als 250 Betten erfaßte.

Mit dem Ressourcenmanagement wurden anspruchsvolle Ziele verfolgt. Die Steuerung der Ressourcenverwendung im Krankenhaus sollte im Interesse eines rationalen, verantwortlichen Umgangs mit öffentlichen Mitteln optimiert werden. Ärzte, die im Behandlungsprozeß über die Verwendung von Ressourcen entscheiden, sollten Budgetverantwortung übernehmen und in die organisatorische Allokationsplanung eingebunden werden. Die Effekte aktueller Nutzungsweisen

und ihrer Alternativen sollten vergleichend erfaßt, Ärzte und Pflegekräfte an den Umgang mit entsprechenden Informationen gewöhnt werden.

Aus dem erwähnten Bericht (Packwood et al. 1991) wird deutlich, daß die Pilotprojekte begrenzte Steuerungseffekte hatten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das medizinische Leistungsgeschehen in den betreffenden Häusern nur zum Teil abgedeckt war. Der Bericht bietet Belege für allokativer Verbesserungen und Effizienzsteigerungen. Anders als bei früheren Projekten überwogen auf ärztlicher Seite Kooperationsbereitschaft und positive Einschätzungen. Ärztlichen Belangen und Interessen war etwa bei der Entwicklung der Informationssysteme Rechnung getragen worden, und manchem Arzt schien es im wohlverstandenen Eigeninteresse geboten, sich am Ressourcenmanagement zu beteiligen.²⁴²

Einige Jahre später gelangt Marnoch zu dem Befund, daß das auf offiziellen Agenden noch immer weit oben rangierende Ressourcenmanagement "in reality has slipped from view in many trusts" (Marnoch 1996: 48). Die Einschätzung von Dixon und Garside (1995) fällt positiver aus. Die Resource Management Initiative habe Ärzte und Pflegekräfte in vielen Häusern an das Managementgeschehen herangeführt, den Aufbau und Einsatz leistungsfähiger Informationssysteme stimuliert und die Bildung Klinischer Direktorate befördert.

Neue Leitungsstrukturen im klinischen Bereich

Rund 15 % der ersten General Managers waren Ärzte. Die Leitungspositionen, die sie übernahmen, waren großenteils auf einzelorganisatorischer Ebene angesiedelt (Leathard 1990: 89). Während sich ein als Geschäftsführer tätiger Arzt idealiter die Organisationsperspektive zu eigen macht und besondere ärztliche Interessen hintanstellt, zielt die Bildung Klinischer Direktorate darauf, Ärzte über Hybridrollen in Managementprozesse einzubinden.

Klinische Direktorate haben ihren Ursprung in den USA. Das nach dem betreffenden Krankenhaus in Baltimore auch "Johns Hopkins Modell" genannte Organisationskonzept sieht eine an Fachrichtungen orientierte Bildung klinischer Einheiten vor, die von einem Arzt im Rahmen eines kleinen Managementteams (Arzt, Pflegekraft, Administrator) geleitet werden. Das Direktorat verfügt über ein Budget, aus dem direkte Kosten abgegolten werden, und kann bestimmte Leistungen (z.B. Verpflegung, Reinigung) hausintern oder von externen Anbietern beziehen. Das Krankenhaus wird so "a kind of holding company for a series of specialty hospitals" (Harrison/Pollitt 1994: 90). Ein primäres Ziel der Einführung solcher Arrangements ist die Einsparung von Kosten, u.a. durch Reduktion von Verweildauern.

Im Zeichen gravierender Finanzprobleme begann Guy's Hospital, eines der großen, traditionsreichen Lehrkrankenhäuser Londons, 1984 als erstes NHS-Krankenhaus mit dem Modell zu experimentieren. In den Worten zweier Protagonisten des Versuchs ging es darum, "to reconcile

²⁴² Ein leitender Krankenhausarzt hat die Motive seines Engagements so beschrieben: "We recognise that we have a responsibility to use resources well and we want to run it and be in control. If we don't, someone else will do it for us in a way that will probably be bad news" (zit. n. Stewart 1989: 58f.).

clinical freedom with management authority and accountability. (...) The consultants agreed to accept a system that sought to equate power with responsibility. In return for the freedom to manage their own affairs, they had to accept responsibility for the financial consequences" (Smith/Chantler 1987: 14, zit. n. Harrison/Pollitt 1994: 90). Das Modell wurde dann von Krankenhäusern übernommen, die sich an den Modellprojekten zum Ressourcenmanagement beteiligten. Ohne daß es entsprechende Direktiven der Regierung gegeben hätte,²⁴³ ist ein Direktoratsystem, in dem leitende Ärzte Management- und Budgetverantwortung übernehmen, in fast allen NHS-Krankenhäusern institutionalisiert worden.²⁴⁴ Die Gesichtspunkte, nach denen die Zuständigkeitsbereiche einzelner Direktorate abgegrenzt werden, können dabei mehr oder weniger stark variieren (vgl. Marnoch 1996: 52).

Klinischer Direktor ist zumeist ein consultant, der seine Managementfunktionen teilzeitig wahrnimmt, um aus professionellem Interesse, Karrieregründen oder finanziellen Erwägungen in seinem ärztlichen Fachgebiet präsent und à jour zu bleiben.²⁴⁵ Ernannt werden Klinische Direktoren vom Geschäftsführer des jeweiligen Krankenhauses. Da die Akzeptanz im Kollegenkreis eine der wesentlichen Erfolgsvoraussetzungen ist, wird es sich bei der Besetzung der Position in aller Regel nicht um einsame Entscheidungen von Geschäftsführern handeln.²⁴⁶

Klinische Direktoren sind dem Geschäftsführer des Krankenhauses verantwortlich. Üblicherweise werden sie von einer oder zwei Leitungskräften unterstützt, die ihre Managementaufgaben vollzeitig wahrnehmen und oft aus dem Pflegedienst stammen. Die Klinischen Direktoren gehören zusammen mit den Bereichsmanagern dem Board des Hauses an. "This means acting as a corporate manager rather than as a representative of a particular directorate" (Packwood et al. 1992: 71).

Aus der Kombination von Managementaufgaben und klinischer Tätigkeit und der Verbindung von Organisations- und Direktorsbezug resultierende Spannungen sind ein Charakteristikum der Position. Als weiterhin aktiver Arzt steht der Klinische Direktor vor der Schwierigkeit, Kollegen zu "managen". Um hier etwas zu bewirken, muß er verhandeln oder durch "gentle exhortation or education" Einfluß nehmen (Marnoch 1996: 58). Zudem haben auch Direktoren mit einem grundsätzlich "aktiven" Verständnis ihrer Aufgaben kaum die für ein weitergehendes Mikromana-

²⁴³ Health Authorities haben die Errichtung von Direktoraten (in noch nicht autonomisierten Krankenhäusern) zum Teil verfügt. Die weite Verbreitung des Modells erklärt sich aber auch aus Empfehlungen, die Organisationen wie das Institute of Health Service Management und die National Association of Health Authorities and Trusts an die Adresse von Krankenhausleitungen richteten. Auch Ärzteverbände haben das Direktorsprinzip befürwortet (Kitchener 2000: 138).

²⁴⁴ Bei einer in den neunziger Jahren durchgeführten Studie hatten von 269 kontaktierten NHS Trusts nur 21 keine Direktorsstruktur (Thoms et al. 1999: 754).

²⁴⁵ In manchen Lehrkrankenhäusern gilt die Ernennung zum clinical director wohl als wichtige Station, nicht aber als Gipfel eines Karrierewegs (Marnoch 1996: 53). Der Verbleib in der klinischen Praxis kann auch finanziell vorteilhaft sein, weil ein Arzt nur dann für "merit awards" in Betracht kommt.

²⁴⁶ In manchen Krankenhäusern werden statt "clinical director" auch andere Bezeichnungen verwandt (z.B.: "specialty coordinator" oder "clinical coordinator"), um Besorgnissen entgegenzuwirken, ein vom Geschäftsführer bestimmter Arzt solle seine Kollegen lenken.

gement erforderlichen Informationen.²⁴⁷ Auch die Budgetverantwortung besteht z.T. nur nominell, häufig bleiben Ausgabenprofile dem Einfluß des Klinischen Direktors entzogene Resultanten individueller ärztlicher Entscheidung.²⁴⁸

Daß sich Klinische Direktoren offenbar selten als Versorgungsmanager im Sinne (gesamt-)organisatorischer Ziele versucht haben, dürfte allerdings nicht nur dem Mangel entsprechender Mittel, sondern vor allem dem Rollenverständnis der Ärzte geschuldet sein. So kam Kitchener (2000) bei seinen Fallstudien (Datenerhebung 1990 - 1995) zu dem Ergebnis, daß Klinische Direktoren durch ihre stärkere Einbindung in Administration und Management der Organisation zwar einer gewissen "Bürokratisierung" unterlägen. Sie nahmen ihre Hybridrollen jedoch wesentlich im Interesse des Schutzes professioneller Domänen und ärztlicher Selbstbestimmung wahr.²⁴⁹ "In general terms, the creation of clinical directors has not been used to close down clinical autonomy", resümiert auch Marnoch (1996: 57).

Das ab 1991 umgesetzte Reformprogramm, dessen Herzstück der interne Markt war, enthielt auch eine neue Leitungsposition für Krankenhausärzte: den Ärztlichen Direktor (medical director). Neben dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung und dem Finanzdirektor gehört der Ärztliche Direktor seither dem Board jedes für ein Krankenhaus (oder mehrere Häuser) verantwortlichen NHS Trust an. Er wird vom Vorsitzenden dieses Gremiums, von den ehrenamtlichen Mitgliedern und vom Geschäftsführer bestimmt. Als Boardmitglied soll der Ärztliche Direktor Leitungsverantwortung für die gesamte Organisation übernehmen, ohne daß sein Aufgabengebiet konkret beschrieben worden wäre. Vor "Working for Patients" waren Vorsitzende von Ärzteausschüssen oder ärztliche Mitglieder von Managementteams in der Regel eher Konfliktschlichter, Verteidiger ärztlicher Domänen oder Ressourcenbeschaffer für Kollegen denn Organe eines aktiven Managements (Marnoch 1996: 49). Die Rolle des klar als Managementakteur gedachten Ärztlichen Direktors ist realiter mehrdeutig. Sie verbindet in variierendem Mischungsverhältnis und mehr oder weniger konflikträtig Ratgeber-, Umsetzungs- und Repräsentationsfunktionen. Aufgabenauffassung und Aktivitätsprofil des medical director unterscheiden sich von Krankenhaus zu Krankenhaus. Gegenüber seinen ärztlichen Kollegen ist der Ärztliche Direktor nicht weisungsbefugt. Er muß also ganz auf Information und Argumentation setzen, um die (leitenden) Ärzte des Krankenhauses in seinem Sinne zu beeinflussen. Von besonderer Bedeutung ist sein nicht immer konfliktfreies Verhältnis zu den (für Einzelbereiche

²⁴⁷ Die mangelhafte Informationsbasis ist von Klinischen Direktoren als eines ihrer Hauptprobleme genannt worden (Thoms et al. 1999).

²⁴⁸ Auch scheint es so, daß die Direktorate häufig umgebildet und neu gruppiert werden (Packwood 1997: 100). Zudem ist lange Jahre wenig für die Ausbildung ärztlicher Managementkompetenzen getan worden (Scally/Donaldson 1998: 63).

²⁴⁹ In der Nähe zur medizinischen Praxis (mittlere Managementebene, professionsnahe Managementorientierung) mögen Gründe dafür liegen, daß Klinische Direktoren bei einer jüngeren Befragung das Verhältnis von Ärzten und Managern im NHS weniger positiv beurteilten als insbesondere Chief Executives (Davies et al. 2003). Beispielsweise sahen 91 % der befragten CEs, aber nur 73 % der Klinischen Direktoren eine gute, teamartige Zusammenarbeit von Managern und Ärzten. Eine besonders große Differenz ergab sich bei den Reaktionen auf das Statement "Management is driven more by clinical than financial priorities": Während 78 % der CEs die Aussage bejahten, stimmten nur 24 % der Klinischen Direktoren zu.

verantwortlichen) Klinischen Direktoren.²⁵⁰ Die meisten Ärztlichen Direktoren sind in eingeschränktem Rahmen weiterhin als Arzt tätig. Viele sehen darin offenbar eine für ihr Standing als "medical manager" mindestens nützliche Verbindung. Ein wichtiges Motiv ist aber auch, sich die Option, wieder gänzlich im angestammten Beruf zu arbeiten, offenzuhalten (Millar 2000).

8.4 Leistungsmanagement

Wie in Kapitel 3 beschrieben, hat New Labour nach einer Phase ordnungspolitischer Wettbewerbsdistanz die Anbieterkonkurrenz als Optimierungsmotor der Gesundheitsversorgung entdeckt. Bis zu dieser "Wende" spielten entsprechende Steuerungselemente in New Labours NHS-Politik allenfalls eine randständige und implizite Rolle. Den primären Ansatzpunkt zur Realisierung der gewünschten Leistungs- und Qualitätsverbesserungen bildete zunächst das zentrale Leistungsmanagement.²⁵¹ Blair-Regierungen haben dabei einmal an das angeknüpft, was konservative Vorgängerinnen eingeführt hatten,²⁵² in wichtiger Hinsicht aber auch Neuland betreten, so namentlich mit dem Aufbau eines aus regierungsexternen Körperschaften wie dem National Institute for Health and Clinical Excellence und der Healthcare Commission bestehenden Regelungsapparats.

Traditionell war Management im NHS an drei Zielen ausgerichtet: Budgetdisziplin, Steigerung des Patientendurchlaufs, Reduktion der Wartelisten/Wartezeiten namentlich für chirurgische Eingriffe. Das heutige Leistungsmanagement hat ein bedeutend weiteres Blickfeld, das auch die klinische Qualität und die Patientenzufriedenheit einschließt. Einschlägige "guidance" kommt von mehreren Seiten: Die Regierung formuliert Ziele und Standards zu diversen Versorgungsaspekten, z.B. Sicherheit oder Nutzerbeteiligung. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gibt Empfehlungen zur Finanzierung gesundheitsbezogener Technologien und zum (pro-

²⁵⁰ Die von Marnoch (1996: 50) wiedergegebene Äußerung eines Ärztlichen Direktors wirft auch ein Schlaglicht auf die konstitutionelle Schwäche der Position: Wenn Klinische Direktoren nicht mit ihm übereinstimmen, resultiere daraus kein Konflikt - er werde einfach ignoriert.

²⁵¹ In der versorgungspolitischen Diskussion Englands ist heute eine eigentümliche (und nicht unbedingt trennscharfe) Unterscheidung zwischen "regulation" und "performance management" gebräuchlich. "Regulation" bezieht sich dabei auf Steuerungsbeiträge bestimmter "public bodies" wie der Healthcare Commission (vgl. Kap. 3, Anm. 57). "Performance management" meint hingegen die gezielte Verhaltensbeeinflussung durch hierarchisch übergeordnete Akteure (namentlich das Gesundheitsministerium). Ich verwende in dieser Arbeit das Wort "Leistungsmanagement" als "regulation" und "performance management" einschließenden, in bezug auf Instrumente und Träger unspezifischen Oberbegriff. Das entspricht in etwa der Bedeutung von "performance management" bei Smith (2002), der darunter die Leistungsbeeinflussung von NHS-Akteuren im Interesse oder Horizont politischer Ziele versteht und die Aktivitäten einschlägiger public bodies ausdrücklich einbezieht.

²⁵² Zu erwähnen ist hier der in den frühen achtziger Jahren etablierte "accountability review process": jährliche Treffen ("accountability meetings") des Gesundheitsministers mit jeder Regional Health Authority, bei denen man die Entwicklung der Region im Lichte vereinbarter Ziele diskutierte und sich auf Ziele für das kommende Jahr verständigte. Die NHS-Regionen veranstalteten ähnliche Reviews mit ihren Distrikten, die Distrikte mit ihren Units (z.B. Krankenhäusern). Der - in späteren Jahren im Gefolge von NHS-Reorganisationen modifizierte - accountability review process stellte den ersten systematischen Versuch dar, die Umsetzung versorgungspolitischer Ziele im NHS zu kontrollieren (Ham 1999: 179).

fessionellen) Verhalten in definierten Versorgungssituationen (Behandlungsleitlinien). Spezielle Arbeitsgruppen erstellen sektorübergreifende Programme für die Versorgung bestimmter Erkrankungen oder Patientengruppen. Diese National Service Frameworks sollen wie die Empfehlungen des NICE nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Effizienz der Ressourcennutzung im NHS steigern.

Wichtigste Instanz der Umsetzungskontrolle und Leistungsbewertung ist heute die Healthcare Commission.²⁵³ Die Anfänge ihres "performance assessment" reichen in die frühen achtziger Jahre zurück.²⁵⁴ Der Haushalts- wie der Gesundheitsausschuß des Unterhauses drängten das Ministerium damals, seinen Informationsstand über das Innenleben des NHS zu verbessern.²⁵⁵ Hinzu kam, daß sich das Informationsbedürfnis der Regierung Thatcher in dem Maße ausweitete, wie sie "value for money" als Optimierungsfeld faszinierte. Über Input-Output-Beziehungen im Gesundheitsdienst lagen jedoch nur spärliche Informationen vor. Schließlich verlangte das "New Public Management", in dem die Regierung konzeptuelle Orientierung für Reformen im öffentlichen Sektor suchte, eine intensive Leistungskontrolle.

Die ersten, auf NHS-Routinedaten basierenden Indikatoren adressierten nur einen Ausschnitt der grundsätzlich relevanten Leistungsdimensionen. Sie bezogen sich auf Outputs (Fall- und Leistungszahlen, Krankenhaustage), Personalbestand und Infrastrukturausstattung. Das leitende Meßinteresse war - mit dieser Outputorientierung - effizienzgerichtet (z.B. Verhältnis von Personalbestand und Patientenzahlen); qualitätsbezogene Indikatoren fehlten (Pollitt 1985). Die zwischen den Ur-Indikatoren und dem heutigen performance assessment liegende Entwicklungsgeschichte ist vor allem durch die Ausweitung und Differenzierung der erfaßten Leistungsaspekte gekennzeichnet. 1987 wird etwa der Indikator: vermeidbare Todesfälle eingeführt, in den neunziger Jahren bezieht die Regierung Major Standards der Patient's Charter ein. Nach dem Machtwechsel wächst und verfeinert sich das Indikatoren-Set weiter. Der patientenorientierte Komplex wird ausgebaut und die Indikatorenliste um eine Reihe Kennziffern ergänzt, die sich auf die Versorgungsqualität beziehen. Angestrebt wird ein differenziertes Leistungsbild des NHS und seiner Organisationen.

Schon während der Amtszeit John Majors ging das Gesundheitsministerium dazu über, (be-

²⁵³ Offizieller Langtitel: Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI).

²⁵⁴ Davor waren Leistungsindikatoren nur in speziellen, als problematisch angesehenen Bereichen wie der stationären Betreuung psychisch Kranker eingesetzt worden (Ham 1999: 178).

²⁵⁵ In seinem Jahresbericht 1979/80 hatte der Comptroller and Auditor General (Leiter des National Audit Office, des britischen Rechnungshofs) auf große Unterschiede in der Personalausstattung der NHS-Gliederungen hingewiesen und in diesem Zusammenhang die Frage nach dem richtigen Verhältnis von zentraler Steuerung und lokaler Autonomie aufgeworfen. Das Public Accounts Committee des Unterhauses hatte daraufhin eine Reihe von Hearings veranstaltet. Mitglieder des Ausschusses brachten dabei zum Ausdruck, daß das Ministerium nach ihrem Eindruck auf die Personalpolitik der Health Authorities zu wenig Einfluß nehme. Vertreter des Ministeriums hielten dem entgegen, daß eine zentrale Feinsteuerung angesichts von Budgetlimits und explizit definierten Prioritäten unnötig sei. Auch der Ausschußbericht sprach sich nicht für eine detaillierte zentrale Steuerung aus, hielt aber einen breiteren Informationsfluß von unten nach oben für erforderlich, um das Leistungsniveau der Health Authorities vergleichen und "any serious deficiencies, or inefficiency, which may develop", gezielt angehen zu können (zit. n. Harrison/Pollitt 1994: 55).

stimmte) Ergebnisse der Leistungsbeobachtung breit zu veröffentlichen.²⁵⁶ Mit welchen Verhaltenswirkungen, ist weithin ungewiß. Blair-Regierungen haben das Leistungsmanagement auch aus diesem Grund mit zusätzlichen Einrichtungen und Instrumenten ausgestattet. Wichtigster Träger der Leistungsbewertung und -kontrolle im englischen NHS ist heute, wie schon erwähnt, die Healthcare Commission, die 2004 mit erweitertem Aufgabenfeld die Nachfolge der 1999 gegründeten Commission for Health Improvement (CHI) antrat. Die CHI prüfte in regelmäßigen Abständen das Qualitätsmanagement von NHS-Organisationen (vgl. Kap. 7.3). In die Zuständigkeit erst der CHI, dann der Healthcare Commission fielen auch die von 2001 bis 2005 (zunächst vom Gesundheitsministerium) durchgeführten "star ratings": Die Leistung von NHS-Organisationen wurde mit Hilfe von vier Stern(e)-Kategorien (3, 2, 1, 0 Stern(e)) summarisch bewertet.²⁵⁷ Primäre Bewertungsgrundlage war das Leistungsprofil einer Organisation in bezug auf Zielvorgaben der Regierung (z.B. in den Bereichen Zugang, Hygiene). Die star ratings sollten Patienten eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe sein.²⁵⁸ Sie wurden zugleich als Mittel gesehen, Leistungsniveaus zu verbessern und die Verantwortlichkeit der NHS-Organisationen gegenüber Nutzern zu stärken. Zudem sollte die Verknüpfung der Ratings mit bestimmten Anreizen/Sanktionen unternehmerisches Handeln stimulieren - den am besten bewerteten Trusts²⁵⁹ wurde mehr Entscheidungsfreiheit und größere Flexibilität bei der Einkommenserzielung eingeräumt ("earned autonomy"): verringerte Kontrollfrequenz, genehmigungsfreie Investitionen, eigenständige investive Verfügung über Erträge aus Landverkäufen, (im Rahmen der allgemeinen Zweckbindung) freie Verfügung über Mittel aus dem "performance fund",²⁶⁰ Erlaubnis zur Gründung privater Unternehmen u.a.m. (Smith 2002: 109). Die finanziellen Aspekte waren nicht unbedeutend; die Konsequenzen einer Rückstufung von drei auf zwei Sterne konnten sich zu 1 Mio.

²⁵⁶ 1994 ließ das Ministerium der Patient's Charter einen "comparative performance guide" folgen. Ihm war zu entnehmen, in welchem Maße einzelne Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen die Standards der Patient's Charter sowie verschiedene zentral definierte Leistungsziele (z.B. Steigerung der ambulant behandelten Fälle) erreicht hatten und wie sie im Leistungsvergleich dastanden. Um den Vergleich zu erleichtern, wurde die Leistung jedes Krankenhauses indikatorweise mit 1 - 5 Sternen bewertet. Der "comparative performance guide" richtete sich an "you and your family doctor". Die dargebotenen Informationen konnten allerdings vielleicht von niedergelassenen Ärzten genutzt werden, um auf Krankenhäuser Einfluß zu nehmen. Der Patient hingegen hatte kaum direkte Einflußmöglichkeiten (s. Klein 2001: 181). In früheren Jahren waren die Ergebnisse der Leistungsbeobachtung nicht als Stoff für "league tables" gedacht. Sie sollten Hinweise auf mögliche Schwachstellen geben und dem "accountability review process" (vgl. Anm. 252) Material liefern. Manager und Minister konnten sie als "tin openers" nutzen, die ihnen Fragen zur Innenwelt der betreffenden Organisation ermöglichten (Klein 2001: 123).

²⁵⁷ "Star ratings" wurden bereits in der Amtszeit der Regierung Major durchgeführt. Sie bezogen sich allerdings auf einzelne Indikatoren (vgl. Anm. 256).

²⁵⁸ "Patients have a right to know how their local health service is performing. If we want to fulfil our aim of giving patients real power over where and when they are treated they need information to exercise informed choice. These ratings provide not only a means for assessing the performance of individual trusts, but also provide a wide range of independent information for patients" (der frühere Gesundheitsminister Reid, zit. n. The Guardian, 16.7.2003; <http://society.guardian.co.uk>).

²⁵⁹ 2005 erreichten 28 % der Trusts die Spitzenkategorie, zwei Jahre zuvor 22 % (Carvel 2006). Ergebnisse aus dem Jahre 2003 für die Teilgruppe der Akut-Trusts: 52 Organisationen wurden mit drei, 60 mit zwei Sternen bedacht, 30 erhielten einen, 14 keinen Stern (Batty 2003).

²⁶⁰ Diese Mittel, die sich 2003 auf etwa 2 % des Budgets eines Trust belaufen sollten, waren für Verbesserungsmaßnahmen in einem weiten Verständnis bestimmt (z.B. Anschaffung neuer Geräte, Maßnahmen zur Personalentwicklung). Der performance fund existiert heute nicht mehr.

Pfund addieren (Shifrin 2003a). Drei Sterne zu erhalten, war zudem eine Voraussetzung dafür, daß ein Krankenhaus die Transformation in einen NHS Foundation Trust beantragen konnte. Sternlose Krankenhäuser gerieten ins Blickfeld der NHS Modernisation Agency.²⁶¹ Langgediente Chief Executives bekamen drei, neu ernannte bis zu 12 Monate Zeit, die Standards zu heben. Wer nicht reüssierte, mußte gehen. Seine Aufgaben übernahm ein Manager aus dem NHS oder einem anderen Bereich des öffentlichen Sektors, ggf. auch ein privates Unternehmen. Das beachtliche Medieninteresse für die star ratings war nicht zuletzt auf die Sanktionsdrohungen an die Adresse der Leitungskräfte von "failing hospitals" zurückzuführen (Smith 2002: 110).

Die Regierung hat betont, Sinn und Zweck der Bewertungen sei, Leistungsverbesserungen zu bewirken, es gehe nicht darum, schlecht abschneidende Krankenhäuser zu bestrafen. Freilich, solche Häuser konnten sich einem "naming and shaming" in der lokalen Presse ausgesetzt sehen; und Berufsverbände haben Demoralisierungseffekte unter Mitarbeitern, Vertrauensverluste bei Patienten und (verschärfte) Rekrutierungsprobleme als mögliche Folgen eines Null-Sterne-Urteils beklagt (Batty 2003; Davies 2003). Die problematischen Seiten der star ratings erhielten vor diesem Hintergrund zusätzliches Gewicht: *Mangelnde Qualitätsorientierung* – erfaßt wurde kaum mehr als die Fähigkeit, zu bestimmten Zeitpunkten bestimmte Zielvorgaben zu bedienen. Die verwendeten Indikatoren schlossen nur wenige klinische Kernbereiche ein und gingen bezüglich des Versorgungsprozesses oder der Qualität einer bestimmten Leistung nicht ins Detail (Batty 2003). *Mangelnde Differenziertheit* - es wurde der Eindruck erweckt, ein Krankenhaus sei in toto gut oder schlecht. Tatsächlich gibt es in jedem Krankenhaus Qualitätsdifferenzen zwischen verschiedenen Abteilungen und Leistungsaspekten.²⁶² *Mangelnde Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsbedingungen* - es ist unfair, Krankenhäuser ohne Rücksicht auf sozioökonomische Verhältnisse und Altersstrukturen in ihren Einzugsgebieten zu vergleichen. Die verwandten Mortalitätsziffern trugen zudem nicht dem Umstand Rechnung, daß Lehrkrankenhäuser komplexere Fälle behandeln (Batty 2003). *Mangelnde Orientierungsbedeutung für Patienten* - aus den genannten Gründen konnte ein Patient mit seiner speziellen Erkrankung in einem Krankenhaus, das einen Stern erhielt, ebenso gut oder besser aufgehoben sein als in einem Haus der höchsten Kategorie.

Die geballte Kritik hat ihre Wirkung nicht verfehlt. An die Stelle der star ratings ist ein "health check" betitelttes Bewertungsverfahren getreten, das Qualität differenzierter erfaßt (HCC 2006a). Die Healthcare Commission überprüft dabei, inwieweit zum englischen NHS gehörende Trusts²⁶³

²⁶¹ Die als public body verfaßte NHS Modernisation Agency wurde 2001 mit dem Auftrag gebildet, den Versorgungsstandard im Gesundheitsdienst zu heben. Sie unterstützte NHS-Einrichtungen bei Qualitäts-Projekten und half Organisationen, die mit Qualitätsdefiziten auffällig wurden. "Zero-star hospitals" waren bei der Mittelverwendung an Anweisungen der Modernisation Agency gebunden. Die Organisation wurde 2005 aufgelöst. Hintergrund ist die Absicht der Regierung, Whitehall zu "verschlanken".

²⁶² Beispielsweise waren in einigen Drei-Sterne-Trusts Privatsphäre und Würde des Patienten nicht gewährleistet, während andere Krankenhäuser bestimmte Sauberkeitsziele erfüllten, aber nicht adäquat mit Infektionsrisiken umgingen (Batty 2003; Davies 2003).

²⁶³ Bewertungseinheiten sind nicht einzelne Versorgungseinrichtungen (z.B. Klinik, Praxis), sondern die für Leitung und Verwaltung von Einrichtungen und das "commissioning" von Leistungen zuständigen NHS-Körperschaften.

regierungsdefinierten Standards²⁶⁴ und Zielvorgaben²⁶⁵ genügen. Es gibt zwei Bewertungsbereiche: 1) *Versorgungsqualität* - hier wird ein Spektrum von Aspekten einbezogen, etwa Sicherheit und Sauberkeit. 2) *Ressourcennutzung* - hier liegt das Schwergewicht auf dem Finanzmanagement (z.B. Finanzplanung, Ausgabenkontrolle). Für jeden der beiden Bereiche wird eine Gesamtnote vergeben, wobei man mit vier Bewertungskategorien arbeitet: "excellent", "good", "fair", "weak". Bewertungsbasis sind neben Daten, die die Healthcare Commission und andere Kontrollorganisationen (z.B. die Commission for Social Care Inspection oder die Audit Commission) bei Untersuchungen und Inspektionen erheben, Selbsteinschätzungen der Trusts. Nach Vorlage dieser Selbstbewertungen wird eine bestimmte Anzahl von NHS-Organisationen für eine Überprüfung ausgewählt, davon eine Hälfte per Zufallsauswahl, die andere Hälfte aufgrund einer Risikoeinschätzung der Kommission. Bei den Trusts der Zufallsauswahl stimmte die Kommission 2005/6 in 42 % der Fälle hinsichtlich eines oder mehrerer Prüfungsstandards nicht mit den betreffenden Selbstbewertungen überein. Allerdings führte die Nachprüfung nur bei 15 Trusts zu einer veränderten Gesamtnote im Bereich Qualität oder Ressourcennutzung.

Die Ergebnisse ihres ersten health check hat die Healthcare Commission im Oktober 2006 veröffentlicht. Sie sind als "devastating" charakterisiert worden (Carvel 2006). 60 % der bewerteten Trusts²⁶⁶ stuft die Kommission im Bereich Qualität als "fair" oder "weak" ein, beim Thema Ressourcennutzung stieg der Anteil der so bewerteten NHS-Organisationen auf weit über 80 %. Verbreitete Mängel: unzureichende Desinfektion medizinischer Gerätschaften, nachlässiger Umgang mit Patientenakten, mangelnde Kontrolle der (Mitarbeiter-)Teilnahme an obligatorischen Fortbildungsmaßnahmen. Krankenhaus-Trusts schnitten noch vergleichsweise gut ab, die Hälfte war bei der Qualität "excellent" oder "good", allerdings sank der entsprechende Anteil im Bewertungsfeld Ressourcennutzung auf 30 %. 24 Trusts, die in beiden Bereichen "weak" dastanden, mußten den zuständigen Strategic Health Authorities binnen 30 Tagen Pläne für konkrete Maßnahmen vorlegen.²⁶⁷ Die Health Authorities arbeiten auch mit Trusts, die als "fair" eingestuft wurden. Zudem beauftragt die Regierung "turnaround teams" zur Unterstützung der Organisationen, die sich in Hinsicht auf Finanzmanagement und wirtschaftliche Ressourcennutzung als besondere Problemfälle zeigen (Thorlby/Maybin 2007: 13f.). Wenn einer der verselbständigten NHS Foundation Trusts bei der Bewertungs- und Inspektionstätigkeit der Healthcare Commission in einer Weise negativ auffällt, die aus Sicht der Kommission "special measures" erfordert, wird der Foundation-Trust-Regulierer "Monitor" informiert (Monitor 2007: 9).²⁶⁸

²⁶⁴ 24 Kern- und 13 Entwicklungsstandards in sieben "Domänen": 1) Sicherheit, 2) klinische Wirksamkeit und Kosteneffektivität, 3) Governance, 4) Patientenfokus, 5) Zugänglichkeit und Responsivität, 6) Versorgungsumfeld, 7) Public Health.

²⁶⁵ Insgesamt 31 Ziele älteren wie neuen Datums, erstere stark zugangsorientiert (Wartezeiten), letztere vier Prioritäten zugeordnet: 1) Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, 2) Unterstützung chronisch Kranker, 3) Zugang zu Leistungen, 4) Patienten-/Nutzererfahrung.

²⁶⁶ Einbezogen waren 570 englische Trusts aller Art (Primary Care Trusts, für Krankenhäuser oder andere Versorgungseinrichtungen zuständige Trusts).

²⁶⁷ Das Aufgabenfeld der Healthcare Commission ist auf Bewertungs-, Inspektions- und Berichtsfunktionen beschränkt. Sie hat nicht die Kompetenz, Maßnahmen zur Durchsetzung von Zielen oder Standards zu treffen.

²⁶⁸ "Monitor" selbst prüft die Finanz- und Leistungsentwicklung der Foundation Trusts - auch im Blick auf die Ziele und (Kern-)Standards der Regierung - durch regelmäßige Risikobewertungen.

Die Resultate des ersten health check stehen in scharfem Kontrast zu den Resultaten der letzten star ratings, bei denen 2005 28 % der Trusts die Top-Kategorie (drei Sterne) erreichten und nur 4 % leer ausgingen (2003: 22 % bzw. 7 %). Dies sei, sagt die Healthcare Commission, nicht überraschend, da der health check vieles einbeziehe, was die star ratings nicht im Blick gehabt hätten. Trusts könnten sich nicht länger als besonders leistungsstark präsentieren, indem sie ihre ganze Aufmerksamkeit auf die Erfüllung bestimmter Zielvorgaben der Regierung richteten. Nun komme es darauf an, daß der nächste health check deutliche Verbesserungen zeige.²⁶⁹ Werde dies erreicht, so die Chief Executive der Kommission, "we'll have something seismic to celebrate" (zit. n. Carvel 2006).²⁷⁰

Die NHS-Inspektion nimmt für sich in Anspruch, ihre Qualitäts- und Leistungsbewertung im Austausch mit NHS-Organisationen, mit Leistungserbringern und Nutzern so zu gestalten, daß die angelegten Kriterien auch - und gerade - die Kriterien der Bewerteten selbst seien. Der nicht-hierarchische Charakter ihrer Beiträge zur "regulation" im NHS wird vom Vorsitzenden der Kommission nachdrücklich betont (Kennedy 2007). Inwieweit diese "regulatory thesis" zutrifft, ist eine empirische Frage, die sich derzeit nicht beantworten läßt. Immerhin mögen Äußerungen von Interessenvertretern als Hinweis darauf gelten, daß die "selbstregulative" Sicht der Kommissionstätigkeit von beteiligten/betroffenen Organisationen nicht durchgängig geteilt wird. So hat die NHS Confederation - sie vertritt die Interessen von NHS-Managern - im Blick auf das Bewertungssystem erklärt, es gebe schon jetzt "real problems ... with the weight of regulation in the NHS" (Morgan 2007). Das immer differenzierter werdende Verfahren sei dem Punkt "dangerously close" gekommen, wo es in eine "bad regulation" umschlage, "which due to its enormous scope and burdensome nature has a negative impact on services" (ebd.). Zum Hintergrund der Diskussion um die Ausgestaltung des health check zählt natürlich der Umstand, daß sich NHS-Organisationen ihm nicht entziehen können, und mit der Teilnahmepflicht rückt bereits ein Element hierarchischer Steuerung ins Bild. Hinzu kommt, daß die Standards und Ziele, an denen die Healthcare Commission NHS-Organisationen mißt, vom Gesundheitsministerium formuliert werden (wenngleich die Kommission bei der Definition konkreter Bewertungskriterien eigenständig agiert). Darüber hinaus kümmern sich mit Gesundheitsministerium, Strategic Health Authorities und "Monitor" interventionsbefugte Akteure um NHS-Organisationen, die bei Leistungsbewertungen und Inspektionen als Problemfälle erscheinen. All dies schließt nicht aus, daß an der "regulatory thesis" der Healthcare Commission viel Wahres ist. Nur gibt es eben keine generalisierbaren empirischen Befunde, denen zu entnehmen wäre, welche Wirkungsanteile einer Verfahrensgestaltung zuzurechnen sind, die Bewertungsobjekte zu "Prozeßgegnern" machen will, und wo Handlungen eher von hierarchischen Steue-

Deren Hauptgrundlage bilden Selbsteinschätzungen der Trusts (Monitor 2007).

²⁶⁹ Ab dem kommenden Jahr sollen Patienten die Garantie erhalten, daß alle Versorgungsorganisationen eine Liste genereller Standards einhalten.

²⁷⁰ Die Healthcare Commission inspiziert auch über 1.800 Organisationen im sog. "independent sector" (gewinnwirtschaftliche und gemeinnützige private Einrichtungen). Gegenstand der nicht unbedingt in festen Zeitabständen, mindestens aber alle fünf Jahre stattfindenden Inspektionen ist die Beachtung nationaler Mindeststandards, die die Regierung definiert. Entsprechende Informationen über private Kliniken und andere Einrichtungen können auf der Website der Healthcare Commission abgerufen werden.

rungelementen bestimmt werden.²⁷¹

Trotz der Vielfalt seiner Elemente und Komponenten, trotz des Umstands auch, daß das Leistungsmanagement nicht als "System" konzipiert wurde, ist doch ein Ensemble von Einrichtungen und Instrumenten entstanden, das alle Teilfunktionen sozialer Steuerung bedient. In einem Bericht zum Thema ließ die Audit Commission eine Pflegekraft zu Wort kommen: "There is an incredible change happening. Things that have been talked about endlessly are coming to fruition. The reason is that the government's targets are very stringent, and everyone in the hospital is working towards meeting them" (zit. n. Davies 2003). Zielvorgaben der Regierung haben im Verein mit motivationalen und evaluativen Steuerungselementen bei Versorgungsverbesserungen der letzten Jahre eine wichtige Rolle gespielt, namentlich die Reduktion der Wartezeiten ist hier zu nennen. Sie haben die Aufmerksamkeit auf Versorgungsbereiche und -aspekte gelenkt, die die Regierung als prioritäre Optimierungsfelder einstuft. Das National Audit Office hält den Wirkungsbeitrag einschlägiger "targets" in der Notfallversorgung für ebenso gewichtig wie die Effekte der Ressourcenaufstockung (vgl. HCC 2005b: 80).

Den Erfolgsmeldungen stehen kritische Äußerungen gegenüber, die - aus unterschiedlichen Perspektiven - problematische Aspekte thematisieren. So klagten NHS-Manager vor einigen Jahren über eine "target fatigue" (Smith 2002: 107). Zielfülle und allfällige Zielkonflikte haben nicht nur Managern (und Professionals) Kritikstoff geliefert. Die Regierung hat in der Folge ihre Vorgabenpolitik geändert: weniger und zu größeren Teilen auf Outcomes und Patientenerfahrungen bezogene "targets", Fokussierung auf Standards als "the main driver for continuous improvements in quality" (DH 2004a: 7).²⁷² Die Kollision bestimmter Vorgaben mit professionellen Handlungsorientierungen steht im Fokus ärztlicher Klagen. Namentlich Wartezeit-Ziele geraten danach oft in Konflikt mit medizinischen Prioritäten (Kap. 5.1). Die Healthcare Commission verweist darauf, daß die aufmerksamkeitslenkende Wirkung der Zielvorgaben zu Lasten von Bereichen gehen kann, die nicht im Blickpunkt stehen und oft besonders problematisch sind.²⁷³ Neben den Zielvorgaben der Regierung haben vor allem die star ratings Kritik auf sich gezogen, was, wie beschrieben, schließlich zu ihrer Ablösung durch den jährlichen "health check" geführt hat. Daß das Regime der Zielvorgaben und Leistungsbewertungen die Entwicklung einer "blame culture" befördere, die Manager und Leistungserbringer zum "gaming", zur Zahlenmassage und kreativen Dokumentation verführe, ist ein weiterer Kritikpunkt (Hinsliff 2003a). Managementziele haben einer Untersuchung der Commission for Health Improvement zufolge Besatzungen von Krankenwagen dazu verleitet, den Anteil der Notfallpatienten, die sie zielgemäß (innerhalb von acht Minuten) erreicht

²⁷¹ In einem Marktkontext ist es auch vorstellbar, daß sich Krankenhäuser an einem Bewertungsverfahren beteiligen, wenn sie weder einer Teilnahmepflicht unterliegen noch vom Qualitätsnutzen des Verfahrens überzeugt sind. Das Teilnahmemotiv könnte in der Vorstellung liegen, sich mittels des Verfahrens als attraktiver Anbieter darstellen zu können, oder in der Furcht, daß eine - bekannt gemachte - Nichtteilnahme potentielle Kunden abschreckt.

²⁷² Aus der Sicht von Grundsatz-Kritikern genügt dies nicht: "It is not a case of having fewer or better targets. That is to miss the point that managing by targets in any shape or form is dysfunctional especially when divorced from those who are expected to achieve them" (Hunter 2005: 15).

²⁷³ "One of the key lessons for healthcare services is that failures most often occur in services that receive relatively little ... attention by way of, for example, national targets. This is underlined by the high levels of investigations into maternity and mental health services, particularly mental health services for older people" (HCC 2005b: 36).

haben, überhöht auszuweisen. Krankenhäuser haben dokumentierte Wartezeiten reduziert, indem Patienten kurzfristig Terminangebote gemacht wurden, die sie vielfach nicht annehmen konnten. Die Wartezeit konnte sodann - ohne Regelverletzung - neu berechnet werden (Davies 2003). NHS-Krankenhäuser sollen auch in großer Zahl Aushilfskräfte eingestellt haben, um Wartezeiten in Notfallabteilungen kurzzeitig zu senken (Hinsliff 2003a). In anderen Fällen wurden Zielvorgaben offenbar nur erreicht, indem man Ärzten oder privaten Kliniken zusätzliche Operationen zahlte (Davies 2003).

Ein an expliziten Entscheidungsvorgaben (Ziele, Standards, Empfehlungen) orientiertes Leistungsmanagement war im NHS jahrzehntelang weitgehend unbekannt. Zwar wurde die Budgetdisziplin der NHS-Gliederungen schnell zum Gegenstand zentraler Kontrollen, innerhalb des gegebenen Budgetrahmens bestimmte sich das Leistungsgeschehen jedoch sehr weitgehend durch Entscheidungen von Health Professionals und Health Authorities, nicht durch zentrale Vorgaben, entsprechende Leistungskontrollen/-bewertungen und flankierende Anreize/Sanktionen. Erst ab den frühen achtziger Jahren ist - wenn man von vereinzelt Versuchen absieht - ein aktives Regierungsbemühen zu verzeichnen, das Verhalten von Organisationen und Professionals an bestimmten (Leistungs-)Zielen auszurichten. Dabei stand zunächst die Effizienz der Ressourcennutzung im Vordergrund, die Managementperspektive weitete sich jedoch, wie oben beschrieben, im Laufe der Jahre beträchtlich aus. "Leistungsmanagement" steht so für einen grundlegenden Rollenwandel des "Zentrums". Die wichtigste institutionelle Innovation der letzten Jahre ist der Aufbau einer aus regierungsexternen Körperschaften bestehenden Regelungsstruktur. Wie die (gemeinsame) Selbstverwaltung in Deutschland arbeiten diese Organisationen "im Schatten der (staatlichen) Hierarchie", aber mit eigenständigen Handlungsmöglichkeiten. Die Steuerungswirksamkeit ihrer Aktivitäten im NHS dürfte allerdings wesentlich daraus resultieren, daß sie von staatlicher Sanktionsgewalt flankiert handeln.

8.5 Autonomisierung der Krankenhäuser

Einen erneuten Vorstoß zur Autonomisierung von NHS-Krankenhäusern unternimmt die Regierung seit einigen Jahren mit ihrem Programm, NHS Trusts in (NHS) Foundation Trusts umzuwandeln (vgl. a. Kap. 3.4) - erneut, denn mit der Schaffung des internen Marktes war ebenfalls die Intention verknüpft gewesen, NHS-Krankenhäusern mehr Handlungsspielraum zu geben. Was den NHS Trusts am Ende an zusätzlichen Freiheiten gewährt wurde, blieb jedoch weit hinter Manager-Erwartungen und politischer Vorfeld-Rhetorik zurück (Davies 2004; Mays et al. 2000: 55). Möglichkeiten der Kreditaufnahme wurden nur sehr begrenzt eröffnet, auf nationaler Ebene ausgehandelte Gehaltsvorgaben behaupteten sich als Norm. "The only freedom we have is the freedom to ask permission", bemerkte ein Trust-Manager (zit. n. Davies 2004). Gleichzeitig kamen im Zuge ministerialen "Marktmanagements" neue Vorgaben hinzu, etwa die Auflage, Gebühren in Höhe von 6 % des eingesetzten Kapitals abzuführen. Neben anderen Faktoren²⁷⁴ wird der geringe Autonomiezuwachs dafür verantwortlich gemacht, daß die Herauslösung der Krankenhäuser aus der Trägerverantwortung der Health Authorities wenig erkennbare Leistungseffekte zeitigte.

²⁷⁴ Insbesondere mangelnde Marktanreize (begrenzter Anbieterwettbewerb; fehlende Möglichkeit, Überschüsse einzubehalten) und fehlender Käuferdruck.

Wieder ist nun die Hoffnung, daß größere Handlungsfreiheit unternehmerische Geister wecken und Innovationskräfte freisetzen wird. Foundation Trusts sollen dem Management-Zugriff des "Zentrums" entzogen sein; weniger kontrolliert und inspiziert werden; Kredite zur Finanzierung von Investitionen aufnehmen dürfen; Überschüsse und Einkünfte aus Landverkäufen zur Angebotsentwicklung nutzen können; formlos Zugang zu speziellen Entwicklungsfonds erhalten; das Recht haben, private Unternehmen zu gründen; übertarifliche Gehälter zahlen dürfen.

Freilich, wenn die Manager der Foundation Trusts auch keine "Linie" mehr mit Whitehall verbindet, so arbeiten sie doch im Beobachtungs- und Interventionsfeld interner wie externer Akteure: Vertreter lokaler Interessen - Personal wie Patienten und Bürger - stellen die Mehrheit der "governors". Foundation Trusts müssen zudem Standards und Ziele des nationalen Leistungsmanagements ebenso beachten wie andere Häuser und bleiben Bewertungsobjekte der Commission for Healthcare Audit and Inspection.²⁷⁵ Schließlich hat die Regierung zur Besänftigung der innerparteilichen Opposition eigens für die autonomisierten Einrichtungen einen unabhängigen Regulierer - den schon erwähnten "Monitor" - mit weitreichenden Kompetenzen²⁷⁶ eingesetzt, der etwa bei defizitären Finanzentwicklungen interveniert.²⁷⁷

Welche Handlungsfreiheiten Manager von Foundation Trusts auf längere Sicht tatsächlich haben werden, ist ungewiß. Man kann zweifeln, ob nicht am Ende doch "each set of emerging problems associated with greater autonomy will be dealt with through tighter regulation" (Robinson 2002: 507). Die Autonomiefrage stellt sich aus einer Managementperspektive im engeren Sinne nicht nur auf nationaler, sondern auch auf lokaler Ebene. Während die Regierung Thatcher Vertreter spezieller Interessen von den Boards der NHS Trusts fernhalten wollte, zielt das Konzept des Foundation Trust gerade darauf, "local people" – Bürger, Patienten, Personal - an Leitung und Entwicklung der Organisation zu beteiligen.²⁷⁸

²⁷⁵ Es gibt gewisse Parallelen zu der von Galbraith (1973) als "targeting" bezeichneten Koordinationsform, die Autonomie überträgt, indem sie auf detaillierte Verfahrensvorgaben verzichtet und stattdessen erwünschte Ergebnisse spezifiziert. Daß auch versorgungspolitische "targets" auf lokaler Ebene definiert werden, sehen Kommunalisierungsvorschläge vor, wie sie von Morley und Campbell (2003) als Alternativen zum Foundation-Trust-Konzept der Regierung und als Optionen für eine "Demokratisierung des NHS" unterbreitet wurden.

²⁷⁶ U.a.: Limitierung der Kreditaufnahme; Bestimmung "geschützter" (d.h. unternehmerischer Disposition entzogener) Kapitalgüter und Leistungen; Einsetzung von Interimsleitungen bei gravierenden medizinischen oder ökonomischen Problemen; als härteste Sanktion Entzug des Foundation-Status.

²⁷⁷ Im Insolvenzfall muß das Schatzamt für Trust-Verbindlichkeiten aufkommen. Dem Schatzkanzler ist denn auch eine nur mäßige Begeisterung für das Autonomisierungsprogramm nachgesagt worden.

²⁷⁸ Ein früherer, an der Entwicklung des Autonomisierungskonzepts maßgeblich beteiligter Regierungsberater über Gespräche mit Managern von NHS-Krankenhäusern, die sich größere Handlungsfreiheiten wünschten: "I told them, 'If you get less (control) from Milburn [zu der Zeit Gesundheitsminister], you will have to get more from local people'" (zit. n. Carvel 2005a).

8.6 Politik und Management im "Zentrum"

Da es um die Realisierung politischer Ziele geht, kann das Leistungsmanagement nicht "unpolitisch" sein. Andererseits mag seine Durchschlagskraft z.T. davon abhängen, daß es einen weiten Zeithorizont hat und gegen erratische Einflüsse aus der Tagespolitik abgeschirmt ist. In den frühen achtziger Jahren schlug der Griffiths Report Maßnahmen vor, die das zentrale Management des NHS effektivieren und bereits im Gesundheitsministerium eine schärfere Trennung von "Politik"²⁷⁹ und "Management" institutionalisieren sollten. Griffiths empfahl, im Ministerium ein spezielles Gremium einzurichten, "a small, strong, professional management group, able to devote considerable time to running the NHS" (DHSS 1983: 15). Dieses Gremium sollte für eine kohärente Leitungsaktivität sorgen und die Ministerialbürokratie von der Beschäftigung mit entsprechenden Detailfragen entlasten (bzw. abhalten). Ein zweites Gremium, der Health Services Supervisory Board, sollte unter dem Vorsitz des Gesundheitsministers u.a. strategische Ziele und allokativen Prioritäten für den NHS definieren.

Im Einklang mit einer weiteren Griffiths-Empfehlung gehörte der Vorsitzende des neuen Management Board weder dem NHS noch dem civil service an. Doch schon nach 18 Monaten legte dieser Manager sein Amt nieder, weil ihm der Spielraum für eigenständige Entscheidungen zu gering schien. Sein Rücktritt beleuchtete das Spannungsfeld, in dem sich der Versuch bewegte, eine Managementspitze für den NHS im zuständigen Ministerium zu institutionalisieren. So hatten sich bald Reibungen und Interessenkonflikte zwischen Management Board und der Beamtenschaft des Hauses ergeben. Das - damit verknüpfte - Kernproblem lag jedoch in der politischen Verantwortung des Gesundheitsministers gegenüber dem Parlament. Wie ein ehemaliger Staatssekretär schreibt: "Inevitably tensions will arise between, on the one hand, Ministers (and those officials supporting them) who must always be accountable to Parliament, and on the other, officials (irrespective of their nomenclature) who have been charged by those same ministers with the task of achieving an efficient delivery of services within prescribed policies and predetermined resources" (Stowe 1989: 54, zit. n. Ham 1999: 146).

Dieses Spannungsverhältnis fand seinen Ausdruck in häufigen Veränderungen: Nach dem frühen Rücktritt des ersten Management-Board-Vorsitzenden übernahm der für den NHS zuständige Staatsminister im Gesundheitsressort den Vorsitz des Gremiums, und ein Manager aus der Privatwirtschaft wurde Chief Executive des NHS. 1989 trat die NHS Management Executive (NHSME) – später NHS Executive (NHSE) genannt - an die Stelle des Management Board. Unter günstigen Auspizien - die Regierung brauchte Implementationskompetenz für ihr ehrgeiziges Vorhaben, einen "internen Markt" zu etablieren - übernahm ein ehemaliger NHS-Manager die Führung. Griffiths' Supervisory Board, der kaum eine Rolle gespielt hatte, wurde durch einen Policy Board ersetzt, der erneut den politisch-strategischen Part übernehmen sollte. Die NHSME/NHSE war um die Bildung eines eigenständigen Profils bemüht und wurde bald mehr als "head office" des NHS denn als Teil des Ministeriums wahrgenommen (Ham 1999: 146), ein Eindruck, der sich durch ihren Umzug nach Leeds verstärkte.

²⁷⁹ In englischen Texten "policy". Das sowohl politische Entscheidungen wie die zu ihnen führenden Prozesse der Konfliktaustragung, Interessenvermittlung und Konsensfindung ("politics") bezeichnende Wort "Politik" paßt aber durchaus: "The aim was to separate policy (and, by implication, politics) from management" (Baggott 2004: 102).

Theoretisch folgte die Arbeitsteilung zwischen den Leitungsgremien der Unterscheidung von Politik und Management (auch: "implementation"). Praktisch war sie auf spannungsträchtige Weise verschwommen. Die Empfehlung der gut 10 Jahre nach Griffiths durchgeführten "Banks Review" zur Organisation des Gesundheitsministeriums (Banks 1994) lautete deshalb, den Aufgabenkreis der Management Executive ausdrücklich in Richtung "policy" zu erweitern. Da die NHSME von ehemaligen NHS-Managern (und nicht von civil servants oder NHS-extern rekrutierten Managern) dominiert wurde, lag in der Umsetzung dieser Empfehlung gewissermaßen "the victory of the NHS over the civil service" (Klein 2001: 183). Seit dem Jahr 2000 wiederum sind NHS-Management und Ministerialbürokratie durch Personalunion verzahnt - der Permanent Secretary im Gesundheitsministerium fungiert zugleich als Chief Executive des NHS.

Die Diskussion um die Verfassung der NHS-Spitze und die Ausrichtung ihres Verhältnisses zur Regierung ist auch nach dieser Veränderung auf der Tagesordnung geblieben. Vorstöße, den NHS auf größere Distanz zum Gesundheitsministerium zu bringen, werden mit einer gewissen Regelmäßigkeit unternommen. Wiederholt ist etwa die Bildung einer "NHS Agency" vorgeschlagen worden, die es dem Ministerium ermöglichen soll, sich auf strategische Fragen und Richtungsvorgaben zu beschränken, anstatt ins Alltagsgeschäft der Gesundheitsversorgung zu intervenieren (Dewar 2003). Innerhalb eines von der Regierung zu bestimmenden "policy framework" hätte eine NHS Agency allokativen Funktionen zu erfüllen und für die Umsetzung nationaler Versorgungsziele und -standards zu sorgen. Um die Kontrollposition des Parlaments zu stärken, sieht das Konzept ggf. vor, daß die Agency (bzw. ihr Chief Executive) dem Parlament gegenüber rechenschaftspflichtig ist.²⁸⁰

Die Regierung selbst will ihren Managementanteil reduzieren. Eine vor einigen Jahren aufgestellte Stellen-Streichliste für das Gesundheitsministerium umfaßte nicht weniger als 40 % des seinerzeitigen Bestandes (Butler/Shifrin 2003). Der NHS Plan (2000) faßte unabhängig von der Frage des Umfangs und der organisatorischen Verankerung zentraler Leitungsfunktionen eine Senkung des Anteils der Managementkosten am NHS-Budget ins Auge. Statistiken zur Personalentwicklung zeigen dagegen, daß die Zahl der NHS-Manager²⁸¹ in England zwischen 1997 und 2005 deutlich stärker (nämlich um jährlich 7,4 %) gestiegen ist als die der Pflegekräfte (3 % p.a.) und Fachärzte (5,1 % p.a.) (www.ic.nhs.uk). Es scheint angesichts einer vielleicht partiell dezentralisierten und entpolitisierten, zugleich aber - etwa durch die Reform der Krankenhausvergütung - mit neuen Aufgaben gespeisten Managementagenda mehr als fraglich, ob die intendierte Reduktion wünschenswert und realistisch ist.

Zusammenfassung

Lassen wir abschließend noch einmal kurz Revue passieren, was in diesem Kapitel abgehandelt

²⁸⁰ Die Idee der Bildung einer separaten, außerhalb des Regierungsapparats angesiedelten "agency" für den NHS ist bereits Ende der siebziger Jahre von einer Royal Commission ventiliert, jedoch wieder verworfen worden: Ein solcher Schritt werde nur erforderlich, wenn sich Ministerium und Health Authorities als unfähig erwiesen, ihrer Verantwortung gerecht zu werden (Mulholland 2003).

²⁸¹ Nicht eingeschlossen sind Kliniker, die Managementfunktionen ausüben, sowie einfaches Verwaltungspersonal.

wurde. Jahrzehntlang ist "Management" in NHS-Krankenhäusern wesentlich vermittelnde und administrativ-ermöglichende Aktivität im Umgang mit Professionals gewesen, wobei die "clinical autonomy" der Ärzte außer Frage stand. Erst im Laufe der 1970er Jahre beginnt allmählich die Aufwertung und Professionalisierung von Managementfunktionen im NHS.

Mitte der achtziger Jahren versucht dann eine auf Effizienzgewinne orientierende Politik mit der Einsetzung von Geschäftsführern (General Managers) Grundlagen für ein "pro-aktives" Management im Interesse politischer Ziele zu schaffen. Diesem Ziel dienen auch die in den folgenden Jahren beschlossenen Ausweitungen der Kompetenzen und Instrumente, mit denen diese Leitungsstellen ausgestattet sind. Gleichzeitig werden Bemühungen verstärkt, Ärzte enger ins Management der Krankenhäuser einzubinden. Formen interner Budgetierung und die Institutionalisierung von Hybridrollen wie der des clinical director sind die Mittel der Wahl. Darüber hinaus sollen durch den "internen Markt" (Krankenhaus-)externe Bedingungen gesetzt werden, an denen sich die ärztliche Autonomie traditionellen Zuschnitts zusätzlich relativiert. Die Bildung von Quasi-Märkten ist neben "Management" ein zweites "mobilizing theme" des in Großbritannien intensiv rezipierten New Public Management, für das der NHS zum "high impact sector" wurde (McNulty/Ferlie 2002: 9).

Das heutige Leistungsmanagement im NHS - die Beeinflussung des Verhaltens von Leistungserbringern und Leistungskäufern qua "Management" (Personen, Strukturen, Instrumente) nach Maßgabe oder im Horizont politischer Ziele - ist gegenüber seinen Vor- und Frühformen u.a. durch die qualitätsbezogene Ausweitung des Gegenstandsfeldes gekennzeichnet. Zentrale Managementträger sind neben dem Ministerium - wo in den achtziger und neunziger Jahren Versuche scheitern, "Politik" und "Management" institutionell zu trennen - "public bodies" wie das NICE und die Healthcare Commission.

Trotz all dieser Entwicklungen mit ihrer auf die (selektive) Einschränkung ärztlicher Autonomie gerichteten Tendenz vermitteln empirische Studien nicht den Eindruck, daß die Ärzte dramatische Positionsverluste erlitten hätten. Die Krankenhauswelt des NHS scheint noch immer durch ein hohes Maß an professioneller Selbstbestimmung und "micro-power" (Harrison et al. 1992) geprägt. Deren nach wie vor großes Gewicht belegen auch verschiedentlich dokumentierte Erfahrungen mit Umgestaltungsinitiativen des Managements von Krankenhäusern. So schreiben es McNulty und Ferlie (2002) wesentlich dieser Mikromacht zu, daß Ausgestaltung und Effekte des Business-Process-Reengineering-Programms, das in dem von ihnen untersuchten NHS Trust durchgeführt wurde, erkennbar hinter initialen Management-Ambitionen zurückblieben. "At operational levels of hospitals much real power remains with a loose coalition of clinicians engaged in incremental development of their own service largely on their own terms and conditions" (McNulty/Ferlie 2002: 332). Bemerkenswert an der eben zitierten Studie ist im übrigen, daß sich auch Manager der mittleren Ebene (Klinische Direktorate, Fachabteilungen) im Verein mit den Professionals gegen weitergehende, prozeßorientierte Restrukturierungsvorstellungen der Managementspitze wandten. Das Gewicht der politischen Dimension, die organisationalen Restrukturierungsversuchen aus professionellen Interessen an Domänen- und Autonomiesicherung erwächst, hebt auch Buchanans (1997) Studie über ein Projekt hervor, durch das die Nutzung von OP-Sälen prozeßorientiert reorganisiert werden sollte. Die angesprochenen Forschungsergebnisse sind jeweils nur bedingt extrapolierbar, konvergieren aber im Befund einer bei aller "mana-

gerialisation" substantiell fortbestehenden professionellen Autonomie und Bestimmungsmacht. Einschränkend ist allerdings anzumerken, daß die Daten der erwähnten Studien vor New Labours Ausweitung des Leistungsmanagements erhoben wurden.

9 Nutzerbeteiligung

Wenn es um konkrete Beispiele für Maßnahmen zur Stärkung der Bürger-/Patientenbeteiligung an versorgungsbezogenen Entscheidungen geht, richtet sich der Blick oft auf Großbritannien. Zur veritablen "growth industry" (Kennedy 2003) ist "patient and public involvement" allerdings erst in den letzten Jahren geworden. Institutionelle Arrangements, die (auch) der Nutzerbeteiligung²⁸² dienen können, kennt der NHS jedoch seit Jahrzehnten, so wirkten von Anfang an Laien in Entscheidungsgremien des Gesundheitsdienstes mit.

9.1 Mitgliedschaft in NHS-Gremien

Daß Laien in die Organe berufen wurden, die 1948 Leitungs- und Verwaltungsfunktionen im Krankenhaussektor übernahmen, setzte eine lange Tradition fort, denn in Leitungsgremien der voluntary hospitals hatten immer schon "public worthies" gewirkt.²⁸³ Das NHS-Gesetz von 1946 hatte sich weitgehend darüber ausgesprochen, welche Aufgaben Laienmitglieder von Regional Hospital Boards und Hospital Management Committees konkret erfüllen sollten. In der Praxis wurde aber unterstellt, daß sie Leitungs- und Repräsentationsfunktionen zugleich im Blick haben würden (Klein 1979: 73).

Im Laufe der Jahre gewann jedoch die Auffassung an Boden, daß die Mitglieder der regionalen und lokalen Leitungsorgane durch "conflicting responsibilities" überfordert seien.²⁸⁴ Auch aus diesem Grund setzte die NHS-Reform von 1974 bei der Organisation der neuen Health Authorities die Akzente eindeutig in Richtung Management. Zwar gehörte den mit deutlich weniger Laien besetzten Leitungsgremien ein von den Kommunen (die jetzt keinerlei Zuständigkeiten mehr im NHS besaßen) ernanntes Mitglied an. Die Gremien sollten jedoch dezidiert als Managementorgane fungieren, deren Mitglieder primär nach dem Gesichtspunkt der "management ability" rekrutiert werden. Für die Repräsentation von Bürger- und Patienteninteressen wurden mit den Community

²⁸² Der Begriff des Nutzers soll hier alle Personen bezeichnen, die Krankenhausleistungen aktuell oder potentiell in Anspruch nehmen. Er schließt also "Bürger" wie "Patienten" (und im deutschen Kontext "Versicherte") ein (vgl. SVRKAiG 2001a: Ziff. 301ff.; Schaeffer 2004: 15ff.).

²⁸³ "It was natural that for every hospital or group of hospitals there should continue to be a management committee of public worthies, drawn predominantly from 'the establishment'. Among them were captains of industry, members of professions, men and women from largely middle class families, imbued with a sense of public duty that probably did not extend to active involvement in politics but entailed giving their intelligence and above all their time to the development of a service for the community" (Bettinson 1984: 73, zit. n. Harrison/Dixon 2000: 267).

²⁸⁴ Das Zitat stammt aus einem Ende der sechziger Jahre veröffentlichten Untersuchungsbericht über Fälle von Patientenmißhandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Das Versagen des verantwortlichen Hospital Management Committee (HMC) wurde auch darauf zurückgeführt, daß die wesentlich aufgrund bürgerlicher Reputation und reicher Erfahrungen im Geschäftsleben ausgewählten Mitglieder kein klares Rollenkonzept gehabt hatten, wenn es etwa um den Umgang mit Beschwerden ging: Als "the representative of the consumer" müsse das HMC "see that complaints are brought forward and investigated. As an employer it must see that its staff are protected from unjust attack. As Manager ... it must make appropriate management decisions ... and at the same time defend against unjust attack ... and discharge all these functions with a proper sense of justice" (zit. n. Peck 1998: 202).

Health Councils (s.u.) spezielle Einrichtungen geschaffen.

Die 1974 ins Amt gekommene Labour-Regierung änderte das Reformprogramm der konservativen Vorgängerin in einem Punkt: Um den Einfluß der Kommunen zu stärken und das "Demokratiedefizit" der - bis dahin nur aus ernannten Mitgliedern bestehenden - Health Authorities zu verringern, verfügte sie, daß sich wenigstens ein Drittel der Mitglieder aus (gewählten) kommunalen Amtsträgern rekrutieren sollte. Schon die erste NHS-Reform der Ära Thatcher (1982) ging zu diesem Demokratisierungsansatz wieder auf Distanz, indem sie den Mitgliederanteil kommunaler Repräsentanten auf ein Viertel reduzierte. Die Reformen der frühen neunziger Jahre waren noch konsequenter. Die "confusion of roles", mit der Mitglieder von NHS-Gremien oft zu kämpfen hatten, sollte beendet und das Schwergewicht noch strikter als 1974 auf Managementfunktionen gelegt werden. Kommunale Repräsentanten verloren alle Sitze. Allein die Community Health Councils sollten "the interests of the local community" repräsentieren und "as a channel for consumer views" fungieren (zit. n. Klein 1990: 1351).

New Labour konditionierte die Zusammensetzung der lokalen NHS-Gremien dann wieder durch Vorgaben, die auf die Repräsentation lokaler Nutzerinteressen zielen: Laienmitglieder der Boards von NHS Trusts, Primary Care Trusts und Health Authorities sollen im jeweiligen Zuständigkeitsgebiet ansässig und nicht privat versichert sein. Die neuen Patientenforen (s.u.) entsenden einen Patientenvertreter in den Board des jeweiligen Trust. Darüber hinaus sollen den Leitungsgremien der Health Authorities wieder gewählte Repräsentanten der Kommunen angehören.

Ein ganz neues Kapitel hat mit dem "NHS Foundation Trust" begonnen, jener "new form of social ownership", die dem doppelten Ziel der Dezentralisierung und Demokratisierung im NHS dienen soll (vgl. a. Kap. 3.4). Die Boards der Foundation Trusts bestehen aus teils ernannten, überwiegend jedoch gewählten "governors". Bei letzteren handelt es sich mehrheitlich um Bürger/Patientenvertreter, die von den "Mitgliedern" des Foundation Trust (d.h. von (ehemaligen) Patienten wie von lokalen Bürgern, die sich als Mitglieder haben einschreiben lassen) gewählt werden. Die übrigen Wahlmitglieder des Gremiums bestimmt das Personal der betreffenden Krankenhäuser. Oft mußten die den Foundation-Status anstrebenden Trusts allerdings die Erfahrung machen, daß es schwer ist, genug Patienten und Bürger für eine Mitgliedschaft zu gewinnen und sie zur Teilnahme an den Boardwahlen zu motivieren (Klein 2004).²⁸⁵

Auf nationaler Ebene schließlich finden sich Laien in den Leitungsgremien wichtiger Regulusorganisationen, insbesondere des National Institute for Health and Clinical Excellence und der Healthcare Commission (9.4). Bürger- und Patientenvertreter stellen auch ein Drittel der Mitglieder des NHS Modernisation Board (der eine Reihe NHS-weiter Reformen durchsetzen soll). Schließlich wurde die Zahl der Laienmitglieder in den Organisationen professioneller Selbstregelung (namentlich der General Medical Council) erhöht.

Theoretisch können Laienmitglieder in Entscheidungsgremien des NHS als wachsame Augen der

²⁸⁵ U.U. lag der Anteil der Boardwähler an der lokalen Bevölkerung im Ergebnis unter 1 %. Überraschender als die von Beobachtern erwarteten Rekrutierungsprobleme bei Patienten und Bürgern ist, daß sich auch das Personal der betreffenden Krankenhäuser oft nur schwach an den Boardwahlen beteiligt hat (ebd.).

Öffentlichkeit agieren und die Sicht von Nutzern artikulieren. Ihr faktisches Wirken schein jedoch, so Hunter und Harrison vor einigen Jahren, bis dahin "fairly undistinguished" gewesen zu sein (Hunter/Harrison 1997: 127).

Die Probleme, mit denen sich Mitglieder von NHS-Gremien konfrontiert sahen, sind verschiedentlich beleuchtet worden (vgl. Day/Klein 1987: 89ff.): das komplexe Verantwortungsprofil der zugleich schwach definierten wie instrumentierten Rollen mit ihren potentiell konfligierenden Bezügen zu übergeordneten NHS-Instanzen/Ministerium, lokalen Patienten/Bürgern und NHS-Personal; Mangel an Zeit, (Hintergrund-)Wissen, Informationen, Urteilkriterien. Als für den Laieneinfluß wesentlicher Faktor hat sich die Einstellung von Health-Authority-Vorsitzenden und hauptamtlichen Leitungsakteuren herauskristallisiert, ihre Bereitschaft, speziell auch die Laienmitglieder des Gremiums aktiv in Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

Peck (1995) hat in einem NHS Trust untersucht, welche Bedeutung den Laienmitgliedern des Boards zukam. Der Steuerungsbeitrag des Gremiums war marginal, der Laien-Einfluß ebenso gering wie das in früheren Studien über Health Authorities ermittelte Entscheidungsgewicht der Laien. Neuere Untersuchungen zur Entscheidungsbedeutung der Laienmitglieder in den Leitungsgremien von Primary Care Groups/Trusts²⁸⁶ haben zu vergleichbaren Resultaten geführt. So bleibt der Laieneinfluß nach einer an 12 englischen PCGs/PCTs durchgeführten Studie auch in diesen New-Labour-Schöpfungen gering (Pickard et al. 2002). Deshalb müsse, so wird einmal mehr gefordert, Klarheit über die konkrete Rolle von Laien in Leitungsgremien lokaler NHS-Organisationen geschaffen werden (ebd.). Wenn diese Rolle Repräsentationsfunktionen einschließt,²⁸⁷ stellt sich heute mehr denn je die Frage, wie ihre Träger ohne einen ausgedehnten Hintergrund lokaler Netzwerke und Kommunikationskanäle - und ohne daß man ihnen ein Übermaß an Einsatz abverlangte - die Vielfalt lokaler Ansichten repräsentieren sollen.

9.2 Beteiligungsorgane

Community Health Councils

Der Gedanke, spezielle Organe zu schaffen, um Nutzerinteressen bei Entscheidungsprozessen im NHS zur Geltung zu bringen, war im Grunde ein Nebenprodukt der Absicht, die Health Authorities eindeutig auf Leitungsfunktionen auszurichten, wie es die erste große NHS-Reform (1974) vorsah. Ein Beteiligter: "The idea suggested itself as soon as we had decided to go for unrepresentative Area Health Authorities" (zit. n. Klein/Lewis 1976: 13). Der zur Bildung der Community Health Councils (CHCs) führende Entscheidungsprozeß (vgl. ebd.: 11ff.) erweckt den Eindruck einer gewissen Beiläufigkeit, die Maßnahme gehörte kaum zu den Herzstücken der Reform.

²⁸⁶ Primary Care Groups waren organisatorische Vorstufen der Primary Care Trusts. Sie wurden von einem Board geleitet, der aus Allgemeinärzten, Pflegekräften, Managern, Vertretern sozialer Dienste und einem Laienmitglied bestand. PCTs haben einen ähnlich wie der Board einer PCG zusammengesetzten Vorstand, der allerdings kein Laienmitglied einschließt. Der PCT-Vorstand wird jedoch von einem Board kontrolliert, in dem Laien die Mehrheit stellen.

²⁸⁷ So Ergebnisse einer Befragung Londoner Primary Care Groups, nach denen dem Laienmitglied solche Funktionen zugeschrieben werden (North/Werkö 2002: 789).

In jedem der damals 229 NHS-Distrikte wurde ein Community Health Council gebildet. Die Zahl der (durchweg ehrenamtlichen) Mitglieder schwankte in Abhängigkeit von der Bevölkerungszahl eines Distrikts zwischen 18 und 24. Sie wurden von den Regionalgliederungen des NHS ernannt, wobei Kommunen die Hälfte und freie Organisationen²⁸⁸ ein Drittel der Mitglieder vorschlugen. Ein Community Health Council hatte zumeist zwei hauptamtliche Mitarbeiter, die Angestellte des NHS waren. Aus NHS-Mitteln wurden auch die - nach Auffassung der Räte zu schmalen (Moon/Lupton 1995: 338) - Budgets der CHCs gespeist.²⁸⁹

Was gemeint war, wenn es hieß, die CHCs sollten die Interessen der "local community" oder "public" vertreten, ist nie instruktiv erläutert, das Aufgabengebiet der Councils nie exakt festgelegt worden. Ihr Mitgliederkreis sollte neben Personen, die als Repräsentanten lokaler Bürger und Patienten in einem generellen Verständnis agieren, auch Personen einschließen, die speziell die Interessen vulnerabler, artikulationsschwacher Patienten im Auge hatten. Es blieb den CHCs überlassen, Interessenkonflikte zwischen verschiedenen Nutzergruppen zu bewältigen.

Primäre Arbeitsbereiche der Community Health Councils lagen in der Beobachtung der (lokalen) Gesundheitsversorgung und in der Formulierung versorgungspolitischer Vorschläge. Die Information der Öffentlichkeit über gesundheitspolitische Fragen bildete einen weiteren Schwerpunkt. CHCs unterhielten Kontakte zu lokalen (Selbsthilfe-)Gruppen und kommunalen Instanzen. Ihr Tätigkeitsfeld schloß zudem individuelle Beratung und Hilfe ein. Wenn sich ein NHS-Patient beschweren wollte, konnten Community Health Councils informieren und Hilfestellung geben.

Gegenüber NHS-Organisationen hatten die CHCs ein begrenztes Recht auf Information. Sie konnten Mitglieder zu Sitzungen der Health Authorities entsenden und Versorgungseinrichtungen (mit Ausnahme der Praxen niedergelassener Ärzte) inspizieren. Einmal jährlich mußte jeder CHC mit der jeweiligen Health Authority zu einer öffentlichen Sitzung zusammentreten.

Bis zum Jahre 1990 galt die Bestimmung, daß der Community Health Council konsultiert werden mußte, wenn eine Health Authority "substantial developments or variations" plante. Sofern es um die Schließung eines Krankenhauses ging, konnte der CHC erzwingen, daß der Gesundheitsminister über den Vorschlag entschied. 1990 wurde die Regelung dahin abgeschwächt, daß eine Konsultation nur dann erfolgen mußte, wenn die Health Authority glaubte, "it would be expedient and in the interests of the health service to do so" (zit. n. Levitt et al. 1995: 251). Es kam hinzu, daß das Gesetz offenließ, was - von der endgültigen Schließung einer Einrichtung abgesehen - eine "substantielle" Veränderung ausmacht. Die CHCs mußten zudem nicht konsultiert werden, wenn geplante Veränderungen als "temporary" oder "phased" charakterisiert wurden. Nimmt man den Umstand hinzu, daß der Rechtsweg den CHCs grundsätzlich verwehrt war, sind wichtige Elemente ihrer strukturell schwachen Position genannt (Milewa et al. 1999: 447f.).

Studien aus verschiedenen Abschnitten der NHS-Geschichte legen denn auch den Schluß nahe,

²⁸⁸ Meist Organisationen, die Interessen besonders verwundbarer Patientengruppen - alte Menschen, psychisch Kranke, Behinderte - wahrnahmen.

²⁸⁹ Die Räte hatten zuletzt 5.000 ehrenamtliche Mitglieder (Dean 2001) und 700 hauptamtliche Mitarbeiter (Parker 2001).

daß es sich bei den Community Health Councils im großen und ganzen um Gestaltungsfaktoren minderer Bedeutung handelte (Klein/Lewis 1976; Ham 1980; Maxwell/Weaver 1984; Cooper et al. 1995). Das Diktum, Community Health Councils seien wenig mehr als "a weak form of an independent watchdog" (gewesen) (Hunter/Harrison 1997: 148), muß allerdings durch den Hinweis ergänzt werden, daß Councils im Einzelfall durchaus Erfolge verbuchen konnten. Geschick und persönliches Engagement von Mitgliedern und hauptamtlichen Mitarbeitern erscheinen dabei als wesentliche Faktoren (Moon/Lupton 1995: 338; Strong/Robinson 1990: 118), auch die Präsenz von mindestens zwei CHC-Mitgliedern bei HA-Sitzungen und eine Art Rechenschaftspflicht dieser Repräsentanten sind als Bedingungen effektiver Interessenvertretung genannt worden (vgl. Seale 1993: 79).

Deutliche Unterschiede haben die CHCs in ihrem Aufgaben- und Rollenverständnis gezeigt. In idealtypischer Stilisierung lassen sich ein "pressure group"- und ein "shadow body"-Konzept unterscheiden (Cang 1978: 273ff.). Letzteres sah den CHC als Repräsentationsorgan, das auch bei konfligierenden Nutzerperspektiven eine einheitliche Position erarbeitet und sich um eine enge Kooperation mit NHS-Instanzen bemüht. Für erstere lag die Aufgabe der Räte nicht darin, ausgewogene, der NHS-Realität Rechnung tragende Nutzerpositionen zu formulieren, sondern Interessen hart und ungefiltert zu artikulieren. Zudem taten sich einige CHCs in den achtziger Jahren vor allem in innerstädtischen Gebieten als Gegner von Regierungspolitiken hervor, die Health Authorities umsetzen sollten. In anderen Distrikten wiederum traten die Councils kaum in Erscheinung, zum Teil weil eine heterogene Interessenstruktur die Formulierung klarer Standpunkte verhinderte. Einflußchancen, die sich nach dem purchaser/provider split aus der Entwicklung der neuen Käuferfunktion ergaben, haben die CHCs, so Baggott (2004: 308), aus Sorge um ihre Unabhängigkeit oft nicht genutzt. Der zunehmende Einsatz diverser Methoden zur Erhebung von Nutzerperspektiven durch NHS-Organisationen habe ebenfalls zur tendenziellen Marginalisierung der CHCs beigetragen. Laut Joss und Kogan (1995: 61) hatte der Einfluß der CHCs speziell auf die Qualität lokaler Versorgungsangebote in der ersten Hälfte der neunziger Jahre spürbar abgenommen. Auch im Blick auf die Beratung und Unterstützung potentieller Beschwerdeführer war die Bedeutung der CHCs nach einer Untersuchung aus jener Zeit eher gering (vgl. Allsop/Mulcahy 1996: 147). Jüngere Studien²⁹⁰ zeigen, daß Community Health Councils zumindest quantitativ als Ansprechpartner und Mitwirkende bedeutsam waren. Allerdings berichteten die meisten der von Alborz und Kollegen (2002) befragten CHC-Mitglieder, daß wichtige Themen wie Leistungsvereinbarungen mit Krankenhäusern oder Fragen der Angebotsentwicklung oft ausgespart blieben, wenn Primary Care Groups/Trusts sie konsultierten. Nur 14 % schrieben deren Aktivitäten in Sachen Bürger-/Patientenkonsultation (generell, nicht nur mit Blick auf das diesbezügliche Gewicht der CHCs) Entscheidungsrelevanz zu. Größere Änderungen in Rolle, Kompetenzen, Mitgliederkreis oder Ressourcenausstattung der Councils hat es über all die Jahre nicht gegeben. 1994 wurden einige CHCs restrukturiert, um ihre geographischen Zuständigkeitsgebiete denen von Kommunen oder Health Authorities anzupassen.

²⁹⁰ Alborz und Kollegen (2002) untersuchten die Praxis der Bürger-/Patientenkonsultation von Primary Care Groups/Trusts, Pickard und Kollegen (2002) die Beteiligung von Nutzern an der "clinical governance" in den genannten Organisationen, Elston und Fulop (2002) die Entwicklung von Health Improvement Programmes – lokalen Gesundheitsstrategien, die die Health Authorities unter Beteiligung aller relevanten "stakeholders" formulieren und umsetzen sollten.

Neue Strukturen

New Labours 1997er Reform-Weißbuch "The New NHS" hatte noch von der Bedeutung gesprochen, die die CHCs "in providing information and advice, and in representing the patient's interest" besäßen (DH 1997: 4.20). Drei Jahre später nahm der NHS Plan die Auflösung der Räte in den Blick.²⁹¹ Ihre Funktionen sollten andere Träger übernehmen und effektiver erfüllen: Die Beobachtung und Beeinflussung lokaler Angebotsentwicklungen im Bürger-/Patienteninteresse sollte den Kommunen, die Information, Beratung und Unterstützung von (beschwerdewilligen) Patienten neuen Einrichtungen innerhalb der Trusts obliegen (Beecham 2001).

Das Vorhaben in die Tat umzusetzen, erwies sich angesichts unerwartet energischer Opposition als schwierig.²⁹² Sie galt nicht unbedingt der Absicht, die systembezogene Beobachtungsfunktion der CHCs Stadt- und Gemeinderäten zu übertragen. In dem Plan jedoch, die individuellen Beratungs- und Unterstützungsfunktionen der CHCs NHS-(Anbieter-)Organisationen zu übertragen, sahen die Kritiker das Risiko von Unabhängigkeits- und Effektivitätsverlusten. Nach oft kontroverser Debatte wurde der entsprechende Gesetzentwurf (NHS Reform and Healthcare Professions Bill) erst im Sommer 2002 verabschiedet. Im Zuge des Prozesses hatte die Regierung eine Niederlage im Oberhaus hinnehmen müssen und sich mit widerständigen Labour-Parlamentariern konfrontiert gesehen, die vom Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses angeführt wurden. Der Weg zur Auflösung der CHCs (zum 1.12.2003) und zum Aufbau neuer Einrichtungen war deshalb auch ein Weg der Regierungskonzessionen: Gewährleistung unabhängiger Unterstützung für Beschwerdeführer; lokale Vernetzung der in NHS-Organisationen zu bildenden Patientenforen (Dean 2001; Watt 2001).

Am Ende des Entscheidungsprozesses stand eine recht komplexe Struktur, die auf der *Trust*-Ebene (NHS Trust, Primary Care Trust) drei Einrichtungen vorsieht: 1) Patient Advice and Liaison Services (PALS) beraten Patienten und informieren sie über lokale Versorgungsangebote, Beschwerdemöglichkeiten und Unterstützungsgruppen. PALS sollen sich insbesondere auch um Patienten kümmern, die mit ihrer Behandlung unzufrieden sind, und auf Lösungen hinwirken, die eine offizielle Beschwerde gegenstandslos machen. 2) (ursprünglich nicht vorgesehene) Independent Complaints Advocacy Services (ICAS) geben - ähnlich wie zuvor die CHCs - Hilfeleistung im Umgang mit dem Beschwerdesystem. 3) Patients' Forums,²⁹³ deren Mitglieder sich aus

²⁹¹ Neben der schwankenden Leistung der CHCs hat die Regierung ihre Auflösungsabsicht damit begründet, die Councils hätten keine Rolle bei der Aufdeckung der NHS-Skandale gespielt, die in den späten neunziger Jahren publik wurden (Dean 2001). Schon frühere Regierungen hatten den CHCs - nicht zuletzt wegen politikkritischer und Versorgungsprobleme herausstellender Äußerungen - reserviert gegenüberstanden (Baggott 2004: 308), wengleich die gelegentlich erwogene Auflösung dann doch unterblieb.

²⁹² Die Stärke des auch von Patientengruppen mitgetragenen Widerstandes gegen die Auflösungspläne hat nach Dean (2001) ihre Ursache auch darin, daß die Räte sich immer wieder gegen unpopuläre Krankenhausschließungen gewandt hatten.

²⁹³ Später in Patient and Public Involvement Forums umbenannt, um eine Erweiterung der Aufgabenbestimmung deutlich zu machen. Die Foren hatten zunächst nur der Patientenbeteiligung dienen und sich zu gleichen Teilen aus (momentanen wie ehemaligen) Patienten der jeweiligen Einrichtung und Mitgliedern von Patientenorganisationen zusammensetzen sollen. Bürgeransichten sollten über separate lokale Beratungsforen eingespeist werden (Baggott 2005: 540).

Patientengruppen, freien Organisationen und den Teilnehmern an der jährlichen Patientenbefragung des Trusts rekrutieren, haben folgende Aufgaben: Beobachtung des Leistungsangebots, Inspektion der betreffenden Einrichtung (d.h. der Infrastruktur), Erhebung von Patienten- und Bürgerperspektiven (insbesondere bei Minderheiten und schwer ansprechbaren Gruppen), Wirksamkeitskontrollen der PALS und ICAS. Die Patientenforen der PCTs müssen darüber hinaus mit anderen lokalen Foren kooperieren, um eine übergreifende Sicht der Versorgungsprobleme aus Patientensicht zu gewinnen und Bürgerbeteiligung auf regionaler Ebene zu fördern. Wenn sie Handlungsbedarf sehen, können sich Patientenforen an ihre Trusts, das zuständige kommunale Overview and Scrutiny Committee (s.u.) oder die Commission for Patient and Public Involvement (s.u.) wenden. Die Patientenforen der Primary Care Trusts entsenden einen Patientenvertreter in den Board der Organisation.²⁹⁴

Health Authorities: Sie müssen unabhängige Beratungsforen institutionalisieren, die sich aus lokalen Bürgern rekrutieren und bei der Festlegung versorgungspolitischer Prioritäten und Strategien zu konsultieren sind.

Den *Kommunen* dienen Overview and Scrutiny Committees (OSCs) zur Kontrolle der Gesundheitsversorgung in ihrem Zuständigkeitsgebiet. Durch die Ausschüsse werden gewählte Bürgervertreter in den Stand gesetzt, die Angebotsplanung zu prüfen, sich bei umstrittenen Änderungsplänen an den Gesundheitsminister zu wenden und NHS-Manager zur Erläuterung von Entscheidungen zu bestellen.

Als *nationale* Einrichtung nahm die Commission for Patient and Public Involvement in Health (CPPIH) ihre Tätigkeit im Januar 2003 auf. Sie ist als non-departmental public body²⁹⁵ mit eigenem Board verfaßt. Ihm gehören 10 Personen mit einschlägigen Erfahrungen (die z.B. in den aufgelösten Community Health Councils gesammelt wurden) an. Die Aufgaben der Kommission: Besetzung und Finanzierung der Patientenforen; Definition von Qualitätsstandards für die Arbeit der Foren, Kontrolle ihrer Einhaltung; Unterrichtung der Regierung über die Entwicklung der Bürger- und Patientenbeteiligung im NHS; Förderung der Versorgungsforschung aus Patientensicht. Außerdem kann die Kommission Zustände und Vorgänge, die der Sicherheit oder Wohlfahrt von Patienten abträglich scheinen, öffentlich untersuchen. Die CPPIH war noch kaum errichtet, als die Regierung im Sommer 2004 die Auflösung der Organisation im Interesse des Bürokratieabbaus ankündigte. Allerdings hat diese Absicht auch auf seiten von Patientenorganisationen keineswegs nur negative Reaktionen hervorgerufen.²⁹⁶

²⁹⁴ Die neuen Foundation Trusts, in denen Nutzerrepräsentanten als "governors" an der Leitungsorganisation beteiligt sind, sollten zunächst von der Vorschrift ausgenommen werden, Patientenforen zu bilden. In dem Maße, wie die Rechtsform des Foundation Trust organisationsrelevant wird, wäre mithin einem Kernelement des skizzierten Beteiligungssystems der Boden entzogen worden. Nach kritischen Anmerkungen des Unterhaus-Gesundheitsausschusses wurden die Vorschrift dann doch auf die Foundation Trusts ausgeweitet (Baggott 2004: 331).

²⁹⁵ Vgl. Kap. 3, Anm. 57.

²⁹⁶ Gegner der Auflösung, darunter der King's Fund und verschiedene Patientenverbände, beklagen den Verlust einer Organisation, die zumindest potentiell Patienteninteressen bündeln und auf nationaler Ebene artikulieren könne. Befürworter, darunter ebenfalls Patientenverbände, verweisen auf die aus ihrer Sicht schlechte Leistungsbilanz der Kommission, die als Führungsinstanz der lokalen Patientenforen versagt habe (Batty 2004).

Anderen Komponenten der skizzierten Beteiligungsstrukturen scheint ebenfalls kein langes Leben beschieden. Im Sommer 2006 faßte das Gesundheitsministerium auch die Auflösung der Patientenforen ins Auge (DH 2006b, 2007c; HCHC 2007). An ihrer Stelle sollen auf kommunaler Ebene Local Involvement Networks (LINKs) gebildet werden, die, anders als die Patientenforen, nicht mit NHS-Organisationen verbunden sind. "It is no longer appropriate to have a system which is based around the scrutiny of individual institutions" (DH 2007c: 3). Die Netzwerke werden vom Gesundheitsministerium finanziert, ihre Etablierung soll jedoch in der Verantwortung kommunaler Instanzen liegen, denen London viel Gestaltungsfreiraum lassen will. LINKs sollen flexiblere und umfassendere Beteiligungsmechanismen als die Patientenforen sein und der angestrebten engeren Kooperation zwischen NHS und Kommunen, Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten entsprechen. Potentielle Funktionen der LINKs: Beobachtung der lokalen Versorgungsentwicklung, Formulierung von Gestaltungsempfehlungen, Vermittlung von Ansichten der lokalen Bevölkerung an relevante Entscheidungsträger, Förderung der Nutzerbeteiligung an der Planung und Bewertung des Versorgungsgeschehens. Der Mitgliederkreis der Netzwerke soll Vertreter von Nutzergruppen und lokalen Organisationen der freien Wohlfahrtspflege, aber auch interessierte Einzelpersonen einschließen. Die Ersetzung der Patientenforen durch LINKs²⁹⁷ wird Bestandteil eines Maßnahmenbündels zur Effektivierung der Nutzerbeteiligung sein. Vorgesehen ist daneben u.a. die Präzisierung und Ergänzung der Pflichten, die der Gesetzgeber Leistungserbringern und "commissioners" in Sachen Nutzerbeteiligung auferlegt hat (Health and Social Care Act 2001). Unter anderem sollen Trusts verpflichtet werden, "to respond to what patients and the public have said" (DH 2006b: 7).²⁹⁸ Begründet werden die Veränderungspläne mit Schwächen der bestehenden Arrangements, die nur teilweise zu einer befriedigenden Nutzerbeteiligung geführt und es kaum vermocht hätten, junge Menschen und ethnische Minderheiten einzubinden. Nach wie vor gebe es in vielen Trusts Beteiligungsdefizite bei der Leistungs- und Nachfrageplanung. Nach wie vor sei auch der Eindruck verbreitet, daß Nutzeransichten oft folgenlos erhoben werden. Deshalb bedürfe es "a stronger local voice". Der Gesundheitsausschuß des Unterhauses hat die geplante Restrukturierung hinsichtlich ihrer Begründung und der "disruption it causes" kritisiert. Er mahnt eine präzisere, weniger breite Aufgabenbestimmung an und möchte die Frage geklärt sehen, "how LINKs will be made accountable" (HCHC 2007: 3f.).

9.3 Voices

1992 erschien "Local Voices" - "guidance" für die (jetzt als Leistungskäufer agierenden) Health Authorities zur Ermittlung und Berücksichtigung der "views of local people". Local voices sollten den Health Authorities zu Kriterien und Bezugspunkten für eine nutzerorientierte Einkaufspolitik verhelfen. Das Dokument stand am Anfang einer ganzen Serie ministerialer Aufforderungen und Ermahnungen an die Adresse regionaler und lokaler NHS-Instanzen (vgl. Milewa et al. 1999: 447f.).

²⁹⁷ PALS, ICAS und OSCs bleiben bestehen.

²⁹⁸ Die Local Government and Public Involvement in Health Bill (Dez. 2006) enthält die Ermächtigung des Gesundheitsministers, zu regeln, wie Trusts mit Berichten oder Empfehlungen eines LINK umgehen sollen (Abs. 155).

Bereits im zurückliegenden Jahrzehnt war die schriftliche, standardisierte Patientenbefragung auf lokaler Ebene zur häufiger geübten NHS-Praxis geworden. Mit seiner Kritik, der Gesundheitsdienst nehme nicht zureichend Bedacht, Nutzererwartungen zu entsprechen, und der Empfehlung, Patienten- und Bürgermeinungen (u.a. durch "market research") zu erheben, war der "Griffiths Report" dabei ein wesentlicher Faktor gewesen.²⁹⁹ "Patient satisfaction surveys", wie sie sich im NHS der achtziger Jahre ausbreiteten, operierten mit recht allgemein gehaltenen Fragen und waren typisch auf Hotelaspekte der Versorgung fokussiert. Sie sind als Instrumente eines "management-led consumerism" kritisiert worden, dem es weniger um eine Nutzerbeteiligung an der Qualitätssteuerung als um Einflußgewinne des Managements gegenüber Health Professionals gehe (vgl. Seale 1993).

In "Local Voices" legte die NHS Management Executive den Health Authorities nahe, auch zu Prioritätenfragen Nutzeransichten einzuholen. Das Dokument enthielt keine detaillierten Vorgaben, sondern Empfehlungen und Anregungen, die jedoch auch skeptische Health Authorities angesichts der politisch-rhetorischen Prominenz des Themas nicht einfach ignorieren konnten. Health Authorities haben in der Folge größeres Gewicht auf die Publikation ihrer Pläne gelegt und mit diversen Methoden zur Gewinnung von Informationen über Nutzerperspektiven experimentiert (Surveys, Bürgerforen, Fokusgruppen u.a.m.). Es gibt allerdings nur wenig Literatur über die Effekte dieser Maßnahmen. Mitte der neunziger Jahre kommt eine Untersuchung zu dem Ergebnis, das Schwergewicht entsprechender Initiativen liege auf der Konsultation, nicht auf der Ermöglichung aktiver Beteiligung (vgl. Morgan 1998: 111f.). Milewa und Kollegen (1998, 1999) sind in einer Interviewstudie der Frage nachgegangen, wie Health-Authority-Manager die Local-Voices-Initiative aufgenommen haben und welche Bedeutung sie "the views of local people" für Allokationsentscheidungen beilegen. Die Befragten stimmten darin überein, daß Bürgervoten nur ein Entscheidungsgesichtspunkt unter anderen - gesetzliche Vorgaben, Bedarfsanalysen, ökonomische Aspekte, politische Interventionen u.a.m. - sein könnten.³⁰⁰ Sie warfen der Regierung vor, nicht verdeutlicht zu haben, daß nur ein schmaler Spielraum bestehe, Allokationsentscheidungen aufgrund eines Dialogs mit der lokalen Bevölkerung zu treffen. Geographische Zuständigkeitsgrenzen; das strategische Erfordernis, stabile Beziehungen zu lokalen Anbietern zu pflegen; die Konflikträchtigkeit von Einrichtungsschließungen; vertragliche Bindungen; Vorgaben nationaler Leitlinien; vor allem aber die geringe finanzielle Manövriermasse wurden als limitierende Größen genannt. Auch die Autonomisierung der Krankenhäuser, ihre Tendenz zu quasi-kommerziellem Verhalten begrenze die Möglichkeiten der Health Authorities, auf Bürger- und Patientenwünsche einzugehen.

Alle Interviewpartner nahmen die "local community" als fragmentierte, amorphe Größe wahr, wenngleich sie den - meist nur anekdotisch belegbaren - Eindruck hatten, daß NHS-Nutzer in den

²⁹⁹ Auch zuvor waren Patientenbefragungen im NHS nicht vollkommen fremd, sie hatten aber Seltenheitswert und waren nicht mit einer Kundenorientierung fordernden Managementphilosophie verknüpft.

³⁰⁰ "It isn't our job to be 'champions of the people'" (wie die konservative Regierung gern sagte), bemerkte ein Manager, "that implies a populist approach (...). Our job is to try to make rational decisions based upon evidence about what the best value for money is in terms of directing limited health care resources towards the greatest need. And that isn't always going to be popular with the general public ..." (zit. n. Milewa et al. 1999: 454).

letzten Jahren entschiedener aufträten. Die Einbeziehung bestimmter Patientengruppen bzw. entsprechender Verbände oder Vereinigungen in die Planungsdiskussion wurde durchweg befürwortet.³⁰¹ Auch die breiter angelegte Befragung von Bürgern zu Aspekten der Prioritätenfindung und Angebotsentwicklung fand allgemein Unterstützung. Diese Sicht wurde jedoch, oft unter Hinweis auf den gesetzlich fixierten Sicherstellungsauftrag der Health Authorities, abgewogen gegen "what might be described either as an inherent paternalism or, less pejoratively, a clear sense of professional responsibility" (Milewa et al. 1999: 457). So verwiesen die interviewten Manager auf häufige Konflikte zwischen Laienauffassungen und "wahren", nach epidemiologischen Kriterien und Expertenurteilen bestimmten Bedarfen. Sie verbanden ihre grundsätzliche Unterstützung für den öffentlichen Diskurs mit einem selbstbewußten Verständnis ihrer Rolle als Entscheidungsträger, die Prioritätenfragen auf breiterer Wissensbasis angehen könnten als lokale Bürger.

Einer Literaturanalyse, die einige Jahre vor der eben erwähnten Untersuchung durchgeführt wurde, waren nur wenig Informationen darüber zu entnehmen, welchen Einfluß Bürgerbefragungen, Empfehlungen von Gesundheitsforen o.ä. auf Entscheidungen der jeweiligen Health Authority hatten (vgl. Allsop/Mulcahy 1996: 154). Etwa in die gleiche Zeit fällt die Datenerhebung für Pecks Studie über den öffentlichen Konsultationsprozeß zum Plan einer psychiatrischen Klinik, die Transformation in einen (selbstverwalteten) NHS Trust zu beantragen (vgl. Peck 1998). Peck charakterisiert diesen Prozeß als eine Art "public relations exercise", bei der von vornherein wenig (und jedenfalls nicht das Ob des Antrags) zur Entscheidung stand. Ob der Klinik-Antrag im Detail von Kritik oder Bedenken befragter Organisationen und Personen beeinflusst wurde, blieb unklar. Auch die Mitte der neunziger Jahre durchgeführten Untersuchungen von Klein und Kolleginnen zur Prioritätensetzung und Rationierung auf lokaler Ebene kamen zu dem Befund, daß Ergebnisse von "consultation exercises" eher genutzt würden, bereits getroffene Entscheidungen zu legitimieren, als daß sie entscheidungsprägende Bedeutung hätten (Klein et al. 1996). Andererseits liegen auch Fallstudien vor, die auf Politikwirksamkeit in dem Sinne schließen lassen, daß Ergebnisse öffentlicher Diskussionen oder Befragungen Entscheidungsprozesse mitbestimmen. So beschreibt Smith (1995) einen offeneren Prozeß, bei dem nicht bereits ausdefinierte Problembestimmungen oder Vorschläge den Gegenstand der öffentlichen Konsultation bildeten, sondern der zunächst auf die Gewinnung einer gemeinsamen Problembestimmung gerichtet war. Derartige Prozesse scheinen jedoch eher Ausnahmecharakter zu haben, wengleich die Basis für generalisierende Annahmen über Art und Wirkung einschlägiger Aktivitäten dürftig ist. Die neuere Übersichtsarbeit von Le Grand, Mays und Dixon findet "anecdotal evidence of user consultation and forums, but no systematic information on the type, extent and consequences of such activities for patients" (Le Grand/Mays/Dixon 1998: 127). Ein anderes Resümee lautete fünf Jahre nach "Local Voices", daß entsprechende Initiativen "have only taken root sporadically" (Saltman/Figueras 1997: 60). Harrison und Dixon zufolge hatte "Local Voices" "little tangible influence and was perceived by many as little more than window-dressing" (Harrison/Dixon 2000: 268).

Harrison und Mort (1998) haben deshalb von einer "technology of legitimation" gesprochen. Es

³⁰¹ Aus Studien von Harrison und Kollegen über (organisierte) Nutzergruppen in der Versorgung psychisch Kranker geht allerdings hervor, daß Vorbehalte gegenüber solchen Gruppen bestehen können, die insbesondere mit deren mangelnder Repräsentativität begründet werden (Harrison/Mort 1998: 65f.). Anliegen der Gruppen fänden vor allem dann Gehör, wenn es dem Management politisch zupaß käme, die "user card" zu spielen (Mort et al. 1996).

gehe wesentlich darum, Kritik am "Demokratiedefizit" der lokalen Versorgungspolitik die Spitze zu nehmen. Milewa und Kollegen (1999) interpretieren es dagegen als Ausdruck eines Professionalisierungsprozesses, wenn in den Äußerungen interviewter Manager eine grundsätzliche Nutzerorientierung mit betonter Entscheidungsautonomie koexistiert. "Managers were adopting the language of involvement and consultation but also that of 'clinical effectiveness', geographical constraints and the behaviour of health service providers. Most fundamentally, managers perceived their role as one which involved the conscious and unconscious inclusion or exclusion of such factors from their calculations, the weighing and weighting of evidence deemed admissible and the formulation of *professional judgements*" (Milewa et al. 1999: 460f.).

Daß Bürger-Voten Allokationspolitik allenfalls mittelbar, in einer durch politische und professionelle Expertise transformierten Form beeinflussen können, betont auch Tenbenschel (2002). Anhand von Beispielen aus den USA (Oregon), Neuseeland und Großbritannien arbeitet er die Notwendigkeit interpretierender und reflektierender "mediating bodies" heraus. Im Blick auf Großbritannien rekurriert die Studie auf Erfahrungen, die mit citizens' juries gemacht wurden, einer Beteiligungsform, die seit Mitte der neunziger Jahre besonderes Interesse auf sich gezogen hat (Lenaghan 1999; McIver 1998).³⁰² Die Jurys formulierten oft allgemeiner gehaltene Empfehlungen, etwa zur engen Zusammenarbeit von Versorgungseinrichtungen. Sie vermieden es, entscheidungsnahe Priorisierungskriterien zu benennen oder konkrete (Re-)Allokationsvorschläge zu unterbreiten. Den Health Authorities lieferten sie weniger neue Allokationskriterien als Informationen über das lokale Interesse an bestimmten Leistungen oder Leistungsbereichen. Als besonders Jury-tauglich erwiesen sich wertorientierte Fragen höheren Allgemeinheitsgrades. Es brauchte daher "mediating bodies",³⁰³ um Bürger-Meinungen - auf für Nichtbeteiligte freilich undurchsichtige Weise - in allokationspolitische Prozesse einzuspeisen.

Käuferfunktionen in der fachärztlichen und stationären Versorgung sind zwischenzeitlich überwiegend von Health Authorities auf Primary Care Trusts übergegangen. Diese Organisationen kontrollieren heute mehr als 80 % der NHS-Ressourcen. Sie müssen Informationen über ihre Entscheidungen veröffentlichen, die Kommunikation mit Bürgern und Patienten suchen und Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen. Zwar unterliegen sie diesbezüglich keinen detaillierten Vorschriften, sind aber Adressaten umfangreicher "guidance".

Verschiedene Studien vermitteln denn auch den Eindruck recht reger Aktivität. So verfügten knapp 70 % der Organisationen, die über eine Zufallsauswahl (n=72) aus den im April 1999 gebildeten Primary Care Groups³⁰⁴ erfaßt wurden, 18 Monate nach Arbeitsaufnahme über (schriftlich fixierte)

³⁰² Die Jurys haben 12 - 16 Mitglieder, die man im Interesse der angestrebten (lokalen) Repräsentativität nach Zufalls- und Schichtungsgesichtspunkten rekrutiert. Über vier Tage sind bestimmte Fragestellungen - etwa zu Verfahren und Kriterien der lokalen Allokationspolitik - unter der Leitung von zwei Moderatoren zu diskutieren. Die Diskussionsergebnisse werden in einem Bericht an die betreffende Health Authority festgehalten, die sich in der Regel verpflichtet, auf den Bericht zu antworten.

³⁰³ Z.B. eines "Prioritätenforums", wie es Health Authorities ab den späten neunziger Jahren verschiedentlich gebildet haben (Griffiths 2000).

³⁰⁴ Im genannten Monat wurden in England 481 Primary Care Groups (PCGs) gegründet, denen sich alle Hausärzte anschließen mußten. Zunächst unter dem Dach der betreffenden Health Authorities angesiedelt, haben seither alle PCGs die Entwicklung zum eigenständigen Primary Care Trust (PCT)

Programme zur Bürger- und Patientenbeteiligung. In über 80 % hatten sich Ausschüsse oder Arbeitsgruppen der Thematik angenommen (von denen freilich nur ein Fünftel über ein eigenes, meist schmales (< 5000 Pfund) Budget verfügte) (Alborz et al. 2002: 22).

Zur Erhebung von Bürger- und Patientenmeinungen werden diverse Methoden eingesetzt: Konsultation von Community Health Councils (bis zu deren Auflösung), lokalen Patientengruppen, Stadt- und Gemeinderäten, schriftliche Patientenbefragungen, Fokusgruppen u.a.m. (Alborz et al. 2002: 23). Dabei scheint das Interesse stärker bestimmten Patientengruppen als der lokalen Bürgerschaft im allgemeinen zu gelten (North/Werkö 2002: 788).

Der Eindruck vielfältiger Aktivitäten kontrastiert mit Befunden, die eine zurückhaltende Einschätzung der Effekte nahelegen: Nur eine Minderheit der PCG-/PCT-Manager scheint der Beteiligung von Bürgern und Patienten hohe Priorität einzuräumen (Anderson/Florin 2000: 4). Angesichts umfangreicher Agenden gerät das Thema leicht an den Rand (Shepherd 2001). Obwohl die Empfehlungen des Ministeriums Beteiligungsfragen ausdrücklich in die Verantwortung des gesamten Boards stellen, zeigt sich eine starke Tendenz, das Thema als spezielles Terrain der Laienmitglieder zu betrachten (Anderson/Florin 2000: 8). Board-Vorsitzende selbst halten die Bemühungen ihrer Organisationen oft für wenig effektiv und schreiben Konsultationsprozessen in wesentlichen Fragen nur bescheidene Wirkungen zu (Alborz et al. 2002: 23). Mitglieder von Community Health Councils³⁰⁵ haben sich ähnlich geäußert: mangelnde Konsultation in versorgungspolitischen Kernfragen,³⁰⁶ geringer Entscheidungseinfluß des Konsultationsprozesses (ebd.: 23f.). Dort, wo beteiligungsbedingte Veränderungen klar belegt sind, handelt es sich oft um kleinere Verbesserungen oder Restrukturierungsmaßnahmen wie die (Wieder-)Angliederung physiotherapeutischer Leistungsangebote an Arztpraxen (North/Werkö 2002: 788).

Es gibt also auch in der Forschung zur Einbeziehung von Bürgern und Patienten in Entscheidungsprozesse von Primary Care Groups/Trusts zahlreiche Hinweise auf Diskrepanzen zwischen Rhetorik und Wirklichkeit. Als (mögliche) Ursachen werden neben mangelnden Ressourcen (inkl. Zeit, Wissen, Fähigkeiten, Erfahrung; vgl. Shepherd 2001) vor allem auch negative Einstellungen von Board-Mitgliedern diskutiert, wie sie sich aus dem Wunsch, die Kontrolle über den Entscheidungsprozeß zu behalten, ergeben können (Alborz et al. 2002: 25; North/Werkö 2002: 789).

Schriftliche Patientenbefragungen waren und sind ein gebräuchliches Mittel, mit dem NHS-Orga-

durchlaufen. Sie sind damit in umfassender, nicht auf die ärztliche Betreuung beschränkter Weise für die Primärversorgung in Gebieten mit durchschnittlich 100.000 Einwohnern zuständig. Aus dem Budget eines PCT müssen neben den intern erbrachten auch die meisten extern erbrachten Leistungen, insbesondere Krankenhausleistungen also, finanziert werden.

³⁰⁵ Community Health Councils waren die wichtigsten Partner der Primary Care Groups/Trusts, wenn es um die "Konsultation" der "community" ging. Mitglieder der Councils nahmen häufig als Beobachter an Sitzungen der PCG-/PCT-Boards teil und sind gelegentlich auch kooptiert worden (Alborz et al. 2002).

³⁰⁶ Im Blick auf die Kommissionierungsfunktionen der Primary Care Groups/Trusts - also einen für die Krankenhausversorgung unmittelbar relevanten Entscheidungsbereich - sprachen weniger als 30 % der in der oben erwähnten Studie befragten CHC-Mitglieder von einer ausgiebigen oder substantiellen Konsultation (Alborz et al. 2002: 24). Bei Konsultationen zu Kommissionierungsprioritäten rangieren professionelle "stakeholders" nach einer anderen Studie deutlich vor lokalen Nutzergruppen (vgl. North/Werkö 2002: 788).

nisationen "local voices" ihr Ohr leihen. Die Regierung Blair hat den Einsatz dieses Instruments mit einem nationalen Survey-Programm ausgeweitet, für das heute die Commission for Healthcare Audit and Inspection (Healthcare Commission) verantwortlich ist und das zweifellos reichhaltigeres und problemsensitiveres Material liefert als die oben erwähnten "patient satisfaction surveys". An der Befragung des Jahres 2006 nahmen rd. 81.000 in NHS-Akut-/Fachkrankenhäusern stationär behandelte Patienten teil, die sich zu diversen (Qualitäts-)Aspekten der Versorgung äußerten: Wartezeiten, Arzt-Patienten-Kommunikation, Schmerzmanagement, Hygiene, Verpflegung, Entlassungsplanung u.a.m. (HCC 2007b). Die einzelnen Trusts erhalten detaillierte Rückmeldungen. Um NHS-Nutzern eine Orientierungshilfe zu geben, veröffentlicht die Kommission darüber hinaus die Organisations-Ergebnisse der Surveys auf ihrer Website (www.healthcarecommission.org.uk). Schließlich bilden Befragungsergebnisse beim jährlichen "health check" neben den Selbsteinschätzungen der Trusts die Datengrundlage der - ebenfalls veröffentlichten - Organisationsbewertungen (vgl. Kap. 8.4). Soweit diese Orientierungsangebote handlungswirksam sind, verbinden sich mithin zwei gestaltungsrelevante Funktionen, die Patienten wahrnehmen können: Qualitätsbewertung und informierte Wahl.

9.4 National Institute for Health and Clinical Excellence und Healthcare Commission

Von besonderem Interesse ist das Thema Nutzerbeteiligung im Blick auf die öffentlichen Körperschaften, die die erste Regierung Blair Ende der neunziger Jahre mit qualitäts- und rationierungspolitischen Funktionen schuf - also namentlich das National Institute for Clinical Excellence (NICE) und die Commission for Health Improvement.³⁰⁷ Beide public bodies betonen den Rang der Nutzerorientierung in ihrer Arbeit.

Das NICE verweist zunächst auf die organisatorische Einbindung von Laien/Nutzern durch Gremien und Beiräte. Nur drei von sieben ehrenamtlichen Board-Mitgliedern sind Health Professionals. 11 der 45 Mitglieder des mit Repräsentanten von "stakeholder"-Organisationen besetzten Partners Council haben Erfahrungen in der Vertretung von Nutzerinteressen. Zudem wurde im August 2002 der Citizens' Council gebildet. Er soll einen "backdrop" liefern, "against which NICE and the independent committees that advise it can develop their recommendations" (NICE 2003b). Um einem Querschnitt der Bevölkerung nahekommen, ist der Mitgliederkreis des dreißigköpfigen Rats nach Alter, Geschlecht, Beruf und sozioökonomischer Lage differenziert zusammengesetzt. Der Citizens' Council trifft sich zweimal jährlich für jeweils drei Tage, um über Fragen zu beraten, die ihm der Board des NICE vorlegt. Auch dem Bewertungsausschuß des Instituts - er spricht die Empfehlungen zur Finanzierung von Technologien im NHS aus - und den für das NICE tätigen Leitliniengruppen gehören Patientenvertreter an.

Die Verfahrensregeln der Technologiebewertung sehen weitere Beteiligungsmöglichkeiten vor. So werden Patientenorganisationen bereits bei der Priorisierung der Bewertungsobjekte neben Herstellern und Leistungserbringern vom Gesundheitsminister konsultiert. Liegt zu einer Technologie der (von einer Universität oder einem Forschungsinstitut erstellte) Bericht vor,

³⁰⁷ Aus dem National Institute for Clinical Excellence ist inzwischen das National Institute for Health and Clinical Excellence geworden, die Commission for Health Improvement ist in der Healthcare Commission aufgegangen.

können Patientenorganisationen Stellung nehmen. Entsprechende Voten werden im Rahmen des Evaluationsberichts dem Bewertungsausschuß vorgelegt, der auf dieser Grundlage seine Empfehlung formuliert. Gegen das Bewertungsergebnis kann binnen 15 Tagen Einspruch eingelegt werden. Wird ein Einspruchsverfahren angestrengt, tritt der fünfköpfige Beschwerdeausschuß in Funktion, dem mindestens ein Vertreter von Patientenorganisationen angehört.

Trotz dieses Spektrums an Beteiligungsregelungen konstatiert der Vorsitzende des NICE in seiner Bilanz der ersten Institutsjahre: "NICE has not yet determined the most effective way to gather potential contributions of patients, carers, and their representative organisations" (Rawlins 2005: 906). Zudem sei es eine ungelöste Frage, wie für Rationierungsempfehlungen Akzeptanz bei den betroffenen Patienten(-organisationen) geschaffen werden könne. Die NICE-Empfehlung, Interferon beta im Regelfall nicht zur Behandlung der multiplen Sklerose einzusetzen, ist das Beispiel mit der stärksten Öffentlichkeitswirkung gewesen. Die Multiple Sclerosis Society warf dem Institut u.a. eine zu enge Kostendefinition, eine restriktive Schätzung langfristiger Behandlungsnutzen und ein fragwürdiges Operieren mit Schwellenwerten zur Kosteneffektivität vor (Devlin/Appleby/Parkin 2003). Darüber hinaus beklagte die Patientenorganisation, daß Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Betroffenen nicht in die Bewertung eingeflossen seien. Man habe entschieden "without fully understanding multiple sclerosis or the effects of beta-interferon. This was partly because NICE never spoke to anyone with MS" (zit. n. Devlin/Appleby/Parkin 2003: 185).³⁰⁸

Die NICE-Entscheidung zu Interferon beta ist auch deshalb zur Cause célèbre geworden, weil sich die politische Dimension der Rationierungsproblematik hier nachdrücklich zur Geltung bringt. Daß sich mit Rationierungsfragen verbundene Wert- und Interessenkonflikte nicht durch Rekurs auf wissenschaftliche Evidenz und "technische" Kriterien lösen lassen, räumt das Institut ein; seine Bemühungen in Sachen Bürger-/Patientenbeteiligung sind auch vor diesem Hintergrund zu sehen. Diese Bemühungen sind als zu verhalten kritisiert worden. Es ist jedoch fraglich, ob weitergehende Formen der Nutzerbeteiligung Rationierungsempfehlungen vor allem in den Augen Betroffener höhere Legitimität verschaffen könnten. Syrett (2003: 740f.) nennt einige Gründe, die für eine zurückhaltende Einschätzung sprechen: die Unterschiedlichkeit der Interessen und Erwartungen im Gesundheitswesen - selbst wenn man nur an Bürger/Patienten denkt; das Problem der (mangelnden) Repräsentativität der Repräsentanten; verschiedene Umstände, die die Art des anzustrebenden "public input" oft fraglich machen: komplizierte Fragen, inkonklusive Evidenzlagen, das normative Gewicht einer Expertise und Rationalität privilegierenden Entscheidungsphilosophie.

³⁰⁸ Eine zentrale Schwierigkeit, wie gefordert Patientenerfahrungen einzubeziehen, liegt in der wesentlich komparativen Perspektive des NICE, dessen Bewertungsaufgabe den Vergleich unterschiedlicher Verwendungsoptionen für finanzielle Ressourcen impliziert. Andere Einwände scheinen auf einem Mißverständnis der vom Institut angewandten Mittel und Konzepte zu beruhen. Es trifft beispielsweise nicht zu, daß QALYs - was immer man im übrigen an ihnen aussetzen mag - speziell auf Evaluationsaufgaben im Bereich der Akutversorgung gemünzt sind. Mit Recht hat die Patientenorganisation hingegen die Schwellenwert-Frage thematisiert. Inzwischen liegt dazu eine Veröffentlichung vor (Rawlins/Culyer 2004), der freilich nicht zu entnehmen ist, wie man - das Institut bzw. die (unabhängigen) Mitglieder einschlägiger Ausschüsse und Arbeitsgruppen - auf die genannten Werte gekommen ist.

Der Vorsitzende des NICE selbst sieht kaum eine Möglichkeit, rationierungsbezogene Konflikte zu vermeiden, hofft aber gleichzeitig auf die wachsende Einsicht betroffener Patienten und ihrer Organisationen, "that NICE must consider the interests of all those who seek health care from the NHS, that resources devoted to one group of patients might deprive others of more clinically and cost-effective care, and that the Institute, in making these very difficult decisions, tries to provide justice for all" (Rawlins 2005: 906).³⁰⁹

Die Nutzerzentrierung ihrer Inspektionstätigkeit hat auch die Commission for Health Improvement (CHI) herausgestellt. "Patient and public involvement" war eine der "seven pillars of clinical governance", die das Gegenstandsfeld der entsprechenden Inspektionen markierten. NHS-Krankenhäuser wurden auf jeder dieser Dimensionen mit einem Score bewertet. Der Gesamtscore floß auch in die "star ratings" ein (s. Kap. 8.4). Day und Klein haben in ihrer 2004 vorgelegten CHI-Studie auf konzeptuelle und methodische Probleme verwiesen. So umfaßte die eben erwähnte "Säule" zwei nicht unbedingt miteinander verbundene Komponenten: die individuelle Patientenbeteiligung an Behandlungsentscheidungen und die kollektive Nutzerbeteiligung an der Angebots- und Organisationsgestaltung. In der Praxis fokussierte der Inspektionsbericht auf die letztgenannte Komponente, wobei man sich hinsichtlich der Wirkungsfrage primär auf Angaben der Krankenhäuser stützte. "The onus is on the inspected organisation to provide evidence of changes consequent on consulting patient and public views" (Day/Klein 2004: 21). Ein Vergleich der CHI-Scores einiger Krankenhäuser zur Nutzerbeteiligung mit dem Abschneiden der Häuser bei einschlägigen Survey-Fragen (Behandlungsbeteiligung, allgemeine Zufriedenheit) nährte die methodenbezogenen Zweifel (ebd.).

Ein ganz anders gelagertes Problem war, daß dem Bemühen der Kommission, bereits vor der eigentlichen Inspektion³¹⁰ Meinungen lokaler Nutzer über das Haus einzuholen, schwankende und teils ausgesprochen magere Erfolge beschieden waren. "There is no queue of users eager to give their views to CHI" (Day/Klein 2004: 19). Der Versuch, mit Hilfe von Patiententagebüchern differenzierte Daten zu erheben, litt ebenfalls unter der tendenziell geringen Mitwirkungsbereitschaft. Das Experiment wurde schließlich zugunsten von Patientenbefragungen (Surveys) aufgegeben.

Die Healthcare Commission, Nachfolgerin der CHI als NHS-Inspektion, "appears to place a high

³⁰⁹ Patientenvertreter sind nicht nur an der Produktion von NICE-Empfehlungen, sondern auch an der Definition sektorübergreifender Versorgungsprogramme beteiligt. National Service Frameworks fixieren Standards, Interventionen und Umsetzungspläne im Blick auf bestimmte Erkrankungen (z.B. Diabetes) oder Patientengruppen (z.B. alte Patienten). Sie sind, wie gesagt, intersektoral angelegt und nehmen nicht nur im engeren Sinne medizinische Aspekte in den Blick. In die Formulierung der Programme fließen neben wissenschaftlicher Evidenz die Perspektiven von Professionals, NHS-Managern und Patienten/Betreuern ein. Vertreter der genannten Gruppen gehören der für jeden National Service Framework gebildeten external reference group an. Diese Gruppe erarbeitet einen Bericht, der - nachdem er von Gesundheitsministerium, Treasury und Prime Minister's Office abgesegnet wurde - die Grundlage des betreffenden Versorgungsprogramms bildet. Nach der Veröffentlichung wird eine Implementationsgruppe aktiv, der wiederum Patientenvertreter angehören. In den Augen mancher Kritiker werden die National Service Frameworks gleichwohl von der Perspektive des Arztes beherrscht (Baggott 2004: 115).

³¹⁰ In deren Verlauf wurden Versorgungsabläufe beobachtet sowie Mitarbeiter und Patienten des Krankenhauses interviewt.

value on patient and public involvement", so der Eindruck des Unterhaus-Gesundheitsausschusses (HCHC 2007: 26). Die Kommission bezieht Patienten(-vertreter) durch Konsultationen in ihr Arbeitsprogramm zur Untersuchung spezifischer Themen (wie der Versorgung alter Menschen) ein, und ihr "health check", die 2005/6 erstmals durchgeführte Leistungsbewertung von NHS-Organisationen, thematisiert verschiedene Aspekte der Nutzerbeteiligung (HCC 2006a; vgl. Kap. 8.4). Die zugrundeliegenden - vom Gesundheitsministerium definierten, von der Kommission operationalisierten - Standards fordern u.a., bei Behandlungsentscheidungen in angemessener Weise die Zustimmung des Patienten einzuholen; patientenfreundliche Beschwerdeverfahren zu installieren; Nutzer zureichend über Leistungsangebote und vorgeschlagene oder gewählte Behandlungsmethoden zu informieren; Patienten zur Artikulation ihrer Präferenzen zu ermutigen und ihre Entscheidungsbeteiligung zu unterstützen; Nutzeransichten bei der Angebotsgestaltung einzuholen; Wahlmöglichkeiten allen Patienten in fairer Weise zu offerieren und im Rahmen des Möglichen zu maximieren. Neben den Selbsteinschätzungen der Trusts bilden Ergebnisse der von der HCC durchgeführten Patientenbefragungen die Datengrundlage der Bewertung. Zudem bemüht sich die Kommission um Aussagen und Kommentare von Nutzer(vertreter)n, an denen Selbstbewertungen der NHS-Organisationen validiert werden können.

9.5 Beschwerdeverfahren

Im Dezember 2003 stellte die Regierung Pläne zur Reform des NHS-Beschwerdemanagements vor - gemessen an früheren Ankündigungen mit einiger Verzögerung.³¹¹ Obwohl in der seinerzeit praktizierten Form³¹² Produkt eines langwierigen Reformprozesses, galt das Beschwerdeverfahren weiterhin als reformbedürftig. Es wurde der Nutzerferne, Schwerfälligkeit und mangelnden Unabhängigkeit geziehen (vgl. Yamey 1999a, b). Eine von der Regierung in Auftrag gegebene Evaluationsstudie hatte ein hohes Maß an Unzufriedenheit dokumentiert. Die Hälfte der befragten Beschwerdeführer waren mit der Antwort auf ihre Beschwerde nicht zufrieden, und drei Viertel derjenigen, die eine unabhängige Prüfung verlangt hatten, nahmen das Verfahren als tendenziös

³¹¹ Schon der NHS Plan (2000) hatte eine grundlegende Neuordnung des Verfahrens angekündigt. Im September 2001 war ein Reformoptionen beschreibendes "listening document" gefolgt, das die Neugestaltung für 2002 "at the very latest" avisiert hatte (zit. n. Shifrin 2003c).

³¹² In einem ersten Schritt konnte sich der Patient an das Personal der Klinik (oder deren Beschwerdebeauftragten) wenden. Auf die schriftliche Beschwerde eines Patienten mußte der Geschäftsführer des Krankenhauses binnen 20 Tagen antworten. War der Beschwerdeführer nicht zufriedengestellt, entschied ein "convenor" (vgl. Anm. 313), ob das Verfahren fortgesetzt werden sollte: Ein zweiter Versuch lokaler Konfliktregelung konnte unternommen oder die Beschwerde an einen unabhängigen Prüfungsausschuß weitergeleitet werden. Um etwaige Entschädigungsleistungen ging es bei diesem Verfahren nicht. Das Krankenhaus entschuldigte sich, wenn eine Beschwerde anerkannt worden war, und legte dar, was es unternommen hatte oder unternehmen wollte, um weiteren Vorkommnissen vorzubeugen. Das Beschwerdeverfahren in Anspruch zu nehmen und gleichzeitig zu prozessieren, war nicht möglich. Der Patient konnte sich jedoch während des laufenden Verfahrens entschließen, den Rechtsweg zu beschreiten. Das Verfahren wurde in diesem Fall unterbrochen. Ein Sonderverfahren für behandlungsbezogene Beschwerden gibt es seit 1996 nicht mehr. Zuvor konnten solche Beschwerden gemäß einer Absprache zwischen British Medical Association und Gesundheitsministerium an den verantwortlichen Arzt weitergereicht werden. Auf dieser Grundlage hatte sich ein separates, professionell bestimmtes System für den Umgang mit Beschwerden zur medizinischen Versorgung entwickelt.

wahr (Shifrin 2003c).

Das reformierte Verfahren soll die Beschwerdeführung erleichtern, es soll unabhängiger, flexibler, schneller sein als das alte und doch eine gründliche Untersuchung und ausführliche Beantwortung jeder Beschwerde gewährleisten (Gaines 2003). Lehren, die aus Beschwerden gezogen werden können, sollen direkt handlungswirksam werden. Um den Umgang mit Beschwerdeführern zu verbessern, erhalten Krankenhausangehörige (Board-Mitglieder eingeschlossen) nun eine spezielle Schulung. Neue Dienste in den Versorgungsorganisationen des NHS (Patient Advice and Liaison Services, Independent Complaints Advocacy Services; s. 9.2) haben die Aufgabe, (potentielle) Beschwerdeführer zu informieren und zu unterstützen. Handelt es sich um eine einfache Beschwerde, kann der Patient jeden Mitarbeiter der betreffenden Einrichtung ansprechen. Stellt ihn die Reaktion nicht zufrieden, kann er sein Anliegen vor die Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI; auch: Healthcare Commission) bringen.³¹³

Die Kommission ist in doppelter Funktion mit dem Beschwerdeverfahren befaßt. Zum einen im Rahmen ihrer Kontroll- und Bewertungsaufgaben. So verlangt einer der Standards, an denen NHS-Organisationen beim jährlichen "health check" gemessen werden, daß ein nutzerfreundliches, effektives Beschwerdemanagement gewährleistet ist (HCC 2006a: 34). Dieser Standard wird auch - neben weiteren Kriterien - bei einem gesonderten Audit zum NHS-Beschwerdemanagement angelegt, das die Kommission derzeit durchführt und dessen Ergebnisse in die Bewertungsrunde 2006/7 einfließen sollen. Seit August 2004 ist die CHAI zudem, wie erwähnt, für die zweite Stufe des NHS-Beschwerdeverfahrens zuständig. Seither ist die Zahl der Anträge auf eine unabhängige Prüfung drastisch gestiegen. Sie beläuft sich heute auf etwa 9.000 p.a., während es vor dem Zuständigkeitswechsel zur CHAI ca. 3.500 waren. Im Verein mit der Tatsache, daß beinahe ein Drittel der Fälle zur weiteren Bearbeitung an die betreffenden Trusts zurückverwiesen wurde, läßt dieser Anstieg, so die Kommission, Verbesserungsbedarf auf der ersten Stufe deutlich werden. Sie hat 16.000 Anträge auf unabhängige Beschwerdeprüfung ausgewertet, die zwischen Juli 2004 und Juli 2006 an sie gerichtet wurden (HCC 2007a). Thematisch hatten Sicherheits- und Kommunikationsfragen einen hohen Stellenwert. Oft wollten die Beschwerdeführer eine bessere Erklärung der Behandlung, die sie erhielten, oder einer Entscheidung, die Leistungserbringer getroffenen hatten. Ein Drittel der Fälle wurde, wie erwähnt, an die jeweiligen Organisationen zurückverwiesen, damit vor Ort weitere Schritte unternommen werden. Häufig hatte man es hier etwa versäumt, sich zu entschuldigen oder darzutun, wie vergleichbare Ereignisse künftig vermieden werden sollten.

Die letzte Instanz, an die sich ein Beschwerdeführer wenden kann, bleibt der Parliamentary and Health Service Ombudsman (PHSO). Der Ombudsman,³¹⁴ in dessen Zuständigkeit auch

³¹³ Im früheren Verfahren entschied ein "convenor" - meist aus den Reihen der ehrenamtlichen Boardmitglieder des betreffenden NHS Trust - ob weitere Schritte erforderlich waren, wenn ein Beschwerdeführer sich durch die Antwort des Krankenhauses nicht zufriedengestellt sah. Convenor-Entscheidungen sieht das heutige Verfahren nicht mehr vor. Die Unabhängigkeit dieses Funktionsträgers war oft in Zweifel gezogen worden, zumal es sich meist um ein Mitglied der Organisation handelte, gegen die oder deren Mitarbeiter sich die Beschwerde richtete. Tatsächlich gaben 46 % der in einer Studie befragten convenors an, sie fänden es schwierig, unbefangen zu urteilen (Yamey 1999a).

³¹⁴ Derzeit bekleidet eine Frau das Amt, ohne daß sich dessen Bezeichnung geändert hätte. Der erste Parliamentary Commissioner (bzw. Ombudsman - beide Amtsbezeichnungen waren gebräuchlich)

Beschwerden über Ministerien und staatliche Behörden fallen, ist dem Parlament zugeordnet, arbeitet also unabhängig von Regierung und Gesundheitsdienst. Er untersucht Beschwerden von NHS-Patienten (oder deren Angehörigen), wenn sie nach seiner Einschätzung eine nähere Prüfung rechtfertigen.³¹⁵

Die Zuständigkeit des PHSO umfaßt Beschwerden, die einem breiten Spektrum von Versorgungsaspekten gelten können: der medizinischen und pflegerischen Betreuung ebenso wie der Beratung des Patienten, dem Gebaren des Personals oder der Organisation des Behandlungsablaufs.³¹⁶ Daß sich der Ombudsman Fällen widmet, die zugleich das Rechtssystem beschäftigen, ist in aller Regel ausgeschlossen. Ein Beschwerdeführer kann jedoch die Prüfung seines Falles unterbrechen lassen, um den Rechtsweg zu beschreiten. 2006/7 prüfte der PHSO im Bereich Gesundheitsversorgung 1139 Fälle (PHSO 2007: 27ff.). Von den Beschwerden, die sich nicht auf das Problemfeld Langzeitversorgung³¹⁷ bezogen, wurden 52 % ganz oder teilweise anerkannt, bei Beschwerden über NHS-Entscheidungen zur Langzeitbetreuung stieg die Anerkennungsquote auf 85 %.

Entscheidet sich der PHSO, einen Fall aufzugreifen, folgt eine gründliche und meist zeitintensive Prüfung, für die er Zeugen laden und die Herausgabe von Dokumenten erzwingen kann. Die Prüfungsergebnisse werden für Beschwerdeführer und -betroffene in schriftlichen Einzelberichten dokumentiert. Der Jahresbericht des PHSO enthält eine Auswahl von Fallbeschreibungen, die für bestimmte Themen-/Problembereiche exemplarischen Charakter haben.

Erkennt der Ombudsman eine Beschwerde an, kann er Empfehlungen zur Wiedergutmachung (Erklärung und Entschuldigung der Einrichtung/des Leistungserbringers, seltener Kostenerstattung (kein Schadensersatz)) sowie zur präventiven Veränderung von Arbeitsweisen oder Organisationsstrukturen aussprechen. In seltenen, gravierenden Fällen schaltet er professionelle Instanzen ein, die über disziplinarische Schritte befinden.

Über Mittel, die Umsetzung seiner Empfehlungen zu erzwingen, verfügt der Ombudsman nicht. Er kann allerdings, wenn etwa ein Krankenhaus seine Schlüsse nicht akzeptiert, die Angelegenheit dem Parlament bzw. dem zuständigen Parlamentsausschuß unterbreiten. Wenngleich der Einfluß des Health Service Commissioner auf den Versorgungsalltag im NHS "difficult to establish" ist (Oswald 1998: 30), sind seine Empfehlungen offenbar handlungswirksam, u.U. können sie auch weitere Feedback-Kreise ziehen.³¹⁸

wurde 1967 bestellt, der erste Health Service Commissioner 1973. Beide Funktionen sind seither stets in Personalunion ausgeübt worden.

³¹⁵ Der Ombudsman ist mithin nicht verpflichtet, einem ihm unterbreiteten Fall nachzugehen.

³¹⁶ Im Einklang mit einer großzügig interpretierten "clinical autonomy" lag die Beurteilung klinischer Fragen bis 1996 ausdrücklich nicht in der Kompetenz des Ombudsman (Klein 2001: 65).

³¹⁷ Dabei geht es um die Frage, in welchem Umfang der NHS für die Langzeitpflege und -betreuung Kranker und Behinderter aufzukommen hat.

³¹⁸ Ein Beispiel: Als der Ombudsman die Beschwerde einer Frau anerkannte, die sich über die mangelnde Kontinuität in der Versorgung ihres hirngeschädigten Mannes beklagt hatte, sah sich das Gesundheitsministerium veranlaßt, entsprechende Empfehlungen an die Health Authorities (neu) zu formulieren, die NHS-Instanzen gemeinsam mit den Kommunen zur Überprüfung lokaler Politiken aufzufordern und ihnen ggf. Mittelaufstockungen nahezulegen (Ham 1999: 92, 183).

9.6 Die Patient's Charter

Am 1. April 1992 trat die "Patient's Charter" in Kraft, ein auf den NHS gemünzter Ableger der "Citizen's Charter", unter deren Dach mehrere Dutzend Chartas formuliert worden sind.³¹⁹ Die Citizen's Charter war eine "big idea" der Regierung Major.³²⁰ Sie galt öffentlichen Leistungsbereichen, die die Regierung durch eine Monopolsituation bestimmt sah: "Voice" sollte gestärkt werden, wo "exit" kaum in Betracht kommt. An die explizite Definition und breite Publikation von Kriterien, nach denen Nutzer öffentlicher Dienste ihre Ansprüche ausrichten können, knüpfte sich die Erwartung qualitätsförderlicher Voice-Effekte und unmittelbarer (Selbst-)Bindungswirkungen auf Seiten der Leistungserbringer.

Die Citizen's Charter proklamierte Prinzipien und Ziele, denen öffentliche Dienste entsprechen sollten: mehr Wahlmöglichkeiten für Nutzer, verstärkte Orientierung an Nutzer-Präferenzen, höhere Leistungsstandards, gesteigerte Kosteneffektivität. Um all dies zu erreichen, wurde von öffentlichen Diensten verlangt, leistungsbezogene Standards, Ziele und Informationen zu publizieren, Wahlmöglichkeiten auszuweiten und nutzerfreundliche Beschwerdeverfahren zu institutionalisieren. Der Begriff der Charta evoziert die Vorstellung von fixierten Rechten, was für die Citizen's Charter und ihre Ableger nur teilweise zutrif; und soweit die Chartas Rechte enthielten, handelte es sich überwiegend um bereits existierende Rechte. Daneben listeten die Chartas vor allem Kriterien oder Standards "guter Praxis" im jeweiligen Bezugsbereich auf.

Auch die im November 1991 mit großem Aufwand der Öffentlichkeit präsentierte Patient's Charter stellte keine "bill of rights" für Patienten dar, wie man sie etwa seit 1993 in Finnland kennt (vgl. Saltman/Figueras 1997: 61). Sie listete zehn Rechte auf, sieben bereits existierende und drei neue. Außerdem enthielt die Patientencharta neun Standards, "which the Government looks to the NHS to achieve, as circumstances and resources allow" (DH 1991: 6). Die Health Authorities wurden aufgefordert, lokale Chartas zu erstellen, die anspruchsvollere und konkretisierte oder spezifizierte Ziele festlegen konnten. Die Patient's Charter ist Anfang 1995 aktualisiert und erweitert worden.³²¹ Sie enthielt danach die Garantie, daß die Wartezeit für elektive Eingriffe 18 Monate (vorher: zwei Jahre) nicht übersteigt, ein neues Recht (vor der Aufnahme informiert zu werden, ob man auf eine gemischtgeschlechtliche Station kommt), und einige neue Standards, die sich auf Wartezeitlimits bei bestimmten Prozeduren und bei Ambulanzterminen beziehen. Die überarbeitete Charta war bemüht, zu verdeutlichen, wo es sich um Rechte und wo um andere, schwächere Erwartungen handelt, aber "the plethora of rights, targets, standards and expectations it contains" erschien doch "extremely confusing" (Ranade 1997: 155).³²²

³¹⁹ Neben der Patient's Charter etwa The Parent's Charter, The Charter for Higher Education, The Courts Charter oder die Traveller's Charter.

³²⁰ Als die konservative Regierung beschloß, die Patient's Charter einzuführen, zählte die Charta für den NHS-Nutzer allerdings bei Labour wie Liberaldemokraten schon eine Zeitlang zum Repertoire gesundheitspolitischer Vorschläge (Baggott 1998: 255).

³²¹ Zudem wurden Chartas für bestimmte Patientengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, Schwangere, psychisch Kranke) veröffentlicht.

³²² Pollitt (1994) hat auf die Mehrdeutigkeit des Begriffs "Standard" in vielen Chartas hingewiesen. Oft wurde nicht deutlich, ob Minimal-, Durchschnitts- oder Optimalstandards (best practice) gemeint waren.

Eine Zusammenfassung der Patient's Charter wurde an jeden Haushalt geschickt. Im Begleitschreiben wies der Gesundheitsminister darauf hin, daß Bürger, die glaubten, eines ihrer Rechte werde verletzt, sich an den Chief Executive des NHS wenden könnten. Zudem wurde ein Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums als Ansprechperson für Bürger benannt, die neue Standards vorschlagen wollten.

Die Aufnahme der Patientencharta war gemischt. Während man einerseits die Zusammenstellung und breite Veröffentlichung der Rechte begrüßte, wurde andererseits Enttäuschung über wenig ambitionierte Ziele wie das Wartezeitlimit von zwei Jahren (resp. 18 Monaten) laut. Grundsätzliche Kritik galt der Ausrichtung auf den einzelnen Nutzer (vgl. Baggott 1998: 263). Von Leistungserbringern wie (organisierten) Patientengruppen wurde moniert, man sei nicht ausreichend in die Formulierung der Charta einbezogen worden. Weitere Kritikpunkte: Das "top-down" in die Welt gesetzte Dokument reflektiere nicht "patients' real priorities" (Boote et al. 2002: 219), schweige sich über Durchsetzungsfragen aus und ignoriere die Ressourcenlage im NHS. Auch daß die Patientencharta zu sehr auf die Akutversorgung gemünzt sei, wurde bemängelt. Wie für die Citizen's Charter gelte zudem, daß die Qualität bestimmter Leistungen im Zentrum stünde, ohne daß deren Angemessenheit thematisiert würde (Tritter 1994: 414). Schließlich war die Patient's Charter für manchen Beobachter "in many ways a charter for managers as much as for users" (Pollitt 1994: 110; ähnlich Tritter 1994).

Was dieses ausgiebig kritisierte Instrument bewirkt hat, ist schon deshalb schwer zu sagen, weil sich angesichts diverser anderer Maßnahmen (etwa zur Reduktion von Wartelisten) erhebliche Zu rechnungsprobleme stellen. Darüber hinaus waren Rechte und Standards der Patient's Charter z.T. sehr allgemein gehalten.³²³ Sehr konkret wurde die Charta hingegen bei den Wartezeiten, dem Thema, das am häufigsten Stoff für einschlägige Erfolgsmeldungen geliefert hat (vgl. Baggott 1998: 255, 260). So war einem vier Jahre nach Vorstellung der Charta veröffentlichten Bericht zufolge die Zahl der Patienten, die länger als ein Jahr auf ihre Aufnahme ins Krankenhaus warten mußten, von mehr als 200.000 (1990) auf 32.000 (1995) gesunken. Gerade die Reduktion langer Wartezeiten hatte London mit hoher politischer Priorität bedacht, einer Priorität, die man gegenüber den Health Authorities offensiv artikuliert und durch Sonderzuweisungen unterstrichen hatte. Nach Auffassung von Community Health Councils und Patientenverbänden war die Zusicherung, kein Patient solle länger als zwei (später: anderthalb) Jahre warten müssen, das einzige der neuen Charta-Rechte, bei dem klare Umsetzungserfolge erkennbar wurden.³²⁴

Nach dem eben erwähnten Bericht war im Gefolge der Charta auch der Anteil der Ambulanzpatienten, bei denen die (erste) medizinische Beurteilung innerhalb von 30 Minuten nach der Ankunft

³²³ Z.B.: "The NHS should respect the patient's privacy, dignity, religious and cultural beliefs at all times and in all places."

³²⁴ Eine ältere Patientenbefragung (Bruster et al. 1994) war zu dem Ergebnis gekommen, daß folgende Charta-Vorgaben häufig(er) verfehlt werden. Standards: Achtung der Privatsphäre, Würde, religiöser und kultureller Überzeugungen; Information von Verwandten und Freunden über den Verlauf; Absage von Operationen; "named nurse" (zwei Drittel der Befragten wußten nicht, daß die Verantwortung für ihre Betreuung bei einer bestimmten Pflegekraft lag); Versorgungskontinuität. Rechte: Erklärung der vorgeschlagenen Behandlung; Zugang zu Daten (des betreffenden Patienten); freie Entscheidung des Patienten, ob er an klinischen Studien teilnimmt und sich für Ausbildungszwecke zur Verfügung stellt; maximale Wartezeit zwei Jahre.

erfolgte, von 80 % auf 88 % gestiegen. Crinson (1998: 232) berichtet freilich, daß der Standard gelegentlich nur mit einem "hello service" bedient würde. Sbaihs Studie über Auswirkungen der Patient's Charter auf den Pflegedienst einer Notfallstation läßt sich entnehmen, daß in NHS-Krankenhäusern durchaus Patienten auftauchten, die sich auf die Charta beriefen. Als primäres Thema erwies sich das "immediate assessment", von dem sie sprach. Auf der beobachteten Station resultierten aus dem Standard insofern Probleme, als Patienten "immediate assessment" in einer Weise verstanden und einforderten, die mit der aus Sicht der Pflegekräfte gebotenen Arbeitsabfolge kollidieren konnte.³²⁵ Der Pflegedienst reagierte auf diese Probleme mit Postern und Informationsblättern, die Patienten über die Arbeit der Station und deren Prioritätenraster informieren. Ggf. übernahm es auch eine leitende Pflegekraft, auf Beschwerden einzugehen und dem Patienten zu erklären, warum und wie lange er noch warten muß (Sbaih 2002).

Im Januar 2001 wurde die Patient's Charter durch einen "guide" ersetzt. "Your Guide to the NHS" soll Rechte und Standards klarer darstellen und dem (potentiellen) NHS-Nutzer sagen, welche Verbesserungen er - etwa bei den Wartezeiten - innerhalb welches Zeitraums erwarten kann. Neben einer Auflistung der NHS-Prinzipien - z.B. sozial und sachlich umfassende Versorgung, an individuellen Bedarfen und Präferenzen orientierte Behandlung -, Rechten und Standards enthält der guide Ausführungen zu Pflichten und Verantwortlichkeiten des Patienten, Empfehlungen zur gesundheitsbewußten Lebensführung, Hinweise zur Nutzung des NHS und Informationen zum Beschwerdeverfahren (<http://www.nhs.uk/nhsguide>).

9.7 Patient choice

"To give patients ... greater choice of the services available", war ein erklärtes Ziel der konservativen Marktformen - ein Ziel, dem zugleich instrumentelle Bedeutung für die angestrebten Effizienz- und Qualitätsverbesserungen beigelegt wurde. Nach der verfügbaren Evidenz zu urteilen, haben die Reformen diesbezüglich wenig bewegt.³²⁶ Zunächst war es ein Charakteristikum des internen Marktes, daß die eigentlich potenten, weil kaufkräftigen Nachfrage-Akteure nicht Patienten, sondern Health Authorities und niedergelassene Ärzte mit eigenem Budget waren. Was die Health Authorities betraf, so lag es ihnen nicht unbedingt nahe, die "patient choice" zu fördern. In Studien zur Vertragspolitik der NHS-Instanzen findet sich denn auch keine Evidenz für entsprechende Bestrebungen. Zum Teil bot die regionale oder lokale Angebotslage wenig Spielraum; vor allem aber stand für eine Health Authority die populationsbezogene Sicherstellung der Versorgung im Vordergrund, nicht die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten für den individuellen Patienten.

Daß die ärztliche Überweisungsfreiheit (und damit auch der Entscheidungsspielraum des Patienten) nicht nur nicht ausgeweitet, sondern ganz im Gegenteil eingeschränkt werden würde,

³²⁵ Solche Probleme konnten aus dem "immediate" wie dem "assessment" erwachsen: Die zuständige Pflegekraft kommt, so schnell sie angesichts anderer Aufgaben kann, aber eben nicht "immediate", wie der Patient findet; die "triage nurse" kommt und sieht einen Fall, der warten kann, aber darf man das "assessment" nennen?

³²⁶ Vgl. verschiedene Beiträge in Le Grand/Mays/Mulligan 1998 (36ff., 64ff., 111ff., 127f.); Mahon et al. 1994; Propper 1995.

war eine unter Allgemeinärzten verbreitete Sorge.³²⁷ Zumindest der Arzt ohne eigenes Budget werde, so die Erwartung, unter den Krankenhäusern wählen müssen, mit denen die zuständige Health Authority kooperiere (vgl. z.B. Jebb 1991). Inwieweit sich diese Befürchtungen bewahrheitet haben, wird unterschiedlich beurteilt. Tatsächlich waren die Überweisungsmöglichkeiten eines niedergelassenen Arztes im Regelfall auf Häuser beschränkt, mit denen die betreffende Health Authority einen Versorgungsvertrag geschossen hatte. Sollten oder wollten Patienten ein anderes Krankenhaus aufsuchen, mußte die NHS-Instanz in eine "außervertragliche Überweisung" einwilligen, und es hat Fälle gegeben, in denen dies nicht geschah. Standen diesen mehr (Harrison 1995: 168) oder weniger gewichtigen (Mahon et al. 1994: 125f.) Einschränkungen erweiterte Wahlmöglichkeiten an anderer Stelle (namentlich bei fundholder-betreuten Patienten) gegenüber?

Die Frage lenkt den Blick zunächst auf die zweite purchaser-Kategorie des internen Marktes. Im Vergleich zur Health Authority war der fundholder ein dem individuellen Patienten wesentlich näherer "proxy consumer" (Calnan/Gabe 2001: 120). Dessen Anreiz, Wahlmöglichkeiten im Interesse des Patienten zu erschließen und zu nutzen, würde, wie man annahm, daraus erwachsen, daß Patienten anderenfalls zu konkurrierenden Anbietern wechseln könnten. An der Stichhaltigkeit dieser Annahme sind erhebliche Zweifel geäußert worden (ebd.). So mögen Patienten, die nur sporadische Arztkontakte haben, in der Suche nach alternativen Anbietern eine Zeitverschwendung sehen. Bei Patienten mit chronischen Erkrankungen mag eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung gewachsen sein, von der ein starker Anreiz gegen einen Wechsel ausgeht. Es kommt hinzu, daß Wahlmöglichkeiten für einen Großteil der Patienten offenbar von nachrangiger Bedeutung waren (s.u.).

Wenn man für signifikante Patientengruppen eine nur geringe Wechsel-Neigung unterstellen darf und bedenkt, daß ein Patient oft keine große Auswahl an gut erreichbaren Primärärzten hat, nimmt es nicht wunder, daß sich kaum Evidenz für eine Ausweitung der patient choice durch das "fundholding" findet. Zwar waren Ärzte mit Praxisbudget in der Tendenz offenbar eher bereit, Patientenpräferenzen zu berücksichtigen, als einfache Allgemeinärzte. Sie waren eher gewillt, Patienten für elektive Eingriffe in entferntere Krankenhäuser zu überweisen, und es war weniger wahrscheinlich, daß sie für Überweisungen nur ein Krankenhaus in Erwägung zogen. Freilich, die Patienten dieser Ärzte zeigten wenig Neigung, für eine schnellere Behandlung weite Distanzen in Kauf zu nehmen, und sie standen dem Thema Wahlmöglichkeiten vielfach indifferent gegenüber. Dieser Befund harmoniert mit der Erkenntnis, daß viele Patienten nicht wußten, ob es sich bei ihrem Hausarzt um einen fundholder (also einen Arzt mit mutmaßlich größerem Handlungsspielraum und Einflußpotential) handelte oder nicht. Hinzu kommt, daß etwa den kürzeren Wartezeiten, die Ärzte

³²⁷

Die Situation vor den Reformen läßt sich mit Blick auf den Krankensektor (die ambulante fachärztliche Versorgung eingeschlossen) wie folgt skizzieren (Potter/Porter 1989: 361): Eine formale Einschränkung der Überweisungsfreiheit existierte nicht. Im Prinzip konnte also jeder general practitioner Patienten zu jedem consultant überweisen. Faktisch war der je individuelle Auswahlbereich in verschiedener Hinsicht begrenzt. GPs überwiesen typischerweise zu Spezialisten, mit denen sie bereits (gute) Erfahrungen gemacht hatten. Führte der gewünschte Facharzt lange Wartelisten oder stuft er den betreffenden Fall als nicht dringlich ein, konnte eine theoretisch bestehende Überweisungsoption praktisch ausscheiden. Außerdem versuchten Health Authorities zunehmend, bei Leistungen für "auswärtige" Patienten den finanzierungsverantwortlichen NHS-Instanzen Gebühren in Rechnung zu stellen. Einen direkten Zugang zum Krankenhaus hatten NHS-Patienten seit jeher (und weiterhin) grundsätzlich nur im Notfall.

mit Praxisbudget für ihre Patienten erreichen konnten, längere Wartezeiten für Patienten budgetloser Allgemeinärzte gegenüber gestanden haben mögen.

Kaum fündig wird, wer fragt, ob die neu verfaßten NHS-Krankenhäuser ihren Patienten größere Wahlmöglichkeiten boten. Wenn Trusts Wahlmöglichkeiten offerierten, dann nicht den Patienten, sondern den Käufern, die jedoch - jedenfalls was die Health Authorities angeht - mehr damit beschäftigt waren, Kontinuität zu sichern und die Präferenzen niedergelassener Ärzte bei ihrer Vertragspolitik zu berücksichtigen, als daß sie Patientenwünsche eruiert hätten. Es kommt hinzu, daß die Trusts angesichts ihres begrenzten Investitionsspielraums wenig Möglichkeiten hatten, ihr Angebotsspektrum zu ändern.

In der NHS-Politik New Labours war "patient choice" anfangs nicht einmal rhetorisch präsent. "The Conservatives tended to stress choice, whereas the Labour Government has virtually expunged the word from its vocabulary", so ein Politikbeobachter im Jahre 1998 (Klein 1998: S51). Dies hat sich grundlegend geändert. Binnen weniger Jahre ist die Ausweitung individueller Wahlmöglichkeiten zum zentralen Modernisierungsprinzip für öffentliche Leistungsbereiche aufgestiegen. Vor allem der Krankenhausesektor liegt im Visier der neuen choice-Politik, "Building on the Best" - ein konsultationsbasiertes³²⁸ und wesentlich vom "patient tsar" der Regierung³²⁹ verfaßtes Weißbuch - enthält jedoch diverse Maßnahmen, die auch andere Leistungszweige adressieren.³³⁰

Was den Krankenhausesektor betrifft, so wurde bereits 2003 die Regelung getroffen, daß Häuser, die OP-Termine am Tage des geplanten Eingriffs aus nicht-klinischen Gründen absagen, einen Ersatztermin innerhalb der nächsten 28 Tage anbieten oder dem Patienten die Behandlung in einem Krankenhaus seiner Wahl (öffentlich oder privat) finanzieren müssen. Im selben Jahr wurde Herzpatienten, im Sommer 2004 allen Patienten, die schon sechs Monate oder länger auf eine Operation warten, die Möglichkeit des Krankenhauswechsels eröffnet. Weitere Stationen des Ausweitungsfahrplans: Seit Ende 2005 konnten NHS-Patienten in der planbaren (teil-)stationären Versorgung unter fünf Kliniken - darunter mindestens eine private Einrichtung - wählen. Dabei war die Auswahl jedoch auf Anbieter begrenzt, mit denen der zuständige Primary Care Trust Verträge geschlossen hatte. Im April 2006 erweiterte sich die Auswahl auf 50 Kliniken/Behandlungszentren. Neben bestimmten NHS Trusts und privaten Anbietern schloß diese Ausweitung alle Foundation Trusts des Landes ein, deren Zahl inzwischen auf 67 gestiegen ist. Bis Ende des Jahres 2008 schließlich will man soweit sein, daß NHS-Patienten in jedes von der

³²⁸ Die Breite dieser Grundlage wird herausgestellt: 30.000 Patienten und Professionals auf Versammlungen, Konsultation von (Patienten-)Organisationen mit insgesamt 110.000 Mitgliedern, 750 schriftliche Stellungnahmen, 2.500 ausgefüllte Fragebögen (Carvel 2003; Shifrin 2003b).

³²⁹ Der offizielle Titel lautet: Director for Patient Experience and Public Involvement. Der gegenwärtige Amtsinhaber war bis vor kurzem Geschäftsführer der britischen Alzheimer Gesellschaft.

³³⁰ Das Programm beinhaltet Maßnahmen, die Wahlmöglichkeiten für Patienten etwa auch in der primärärztlichen Versorgung, der Schwangerenbetreuung und der Arzneimittelversorgung vergrößern sollen. Neben Maßnahmen, die die Zugänglichkeit von Leistungen erhöhen (z.B. Direktzugang zu Hebammen), wird die stärkere Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen über das Wie, Wo und Wann seiner Behandlung betont. Beispielsweise werden Patienten ihren Krankenakten Vermerke beifügen und auf einer gesicherten Website behandlungsbezogene Präferenzen darlegen können.

Healthcare Commission akkreditierte Krankenhaus/Behandlungszentrum gehen können, das die vorgesehene (elektive) Leistung zum NHS-Tarif in England anbietet.

Das Informationsangebot zur Unterstützung der Patienten-Wahl ist in den letzten Jahren beträchtlich gewachsen. Alle Krankenhäuser müssen Angaben zu behandlungsspezifischen Wartezeiten veröffentlichen. Zudem sollen Primary Care Trusts darüber informieren, inwieweit lokale Häuser Qualitäts- und Leistungsstandards genügen. Die Healthcare Commission macht die Ergebnisse ihrer Bewertung von NHS-Organisationen und privaten Kliniken im Internet zugänglich. Seit April 2006 veröffentlicht die Kommission auch die Mortalitätsraten englischer Herzchirurgen. Die - als Auftakt gedachte - Veröffentlichung soll "patient choice" und zugleich die Argumentationsbasis der choice-Politik stärken (Carvel/Boseley 2006). Klinik-/operationsbezogene Mortalitätsraten stehen - neben Wartezeiten, Wiedereinweisungsraten und Daten zur Patientenzufriedenheit - im Zentrum des Hospital Guide von Dr Foster Intelligence, einer von "Dr Foster" und dem (zum NHS gehörenden) Information Centre for Health and Social Care gebildeten "public private partnership" (vgl. Kap. 7, Anm. 232). Der Krankenhausführer wird vom "Daily Telegraph" und im Internet publiziert.

Wo liegen die Gründe dafür, daß das Thema Wahlmöglichkeiten für Patienten an die Spitze der NHS-politischen Agenda gerückt ist? Ein Faktor ist die unbefriedigende Bilanz von New Labours ersten Reformjahren. Die aktuelle Marktpolitik, in deren Kontext "patient choice" ja gehört, hat sich aus dieser Enttäuschungserfahrung heraus entwickelt. Von einer Situation, in der die Einrichtungswahl des Patienten und zuweisenden Arztes für die Krankenhäuser unmittelbar einkommensrelevant ist, erhofft sich die Regierung zusätzliche, starke Leistungsanreize. Programmatisch stehen Wahlmöglichkeiten für Patienten als unverzichtbares Element einer modernen Krankenversorgung im Vordergrund. Wählen zu können, wo und wann die Behandlung durchgeführt wird, dürfe nicht das Privileg weniger bleiben.³³¹ Zugleich soll damit der Opposition die Möglichkeit genommen werden, das Thema für sich zu vereinnahmen und den NHS bzw. die Regierung wegen mangelnder Wahlmöglichkeiten für Patienten zu kritisieren. New Labours choice-Politik fügt sich zudem in eine Reihe von Entscheidungen, die lokale Handlungsspielräume vergrößern sollen. "Patient choice", "foundation hospitals", lokale Leistungskäufer (Primary Care Trusts), die über mehr als 80 % des NHS-Budgets verfügen: All dies wird, so der Chief Executive des NHS, durch die Absicht bestimmt, "more space for local initiatives and decision-making" zu schaffen (zit. n. Klein 2003: 195).

In engem Zusammenhang mit der Institutionalisierung größerer Wahlmöglichkeiten für Krankenhauspatienten steht die Einführung fallpauschalierter Entgelte, deren Höhe von der Einordnung der betreffenden Leistung(en) in ein am Ressourcenverbrauch orientiertes Klassifikationssystem (sog. Healthcare Resource Groups) abhängt. Die Krankenhauseinnahmen sollen dadurch in wesentlich stärkerem Maße von Wahlentscheidungen des einzelnen Patienten abhängig werden, so daß Häuser, die viele Patienten anziehen, finanziell profitieren ("payment by results").

³³¹ Premier Blair hat die Begründung aufgegriffen, die Margaret Thatcher dafür gab, daß sie sich privat behandeln läßt ("because I get the doctor I want at the time I want"): "Why shouldn't it be the right for every citizen and why shouldn't it be done in the NHS?" (zit. n. Dean 2005).

"Money follows patients" hatte das Motto gelautet, unter das die konservative Regierung seinerzeit ihre Marktformen gestellt hatte. Nicht nur die Ähnlichkeit dieser Formulierung mit aktuellen Minister-Statements hat Erinnerungen an den "internen Markt" Margaret Thatchers geweckt, wenngleich die Labour-Regierung betont, daß es bei ihrem "neuen Markt" nicht um einen Preis-, sondern um einen Qualitätswettbewerb gehe.

Kritiker halten gleichwohl dagegen, es sei wichtiger, das Leistungsprofil schwächerer Anbieter gezielt zu verbessern als sie einem vielleicht ihre Existenz gefährdenden Wettbewerb auszusetzen. Patienten wollten vor allem guten Zugang zu einem wohnortnahen, qualitätsgesicherten Leistungsangebot. Die Regierung führt die Popularität einschlägiger Pilotprojekte ins Feld: Londoner Patienten, die in den Bereichen Augenheilkunde, HNO und allgemeine Chirurgie bereits über sechs Monate auf einen Eingriff warteten, wurde eine schnellere Behandlung in einem anderen Krankenhaus angeboten. 70 % machten von diesem Angebot Gebrauch. In einem ähnlichen, jedoch landesweit durchgeführten Projekt für Herzpatienten war die Rate deutlich niedriger, betrug aber noch beinahe 50 % (Appleby et al. 2003: 407).³³²

In der Diskussion wird auch auf das Problem verwiesen, die individuelle Einrichtungswahl mit der Notwendigkeit in Einklang zu bringen, das Angebot für eine kritische Masse von Patienten zu gewährleisten. Ein anderer Einwand hebt auf die regional in Abhängigkeit von Angebotsdichte und Transportmöglichkeiten de facto sehr unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten ab. Schichtbedingt variierende Fähigkeiten, Wahlchancen zu nutzen, hat ein weiterer Einwand im Blick: Informierte, artikulierte und selbstsicher auftretende Patienten aus höheren sozialen Schichten profitierten in erster Linie. Die Regierung entgegnet, daß die Konsequenz nicht darin liegen könne, Wahlmöglichkeiten im NHS für jedermann gering zu halten. Vielmehr müßten alle Patienten durch Informations- und Unterstützungsangebote befähigt werden, Wahlchancen zu ergreifen. Wie Dixon und Le Grand zeigen, kann die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf schichtbedingte Disparitäten bei der Inanspruchnahme des NHS unterschiedlich wirken: neutral, wenn gesundheitsbezogene Überzeugungen ursächlich sind; verstärkend, soweit die Nutzung den Einsatz individuell verfügbarer Ressourcen bedingt; reduzierend, indem sie Handlungsmöglichkeiten sozial schwacher Patienten gegenüber Leistungserbringern erweitert. Die Analyse verweist auf die Bedeutung von Maßnahmen, die Patienten aus niedrigen sozialen Schichten eine "supported choice" ermöglichen (Dixon/Le Grand 2006). Verschiedene Projekte haben gezeigt, daß nicht zuletzt die Übernahme der Fahrtkosten in diesem Zusammenhang wichtig ist. Der Umstand, daß Fahrtkosten bei den erwähnten Pilotprojekten erstattet wurden, dürfte auch für die im Vergleich zu skandinavischen und niederländischen Initiativen wesentlich größere Projektresonanz (mit-)ursächlich sein (Dixon/Thomson 2005). Vor diesem Hintergrund hat die Regierung entschieden, daß der NHS Fahrtkosten bei Patienten trägt, deren Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

³³² Man kann allerdings argumentieren, daß die Wechseloption wegen der Wartezeiten genutzt wurde, ein Motiv, das mit sinkenden Wartezeiten an Bedeutung verlieren dürfte (Dean 2005). Andererseits gehen Wartezeiten mit "patient choice" wahrscheinlich schneller zurück als ohne.

Fazit

Gut 60 % der "health consumer groups", die Allsop, Baggott und Jones vor einigen Jahren zu ihrer Rolle und Bedeutung in der nationalen Gesundheitspolitik befragten,³³³ fanden, daß ihre Einflußchancen gewachsen seien (Allsop et al. 2002).³³⁴ Tatsächlich hatten Fragen der Nutzerbeteiligung in der NHS-Politik programmatisch nie einen so hohen Rang wie nach dem Machtwechsel 1997, aber auch das Spektrum einschlägiger Maßnahmen und Einrichtungen war niemals so breit wie heute. Läßt man sie Revue passieren, ergibt sich ein vielgestaltiges Bild:

Im Zuge der Entwicklung von Reformprogrammen hat die Regierung in den letzten Jahren umfängliche "consultation exercises" veranstaltet.³³⁵ Auf formal institutionalisierter Grundlage wirken Bürger und Patientenvertreter im National Institute for Health and Clinical Excellence, in der Healthcare Commission und anderen zentralen Regelungskörperschaften als Mitglieder von Entscheidungsgremien und Beiräten. Patienten(-vertreter) können darüber hinaus verfahrensmäßig fixierte Beteiligungschancen bei der Erarbeitung von NICE-Empfehlungen und National Service Frameworks nutzen. Seit langem schon (und seit einiger Zeit in vergrößerter Zahl) zählen Laien auch zum Mitgliederkreis des General Medical Council, einer traditionsreichen Instanz professioneller Selbstregelung. Aktuelle Reformpläne sehen die Erhöhung des Laienanteils auf (mindestens) 50 % und eine striktere "Laien"-Definition vor.

Auf regionaler/lokaler Ebene gehören Laien den Boards von Primary Care Trusts, Strategic Health Authorities und NHS-Krankenhaus-Tusts an. In den Boards der autonomisierten Foundation Trusts stellen Bürger-/Patientenvertreter die Mehrheit des gewählten (größeren) Teils der "governors". Community Health Councils als spezielle Organe zur Repräsentation von Bürger- und Patienteninteressen und zur Unterstützung potentieller Beschwerdeführer sind zwar aufgelöst worden; an ihre Stelle ist jedoch ein Arrangement getreten, das patientenbezogene Informations- und Unterstützungsfunktionen neuen Einrichtungen zuweist und die politischen Funktionen der CHCs den Kommunen und unter deren Ägide etablierten Local Involvement Networks überträgt. Daß Health Authorities (und später Primary Care Trusts) "local voices" durch Patientenbefragungen, Fokusgruppen, Bürgerjurys u.a.m. Artikulationsmöglichkeiten verschaffen, ist gängige (wenngleich lokal stark variierende) Praxis. Befragungen auf nationaler Ebene sind hinzugekommen. Ein mehrfach reformiertes Beschwerdemanagement soll eine unabhängige Untersuchung jeder Beschwerde

³³³ "Health consumer group" war definiert als "a voluntary sector organization that is concerned with promoting and/or representing the interests of users and/or carers in the health arena at national level" (Allsop et al. 2002: 57).

³³⁴ Am weitesten verbreitet war diese Wahrnehmung bei Gruppen, die sich in Bereichen betätigten, denen die Regierung eine hohe politische Priorität beilegte (z.B. Krebsbehandlung). Ein mangelnder Gleichklang von Gruppen- und Regierungs-Agenda wurde dementsprechend als gewichtiges Hindernis für eine effektive Teilnahme am nationalen Politikprozeß genannt. Ganz oben auf der Liste primärer Partizipationsbarrieren: fehlende Ressourcen (Personal, Geld, politische Kontakte).

³³⁵ So schloß der Entwicklungsprozeß des im Weißbuch "Our health, our care, our say" (DH 2006a) niedergelegten Politikprogramms "surveys, local listening exercises, regional events and a 1000 person Citizens' Summit" ein (DH 2007b). Zwei Folgeveranstaltungen sollten dem Austausch zwischen einer Gruppe von Teilnehmern an der consultation exercise und dem Ministerium dienen, nachdem über den Inhalt des Weißbuchs entschieden worden war (vgl. a. Anm. 328).

gewährleisten. Als letzte Beschwerdeinstanz ist seit über 30 Jahren ein Ombudsman tätig. Rechte und Standards, an denen NHS-Nutzer ihre Erwartungen und Ansprüche ausrichten können, sind zunächst in einer Patient's Charter und nunmehr in "Your Guide to the NHS" zusammengefaßt und verbreitet worden. Die Ausweitung von Patienten-Wahlmöglichkeiten in der Krankenhausversorgung und die direkte Verknüpfung der patient choice mit der Leistungsvergütung sollen den Anbieterwettbewerb zugunsten des Patienten forcieren.³³⁶

Bei aller Fülle nehmen Beobachter "patient and public involvement" als Gebiet des Mangels wahr - es mangelt an Ressourcen, Rechten, Kompetenzen, Sanktionsmitteln, Repräsentativität, (stabilem) Engagement, wirkungsträchtiger Verknüpfung mit Entscheidungsarenen. Die Healthcare Commission zeichnet ein gemischtes Bild: Das Informations- und Beratungsangebot für Nutzer ist beträchtlich gewachsen; Daten zur (Ergebnis-)Qualität, die eine informierte Entscheidung ermöglichen, sind jedoch nur begrenzt verfügbar. Auch wurden in verschiedenen Versorgungsbereichen erhebliche Mängel in der Patienteninformation festgestellt. Viele Patienten wollten an Behandlungsentscheidungen beteiligt werden, "but our surveys still do not find any improvement in this area." Sollte sich dies ändern, müsse die "culture of communication between doctors and patients" besser werden (HCC 2006b: 72f.). Die Patient-choice-Wirklichkeit scheint ebenfalls noch erheblich von der Programmatik abzuweichen. Zwar ist nicht bekannt, wie viele Patienten das Krankenhaus aus Qualitätsgründen gewechselt haben, nach angebotenen Alternativen bei der Einrichtungswahl befragte Krankenhauspatienten konnten sich jedoch zu über 50 % nicht an entsprechende Angebote ihres Hausarztes erinnern (vgl. Thorlby/Maybin 2007: 13). In Hinsicht auf die lokalen Gestaltungsebenen des NHS hat die Regierung selbst zur Begründung geplanter Veränderungen in Beteiligungsstrukturen und Beteiligungspflichten auf gravierende Defizite und eine beträchtliche Varianz verwiesen (DH 2006b). Auch der Gesundheitsausschuß des Unterhauses sieht die Umsetzung der Konsultations- und Beteiligungspflichten von NHS-Organisationen als Problemfeld: "In theory an excellent system is in place. However, in practice there is much disquiet: people feel that they are consulted after decisions have been made. There has also been criticism of NHS organisations' refusal to consult about major changes and of the Department of Health vigorous support of these decisions" (HCHC 2007: 5).

Beobachter verweisen zudem auf einen Mangel an konzeptioneller Durcharbeitung (vgl. Baggott 2005; Florin/Dixon 2004): Abstimmungsschwächen zwischen verschiedenen Maßnahmen/Programmen/Einrichtungen; unzureichende Ziel- und Methodenreflexion vor allem bei der *Bürgerbeteiligung* (public involvement);³³⁷ mangelnde Berücksichtigung potentieller Konflikte zwischen Zielen und Verantwortlichkeiten. Soweit etwa Bürgerbeteiligung die Verantwortlichkeit des NHS gegenüber seinen Nutzern auf lokaler Ebene stärken soll, stellt sich die Frage, wie dies geschehen kann, ohne die Verantwortlichkeit gegenüber der demokratisch gewählten Regierung zu schwächen, die den NHS aus Steuermitteln finanziert und dem Parlament für deren Verwendung

³³⁶ Die obige Liste läßt sich verlängern, wenn man spezielle Programme der Regierung einbezieht, z.B. die Förderung von Projekten zum Themenkreis Partnerschaftlichkeit zwischen Professionals und Patienten; oder das auf die Stärkung des Selbstmanagements chronisch Kranker zielende Expert Patient Programme (Donaldson 2003).

³³⁷ "The question of how the public should be involved with the NHS, beyond their capacity as patients (and voters/taxpayers), remains unresolved", stellen Thorlby und Maybin lapidar fest (Thorlby/Maybin 2007: 12).

Rechenschaft schuldet. Oft thematisiert werden auch potentielle Konflikte zwischen "patient choice" und (lokalen) politischen Beteiligungsinitiativen: Wenn Nutzer durch formale Konsultationsverfahren bei geplanten Angebotsänderungen Artikulationschancen erhalten sollen, können daraus bei marktvermittelter Koordination von Angebot und Nachfrage Probleme resultieren, z.B. eine wesentliche Einschränkung der Anbieterfähigkeit, schnell auf Nachfrageentwicklungen zu reagieren. Es stellt sich aber auch ganz grundsätzlich die Frage: "How should an NHS provider respond to public opposition to changes that have been triggered by changes in patient choice?" (Harvey et al. 2007: 38). In der Größe und Heterogenität des Interessenkomplexes, den die weitmantelige Formel "patient and public involvement" summarisch anspricht, liegt sicher ein Zentralproblem. Ungeachtet der Bandbreite potentiell divergierender Perspektiven sollen etwa die Foren (bzw. die LINKs als Nachfolgeeinrichtungen) das gesamte Bezugsfeld abdecken. Die daraus erwachsenden Fragen des Interessenkonflikts und der Interessenvermittlung werden politisch kaum reflektiert. Auch die damit zusammenhängende Frage, wie die Funktion genau zu beschreiben ist, die Mitglieder der Foren bzw. lokalen Netzwerke und andere Beteiligungsträger erfüllen sollen, scheint unterbelichtet - ein wichtiger Punkt, denn die Auswahl der entsprechenden Personen kann unterschiedlichen Legitimitätsbedingungen und Kriterien gehorchen, z.B. Wissen, Fähigkeiten, Erfahrung, Repräsentationskompetenz.

10 Krankenhauspolitik in Deutschland

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen der deutschen Krankenhauspolitik nach der Finanzierungsreform 1972/73 (Krankenhausfinanzierungsgesetz/Bundespflegesatzverordnung). Es soll als Informationsgrundlage für die im Schlußkapitel vorgenommene Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen England und Deutschland dienen. Die Gliederung des Kapitels orientiert sich an der Kapitelfolge der englischen Fallstudie.

10.1 Regelungsstruktur

Das mit der Finanzierungsreform 1972/73 etablierte Arrangement läßt sich mit folgenden Stichworten kennzeichnen: Kapazitätsplanung der Bundesländer, die im Krankenhausbereich den Sicherstellungsauftrag haben; "duale" Lastenverteilung auf öffentliche Hände (Investitionskosten) und Nutzer/Kassen (laufende Kosten); einzelbetriebliche Selbstkostendeckung; Vergütung mittels tagesgleicher Pflegesätze; Pflegesatzfestsetzung durch die Länder (auf der Basis von Verhandlungen, die krankenhaushausindividuell - ggf. auch für Klinikgruppen - zwischen Trägern und Kassen geführt werden). Verschiedene "Eckpunkte" dieser Struktur haben bis heute Bestand, so die duale Mittelaufbringung und die staatliche Angebotsplanung auf Länderebene. Zugleich hat sich, wie nachfolgend gezeigt werden soll, die Steuerung der Krankenhausversorgung in mehrfacher Hinsicht signifikant gewandelt.

Steuerung durch Verbände

Die Indienstnahme von Kassen- und Klinikverbänden für (neue) Steuerungsaufgaben ("Korporatisierung"), bildet im betrachteten Zeitraum eine zentrale ordnungspolitische Entwicklungslinie. Ungeachtet einiger gescheiterter Regelungsanläufe,³³⁸ hat der Bundesgesetzgeber Krankenhausgesellschaften und Kassenverbänden seit Mitte der achtziger Jahre immer wieder wesentliche Funktionen übertragen. 1984 wies das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz den Bundesverbänden der GKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Aufgabe zu, Empfehlungen zum Personalbedarf der Krankenhäuser zu erarbeiten. Einige Jahre später markierte der Gesetzgeber im Sozialrecht ein weites Gegenstandsfeld gemeinsamer verbandlicher Selbstregelung:

³³⁸ Schon mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 sollten Verbandsverhandlungen in die Entgeltfindung eingeschaltet werden (Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausgesellschaften und Kassenverbänden auf Landesebene). Die damalige sozial-liberale Bundesregierung scheiterte damit ebenso wie zwanzig Jahre später die christlich-liberale Regierung mit ihrem Versuch, im Krankensektor landesweite Gesamtvergütungen einzuführen. Die SPD-Mehrheit im Bundesrat brachte den Entwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 allerdings nicht wegen inhaltlicher Differenzen zu Fall, sondern weil die Regierung der SPD eine weitergehende Beteiligung an der "dritten Stufe" der Gesundheitsreform verweigerte (Simon 2000: 334).

- zweiseitige Verträge zu allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Landesebene); Rahmenempfehlungen zum Vertragsinhalt (Bundesebene) (Gesundheitsreformgesetz 1989);
- dreiseitige (Kassen, Krankenhäuser, Vertragsärzte) Verträge zu verschiedenen Aspekten der intersektoralen Verzahnung (Landesebene); Rahmenempfehlungen zum Vertragsinhalt (Bundesebene) (dito).

Seit den neunziger Jahren hat sich das gesetzlich verankerte Aufgabenspektrum korporativer Koordination vor allem um vergütungspolitische Funktionen erweitert:

- Vereinbarung von Punktwerten für Fallpauschalen und Sonderentgelte (durch Landeskrankenhausgesellschaften und GKV-Landesverbände; Gesundheitsstrukturgesetz 1993/Bundespflegeverordnung 1995);
- Gemeinsame Vorausschätzung der GKV-Einnahmenentwicklung, an der sich die lokalen Vergütungsverhandlungen im Krankenhaussektor orientieren sollten (DKG und Spitzenverbände der Krankenversicherung; Zweites GKV-Neuordnungsgesetz 1997);
- (Weiter-)Entwicklung von Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Katalogen (dito);
- (Weiter-)Entwicklung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems auf DRG-Basis (DKG und Spitzenverbände der Krankenversicherung; GKV-Gesundheitsreform 2000, Fallpauschalengesetz 2002);
- Festsetzung bundesweit gültiger Bewertungsrelationen (DKG und Spitzenverbände der Krankenversicherung; Fallpauschalengesetz 2002);
- Vereinbarung eines landeseinheitlichen Basisfallwertes für die DRG-Vergütung (Landeskrankenhausgesellschaften und Landesverbände der Krankenversicherung; Fallpauschalengesetz 2002).

In den letzten Jahren ist das Aufgabenspektrum der gemeinsamen Selbstverwaltung zudem durch qualitätspolitische Funktionen erweitert worden:

- externe Qualitätssicherung im Krankenhaussektor (DKG und Spitzenverbände der Krankenversicherung; GKV-Gesundheitsreform 2000);
- Definition von Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser (DKG und Spitzenverbände der Krankenversicherung; Fallpauschalengesetz 2002);
- Festlegung von Mindestmengen für ausgewählte planbare Leistungen (dito).

Die krankenhauspolitische Orientierung an korporativen Steuerungsformen im ambulanten Sektor zeigt sich schließlich in der Ausweitung des "Ausschußwesens" durch die Gesundheitsreform 2000, mit der erstmals auch für den Krankenhausbereich eine Methodenbewertung institutionalisiert wurde: Der dem Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen nachgebildete Ausschuß Krankenhaus erhielt den Auftrag, Diagnose- und Behandlungsmethoden auf ihre GKV-Tauglichkeit zu prüfen. Dem Koordinierungsausschuß wies das Reformgesetz sektorenübergreifende Regelungsfunktionen zu. Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs wurde sein Aufgabenbereich um Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen erweitert.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 sind die verschiedenen Ausschüsse zum Gemeinsamen

Bundesausschuß zusammengefaßt worden. Der "kleine Gesetzgeber" hat damit weitreichende Kompetenzen, so bei der Konkretisierung des GKV-Leistungskatalogs qua Methodenprüfung und bei der Regelung der Qualitätssicherung. Seine Richtlinien sind für Versicherte, Kassen und Leistungserbringer verbindlich. "Der G-BA ist ein mächtiges Gremium" (Pfähler 2005: 553), dessen Handlungsfähigkeit jedoch weder nach innen (Kampfabstimmungen, Partikularinteressen) noch gegenüber dem Gesundheitsministerium gesichert ist. Der Gesetzgeber des Jahres 2003 hat den Ausschuß als Organisation mit vier sektoralen Entscheidungsgremien³³⁹ und einem Plenum verfaßt, das sich aus neun Kassenvertretern, neun Vertretern der Leistungserbringer (4 KBV, 1 KZBV, 4 DKG), zwei neutralen Mitgliedern, dem unparteiischen Vorsitzenden und neun (nicht stimmberechtigten) Patientenvertretern zusammensetzt. Die Gesundheitsreform 2007 sieht die Auflösung der sektoralen Ausschüsse und die Bildung eines übergreifenden Beschlußgremiums mit gegenüber dem alten G-BA-Plenum um jeweils vier Mitglieder reduzierten Leistungserbringer- und Kassenbänken sowie - anders als bisher - hauptamtlich tätigen Unparteiischen vor.³⁴⁰ Neu ist auch, daß Sitzungen des Gremiums im Regelfall öffentlich stattfinden sollen.

Wenn die jüngere Geschichte der deutschen Krankenhauspolitik einerseits diverse Korporatisierungsschritte verzeichnet, sind doch auf der anderen Seite auch die Grenzen und Probleme einer solchen Strategie deutlich geworden. Eine Grenze bildeten die krankenhauspolitischen Kompetenzen und Handlungsorientierungen der Bundesländer. So hatten Korporatisierungsvorstellungen, die hinsichtlich der Krankenhausplanung über die Verbändebeteiligung in Ausschüssen (bei gliedstaatlicher Letztentscheidung) hinausgehen, bislang nie eine wirkliche Realisierungschance.³⁴¹ Eine weitere Korporatisierungsgrenze ergibt sich aus der Verfassung der Krankenhausesellschaften. DKG und Landeskrankenhausesellschaften sind als privatrechtliche Vereine gegenüber ihren Mitgliedern weder weisungsbefugt noch sanktionskompetent. Eine dem niedergelassenen Bereich "analoge Korporatisierung" im vollen Sinne des Wortes würde deshalb die Umwandlung der Krankenhausesellschaften in Körperschaften des öffentlichen Rechts erfordern. Die Bundesregierung hat die Verkörperschaftung in den neunziger Jahren denn auch zeitweilig explizit angestrebt (Döhler/Manow 1997: 143). Eine entsprechende Regelung fand jedoch nie in einen Gesetzentwurf Eingang. Nicht nur sind unter Hinweis auf die Grundrechte namentlich der kirchlichen Krankenhausträger verfassungsrechtliche Einwände erhoben worden (vgl. z.B. Isensee 1990). Der Bund ist darüber hinaus von der Verfassung nur zur Gesetzgebung in

³³⁹ Ausschuß Vertragsärztliche Versorgung, Ausschuß Vertragszahnärztliche Versorgung, Ausschuß Krankenhausbehandlung, Ausschuß Ärztliche Angelegenheiten.

³⁴⁰ Die fünf Kassenvertreter werden dem neuen gemeinsamen Spitzenverband der Krankenkassen angehören, der auf Bundesebene wettbewerbsneutrale Aufgaben (z.B. Abschluß kassenuniversell gültiger Verträge und Vereinbarungen) wahrnehmen soll.

³⁴¹ Entsprechende Vorschläge haben etwa die 1983 vom Bundesarbeitsminister eingesetzte "Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung" und die "Kommission Krankenhausfinanzierung" der Robert Bosch Stiftung unterbreitet (Simon 2000: 167ff.). Am weitesten ging ein Modell der Bosch-Kommission, in dem von Krankenhauskörperschaften und Kassenverbänden gebildete Krankenhausvereinigungen mit der Sicherstellung der Versorgung beauftragt werden sollten. Die in den ersten Referentenentwürfen zum Gesundheitsreformgesetz 1989 enthaltene Verlagerung von Planungskompetenzen auf die Landesverbände der GKV wurde angesichts fehlender Umsetzungschancen fallengelassen (ebd.: 121). Vorstöße, den Einfluß speziell der Kassenverbände auf die Krankenhausplanung zu stärken, waren primär von der Erwartung eines sich im Erfolgsfalle beschleunigenden Bettenabbaus bestimmt.

Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ermächtigt worden. Ohne Verfassungsänderung fehlt ihm die erforderliche Gesetzgebungskompetenz. Den übrigen Akteuren der Krankenhauspolitik ist die Verkörperschaftung der Krankenhausgesellschaften zudem nie ein Anliegen gewesen. Die Länder, deren Interessen eine Korporatisierungsschranke bilden, solange sie mehrheitlich auf die Wahrung ihrer Planungshoheit Bedacht nehmen, betreiben sie ebenso wenig wie die Kassen oder die Krankenhausgesellschaften selbst.

Ein gewichtiges Effektivitätsproblem der Korporatisierungsstrategie zeigt sich daran, daß die gemeinsame Selbstverwaltung gesetzlich erteilte Regelungsaufträge wiederholt nicht erfüllte bzw. erfüllen konnte. In der Krankenhauspolitik ist dieses Problem schon bei der ersten Regelungsaufgabe aufgetreten, die der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene übertrug.³⁴² In den letzten Jahren hat die Selbstverwaltung namentlich im Kontext der Vergütungsreform "versagt". So konnten sich Kassenverbände und DKG im Frühsommer 2001 nicht mehr auf ein Arbeitsprogramm verständigen, das die politisch gewollte Einführung des neuen Entgeltsystems zum 01.01.2003 sichergestellt hätte. Ein Jahr später - inzwischen ist das Fallpauschalengesetz (FPG) in Kraft getreten - scheiterte die Selbstverwaltung erneut. Der AOK-Bundesverband befürwortete die im Gesetz vorgesehene Optionslösung - generelle DRG-Einführung zum 01.01.2004, Einführungsoption zum 01.01.2003 -, die anderen Spitzenverbände der Kassen und die DKG lehnten sie ab.³⁴³ Allerdings waren die Krankenhäuser in dieser Frage uneins. Vor allem private Kliniken wollten die Option der Früheinführung nutzen. Mit Blick auf die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit der ministeriellen Ersatzvornahme erklärte die DKG deshalb im Juni das Scheitern der Verhandlungen. Die Verordnung wurde gegen die vehemente Opposition von Ärzteschaft und Ersatzkassen drei Tage vor der Bundestagswahl unterzeichnet. Der journalistische Beobachter sah darin einen "Vorgang von sehr grundsätzlicher Bedeutung. Im Dauerstreit 'Staat versus Selbstverwaltung' hat letztere einen erheblichen Bedeutungsverlust erlitten. Auswirkungen auf die Gestaltung der nächsten Gesundheitsreform sind unverkennbar. Sie wird staatsnäher konzipiert" (Lehr 2005: 278). In der GKV-WSG-Vorschrift, eine fachlich unabhängige Einrichtung mit Entwicklungs- und Durchführungsaufgaben in der externen Qualitätssicherung zu betrauen (§ 137a SGB V), zeigt sich zumindest eine weitere - und diesmal regelungswirksame³⁴⁴ - Distanznahme der Reformpolitik zur Selbstverwaltung.³⁴⁵ Auch der Sachverständigenrat hat eine "zunehmend kritische Einschätzung" der korporativen Koordination in der GKV konstatiert. Eine

³⁴² 1984 wurde die Bestimmung ins Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der DKG Empfehlungen zum Personalbedarf der Krankenhäuser erarbeiten (§ 19 KHG). Zwar legte die DKG 1985 entsprechende Empfehlungen vor, denen die Kassenverbände jedoch ihre Zustimmung verweigerten. Einigungsbemühungen im Rahmen der Konzertierte Aktion blieben erfolglos. Auf deren Herbstsitzung 1986 erklärten Kassenverbände und DKG ihre Verhandlungen für gescheitert und forderten die Bundesregierung auf, eine Rechtsverordnung vorzulegen. Die Bundesregierung setzte zunächst weiter auf eine Verhandlungslösung, die jedoch ausblieb. Erst 1992 legte die Regierung schließlich Vorgaben zur Berechnung des Personalbedarfs fest (Pflege-Personalregelung).

³⁴³ Die gleiche Positionskonstellation hatte sich schon im Zuge des Entscheidungsprozesses über das Gesetz gebildet.

³⁴⁴ Das in den ursprünglichen Plänen zur Gesundheitsreform 2003 figurierende "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin" war politisch nicht durchsetzbar.

³⁴⁵ Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) wird als gegenüber ihren Träger-Verbänden nicht ausreichend autonom wahrgenommen (Rau 2007: 185f.).

Ursache seien die "vor allem zuletzt langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse innerhalb und zwischen den korporativen Organisationen" (SVR 2005: Ziff. 9).³⁴⁶

Aber auch wenn die korporative Koordination "auf dem Prüfstand" steht (ebd.: 45ff.), die "integrierte Versorgung" (§§ 140a-d SGB V) einzelvertragliche Möglichkeiten eröffnet hat, die Ersatzvornahme(-drohung) zur gängigen politischen Übung geworden und die Neigung gewachsen ist, die Bearbeitung namentlich qualitätspolitischer Aufgaben anders zu organisieren: daß "der langsame Abschied der Politik von der Steuerungsebene Selbstverwaltung" (Lehr 2005: 272) in deren vollständigen Bedeutungsverlust mündet, steht nicht zu erwarten. Der Verstaatlichung derzeit von der Selbstverwaltung wahrgenommener Funktionen sind politische Grenzen gesetzt. Überdies bliebe auch eine entsprechend aufgestockte Administration in Fragen der Vergütung und Qualitätssicherung in hohem Maße auf die Expertise jetziger Selbstverwaltungsakteure angewiesen. Mindestens ebenso bedeutsam ist der Umstand, daß die (gemeinsame) Selbstverwaltung in Deutschland cum grano salis das bietet, was einschlägige public bodies in England darstellen: regierungsexterne "Instanzen", denen zentrale Steuerungsfunktionen zugewiesen werden können. In beiden Ländern steht der Auf- und Ausbau dieser Steuerungsebene(n) in engem Zusammenhang mit der Ausweitung und Konkretisierung politischer Steuerungsansprüche. Mit diesen wächst auch der Bedarf an Strukturen, die außerhalb des Staatsapparats Regelungsfunktionen wahrnehmen und "die Politik" damit von arbeitsaufwendigen oder legitimationsriskanten Aufgaben entlasten können.

Natürlich ist nicht auszuschließen, daß einmal anstelle der Selbstverwaltung nichtstaatliche Instanzen anderen Zuschnitts Steuerungsaufgaben übernehmen. Dies würde aber gewiß nicht auf die komplette Verabschiedung der Steuerungsebene Selbstverwaltung hinauslaufen. Auch anders verfaßte nichtstaatliche Instanzen müßten zudem in wichtigen Steuerungsbereichen auf Sachkenntnis und Erfahrung der jetzigen Selbstverwaltungspartner zurückgreifen.

Ebenfalls nicht zu erwarten ist, daß sich die Steuerungsbedeutung der Selbstverwaltung im Gefolge des Ausbaus wettbewerblicher Mechanismen signifikant reduziert. Zentrale Steuerungsaufgaben namentlich in den Bereichen Vergütung und Qualitätssicherung sind gerade im Blick auf die Etablierung wettbewerbsstimulierender Elemente und damit verbundene Risiken institutionalisiert worden. Dies gilt insbesondere für die Reform der Krankenhausvergütung.³⁴⁷

³⁴⁶ Fälle aus der Zeit, in der die zitierte Aussage formuliert wurde: 1) DKG und GKV-Spitzenverbände konnten sich für das Jahr 2005 (wiederum) nicht auf eine Liste jener "besonderen Einrichtungen" verständigen, deren Leistungen (noch) nicht durch das DRG-System vergütet werden sollen. Nachdem die Verbände das Scheitern der Verhandlungen erklärt und die Bundesregierung zur Ersatzvornahme aufgefordert hatten, legte das BMGS im März 2005 den Referentenentwurf einer entsprechenden Verordnung vor (Rau 2005a). 2) Wenig später folgte der Entwurf einer Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Basisfallwerte für 2005. Basisfallwerte sind zentrale Orientierungsgrößen für die Festlegung der Krankenhausbudgets. Sie sollen von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene vereinbart werden (Rau 2005b). Ende März 2005 lag jedoch nur für Niedersachsen ein durch Schiedsstellenentscheid bestimmter, von beiden Seiten akzeptierter Basisfallwert vor. Anders als bei der Verordnung über die besonderen Einrichtungen bedauerte die DKG in diesem Fall die staatliche Intervention, weil sie die noch ausstehenden Selbstverwaltungsentscheidungen präjudiziere und bislang geleistete Arbeit entwerte (Das Krankenhaus 5/2005: 386).

³⁴⁷ Während die (gemeinsame) Selbstverwaltung heute eine wesentlich gewichtigere Steuerungs-

So wird jeder zukünftige "policy mix" im Krankenhaussektor mit hoher Wahrscheinlichkeit ein beträchtliches Maß an Selbstverwaltung beinhalten; und zudem ein hohes Maß an staatlicher Präsenz nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landesebene. Die gliedstaatliche Angebotssteuerung mag im Gefolge der Vergütungsreform indirekter werden, sie wird aber, solange die Länder den Sicherstellungsauftrag haben - und nichts deutet derzeit darauf hin, daß sich dies in näherer Zukunft ändern könnte -, eine bestimmende Größe bleiben.

Wettbewerb

Seit den neunziger Jahren orientiert sich die deutsche Gesundheitspolitik verstärkt an wettbewerblichen Ordnungsvorstellungen. Diese Wettbewerbsorientierung ist Komponente eines politischen Paradigmenwechsels, der sich erstmals im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 deutlich manifestiert (Gerlinger 2002).

Als wesentliche Neuerungen brachte dieses Gesetz die freie Kassenwahl sowie, für einen Teil des stationären Leistungsspektrums, fallbezogen pauschalierte Entgelte. Beide Maßnahmen haben sich als zukunftssträchtige Innovationen erwiesen. Die konkrete Ausgestaltung des Kassenwettbewerbs mag strittig sein, die Grundüberzeugung jedoch, daß Wettbewerbselemente auch im Kontext einer wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitsversorgung Nutzen stiften können, ist parteiübergreifend verankert. Die Entscheidung für fallpauschalierte Krankenhausentgelte hat in der Rückschau ebenfalls historische Qualität. Von SPD und CDU/CSU gemeinsam getragen, hat sie den Regierungswechsel 1998 nicht nur überdauert, sondern ist mit der Einführung des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) auf weltweit einzigartige Weise generalisiert worden.

größe darstellt als vor 30 Jahren, ist die seinerzeit errichtete Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aufgelöst worden und der Vergessenheit anheimgefallen. Die Konzertierte Aktion war ein korporatistisches Gremium im engeren Sinne, d.h. ein Verhandlungssystem, an dem staatliche Vertreter direkt beteiligt waren. Ihre Bildung ging auf eine Initiative der CDU/CSU im Zuge des Entscheidungsprozesses zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 zurück. Aus Sicht der damaligen Opposition eröffnete eine Konzertierte Aktion die Chance, "dirigistische" Kostendämpfungsmaßnahmen durch eine freiwillige Verhaltensabstimmung der Verbände und den Einsatz von Empfehlungen und Appellen entbehrlich zu machen (Wiesenthal 1981). Anders als der ambulante Sektor und die Arzneimittelversorgung hatten die Krankenhäuser zunächst nicht ausdrücklich zum Bezugsfeld der Ausgabenempfehlungen des Gremiums gezählt. Zwar sind die gesetzlichen Bestimmungen in der Folge modifiziert worden, um die politisch gewünschte Einbeziehung des Krankenhaussektors in die Empfehlungszuständigkeit der Konzertierten Aktion zu verdeutlichen (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981). Nicht beantwortet wurde jedoch die Frage, wie Empfehlungen zur Entwicklung sektoraler Kostengrößen ("Globalsteuerung") in Pflugesatzverhandlungen wirksam sein sollten, die weiterhin am Grundsatz krankenhausesindividueller Kostendeckung zu orientieren waren. Es blieb dabei, daß "der Ansatz der Globalsteuerung" im Krankenhaussektor "mit keinem regulativen Durchsetzungspotential ausgestattet ist" (Griesewell 1985: 560). Die Erwartung (bzw. Befürchtung), daß "das entscheidende künftige Instrument für die Steuerung des Krankenhauswesens ... die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sein (wird)" (Bruckenberg 1989: 43), hat sich nicht bewahrheitet. Das Gremium sank zudem auch in Versorgungsbereichen, wo ihm zeitweilig eine gewisse Steuerungskraft attestiert werden konnte, zu einem randständigen Faktor ab. Mit der Gesundheitsreform 2003 kam dann das sang- und klanglose Ende: "Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren als entbehrlich erwiesen und kann daher abgeschafft werden" (SPD et al. 2003).

Die Vergütungsreform hat die wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenhaussektors verstärkt. Als Wettbewerbsmotor kann das deutsche DRG-System in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung allerdings nur begrenzt fungieren. Es deckt Überkapazitäten auf³⁴⁸ und forciert die Konkurrenz um Marktanteile, schaltet jedoch den Preis als Wettbewerbsparameter aus (Robra et al. 2003: 46).³⁴⁹ Nach wie vor schränkt insbesondere auch die Krankenhausplanung der Länder Spielraum und Intensität des Anbieterwettbewerbs ein.³⁵⁰ Plankrankenhäuser haben Anspruch auf den Abschluß eines Versorgungsvertrages und Mittel aus der öffentlichen Investitionsförderung. Zwar können die Krankenkassen Versorgungsverträge mit solchen Häusern (in gemeinsamem und einheitlichem Handeln) kündigen, ein solcher Schritt wird jedoch nur mit dem Einverständnis der zuständigen Landesbehörde wirksam (die dazu von ihrer eigenen Planungsentscheidung abrücken muß). Häuser, die nicht in den Krankenhausplan des betreffenden Landes aufgenommen werden, erhalten hingegen weder öffentliche Fördermittel, noch sind die Kassen ihnen gegenüber kontrahierungspflichtig.

Wie sich die Angebotssteuerung der Länder, deren Planungskompetenzen unvermindert fortbestehen, angesichts der mit dem DRG-System institutionalisierten "Steuerung über den Preis" verändern wird, ist noch weitgehend offen. Der ordnungspolitische Rahmen des Krankenhaussektors soll (spätestens) nach Ablauf der Konvergenzphase (Ende 2008) auf die Gegebenheiten des DRG-Systems eingestellt werden. Das Spannungsverhältnis zwischen der Länder-Planung und den wettbewerblichen Tendenzen der Vergütungsreform beschäftigt eine breite Planungsdiskussion, deren Vorschlagsspektrum von der Modifikation bis zur (weitgehenden) Aufgabe der Länder-Steuerung reicht. Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich im März dieses Jahres auf einer Sondersitzung mit den anstehenden ordnungspolitischen Fragen befaßt. Die einstimmig beschlossenen "Eckpunkte" sind eine klare Absage an radikale Konzepte. Zwar bekennt sich die Konferenz zu dem Ziel, den Wettbewerb im Krankenhaussektor zu stärken, zugleich wird jedoch bekräftigt, daß die Gewährleistung der Versorgung eine staatliche Aufgabe sei und die Letztverantwortung bei den Ländern liege. Deren Planungskompetenzen dürften nicht ausgehöhlt werden, und die duale Finanzierung sei derzeit noch ohne Alternative (GMK 2007).

Ein politisches Thema ist der Anbieterwettbewerb nicht nur in innersektoraler Hinsicht. Die "Öffnung" der Krankenhäuser für ambulante Leistungen war ein heißes Eisen im Themenhaushalt der Gesundheitsreform 2003. Sie wird unter dem Gesichtspunkt der Integration diskutiert, hat aber für Krankenhäuser wie niedergelassene Ärzte - mit entgegengesetzten Vorzeichen - auch einen Konkurrenzaspekt. Das Reformgesetz eröffnete die Möglichkeit ambulanter Krankenhausbehandlung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonde-

³⁴⁸ Die Bettenauslastung erreichte 2005 nur einen Wert von 75,6 % (SVR 2007: Ziff. 67).

³⁴⁹ Die einschlägigen rechtlichen Vorgaben würden auch eine Ausgestaltung der DRG als Höchstpreissystem ermöglichen, eine Option, die die Selbstverwaltung jedoch (bislang) nicht genutzt hat. Inwieweit die Vertragspartner die Preisgestaltung künftig etwa über Mengenrabatte zu flexibilisieren suchen, ist derzeit nicht abzusehen.

³⁵⁰ Die Krankenhauspläne der Länder weisen die für den Planungszeitraum in bestimmten Versorgungsregionen als bedarfsnotwendig anerkannten Häuser und Betten nach Fachabteilungen aus. Zwischen 1982 und 1989 bezog die Krankenhausplanung auch medizinische Großgeräte ein. 1989 ging die Planungskompetenz für diese Geräte auf intersektorale Ausschüsse über, die 1997 aufgelöst wurden.

rem Verlauf. Krankenkassen können entsprechende Einzelverträge schließen, die Krankenhäuser haben allerdings keinen Rechtsanspruch auf einen Vertragsabschluß, werden also nicht "zugelassen". Das bisherige Vertragsaufkommen ist "aus Krankenhaussicht mehr als enttäuschend" (Brenske et al. 2005: 172). Die einschlägige Regelung wird als "Rohrkrepierer" apostrophiert (Robbers 2005a). Den Hauptgrund sieht man im mangelnden Interesse auf seiten der Kassen, für das wiederum die fehlende Finanzierungsgrundlage verantwortlich gemacht wird. Kassen wollen ambulante Leistungen bei Krankenhäusern nicht einkaufen, weil sie diese Leistungen dann "doppelt" – über die ambulante Gesamtvergütung wie über Einzelverträge mit Krankenhäusern – finanzieren müßten (Robbers 2005a). Sie haben praktisch keine Möglichkeit, die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung um die Vergütung für Leistungen nach § 116b SGB V zu kürzen (Bohle 2005: 655). Das GKV-WSG 2007 hat die Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus neu gefaßt, um eine konsequentere Umsetzung zu erreichen. Marktzugang erhalten Krankenhäuser danach durch ein Zulassungsverfahren im Rahmen der Krankenhausplanung, nicht mehr durch Verträge mit den Krankenkassen.³⁵¹

Anders als beim bisherigen "Einkaufsmodell" des § 116b SGB V geht es beim § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) um eine vertragliche "Zulassung". Die Regelung ist "umkämpfter denn je" (Robbers 2005b). Nachdem die GKV den Vertrag 2004 gekündigt hatte und Verhandlungen über einen neuen Vertrag gescheitert waren, mündete das anschließende Schiedsamsverfahren (KBV, GKV-Spitzenverbände, DKG) in eine Mehrheitsentscheidung zu Lasten der DKG. Der auf diese Weise zustande gekommene Vertrag ist am 1. April 2005 in Kraft getreten. Dissensstoff lieferte neben dem Thema Sachkostenerstattung vor allem die Festlegung *arztbezogener* Mindestmengen (z.B. 200 Darmspiegelungen p.a.) als Zulassungsvoraussetzungen auch für Krankenhäuser (Rieser 2005). Eine "Ohrfeige für die Krankenhäuser" sah die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zudem darin, daß Eingriffe, die in der Verantwortung und unter der Aufsicht eines Arztes, nicht aber von ihm selbst durchgeführt werden, bei der Feststellung seiner Leistungsmenge nicht zählen sollen (Robbers 2005b). Die DKG reichte gegen den Beschluß des erweiterten Bundesschiedsamts im Juni 2005 Klage ein und kündigte den betreffenden Vertrag zum 1. Juli 2006.

Man kann festhalten, daß sich die Regulationsstruktur des deutschen Krankenhausesektors in mehrfacher Beziehung gewandelt hat, ohne daß dieser Wandel auf eine einfache Formel zu bringen wäre. Zwar haben auch hierzulande wettbewerbliche Ordnungsvorstellungen Konjunktur. Im Krankenhausbereich kommen sie jedoch bislang nur begrenzt zum Tragen, vor allem, weil die Länder bestrebt sind, ihre Planungskompetenzen zu wahren. Auch angesichts des bis in die jüngste Vergangenheit hinein betriebenen Ausbaus zentraler Steuerungselemente und der Bedeutung, die der Selbstverwaltung dabei nach wie vor zukommt, kann ein Paradigmenwechsel vom Korporatismus zum Wettbewerb für den Krankenhausesektor allenfalls mit erheblichen Einschränkungen konstatiert werden (vgl. Kania/Blanke 2000). Dies gilt auch mit Blick auf die staatliche Intervention. Das Steuerungsgewicht des Bundes ist im Zusammenhang mit der Korporatisierung des Sektors wie auch im Wege direkter Intervention gewachsen, und die Länder haben ihre 1972 fixierten Zuständigkeiten (Investitionsförderung, Krankenhausplanung) im wesentlichen behalten.

³⁵¹ Damit bestimmt "erstmalig der Bund im SGB V eine Leistung zum Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder" (Bruckenberg 2007: 4).

Zwar wurde ihre Festsetzungskompetenz beim Vergütungsverfahren zu einer Genehmigungskompetenz abgeschwächt. Andererseits sind aber seit Inkrafttreten des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes (2005) neben den krankenhausindividuellen Vereinbarungen auch die von Krankenhausesellschaften und Kassenverbänden auf Landesebene zu vereinbarenden Basisfallwerte von den Ländern zu genehmigen.

10.2 Krankenhausfinanzierung

Obgleich seit langem in der Diskussion, haben die 1972/73 in der Bundesrepublik getroffenen Regelungen zur "dualen" Mittelaufbringung bis heute Bestand: Die öffentliche Hand finanziert Investitionen, der Nutzer die laufenden Kosten. Die seinerzeit zu deren Abgeltung festgelegte Vergütungsart war der (selbstkostendeckend zu kalkulierende) tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz.

Leistungsvergütung

Diese Entgeltform geriet bald ins Visier vielstimmiger Kritik: Sie setze keinen Anreiz zu kostenbewußter Ressourcennutzung und prämiere überlange Liegezeiten. Schon in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre hatte die Abkehr vom tagesgleichen Pflegesatz in den Reformüberlegungen des - seit Ende 1976 auch für das Krankenhauswesen zuständigen - Bundesarbeitsministeriums zentrale Bedeutung. Das Ministerium ging im Einklang mit den Kassen davon aus, daß ein beträchtliches Überangebot an Betten (50.000 - 70.000) bestehe (Simon 2000: 108). Um diesen "Bettensberg" abzutragen, mußte die Belegung gesenkt werden, was wiederum eine Reduktion der Verweildauern erforderte. Die Krankenhausvergütung sollte deshalb so gestaltet werden, daß sie ökonomische Anreize zur Verkürzung der Liegezeiten setzt.

Trotz kontinuierlich sinkender Bettenzahlen hat diese Problembestimmung die Krankenhauspolitik des Bundes über die Jahre geprägt. Sie lieferte das Hauptmotiv für den Übergang zur fallpauschalierenden Vergütung, der mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 in großem Maßstab eingeleitet wurde. Auf gesetzlicher Ebene äußerte sich das Bestreben zur Abkehr vom tagesgleichen Pflegesatz erstmals im Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984, das Fallpauschalen als eine Vergütungsoption ansprach. Die 1986 erlassene Bundespflegesatzverordnung machte davon allerdings keinen Gebrauch. Sie sah jedoch vor, daß Krankenhausleistungen - neben dem allgemeinen Pflegesatz - durch besondere Pflegesätze (für einzelne Abteilungen oder teure Behandlungsarten) und, wichtigste Neuerung, pauschalierte Sonderentgelte für 16 definierte Leistungskomplexe vergütet werden konnten. Eingang ins Pflegesatzrecht fanden Fallpauschalen dann mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993. Sie waren dort (und in der Bundespflegesatzverordnung 1995, deren Grundlage das Gesetz bildet) jedoch nur Bestandteil eines "multikulturellen Entgeltsystems" (Bruckenberg 1994: 160), das neben Fallpauschalen Sonderentgelte³⁵² und verschiedene Pflegesatzarten (Basispflegesatz zur Abgeltung nichtmedizinischer Kosten,

³⁵² Sonderentgelte vergüten nur bestimmte Leistungen, Fallpauschalen sollen alle Norm- oder Durchschnittskosten decken, die während eines Krankenhausaufenthaltes entstehen.

Abteilungspflegesätze, Intensivpflegesätze) kannte.

Aus dem Mischsystem sollte perspektivisch eine Monokultur werden: erst genereller Übergang zu Sonderentgelten und Fallpauschalen, dann Transformation in ein reines Fallpauschalensystem (vgl. Simon 2000: 281). Die erstgenannte Phase des anvisierten Reformprozesses unterblieb. Im Rahmen der GKV-Reform 2000 schuf der Gesetzgeber jedoch das rechtliche Fundament für die Einführung einer umfassenden Fallpauschalenvergütung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenversicherung wurden aufgefordert, "ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem" für die "allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen" zu erarbeiten. Das System soll geeignet sein, auf praxistauglichem Differenzierungsniveau "Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden". Das Ziel ist, möglichst alle allgemeinen Krankenhausleistungen³⁵³ mit ihrem ärztlichen und pflegerischen Aufwand zu erfassen und "für einen Behandlungsfall" zu vergüten (§ 17b KHG). Die Systembildung sollte allerdings nicht von den bereits vorliegenden deutschen Pauschalen ausgehen, sondern ein entwickeltes ausländisches DRG-System nutzen. Die Auswahl überließ der Gesetzgeber den Spitzenverbänden der Krankenhausversorgung, die sich für das australische System entschieden.³⁵⁴

Die Vergütungsreform verändert die ökonomischen Rahmenbedingungen und Verhaltensanreize im stationären Sektor fundamental. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeleitete Abkehr vom Prinzip der krankenhausesindividuellen Kostendeckung³⁵⁵ wird nunmehr auf breiter Front vollzogen.³⁵⁶ Kostenrisiken werden auf die Leistungsanbieter verlagert, zugleich eröffnen sich neue ökonomische Chancen.

³⁵³ Für Leistungen, die von den Pauschalentgelten nicht berücksichtigt werden können, sind Zu- oder Abschläge vorgesehen.

³⁵⁴ Weitere Schritte in Richtung einer umfassenden Fallpauschalenvergütung wurden mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom April 2002, dem (als Art. 5 FPG verabschiedeten) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung (KFPV) vom September 2002 getan. Die Einführung des DRG-Systems erfolgt in drei Phasen: Krankenhäuser, die für den (mit finanziellen Anreizen verknüpften) Früheinstieg optiert hatten, haben ab dem 01.01.2003 eine zweijährige Lernphase absolviert. Für die anderen Häuser begann am 01.01.2004 eine einjährige Versuchsphase. Ihr folgt eine "Konvergenzphase", in der krankenhausesindividuelle sukzessive durch landesweite Basisfallwerte abgelöst werden. Die Konvergenzphase sollte zunächst zwei Jahre dauern, ist jedoch, wie von Ländern und DKG gefordert, durch das 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz (FPÄndG, Nov. 2004) bis zum 01.01.2009 verlängert worden. Im Vermittlungsverfahren zu diesem Gesetz konnten die Länder zudem eine Kappungsgrenze für Budgetkürzungen durchsetzen. Nach Abschluß der Konvergenzphase arbeitet das neue Vergütungssystem im "Echtbetrieb".

³⁵⁵ Gegenstand des Krankenhausanspruchs waren jetzt "leistungsgerechte Erlöse" (§ 4 KHG 1993).

³⁵⁶ Im Anfang 1996 eingeführten Mischsystem wurden die Pflegesätze weiterhin auf Basis der krankenhausespezifischen Kosten ausgehandelt. Fallpauschalen und Sonderentgelte, deren Budgetanteil Ende der neunziger Jahre im Durchschnitt bei 25 % lag (Simon 2005: 45), waren hingegen externe Vorgaben zunächst des BMG, später der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Während der laufenden Konvergenzphase werden, wie schon erwähnt, krankenhausesindividuelle Basisfallwerte schrittweise an landesweite Fallwerte herangeführt. Nach Abschluß der Konvergenzphase sind die - nach wie vor grundsätzlich für einzelne Krankenhäuser zu führenden - Budgetverhandlungen wesentlich Verhandlungen über Leistungsvolumina.

Promotoren und Befürworter der Vergütungsreform stellen den Anreiz zur Verkürzung der Liegezeiten und zur Minimierung des Ressourceneinsatzes heraus. Sie erwarten eine erhebliche Reduktion des Bettenangebots mit ausgabenenkender Wirkung, Effizienz- und Qualitätsgewinne durch Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse sowie eine Verdichtung der intersektoralen Kooperation. Den potentiellen Rationalisierungsgewinnen stehen Qualitätsrisiken gegenüber, auf die in der Diskussion immer wieder hingewiesen worden ist: Anreize zur Patientenselektion, zu vorzeitiger Entlassung oder Verlegung, zur Unterlassung von Leistungen, zur Minderung der Leistungsqualität. Zudem wird befürchtet, daß Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse regional zur Ausdünnung des Versorgungsangebots führen. Flankierende Maßnahmen sollen Qualitätsrisiken begegnen (vgl. 10.5).

Sobald das neue Entgeltsystem im "Echtbetrieb" arbeitet (also nach Abschluß der Konvergenzphase), soll die Deckelung der Budgets³⁵⁷ beendet werden. Ob es tatsächlich dazu kommt, ist jedoch zweifelhaft: Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt weiter und muß namentlich bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts beachtet werden. Dessen Bestimmung ist zudem an Bedingungen geknüpft, die im Ergebnis eine "Gesamtbudgetierung" zur Folge haben. Er muß z.B. abgesenkt werden, wenn DRG-externe Entgelte über der - (bundes-)ministeriell festzustellenden - Veränderungsrate der GKV-Einnahmen liegen (Quaas 2003: 29). Die Einführung eines Gesundheitsfonds mit bundeseinheitlichem Beitragssatz (Gesundheitsreform 2007) macht die Beendigung der Deckelung nicht wahrscheinlicher (Bruckenberg 2007: 20).

Staatliche und preisliche Angebotssteuerung

Im Gegensatz zum Vergütungsmodus hat die mit der Krankenhausfinanzierungsreform 1972/73 vorgenommene Aufteilung der Finanzierungslasten (in modifizierter Form) bis heute überdauert: öffentliche, mit einer staatlichen Angebotsplanung auf Landesebene verknüpfte Förderung der Investitionen einerseits, Finanzierung der Betriebskosten durch die Nutzer auf der anderen Seite. Seit den späten siebziger Jahren haben mehrere Bundesregierungen den Wechsel von dieser "dualen" zu einer "monistischen" Finanzierung (durch Nutzerentgelte) auf die politische Agenda

³⁵⁷ Einschlägige Maßnahmen in Stichworten: Gesundheitsstrukturgesetz (1992): dreijährige Bindung der GKV-Krankenhausaussgaben an den Zuwachs der beitragspflichtigen Mitgliedereinkommen; Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben (1996): Verlängerung des "Pflugesatzdeckels" um ein Jahr; 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997): Vorgabe der Budgetzuwachsrate für 1997, danach gemeinsame Vorausschätzung der GKV-Einnahmenentwicklung durch die Spitzenverbände als Orientierungsprämisse für die Budgetverhandlungen; GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (Dez. 1998): Bindung der Krankenhausbudgets an die (vom BMG festzustellende) Veränderungsrate der GKV-Einnahmen; GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999): (kein Globalbudget, wie zunächst angestrebt, und keine landesweiten Gesamtbeträge im Krankenhaussektor, aber) strengere Fassung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V), die bei Vergütungsvereinbarungen oberhalb der Einnahmenentwicklung kompensatorische Einsparungen in anderen Bereichen verlangt; Beitragsentlastungsgesetz (2002): "Nullrunde" im Jahr 2003. (Ausgenommen waren "Optionskrankenhäuser", die bereits zum 01.01.2003 auf DRG-Fallpauschalen umstiegen. Ihre Budgets konnten innerhalb des vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzten Spielraums wachsen.) Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 beginnende Budgetierung ist seitens der Krankenhäuser für Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Qualitätseinbußen verantwortlich gemacht worden (z.B. Schölkopf 2003: 326; Das Krankenhaus 4/2003: 283).

gesetzt. Er ist jedoch angesichts absehbarer Kosteneffekte in der GKV, unvereinbarer Vorstellungen zur Gegenfinanzierung und politischer Widerstände auf seiten der Länder noch nicht über den Status eines Wunschprojekts hinausgekommen. Bislang ist das duale Finanzierungssystem lediglich "aufgelockert" worden.³⁵⁸ Forderungen und Vorschläge, es aufzugeben, werden jedoch in der Diskussion bleiben. Ein Hauptgrund ist der sog. "Investitionsstau". Die Länder sehen sich seit langem mit dem Vorwurf konfrontiert, ihrer Finanzierungspflicht - bei beträchtlicher Varianz im Ländervergleich - nicht zu genügen, so daß effizienzträchtige Investitionen unterbleiben oder hinausgeschoben werden müssen. Die Erwartung, der Anteil privater Kliniken werde weiter zunehmen,³⁵⁹ beruht u.a. auf deren größerem Handlungsspielraum bei der Kapitalaufnahme.

Wegen des engen Zusammenhangs von staatlicher Investitionsfinanzierung und staatlicher Ange-

³⁵⁸ Ab 1984 konnten Kassen und Krankenhäuser individuelle Verträge zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen schließen (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz). Von dieser Regelung sind jedoch kaum nennenswerte Wirkungen ausgegangen, auch nach konkretisierenden Modifikationen durch das Gesundheitsstrukturgesetz gewann sie "keine praktische Bedeutung" (Simon 2000: 232). Ein Vorgang mit Ausnahmecharakter blieb auch die Nutzung der ebenfalls durch das GSG geschaffenen Möglichkeit, Investitionen nur teilweise aus Landesmitteln zu fördern und die Restfinanzierung dem Träger zu überlassen. Da Trägeranteile nicht pflegesatzfähig waren, konnte in dieser Regelung jedoch von vornherein kein Schritt in Richtung monistische Finanzierung gesehen werden. Eine Mitfinanzierung von Investitionskosten über den Pflegesatz sah dagegen das Krankenhaus-Investitionsprogramm für Ostdeutschland vor. Allerdings handelte es sich dabei um eine auf den spezifischen Infrastrukturzweck begrenzte Regelung, die gleichfalls keinen Schritt in Richtung "Monistik" darstellte. Ein solcher Schritt wäre es gewesen, wenn, wie in der Bundestagsresolution zum GSG gefordert, die pauschale Investitionsförderung (nicht die Antragsförderung) den Kassen auferlegt worden wäre. Der Versuch scheiterte, weil die Länder nicht zu dem von den Kassen verlangten Mitteltransfer bereit waren (vgl. Simon 2000: 232f.).

Während das duale Prinzip weiterhin gilt, wurde die mit der Finanzierungsreform von 1972 etablierte Mischfinanzierung der Investitionen durch Bund und Länder 1984 beendet (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz). Der Bund zog sich aus der öffentlichen Krankenhaushilfe zurück und erhöhte zum Ausgleich anderweitige Finanzierungsanteile. Damit entsprach er einer Forderung der Länder, die sich durch die Finanzierungsbeteiligung und das an sie geknüpfte Mitgestaltungsrecht des Bundes in ihrer Budget- und Planungshoheit eingeschränkt sahen. Schon vor seinem Ausstieg aus der Investitionsförderung hatte der Bund seinen Anteil deutlich reduziert. 1979 betrug der Bundesanteil, der sich nach der ursprünglich zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung auf ein Drittel hätte stellen müssen, noch 17,3 % (1973: 23,3 %). Er sollte in den folgenden Jahren weiter sinken (Simon 2000: 94).

³⁵⁹ Bei den Allgemeinkrankenhäusern hat sich der private Trägeranteil seit Beginn der neunziger Jahre von 14,8 % auf 26 % erhöht. Der Anteil öffentlicher Träger ist deutlich (von 46 % auf 35,1 %), der freigemeinnütziger Träger geringfügig (von 39,1 % auf 38,6 %) zurückgegangen (SVR 2007: Ziff. 73). 2004 gab es in Deutschland insgesamt 2166 Krankenhäuser. 780 hatten öffentliche, 831 freigemeinnützige, 555 private Träger (Bölt 2007: 281). Schätzungen, nach denen bis 2020 45 % der Krankenhäuser einen privaten Träger haben könnten, sind umstritten. Derzeit ist eher zu beobachten, daß private Klinikbetreiber größere Zurückhaltung zeigen (Kalnbach/Schmidt 2005). Verschiedene Ursachen werden genannt: begrenzte Übernahme- und Managementkapazitäten privater Krankenhausketten, Aktivitäten der Kartellbehörde (vgl. a. Bohle 2005), mangelnde Attraktivität vieler kommunaler Häuser für private Investoren (zu klein, Lage in strukturschwachen Regionen). Es ist deshalb von einer "Konsolidierungsphase bei Krankenhausprivatisierungen" die Rede (Das Krankenhaus 8/2005: 647). Ein Bankier mit einschlägigen Erfahrungen schätzt die Zahl der "strategisch interessanten" Häuser in den kommenden Jahren auf etwa 150. Er erwartet, daß sich eine relativ stabile drittelparitätische Trägerstruktur herausbildet (ebd.).

botsplanung ist die Frage: duale oder monistische Finanzierung untrennbar mit der Frage nach Art und Trägern der künftigen Krankenhausplanung verknüpft. Wenn die Fallpauschalen-Vergütung zur Schließung unrentabler Einrichtungen (Abteilungen, Kliniken) führen kann (und soll), muß das Verhältnis einer solchen "Steuerung über den Preis" zur staatlichen Sicherstellungsplanung definiert werden. Bislang haben sich deren rechtliche Grundlagen nicht verändert. Da die DRG-Einführung zustimmungspflichtig war, konnten die Länder einflußsichernde Regelungen durchsetzen (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 174): So werden die Gewährungsbedingungen der vorgesehenen Sicherstellungszuschläge vom Land (und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, bundeseinheitlich) festgelegt. Zudem können die Landesbehörden einem Krankenhaus auf dessen Antrag auch dann erlauben, bestimmte Leistungen anzubieten, wenn es unter den geforderten Mindestmengen (vgl. 10.5) bleibt. Das Land kann damit in puncto Kapazitäten die letztentscheidende Instanz bleiben.

Klar ist allerdings, daß eine outputorientierte Vergütung, die Überkapazitäten bloßlegen und beseitigen soll, anstatt (de facto) die Auslastung gegebener Kapazitäten zu honorieren, schlecht mit einer inputorientierten (Kapazitäts-)Planung harmoniert (Robra et al. 2004). Reformervorstellungen und -vorstellungen gehen z.B. dahin, daß die Kapazitätsplanung der Länder durch eine - Kassen und Krankenhäusern größeren Spielraum gebende - Rahmenplanung³⁶⁰ abgelöst wird. Wie schon erwähnt, hat die Konferenz der Länder-Gesundheitsminister klar für institutionelle Kontinuität votiert: Beibehaltung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Länder bei weitgehender Gestaltungsautonomie. Auch das Monistikprojekt scheint einmal mehr in Realisierungsferne gerückt. Die GMK sieht darin "heute noch keine Alternative" (GMK 2007).

10.3 Rationierung

In Deutschland hat sich eine intensivere Rationierungsdiskussion erst in den letzten Jahren entwickelt (z.B. Kirch/Kliemt 1997; Feuerstein/Kuhlmann 1998).³⁶¹ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte freilich schon am Beginn der neunziger Jahre geäußert: "Eine Allokation von Ressourcen für einen Patienten auf Kosten eines anderen wird mit dem weiteren Fortschritt und dem Auftreten von Kapazitätsengpässen immer häufiger erfolgen müssen" (SVRKAiG 1991: Ziff. 800). Heute mangelt es nicht an Stimmen, die diese Auffassung teilen, wenngleich kontrovers geblieben ist, ob Rationierung auch bei Ausschöpfung gegebener Rationalisierungspotentiale nicht vermeidbar ist, wie es das Zitat nahelegt. Daß mehr oder weniger gravierende Rationierungsvorgänge in Deutschland de facto zum Versorgungsalltag gehören, kann jedenfalls schlecht bestritten werden.³⁶²

³⁶⁰ Z.B.: Festlegung regionaler Infrastrukturstandards und Versorgungsziele mit flankierendem Monitoring.

³⁶¹ Allerdings wurde das Thema auch schon in den achtziger Jahren gelegentlich aufgegriffen. Insbesondere Arbeiten Krämers (z.B. 1989) sind hier zu nennen.

³⁶² Das zeigen nicht nur die hier skizzierten Forschungsergebnisse. Bei einer 1997 veröffentlichten Leserumfrage des Deutschen Ärzteblattes äußerten 63 % der im Krankenhaus tätigen Ärzte, daß die Rationierung von Behandlungsressourcen bereits Realität sei. 70 von 100 Befragten waren überzeugt, daß im Gesundheitswesen auch dann rationiert werden müsse, wenn es gelänge, alle Rationalisierungsreserven zu nutzen (vgl. Beske et al. 1997: 2401).

"Neue Rationierung"

Simon (1998) hat vor einigen Jahren von einer "neuen Rationierung" gesprochen - neu, weil rationiert wird, obwohl es nicht an personellen und sachlichen Ressourcen mangelt. Rationiert wird, um Budgets nicht zu überschreiten und Defizite zu vermeiden. In der politischen Debatte der letzten Jahre werden allerdings auch Personalengpässe als mögliche Rationierungsfaktoren thematisiert, die man einer restriktiven Finanzierungspolitik anlastet. Hauptfaktoren der "neuen Rationierung" sind mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und späteren Gesetzen eingeführte Budgetierungsvorschriften³⁶³ sowie Vergütungsformen, die die Entgelthöhe vom Behandlungsaufwand im Einzelfall weitgehend lösen.³⁶⁴ Aus einzelwirtschaftlicher Perspektive adressieren dieses Problem Strategien einer internen "medizinischen Leistungssteuerung", die Belegung, Fallzahl, Fallmix und Verweildauer ins Visier nehmen und die Rationierung von Leistungen beinhalten können. Neuere Studien haben eine Palette unterschiedlicher Rationierungspraktiken in deutschen Krankenhäusern beschrieben, ohne daß man genauer angeben könnte, wie weit diese Praktiken in den Behandlungsalltag eingedrungen sind (vgl. Simon 1998: 87ff.; Kuhlmann 1998a):

Verweigerung der Aufnahme kostenintensiver, schwerkranker Patienten, namentlich aber auch Schwerverletzter. Die Versorgung Schwerverletzter ist ein "Zuschußgeschäft". Viele Kliniken belegen ihre Intensivbetten möglichst mit Patienten, bei denen geplante Operationen durchgeführt wurden. Es fehle, sagt ein Arzt in Kuhlmanns Studie (1998a: 32), an "geplanten Vorhaltungen" für Unfallpatienten. Tatsache sei, daß "es zunehmend einfach Diskussionen gibt vor der Krankenhaus-tür".

Wenngleich *Wartelisten* in Deutschland auch vor der Budgetdeckelung in Einzelbereichen wie der Herzchirurgie thematisiert worden sind,³⁶⁵ scheint der Einsatz dieses Rationierungsinstruments im Gefolge des GSG zugenommen zu haben. Nach Ergebnissen der Begleitforschung zur BpflV 1995 führten 1996 etwa 13 %, im Jahr darauf 27 % der Krankenhäuser Wartelisten (Simon 1998: 91; Busse/Riesberg 2005: 86). Viele Häuser berichteten, daß sich Wartezeiten verlängert hätten und nicht nur Kapazitätsengpässe, sondern auch Entgeltregelungen (Vergütungsminderung beim Überschreiten vereinbarter Fallzahlen) ursächlich seien, wenn Wartelisten geführt würden. Die Vergütungsreform habe die Zugangschancen gesetzlich versicherter Patienten gegenüber privat versicherten verschlechtert (ebd.). Bei einer im Herbst 2000 veranstalteten Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts rechnete von den Krankenhäusern, die eine Pflegesatzvereinbarung geschlossen hatten, jedes zweite mit einer Überschreitung der vereinbarten Fallvolumina; 27 % dieser Häuser planten die Einführung von Wartelisten (Offermanns 2001: 2). Andererseits konnten Wartelisten/Wartezeiten in der Herz- und (ambulanten) Augen Chirurgie durch Kapazitätsausbau nachhaltig reduziert werden (Busse/Riesberg 2005: 86). Genauere, aktuelle Aussagen erlaubt die Datenlage nicht, da eine zusammenfassende Statistik über Wartelisten/Wartezeiten in Deutschland

³⁶³ Vgl. Anm. 357.

³⁶⁴ Ob die Einführung eines DRG-Systems weitergehende Versorgungsrisiken zur Folge haben wird, ist derzeit noch kaum abzusehen. Diesbezüglich entscheidende Fragen sind, welcher Klassifikationskompromiß zwischen Kostenhomogenität und Praktikabilität gefunden wird und auf welcher Grundlage die Preisbildung erfolgt.

³⁶⁵ Rationierungsgrund waren hier allerdings keine Vergütungsregelungen, sondern Kapazitätsengpässe.

nicht existiert.³⁶⁶ In der aktuellen krankenhaupolitischen Diskussion werden mögliche Wartelisteneffekte im Zusammenhang mit der Mindestmengen-Regelung thematisiert (10.5). Im allgemeinen scheinen Warteschlangen bei zeitkritischen Behandlungen derzeit aber kein signifikantes Problem zu sein (vgl. SVR 2005: Ziff. 1).

Verlegung behandlungsintensiver Patienten in andere Krankenhäuser. Da solche Verlegungen in der Regel medizinisch begründet werden, ist die Bedeutung ökonomischer Motive im Einzelfall kaum nachzuweisen. Daß private Krankenhäuser nach einer auf Daten aus dem Jahr 1993 beruhenden Analyse von Simon (1996) im Vergleich mit anderen Trägern bei Verlegungen die höchste, bei Übernahmen die niedrigste Steigerungsrate aufwiesen, stützt die Vermutung, daß ökonomische Beweggründe bei einem überproportionalen Anstieg externer Verlegungen im Spiel sind. Verfügt das verlegende Krankenhaus selbst über alle versorgungsnotwendigen Kapazitäten, hat die Verlegung zwei negative Aspekte: Sie belastet den Patienten durch den Transport, und sie bindet Behandlungsressourcen im übernehmenden Haus, das dadurch zur Rationierung genötigt sein kann.

Vorzeitige Verlegung in Reha-Kliniken. Der von Fallpauschalen ausgehende Anreiz zur zeitlichen Komprimierung der Behandlung ist auch wirksam, wenn sich an die stationäre Versorgung eine Rehabilitation anschließt. Im Prinzip ist eine frühe Verlegung in die Rehabilitationsklinik erwünscht, problematisch sind nur die Fälle, in denen der Patient nicht rehafähig ist. Daß solche Fälle vorkommen, wird von Reha-Klinikern bestätigt, die mir bekannten Äußerungen - vorwiegend aus dem Bereich der kardiologischen Rehabilitation - lassen jedoch nicht darauf schließen, daß es sich um bedeutende Größenordnungen handelt.

Ein Großteil der *Verweildauerverkürzungen*, die durch die politischen Maßnahmen der letzten Jahre induziert oder beschleunigt wurden,³⁶⁷ ist wahrscheinlich positiv zu werten. Andererseits verweisen Ärzte auch auf problematische Fälle. Beispiel: ältere Schlaganfallpatienten, die sich eher nicht für eine stationäre Rehabilitation eignen und ggf. auch in einer Klinik keinen Platz bekommen würden, bei denen aber mit einer adäquaten ambulanten Weiterbetreuung (Krankengymnastik) ebenfalls nicht gerechnet werden kann (vgl. Kuhlmann 1998a: 34).³⁶⁸

Rückgriff auf suboptimale Verfahren und Materialien. Der Druck, diagnostische und therapeutische Entscheidungen auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu treffen und ggf. weniger günstige Verfahren und Materialien einzusetzen, ist zweifellos gewachsen. Ein konkretes Beispiel

³⁶⁶ Die Verpflichtung, Wartelisten zu dokumentieren, besteht nur in der Transplantationsmedizin.

³⁶⁷ Die seit Jahren zu beobachtende Verkürzung der Liegezeiten hat sich mit der Einführung des G-DRG-Systems fortgesetzt, jedoch nicht beschleunigt. Dies mag daran liegen, daß für Häuser mit bereits relativ kurzen Verweildauern kein starker Anreiz zur weiteren Reduktion bestand (hohe durchschnittliche Liegezeiten und hohe untere Grenzverweildauer auf Basis der Kalkulationsstichprobe). Auch die Verlagerung leichter Fälle in den ambulanten Sektor dürfte eine Rolle gespielt haben (SVR 2007: Ziff. 70).

³⁶⁸ Anreize zur Verkürzung auch der (stationären) Rehabilitation werden gesetzt, wenn Krankenkassen Rehabilitations- und Krankenhausleistungen gemeinsam über sog. Komplexpauschalen vergüten, was einschlägige Verträge in der integrierten Versorgung häufiger vorsehen. Negative Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg sind nicht auszuschließen, allerdings ist eine empirisch fundierte Beurteilung derzeit kaum möglich (vgl. Schliehe/Schott 2005: 150ff.).

bietet die Verwendung billigerer Implantate in der Endoprothetik (s. Hansis 1997: 78f.; Kuhlmann 1998a: 29).

Nichtgewährung von Leistungen. Hier geht es um Leistungen ganz unterschiedlichen Gewichts. Das Spektrum beinhaltet Vitaminpräparate oder Antithrombosestrümpfe, aber auch diagnostische Verfahren (z.B. Magnetresonanztomographie), neue operative Techniken (z.B. minimal-invasive Chirurgie) und Pharmakotherapien³⁶⁹ sowie begleitende Verfahren (z.B. Krankengymnastik, Diätberatung) (vgl. Kuhlmann 1998a: 27ff.). Bei einer im Jahre 2000 durchgeführten Befragung gaben nicht weniger als 630 (27,4 %) von 2.299 Versicherten einer Ersatzkasse, die im 4. Quartal 1999 in Behandlung gewesen waren, an, mit (wenigstens) einer Leistungsablehnung konfrontiert worden zu sein (Braun 2000). Der Anteil eindeutiger "Rationierungsopfer" schwankte bei den genauer untersuchten Leistungen zwischen weniger als 20 % und 40 %. Allerdings handelte es sich ausschließlich um ambulant erbrachte Leistungen. Stationäre Leistungen waren nicht näher betrachtet worden, weil nur 19 Versicherte (0,9 %) angegeben hatten, daß ihnen die Aufnahme in ein Krankenhaus verweigert oder ihre Aufnahme verschoben worden war. Relativierend ist anzumerken, daß man nicht erhoben hat, ob sich Versicherte, die im Untersuchungszeitraum behandelt worden waren, (nur) in ambulanter oder (auch) in stationärer Behandlung befunden hatten. Nimmt man an, daß letztere Patienten eine vglw. kleine Gruppe bildeten, wächst das relative Gewicht der Personen mit Ablehnung entsprechend.

Die vom Sachverständigenrat vor einigen Jahren dokumentierten (Aussagen über) Unterversorgungsphänomene lassen sich nur bedingt unter "Rationierung" abhandeln (SVRKAiG 2001c). Vielmehr zeigte sich ein Spektrum von Faktoren, darunter etwa auch mangelndes Wissen und mangelnde Fähigkeiten auf seiten von Leistungserbringern. Kapazitätsengpässe waren selten ursächlich, und budgetäre Beschränkungen wurden vor allem hinsichtlich bestimmter Medikationsbereiche in der ambulanten Behandlung als Unterversorgungsfaktoren genannt.

Ärzte als Rationierungsakteure

Auch in deutschen Krankenhäusern scheint sich Rationierung überwiegend implizit zu vollziehen: Behandelnde Ärzte treffen Allokations- und Rationierungsentscheidungen, ohne daß es dafür explizite, formalisierte Kriterien gäbe. Darüber, welche Gesichtspunkte ärztliches Entscheiden bestimmen, ist wenig bekannt. Im NHS dient, wie in Kapitel 5 dargelegt, das Alter als wichtiges Rationierungskriterium. Altersbasierte Rationierungsentscheidungen dürften in Großbritannien wesentlich stärker ins Gewicht fallen als in Deutschland, wo aber durchaus der "schleichende Einzug von Altersgrenzen" in die Gesundheitsversorgung konstatiert worden ist (Kuhlmann 1998a: 46).³⁷⁰ Als einschlägige Rationierungsbereiche werden beispielhaft die Endoprothetik, die Rehabilitation und (nicht näher bezeichnete) operative Eingriffe angeführt. Darauf, daß in deutschen Krankenhäusern nach dem Alter rationiert wird, deuten auch Ergebnisse einer Studie von H. Brockmann (2002) hin. Für die Behandlung alter Patienten werden danach (bei gleicher Erkrank-

³⁶⁹ Beispiele finden sich in der Versorgung von Krebs-, Epilepsie- und MS-Patienten.

³⁷⁰ Auch in der deutschen Diskussion haben sich Befürworter einer (expliziten) Rationierung nach Alter zu Wort gemeldet, etwa Arnold (1993b) und Krämer (1989). Vgl. a. Fleischauer 1999.

kung) in der Regel geringere Kosten aufgewendet als für die Behandlung von jungen Patienten und Kranken mittleren Alters. Brockmann vermutet die Ursachen im ärztlichen Entscheidungsverhalten.³⁷¹ Sie spricht zwei mögliche (Orientierungs-)Gesichtspunkte an, von denen nur der zweite eine ihrem subjektiven Sinn nach als Rationierung zu qualifizierende Handlung konstituieren würde: 1. (in ärztlicher Annahme oder Befürchtung³⁷²) höhere Risiken bestimmter Behandlungsmethoden bei alten Patienten; 2. utilitaristische Erwägungen (geringerer "Gesundheitsgewinn" (Lebensjahre/Lebensqualität) bei alten Patienten, "fair innings"-Argument) (Brockmann 2002: 605).

Neben dem Alter nannten von Kuhlmann interviewte Ärzte weitere Kriterien, die, z.T. in Verbindung mit dem Alter, bei Rationierungsvorgängen entscheidungsleitend sein können: Beruf, Bildung, sozialer Status. Im übrigen weisen auch deutsche Arbeiten auf eine große Varianz im ärztlichen Entscheidungsverhalten hin. So haben Zimmermann und Kollegen (1997) in ihrer Studie zur Behandlung schwerstgeschädigter Neu- und Frühgeborener beträchtliche Unterschiede sowohl in der Bewertung von Krankheitsbildern wie in der Art der Entscheidungsfindung festgestellt.

Wie in Kap. 5 gezeigt, besteht ein wesentliches Kennzeichen der britischen Rationierungspraxis darin, daß Ärzte ihre Entscheidungen dem Patienten gegenüber in der Sprache der Medizin begründen. Diese Charakterisierung scheint *cum grano salis* auf deutsche Verhältnisse übertragbar zu sein, d.h. Rationierungsentscheidungen werden als solche meist nicht kenntlich gemacht oder ökonomische Einflüsse doch zumindest bagatellisiert (vgl. Kuhlmann 1998b).³⁷³ Zwar zeigte sich in Interviews zur Praxis der Patientenaufklärung eine große Bandbreite des Informationsverhaltens. Zugleich wurde aber die Bedeutung "einer auf Konfliktvermeidung zielenden Aufklärungspraxis" deutlich, die "ökonomisch motivierte Behandlungsentscheidungen ... in medizinischen Kategorien an PatientInnen vermittelt" (Kuhlmann 1998b: 73).³⁷⁴

Daß Ärzte ökonomische Entscheidungshintergründe verschweigen oder herunterspielen, erstaunt nicht sonderlich, wenn man bedenkt, wie konfliktträchtig die Thematisierung in Aufklärungsgesprächen oft sein dürfte. Darüber hinaus mag die Furcht, das Vertrauen des Patienten zu verlieren und ihn zu verunsichern, eine Rolle spielen. Zudem können es bestimmte Fallumstände (ethisch, im Patienteninteresse) geboten oder gerechtfertigt erscheinen lassen, ökonomische Motive zu verschweigen. Hinzu kommt schließlich der Umstand, daß sich Ärzte bei Rationierungsentscheidungen in einer haftungsrechtlichen Grauzone bewegen. Auch in Kuhlmanns Unter-

³⁷¹ Die Annahme, Präferenzen alter Patienten könnten ausschlaggebend sein, fände in der (schmalen) empirischen Evidenz keine Stütze (vgl. Brockmann 2002: 605).

³⁷² Der ausgeprägte Wissensmangel in dieser Frage geht auch auf die Tendenz zurück, ältere Patienten (> 65) bei klinischen Studien wegen stärkerer Multimorbidität und höheren Mortalitätsrisiken auszuschließen.

³⁷³ Es sei auf die schmale Evidenzbasis hingewiesen. Für Deutschland gilt *a fortiori*, daß zu der heiklen Thematik im Grunde nur "fragments of evidence" verfügbar sind (so Klein et al. 1996: 83 im Blick auf England).

³⁷⁴ In einer schriftlichen Befragung von Mitgliedern verschiedener, überwiegend ärztlicher Organisationen und Verbände hatte sich dagegen die Mehrheit für die Aufklärung über etwaige finanzielle Entscheidungshintergründe ausgesprochen. Gleichzeitig waren viele und weit auslegbare Einschränkungen genannt worden (vgl. Kuhlmann 1998b: 23ff.).

suchung zeigt sich im übrigen ein Phänomen, daß Aaron und Schwartz (1984) in ihrer Studie über die britische Rationierungspraxis als "Inkorporierung" bezeichnet haben: die Handlungsrelevanz einer habitualisierten, oft eher unterschwellig wirkenden Mitberücksichtigung ökonomischer Aspekte (Kuhlmann 1998b: 48f.).

Perspektivisch wird die Bedeutung expliziter Rationierung in Deutschland vermutlich wachsen, wobei dem Gemeinsamen Bundesausschuß eine Schlüsselrolle zufallen dürfte. Daß die implizite Rationierung dadurch aus der Krankenhausversorgung verschwindet, ist jedoch nicht zu erwarten, das Vergütungssystem wird derartige Entscheidungen (weiterhin) praktisch erzwingen (Gericke/Busse 2005: 67). Vielmehr wird auch in Deutschland ein veränderlicher "Mix" aus expliziten und impliziten Entscheidungen das Rationierungsgeschehen bestimmen.

Der Gemeinsame Bundesausschuß

Das englische National Institute for Clinical Excellence hat Pläne der rot-grünen Bundesregierung inspiriert, im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 ein "Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin" zu errichten. Diese von Ärzteschaft (ÄZQ, AWMF, BÄK) und DKG unisono zurückgewiesenen Pläne³⁷⁵ wurden im Zuge der Einigungsverhandlungen mit der Opposition aufgegeben. Im Ergebnis hat mit dem G-BA ein Selbstverwaltungsorgan dem Normierungsauftrag des NICE vergleichbare Funktionen (Methodenbewertung, Qualitätssicherung) erhalten.³⁷⁶ Allerdings ist das NICE mit seiner ausdrücklichen Ausrichtung auf das Kriterium der Kosteneffektivität bislang deutlicher als potentielle Rationierungsinstanz positioniert.³⁷⁷

In welches auch über den Rationierungsvorwurf aufgeladene Spannungsfeld der Ausschluß gleichwohl geraten kann, wird an Konflikten um einige seiner Beschlüsse deutlich. So zeigt der Versuch, die Leistungsansprüche von GKV-Versicherten mit Blick auf die enterale (künstliche) Ernährung zu konkretisieren, das Gremium im Umgang mit einem sensiblen Thema auf politisch schwierigem Terrain. Im Februar 2005 faßte der G-BA einen Beschluß zur Verordnungsfähigkeit

³⁷⁵ Zur Auseinandersetzung um das Zentrumsprojekt vgl. Zentner/Busse 2004: 28ff.

³⁷⁶ Die Sichtung und Aufarbeitung einschlägiger Evidenz obliegt in Deutschland mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einer separaten Einrichtung, die der G-BA über eine Stiftung gegründet hat und trägt.

³⁷⁷ Zwar orientiert das Gesetz die Tätigkeit von G-BA und IQWiG auch am Kriterium der Wirtschaftlichkeit, und die Gesundheitsreform 2007 eröffnet die Möglichkeit, das Institut mit der Bewertung nicht nur des Nutzens, sondern auch der Kosten von Arzneimitteln zu beauftragen. (Eine Kostenbewertung von Arzneimitteln war bislang ausdrücklich ausgeschlossen. Wohl hatte der erste GMG-Entwurf vorgesehen, daß das geplante Qualitätszentrum bei neuen Medikamenten auch eine "finanzielle Bewertung" vornimmt (Zentner/Busse 2004: 29). Dieser Punkt war aber bei den Einigungsverhandlungen ebenfalls geopfert worden.) Die Ausrichtung am Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V impliziert jedoch keine Bewertung, mit der auch eine neue Technologie wegen zu hoher (Opportunitäts-)Kosten von der Finanzierung ausgeschlossen werden könnte, deren Einsatz medizinisch geboten ist, da sie eine diagnostische/therapeutische Lücke schließt. Die Verfahrensordnung, die sich der G-BA gegeben hat, schließt diese Möglichkeit allerdings ein. Um von ihr Gebrauch machen zu können, müßte sich das Gremium bei Entscheidungen von einigem Gewicht jedoch auf eine besondere gesetzliche Ermächtigung stützen können (vgl. Francke/Hart 2006).

von enteraler Ernährung in der ambulanten Versorgung. Diesbezüglich getroffene Regelungen sind auch für den stationären Sektor von Bedeutung, da bei Einschränkungen der Verordnungsfähigkeit bestimmte Behandlungen nicht mehr ambulant durchgeführt werden können.

Der Ausschuß hatte bereits zwei Entwürfe vorgelegt, die das BMGS jedoch vor dem Hintergrund massiver Betroffenen-Proteste beide Male beanstandete. Das Ministerium akzeptierte auch den dritten Richtlinienentwurf nicht und drohte eine Ersatzvornahme an. Der G-BA blieb bei seiner Position, die vom BMGS erlassene Richtlinie trat am 1. Oktober 2005 in Kraft. Der Bundesausschuß sieht seine Arbeit durch das Verhalten des Ministeriums grundsätzlich gefährdet. Es handele sich um einen rechtswidrigen Eingriff in die gesetzlich verankerte Gestaltungskompetenz der Selbstverwaltung. Der Ausschuß hat deshalb Klage gegen die ministeriellen Beanstandungen und die Ersatzvornahme durch das Ressort eingereicht. "Wir gehen davon aus, daß spätestens das Bundessozialgericht im Streit um die künstliche Ernährung klärt, ob das Ministerium gegenüber dem G-BA eine Rechts- oder eine Fachaufsicht ausübt. Diese Grundsatzfrage muß geklärt werden. Der G-BA ist ja bereit, Finanzverantwortung zu übernehmen, indem er auch ... unpopuläre Entscheidungen trifft. Dann muß aber das Ministerium im Grundsatz dahinterstehen und darf dem G-BA nicht über eine Fachaufsicht den Boden unter den Füßen wegziehen" (Hess 2006: 1265). Das Sozialgericht Köln hat der Klage des G-BA im März dieses Jahres stattgegeben.

Zentraler inhaltlicher Konfliktpunkt ist, ob der Verordnungsspielraum niedergelassener Ärzte durch konkrete Indikationsvorgaben eingeschränkt - so die Linie des G-BA - oder eine Generalindikation fixiert werden soll, nach der enterale Ernährung bei Eßstörungen generell verordnungsfähig ist. Aus Sicht des G-BA ist eine konkrete Definition notwendiger Voraussetzungen erforderlich, um medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitungen vorzubeugen und den Patienten vor Mißbrauch zu schützen (G-BA 2005; Visarius/Lehr 2005d).

Für ihre Entscheidung, die Richtlinie zur Verordnungsfähigkeit von Trink- und Sondennahrung in der ambulanten Versorgung weiter zu fassen, als es der G-BA wollte, konnte sich die Gesundheitsministerin gleichwohl des "Beifall(s) von Patientenseite sicher" sein (Skwara 2005c). Die Patientenvertreter im Ausschuß waren hingegen uneins, haben den Entwurf des Gremiums aber mehrheitlich mitgetragen. Sollte sich mit der Beteiligung von Patientenvertretern der Hintergedanke verbunden haben, heiklen Entscheidungen des G-BA zu größerer Akzeptanz zu verhelfen und die Politik von Betroffenen-Druck zu entlasten, scheint diese Rechnung nicht aufzugehen. "Den Betroffenen ist es gleichgültig, wer entschieden hat. Sie laden ihren Protest bei der Politik ab, wo sie - zumal in Wahlzeiten - auf Gehör hoffen können" (Visarius/Lehr 2005c: 389).

Die öffentlich breiter diskutierten, kontroversen Entscheidungen des G-BA galten zunächst der vertragsärztlichen Versorgung. Die ersten Verdikte des Gremiums zu Methoden in der stationären Versorgung (so der Ausschluß der Hyperbaren Sauerstofftherapie aus dem Leistungskatalog der GKV) wurden "kaum wahrgenommen" (Lehr 2005: 286). Zum Konflikt mit dem Gesundheitsministerium führte die Bewertung der Protonentherapie, einer teuren Innovation, die der Ausschuß im Blick auf verschiedene Indikationen mit wechselnden Ergebnissen thematisiert hat: Positiv wurde bei zerebralen arteriovenösen Malformationen befunden, negativ bei Mammakarzinom und Aesthesioneuroblastom (Visarius/Lehr 2007: 233). Das Ministerium hat die Ausschlußentscheidungen des G-BA zur Protonentherapie mit dem Argument beanstandet,

das Gremium hätte den Nachweis des fehlenden Nutzens führen müssen. Dagegen hat der G-BA eine Klage angestrengt. Es sollte gerichtlich geklärt werden, ob der Ausschluß auch im stationären Bereich eine Methode aufgrund mangelnder Wirksamkeitsevidenz von der Erstattungsfähigkeit ausschließen kann (oder nachweisen muß, daß die Methode unwirksam ist). Das Sozialgericht Köln hat im Oktober 2005 in diesem Sinne entschieden. Sein Urteil sah zudem die Aufsichtsfunktion des Ministeriums im wesentlichen auf die Rechtsaufsicht begrenzt (Gerst 2005).

Mit empörter Kritik und einer Beanstandungsaufforderung an das BMG reagierten die betroffenen Patientenverbände im Juli 2006 auf den G-BA-Beschluß, daß der Einsatz kurzwirksamer Insulinanaloga nur mehr in Ausnahmefällen von der GKV finanziert werden soll - eine Entscheidung, die "massive Auswirkungen für die Krankenhäuser" hätte (Visarius/Lehr 2007: 241). Die Patientenvertreter im G-BA zeigten, so dessen Vorsitzender, "eine differenziertere Haltung" (Hess 2006: A-1263). Zur Begründung seiner Entscheidung machte der G-BA auf der Basis einer Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geltend, daß Insulinanaloga wesentlich teurer als Humaninsulin seien, ohne daß man ihren Zusatznutzen hinreichend nachgewiesen habe. Gliche man ihre Preise denen der Humaninsuline an, könnten Insulinanaloga jedoch wieder in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. "Generell zielen die Versuche des G-BA, immer früher neue Methoden zu bewerten und ggf. aus der Erstattung zu nehmen, auf eine Einschränkung ihres Einsatzes auch in den Krankenhäusern" (ebd.).

10.4 Leitlinien und evidenzbasierte Medizin

Die Produktion medizinischer Leitlinien hat sich im Laufe der neunziger Jahre auch in Deutschland zu einer Boombranche entwickelt. Ein wichtiger Boomfaktor waren Empfehlungen, die Gesundheitsminister und Sachverständigenrat an die Adresse der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) richteten (SVRKAiG 1995: Ziff. 164f.). Der deutsche Leitlinienbestand ist heute kaum mehr überschaubar. Das Gros dieser Leitlinien kann vor Qualitätskriterien, wie sie inzwischen praktisch international normiert sind, allerdings schwerlich bestehen.³⁷⁸

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben 1997 ein Qualitätsprogramm für Leitlinien entwickelt, das die von beiden Organisationen gemeinsam getragene Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) durchführt (vgl. Helou et al. 2000; Ollenschläger et al. 2000). Im Rahmen dieses Programms sind eine "Leitlinie für Leitlinien" und auf dieser Grundlage eine Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien erarbeitet worden. Meta-Leitlinie und Checkliste fundieren und instrumentieren ein Clearingverfahren, auf das sich Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverbände 1999 verständigt haben. Die Leitlinienbewertung liegt dabei in den Händen multidisziplinärer Expertengruppen. "Leitlinien-Berichte", die auch im Internet veröffentlicht werden, dokumen-

³⁷⁸ Häufige Defizite: Der Formulierungsprozeß kann nicht beurteilt werden, Empfehlungsgrundlagen sind mangelhaft dokumentiert, Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften mit gleichem Gegenstand nicht aufeinander abgestimmt (Ollenschläger et al. 2000: 85).

tieren die Bewertungsergebnisse. Die Partner des Clearingverfahrens benennen darüber hinaus prioritäre Bezugsbereiche für die Entwicklung und Fortschreibung von Leitlinien. Die AWMF hat eine eigene Clearingstelle eingerichtet, die im Rahmen des Leitlinienprogramms der Dachgesellschaft Funktionen des Qualitätsmanagements wahrnehmen soll und mit der ÄZQ-Clearingstelle personell vernetzt ist. Die Arbeitsgemeinschaft arbeitet an der Höherstufung der von ihren Mitgliedsorganisationen publizierten Leitlinien.³⁷⁹

Ausdrücklich wird bei den angesprochenen Aktivitäten anerkannt, daß die Vorstellung unrealistisch wäre, Behandlungsleitlinien könnten allein auf der Basis wissenschaftlichen Wissens (und des Postulats, medizinisches Handeln daran auszurichten), entwickelt werden. Vielfach fehlt wissenschaftliche Evidenz zu konkreten Versorgungsfragen gänzlich,³⁸⁰ oder sie markiert nur "Grauzonen" des Wissens. Die Leitlinienentwicklung gewinnt zudem politische Dimensionen, wenn es um die Berücksichtigung ggf. konfligierender gesellschaftlicher Werte und Ziele geht, divergierende fach(gesellschaft)liche Perspektiven ins Spiel kommen oder Verteilungsfragen virulent werden. "Leitlinien sind somit keine interessenneutralen Qualitätsinstrumente" (Helou 2003: 741), und je politikhaltiger ein Thema ist, desto mehr rückt die Frage nach Entscheidungsträgern und Entscheidungsverfahren in den Vordergrund. Das Konzept der "evidenzbasierten Konsensusleitlinie" (vgl. ebd.: 742f.; SVRKAiG 2001b: Ziff. 241ff.) versucht dem Rechnung zu tragen, indem es die "Konsensqualität" gleichberechtigt neben die "Evidenzqualität" stellt: Letztere ergibt sich aus der methodischen Nutzung der besten verfügbaren Evidenz, die Empfehlungen nachvollziehbar fundiert. Die Konsensqualität verlangt eine breite stakeholder-Partizipation - also auch die noch "stark unterentwickelte" Patientenbeteiligung (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 249) - und die Anwendung formaler Konsensverfahren. Allerdings: Die Entwicklung entsprechender Leitlinien bedingt einen hohen Aufwand, so daß der Ausschnitt des solcherart normierbaren Versorgungsgeschehens von vornherein begrenzt ist. Es kommt hinzu, daß Größe und Heterogenität entsprechender Leitliniengremien deren Entscheidungsfähigkeit abträglich sein können.

Viele Ärzte beargwöhnen Behandlungsleitlinien als (potentiell) autonomiefeindliche, am grünen Tisch entwickelte Instrumente und bleiben ablehnend eingestellt, wenngleich nicht von einer durchgängig negativen Einstellung auszugehen ist (vgl. Ollenschläger et al. 2001; Hasenbein et al. 2005). Die Evidenz zu den Effekten, die Leitlinien bislang im Krankenhausalltag entfaltet haben, ist alles andere als umfänglich. Sie begründet aber starke Zweifel an der Steuerungswirkung von Leitlinien, die nicht - etwa im Kontext spezieller Versorgungsprogramme oder eines Qualitätsmanagements - mit spezifischen Anreizen oder zumindest mit einer die Adressaten aktiv einbindenden Implementationsstrategie verknüpft werden (s. Bergner et al. 2002; vgl. a. Hasenbein et al. 2005). Selbst ärztliche Leitlinienakzeptanz muß nicht Handlungswirksamkeit bedeuten. Ärzte mögen Leitlinien als öffentliche Positionsbestimmungen der Profession gutheißen, ohne auch nur den Inhalt genauer zu kennen. Andererseits kann man aber auch kein pauschales Verdikt über die

³⁷⁹ Wenn man ein von der AWMF konzipiertes dreistufiges Qualitätsschema heranzieht, befinden sich die meisten der fachgesellschaftlich entwickelten Leitlinien auf der niedrigsten Stufe. Da wegen des damit verbundenen Aufwands nur ein Teil der Leitlinien die höchste Stufe erreichen kann, sind Priorisierungen erforderlich.

³⁸⁰ Dies gilt namentlich für den Kenntnisstand zur Anwendung und Wirksamkeit von Behandlungsmethoden im Versorgungsalltag, vor allem auch, wenn man in diesem Zusammenhang die Frage nach der Patientenperspektive stellt (vgl. Badura/Strodtholz 2003).

schiere Wirkungslosigkeit aller Leitlinien fällen, die nicht von besonderen Anreizen flankiert werden.

Eine Prämisse der weiter oben skizzierten Bemühungen und Konzepte ist, daß mit der methodischen Leitlinienqualität ein wesentlicher Akzeptanz- und Umsetzungsfaktor im Visier liegt. Diese Annahme wird durch Rekurs auf internationale Publikationen gestützt (vgl. Helou 2003), wenngleich man bei bestimmten Qualitätsaspekten zweifeln kann.³⁸¹

Die Annahme, daß ein methodisch hoher Leitlinienstandard keine hinreichende Wirkungsbedingung ist, lag qualitätsbezogenen Regelungen der ersten rot-grünen Gesundheitsreform (2000) zugrunde. Die 1998 abgelöste christlich-liberale Bundesregierung hatte die Entwicklung eines Clearingverfahrens finanziell gefördert und die Erstellung einzelner Leitlinien, z.T. im Rahmen von Modellprojekten, unterstützt. Sie hatte aber betont, daß Entwicklung, Überarbeitung und Qualitätssicherung von Leitlinien Aufgaben nicht des Staates, sondern der Akteure des Gesundheitssystems und namentlich der Ärzte wie anderer Gesundheitsberufe seien (vgl. Bundesregierung 1998). Die rot-grüne Bundesregierung hielt an dieser Auffassung zunächst fest, war aber zugleich bestrebt, auf wissenschaftlicher Evidenz und Leitlinien fußende Regelungsprozesse zu institutionalisieren.

Die Gesundheitsreform 2000 bereicherte die Selbstverwaltungslandschaft um zwei Gremien. Bundesärztekammer, GKV-Spitzenverbände und DKG hatten einen Ausschuß Krankenhaus zu gründen (§ 137c SGB V 2000). Das Gremium sollte auf Antrag eines der beteiligten Spitzenverbände prüfen, ob im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Dies sollte "nach den Maßstäben und Kriterien evidenzbasierter Medizin" geschehen (Kastenholz 2000: 180), eine Formulierung, die sich nicht im Gesetz fand,³⁸² aber, wie eben zitiert, von Vertretern des BMG verwandt wurde. Der stationäre Sektor erhielt mit dem Ausschuß Krankenhaus eine Regelungsinstanz, wie sie in der kassenärztlichen Versorgung bereits existierte (Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen). Erstmals wurde damit eine Technologiebewertung für die Krankenhausversorgung gesetzlich verankert.

Den Koordinierungsausschuß (§ 137e SGB V 2000)³⁸³ beauftragte der Gesetzgeber, sektorenübergreifend verbindliche Kriterien für Diagnostik und Therapie von Krankheiten zu definieren, "bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung be-

³⁸¹ In Interviews für ein Forschungsprojekt zur Alltagsbedeutung von Leitlinien würdigten die befragten Ärzte vor allem den Umstand, daß die betreffenden Leitlinien aus der Feder von Praktikern stammten. Im Qualitätsraster von BÄK/KBV und AWMF figurierende Merkmale wie die Durchführung formeller Konsensverfahren, Interdisziplinarität oder auch die Beteiligung professionsexterner Interessenten spielten kaum eine Rolle (Bergner et al. 2002).

³⁸² Dort taucht stattdessen die herkömmliche Formel vom allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf.

³⁸³ Ihm gehörten die Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V 2000) und des Ausschusses Krankenhaus (§ 137e SGB V 2000) sowie Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Krankenkassen an.

stehen." Die Kriterienfindung sollte "auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien" erfolgen. Ursprünglich war die striktere Regelung vorgesehen, daß von der gemeinsamen Selbstverwaltung anerkannte Leitlinien für die Leistungserbringer unmittelbar verbindlich sind. Im Zuge der parlamentarischen Beratungen wurde dieser Regelungsplan jedoch fallengelassen. Entwicklung und Anwendung von Leitlinien sollten innerprofessionelle Angelegenheiten bleiben. "Dennoch bestand Einigkeit zwischen den Koalitionspartnern, daß ein Bedarf für sozialrechtlich verbindliche Vorgaben in bestimmten Diagnose- und Behandlungsbereichen besteht. Zu dieser Entscheidung hat auch beigetragen, daß die Existenz von qualitativ guten Leitlinien bisher nicht entscheidend dazu beigetragen hat, vorhandene Defizite in der Diagnostik und Behandlung abzubauen" (Kastenholz 2000: 180).³⁸⁴

Mit ihren ersten Plänen für die Gesundheitsreform 2003 unternahm die rot-grüne Bundesregierung einen weiteren Leitlinien-Anlauf. Um deren Qualität zu heben und die Evidenzbasierung der Versorgung zu stärken, sollte das geplante Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin auch Behandlungsleitlinien erstellen. Der Gedanke, Leitlinien durch eine unabhängige Einrichtung fertigen zu lassen, scheiterte jedoch mit dem Zentrumsprojekt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 (GMG) als vom Gemeinsamen Bundesausschuß zu tragende (aber fachlich unabhängige) Einrichtung verfaßt, hat lediglich die Aufgabe, Leitlinien zu bewerten (§ 139a SGB V).

Im Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) hat das GMG die beiden oben genannten Gremien und den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zusammengefaßt (§ 91 SGB V). Der G-BA hat - neben seinen qualitätspolitischen Funktionen (10.5) - in der Bewertung von Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimitteln einen Aufgabenschwerpunkt. Er soll feststellen, ob die geprüften Methoden und Arzneimittel erforderlich sind, um GKV-Patienten dem medizinischen Erkenntnisstand entsprechend ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu versorgen. Methodenprüfungen erfolgen auf Antrag eines Spitzenverbandes der - diesbezüglich aktiveren (Brenske et al. 2005: 168) - Kassen oder Leistungserbringer.

Wie bei der Methodenbewertung vorgegangen werden soll, regelt die Verfahrensordnung, die sich der G-BA gibt. Sie legt (neben anderem) Grundsätze und Methodik der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fest und fixiert damit wesentliche Bedingungen für die Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog der GKV. Hinsichtlich dieses "Methodengerüsts" ist es im G-BA zum Konflikt gekommen (vgl. Visarius/Lehr 2005a, b, c). Strittig waren vor allem zwei Regelungen der Verfahrensordnung, die der Ausschuß im März 2005 gegen die Stimmen der DKG (und das Votum der (nicht stimmberechtigten) Patientenvertreter) beschloß:

1) Noch nicht evidenzbasierte Innovationen sollten aus der Regelversorgung im Krankenhaus ausgeschlossen werden können bis der Nachweis erbracht ist, daß sie den für eine Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV maßgeblichen Kriterien genügen.

2) Die Methodenbewertung sollte im Regelfall auf Evidenz der Stufe 1 (randomisierte Doppel-

³⁸⁴ Auch als Basis für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen haben Leitlinien ins SGB V Eingang gefunden (§ 137f). Die Krankenhäuser spielen bei den Programmen allerdings bislang eine eher periphere Rolle.

blindstudien) basieren.

Die Krankenhauseseite lief gegen diese Regelungen Sturm, weil sie eine drastische Einschränkung des Innovationsspielraums der Krankenhausmedizin befürchtete. Denn bislang gilt, daß Krankenhäuser alle Leistungen (mit Ausnahme ambulanter Leistungen) so lange auf Kosten der GKV erbringen können, wie der G-BA sie nicht ausdrücklich von der GKV-Versorgung ausgeschlossen hat (Verbotsvorbehalt - § 137c SGB V). Krankenhäuser haben damit wesentlich größere Innovationsmöglichkeiten als niedergelassene Ärzte, für die der sog. Erlaubnisvorbehalt gilt: Neue Methoden dürfen danach nur dann zu Lasten der GKV angewandt werden, wenn eine Zulassung des Bundesausschusses vorliegt (§ 92 SGB V).

Der Ärzte-Forderung nach "gleich langen Spießen" hielt die Krankenhauseseite sektorale Unterschiede in Aufgabenstellung und Patientenstruktur entgegen. In der Intensivmedizin etwa könne auf Neuerungen, die nach ärztlicher Erfahrung wirksam sind, nicht bis zum Abschluß eines aufwendigen Verfahrens verzichtet werden, das zudem in puncto Evidenzbasierung einem vielfach unrealisierbaren Postulat unterworfen werden solle. Der Methodenbewertung müsse vielmehr eine umfassende, relevante Erkenntnisse breit berücksichtigende Abwägung zugrunde liegen. Eine auf die Anwendung in klinischen Studien begrenzte Finanzierung noch nicht evidenzbasierter Methoden, wie sie der Ordnungsentwurf vorsah, wurde u.a. abgelehnt, weil durch die Ausschlußkriterien solcher Studien ganzen Patientengruppen der Zugang zu den betreffenden Methoden verwehrt würde.

Nachdem schnell erkennbar war, daß das BMGS die Verfahrensordnung in der beschlossenen Form nicht genehmigen würde, begann ein gedehnter, von Ministerium und G-BA-Vorsitzendem moderierter Verhandlungsprozeß, der schließlich in einen Kompromiß mündete (Visarius/Lehr 2005e). Dessen Hauptpunkte:

- 1) Evidenz der Stufe 1 soll die Bewertung nicht mehr "in der Regel", sondern lediglich "soweit möglich" orientieren.
- 2) Im Falle eines Ausschlußantrags wird das (damit initiierte) Verfahren für eine vom G-BA bestimmte Frist ausgesetzt. Innerhalb dieser Zeitspanne kann der Nutznachweis für die betreffende Methode geführt werden. Sofern bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt sind, finanziert die GKV einschlägige Leistungen generell und nicht, wie zunächst vorgesehen, nur bei Patienten, die an entsprechenden Studien teilnehmen.

Der Kompromiß wird als ein Arrangement gewürdigt, mit dem alle Beteiligten leben können: Das BMGS hat eine Einigung maßgeblich mit herbeigeführt, die dem G-BA zu voller Funktionsfähigkeit und der evidenzbasierten Medizin zu neuen Brückenköpfen in der Regelungsstruktur des Versorgungssystems verhilft. Die Kassen können verhindern, daß Methoden ohne Evidenznachweis zeitlich unbegrenzt im Krankenhaus eingesetzt werden. Darüber hinaus können sie Qualitätskriterien bestimmen, denen noch nicht evidenzbasierte Leistungen genügen müssen, um von der GKV finanziert zu werden. Die KBV sieht zwar ihre Forderung nach "gleich langen Spießen" nicht realisiert, den Spielraum der Krankenhäuser bei der Einführung neuer Behandlungsmethoden aber doch tendenziell eingeschränkt. Zudem bleibt die Frage der sektoralen (Un-)Gleichbehand-

lung vor dem Hintergrund der Kostendynamik und sektorenübergreifender Integrationsbemühungen auf der Tagesordnung. Aus Sicht der Krankenhausesseite wiederum ist der Verzicht auf die in Richtung "Gleichschaltung" zielende Regelung der ursprünglichen Fassung ein wesentlicher Erfolg, wenngleich der Umgang mit Behandlungsinnovationen im Krankenhaus nach Inkrafttreten der Verfahrensordnung vermutlich strenger konditioniert werden wird. Schließlich müßten die Patientenvertreter im G-BA nach allem, was über ihre Position verlautete - Flexibilität der Verfahrensordnung, Innovationsoffenheit unter der Bedingung der Qualitätssicherung, keine Versorgungsoptionen gefährdende Vorgaben zur Evidenzstufe -, den gefundenen Kompromiß goutieren können.

Gleichwohl, eine "Lösung" der mit Nutzenbewertung und Innovationszugang in der GKV verbundenen Fragen hat der ausgehandelte Kompromiß kaum zu bieten (Visarius/Lehr 2005f). Nicht nur wirft er neue Fragen auf,³⁸⁵ die Krankenkassen und mehr noch die KBV werden weithin auf eine "Gleichschaltung" der Sektoren drängen, die weder im Interesse der Krankenhäuser (noch der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten) liegen kann. Es mangelt nicht an versorgungspolitischen Themen, die diesen Interessenkonflikt aktivieren, man denke nur an die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung.

10.5 Qualitätspolitik

Der Aufstieg der Qualitätsthematik zum politischen Topos hat sich in beiden Ländern etwa zeitgleich vollzogen. In England enthält das 1989 vorgelegt Reform-Weißbuch der Regierung Thatcher erstmalig eine generelle Aufforderung an (Fach-)Ärzte, sich an Qualitätsaudits auf lokaler Ebene zu beteiligen. Im gleichen Jahr tritt in Deutschland das Gesundheitsreformgesetz in Kraft, das GKV-Patienten versorgende Krankenhäuser verpflichtet, an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilzunehmen, die von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart werden.³⁸⁶ Seither hat der Gesetzgeber diverse weitere Regelungen zur Qualitätssicherung getroffen, wobei sich - auch dies eine Parallele zu England - die Interventionsintensität nach dem Regierungswechsel im Jahre 1998 noch erhöht hat.

Das GKV-Reformgesetz 2000 dehnte die Qualitätssicherungs-Vorgabe auf alle Leistungserbringer in der GKV aus und löste sie von der Bindung an entsprechende Vereinbarungen der Vertragspartner. Zugelassene Krankenhäuser wurden zur Teilnahme an einer externen, vergleichenden Quali-

³⁸⁵ Was etwa, um nur eine zu nennen, soll geschehen, wenn kein Finanzier für die geforderten Studien in Sicht ist?

³⁸⁶ Natürlich hebt "Qualitätssicherung" im deutschen Gesundheitswesen nicht mit diesen Vorschriften an. Sie ist aber lange Zeit sehr weitgehend eine Sache professioneller Selbstregulierung, die wiederum stark auf Fragen der Aus-/Weiterbildung konzentriert ist. Mit Blick auf die Leistungserbringung gibt es seit langem Fallbesprechungen, Indikations- und Mortalitätskonferenzen, Visiten leitender Ärzte, Konsilien, (interne) Mortalitätsstatistiken u.a.m. (vgl. SVRKAiG 2001b: Ziff. 310ff.). Auch spezielle Programme einer expliziten und systematischen Qualitätssicherung wurden bereits seit den 1970er Jahren entwickelt und umgesetzt, so in der Labormedizin, der Radiologie und Nuklearmedizin, der Geburtshilfe und der Allgemeinchirurgie. Für die deutsche Krankenhausmedizin nicht weniger charakteristisch als für die englische war dabei allerdings die ausgeprägte Varianz zwischen Fachgebieten und Einrichtungen.

tätssicherung und zur Einführung und Weiterentwicklung eines (internen) Qualitätsmanagements verpflichtet (§ 135a SGB V). Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene (bzw. seit 2004 der Gemeinsame Bundesausschuß) hat Vorgaben zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und grundsätzliche Anforderungen an das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser zu beschließen (§ 137 SGB V).³⁸⁷

Das Fallpauschalengesetz (FPG) von 2002 erweiterte die Vorschriften um die Krankenhauspflicht, ab 2005 im Zwei-Jahres-Turnus einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Der Bericht muß über den Stand der Qualitätssicherung, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen und die Umsetzung der - ebenfalls mit dem FPG eingeführten - Mindestmengenregelungen informieren (§ 137 SGB V). Die von den Kassenverbänden zu veröffentlichenden Berichte sollen den Vergleich von Krankenhäusern ermöglichen und die Patientenberatung bei der Planung eines Krankenhausaufenthaltes fundieren. Kritik ziehen die Berichte in ihrer gegenwärtigen Form (vgl. Gericke et al. 2006: 74f.) vor allem wegen der Beschränkung auf bestimmte Struktur- und Prozeßaspekte auf sich, die keine zureichende Qualitätsbeurteilung ermöglichten.

Die eben erwähnten Mindestmengen festzulegen, obliegt den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhäuser. Die Verbände sollen sich auf einen "Katalog planbarer Leistungen" verständigen, "bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist" (§ 137 SGB V). Für jede dieser Leistungen sind eine Mindestmenge je Arzt und/oder je Krankenhaus sowie Ausnahmetatbestände festzulegen. Erreicht ein Anbieter die Menge nicht, darf er die betreffende Leistung nicht länger zu Lasten der GKV erbringen. Die Weiterentwicklung des Kataloges hat das GKV-Modernisierungsgesetz dem Gemeinsamen Bundesausschuß überantwortet, der das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

³⁸⁷

Bei der externen Qualitätssicherung werden patientenbezogene Daten erhoben und ausgewertet, um Aufschluß über die Prozeß-/ Ergebnisqualität der Versorgung zu gewinnen und etwaige Mängel zu beseitigen. Prozeßparameter sind etwa die Indikationsstellung und die Durchführung bestimmter Untersuchungen (z.B. die Ermittlung des Rezeptorstatus bei Frauen mit Brustkrebs). Als Ergebnisparameter mag - wie etwa bei der perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) - die Komplikationsrate fungieren. Mit Kliniken, die negativ auffallen (etwa weil ihre Komplikationsrate einen bestimmten Referenzbereich verläßt), führen bei den Landesärztekammern angesiedelte Geschäftsstellen der externen Qualitätssicherung einen "strukturierten Dialog": Problemursachen werden gesucht und ggf. korrektive Maßnahmen empfohlen oder auferlegt. Sanktionsmöglichkeiten von der regelmäßigen externen Kontrolle bis zur Vertragsaufhebung stehen zu Gebote (vgl. Gericke et al. 2006: 73). Mit der Erhebung und Auswertung der Daten ist die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) beauftragt worden (vgl. Mohr 2006). Der mit dem GKV-WSG 2007 eingeführte § 137a bestimmt nun, daß der G-BA eine fachlich unabhängige Einrichtung mit der Entwicklung von - soweit als möglich transsektoral anzulegenden - Meß- und Darstellungsverfahren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung beauftragt. Die betreffende Einrichtung soll sich auch an der Durchführung der Qualitätssicherung beteiligen. "Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den ... genannten Aufgaben angepaßt werden" (§ 137a (1) SGB V; vgl. a. Anm. 345).

Für welches Qualitätsmanagementsystem sie sich entscheiden, ist den Krankenhäusern freigestellt. Am weitesten verbreitet dürften zertifizierungsfähige Systeme, etwa nach DIN EN ISO 9000 oder KTQ sein. Das Selbstbewertungsverfahren der EFQM scheint eine randständige Rolle zu spielen (Gericke et al. 2006: 75). Das KTQ-System ist unter breiter Selbstverwaltungs-Ägide eigens für das deutsche Krankenhauswesen entwickelt worden (zur Beschreibung und Kritik vgl. Hildebrand 2005; Gericke et al. 2006: 75f.).

im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Aufarbeitung der einschlägigen Evidenz beauftragt.

Das Thema Mindestmengen wird "sehr kontrovers diskutiert" (Brenske et al. 2005: 170). Die Kassen sehen darin einen wichtigen Hebel der Qualitätssicherung, nach Einschätzung der DKG sollen Mindestmengen "ganz offensichtlich zur Marktberreinigung beitragen" (Robbers 2005c). Der Verband betont die "Gefahr von Fehlsteuerungen", wenn Mengen "ohne starke empirische Belege" festgelegt werden (Pföhler 2005: 555). Für die erste, Ende 2003 in Kraft getretene Vereinbarung verständigten sich die Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung mit der DKG auf Mindestmengen für fünf elektive Eingriffe. Die Evidenzbasis bildeten Übersichtsarbeiten und internationale HTA-Berichte.³⁸⁸ Die Vereinbarung wurde - u.a. von der Patientenbeauftragten - mit energischer Kritik bedacht, die auf zwei Punkte abhob: 1) Bei den ausgewählten Eingriffen handelte es sich durchweg um seltene Prozeduren. 2) Gemessen am wissenschaftlichen Diskussionsstand und einschlägigen Regelungen in anderen Ländern erschienen die vereinbarten Schwellenwerte sehr niedrig (Velasco-Garrido/Busse 2004: 18).³⁸⁹

Auch für die anderen auf Bundesebene zu fällenden Selbstverwaltungs-Entscheidungen zur Qualitätssicherung ist seit 2004 der G-BA zuständig.³⁹⁰ Im G-BA sind, wie schon erwähnt, drei bis dahin

³⁸⁸ Der Zusammenhang von Menge und Qualität in der medizinischen Versorgung ist Gegenstand umfangreicher und zugleich selektiver Evidenz (vgl. Velasco-Garrido/Busse 2004). Bei bestimmten Leistungen scheint kein solcher Zusammenhang zu bestehen, bei anderen sehr wohl. Allerdings variiert die Intensität beobachteter Zusammenhänge stark.

³⁸⁹ Im September 2005 hat der G-BA die betreffenden Mindestmengen heraufgesetzt. Die erste "Volksoperation" kam mit der Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) auf die Mindestmengen-Agenda. Allerdings mangelt es an konklusiver, nah am Entscheidungsproblem liegender Evidenz. Zwar scheint bei der Kniegelenkersatzchirurgie ein Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität zu bestehen (Velasco-Garrido/Busse 2004: 12), aber damit ist man noch nicht bei einem bestimmten Schwellenwert. Ein komplizierendes Moment liegt vor allem darin, daß die Evidenz auf die Bedeutung anderer Qualitätsfaktoren verweist. Auch G-BA-Vertreter sagten offen, daß die "Entscheidung ... auf jeden Fall 'politisch'" sei (Visarius/Lehr 2005d: 471). Angesichts weit auseinander liegender Vorschläge - Kassen: 50, DKG: 20 - hatte der G-BA die Entscheidung zunächst vertagt. Im August 2005 entschied das Gremium dann - ohne den Abschlußbericht des IQWiG abzuwarten - im Sinne der Kassen-Forderung. Die DKG hat den durch eine Übergangsregelung abgemilderten Beschluß mitgetragen. Die Kassen konnten ihre Position durch den Verweis auf eine Forderung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie stützen und hatten angekündigt, im Internet eine Liste der Krankenhäuser zu veröffentlichen, die 2004 auf mindestens 50 Operationen gekommen waren. Laut Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein sind fast zwei Drittel der Kliniken des Landes von dem Beschluß betroffen. Jeder zehnte Patient werde längere Wege in Kauf nehmen müssen (Das Krankenhaus 9/2005: 789).

Für ambulante Operationen im Krankenhaus sind arztbezogene Mindestmengen als Zulassungsvoraussetzung in einem Vertrag festgelegt worden, den das erweiterte Bundesschiedsamt nach SGB V (KBV, GKV-Spitzenverbände, DKG) 2005 gegen die Stimmen der DKG festsetzte. Die Frage der Mindestmengen war ein wichtiger Dissenspunkt. Im Hintergrund dürften weniger qualitätsbezogene Überlegungen als unterschiedliche Vorstellungen über die Entwicklung der "Marktanteile" von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gestanden haben.

³⁹⁰ Die Gesundheitsreform 2007 hat das Aufgabengebiet des G-BA noch erweitert: Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren (§ 115b SGB V; bisher zuständig: DKG, KBV, GKV-Spitzenverbände); Definition strukturqualitativer Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung

separate Ausschüsse zusammengefaßt worden: der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, der Ausschuß Krankenhaus und der Koordinierungsausschuß. Während es sich beim erstgenannten Gremium um eine etablierte Größe handelte, hatten sich die beiden anderen Ausschüsse erst auf der Basis des GKV-Reformgesetzes 2000 konstituiert und als Steuerungsakteure noch kaum profiliert. Bis zur Neustrukturierung des G-BA im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 waren für Fragen einzelner Versorgungsbereiche unterschiedliche Besetzungen oder "Kammern" des Ausschusses zuständig. Das GKV-WSG ersetzt die Mehrkammer- durch eine Einkammerstruktur mit sektorenübergreifender Beschlußfassung. Auch Vorgaben zur Qualitätssicherung, die nur dem Krankenhausbereich gelten, werden dann von der KBV mitentschieden.

Bewegte sich der Ausbau des Ausschußwesens durch die "2000er Reform" noch ganz auf den Linien einer Korporatisierungsstrategie, ließ der im Vorfeld der nächsten Gesundheitsreform entwickelte Regierungsplan, ein "Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin" zu schaffen, Zweifel an der qualitätspolitischen Potenz korporativer Steuerung erkennen. Das Zentrum war zunächst als (der Rechtsform nach) staatliches Institut gedacht, doch da die Zentrums-Idee von Leistungserbringern wie politischer Opposition nachdrücklich verworfen wurde, favorisierte Ministerin Schmidt in einer späteren Vorschlagsfassung eine "Megalösung" (Robbers 2003), d.h. einen weitgezogenen, das Ministerium einschließenden Kreis von Institutspartnern.³⁹¹

In dieser Form war das Qualitäts-Zentrum für die Union ebenfalls nicht akzeptabel. Am Ende stand die Regelung, daß der Gemeinsame Bundesausschuß - ggf. unter Zwischenschaltung einer Stiftung - ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einrichtet und trägt. Das Institut arbeitet dem G-BA nach Maßgabe entsprechender Aufträge zu, indem es, etwa, Behandlungsleitlinien bewertet, Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen abgibt oder Arzneimittel einer Nutzen-Bewertung unterzieht. Das IQWiG hat keine versorgungsbezogenen Regelungskompetenzen. Regelungsentscheidungen in den Bereichen HTA und Qualitätssicherung trifft das Selbstverwaltungsgremium.

Die Frage der Einflußbalance zwischen Staat und Selbstverwaltung bildete den Kernpunkt der Differenzen um das Qualitäts-Zentrum. Dessen Gegner sahen in den Regierungsplänen die Absicht einer Entmachtung bestehender Organe der Selbstverwaltung; politische Maßnahmen müßten stattdessen auf die Effektivierung dieser Organe zielen. Befürworter des Zentrumsgedankens argumentierten, daß es in anderen Ländern kaum vorstellbar sei, Qualitätsbewertungen und deren Publikation durch die Betroffenen selbst durchführen zu lassen.

Die Qualitätspolitik des Bundes hat ordnungspolitisch zunächst ganz auf die Selbstverwaltung gesetzt, noch das Reformgesetz 2000 war, wie gesagt, von dieser Ausrichtung bestimmt. Im Konzept einer als "Anstalt öffentlichen Rechts" verfaßten Qualitätsinstanz kommt ein erkennbar anderer Ansatz zum Ausdruck, der freilich momentan kein Thema mehr ist. Die aktuelle Diskussion wird von der Frage beherrscht, unter welchen Voraussetzungen ein verstärkter

im Krankenhaus (§ 116b SGB V) und Regelung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in diesem Bereich.

³⁹¹ Neben dem Ministerium sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und Patientenvertreter dazugehören.

Anbieterwettbewerb in Ergänzung zur korporativen Koordination qualitätsproduktiv sein kann. Dabei sind zwei Wettbewerbsebenen zu unterscheiden: 1) selektives Kontrahieren der Kassen mit Leistungsanbietern. Von Interesse ist diesbezüglich vor allem die integrierte Versorgung. 2) Konkurrenz der Krankenhäuser um die Gunst des individuellen Nutzers. Auf beiden Ebenen liegt ein für das qualitätsbezogene Steuerungspotential entscheidender Aspekt in der Frage der Qualitätstransparenz. Da die erwähnten Qualitätsberichte nur für Experten informativ sein können, haben einige große Krankenkassen Informationsangebote entwickelt, die als Entscheidungshilfen für eine qualitätsorientierte Patienten-Wahl gedacht sind (vgl. 10.7).

10.6 Krankenhausmanagement

Wenngleich der deutsche Staat nur in geringem Maße direkt Einfluß auf die Leitung von Krankenhäusern nimmt,³⁹² gehen doch viele der neueren Entwicklungen auf politische Maßnahmen zurück. Zu nennen ist hier vor allem der durch die Vergütungsreform herbeigeführte Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die Krankenhäuser arbeiten. Der "Paradigmenwechsel" in der Krankenhausvergütung hat weitreichende Konsequenzen: Finanzierungs- bzw. Morbiditätsrisiken verlagern sich vom Kostenträger auf den Leistungsanbieter, und die ökonomischen Anreize kehren sich um: Nicht mehr lange, kapazitätsauslastende Liegezeiten sind ökonomisch attraktiv, sondern möglichst kurze Verweildauern und ein möglichst geringer Behandlungsaufwand. Deutsche Krankenhäuser sehen sich damit in ganz anderer Weise als früher zur betriebswirtschaftlichen Selbstbeobachtung und Steuerung gedrängt. Den daraus erwachsenden Qualitätsrisiken soll durch einen Ausbau der Qualitätssicherung und erhöhte Qualitätstransparenz entgegengewirkt werden.

Es ist abzusehen, daß die Umstrukturierung des Entgeltsystems den Wettbewerb forcieren, Kapazitätsabbau, Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen befördern und - im Verein mit Regelungen zur integrierten Versorgung und zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen - die inner- wie intersektorale Kooperation von Anbietern stimulieren wird. Nimmt man die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder hinzu, ergibt sich ein breites Spektrum von Faktoren, die der Unternehmensführung in den kommenden Jahren entscheidende Bedeutung für die Bestandserhaltung und Zukunftssicherung von Krankenhäusern verleihen werden.

Eine Reihe markanter, direkt oder indirekt managementbezogener Tendenzen im deutschen Krankenhaussektor hängen unmittelbar mit dem Wandel der ökonomischen Rahmenbedingungen zusammen (Adam 2001; Damkowski/Precht 1998; Eichhorn/Greiling 2003; Strehlau-Schwoll 2002). So wird als Folge der Vergütungsumstellung eine Beschleunigung des seit Jahren zu beobachtenden Privatisierungstrends prognostiziert.³⁹³ Privaten Krankenhäusern stehen zusätzliche Möglichkeiten der Investitionsfinanzierung offen, ein Umstand, der angesichts der Bedeutung

³⁹² Von Krankenhäusern in staatlicher Trägerschaft einmal abgesehen. Vorgaben zur Leitungsorganisation finden sich in den Krankenhausgesetzen der Länder.

³⁹³ Vgl. Anm. 359.

investiver Entscheidungen für die laufenden Kosten bei gleichzeitigem "Investitionsstau"³⁹⁴ besonders ins Gewicht fällt. Kliniken in privatgewerblicher Trägerschaft sind darüber hinaus nicht durch Nachteile belastet, wie sie öffentlichen Häusern aus ihrer BAT-Bindung erwachsen (geringere Flexibilität, höhere Kosten). Auch im Blick auf die Entwicklung (teil-)integrierter Versorgungsangebote werden privaten Kliniken Beweglichkeitsvorteile zugeschrieben. Bisweilen ist die Privatisierung freilich mehr Schein als Sein, "es gibt auch eine Reihe von Krankenhäusern, die in privaten Rechtsformen geführt werden, hinter denen sich aber weiterhin Finanzierungen der öffentlichen Hand verbergen" (Rehfeld 2004: 523).

Änderungen der Rechtsform (Umwandlung zur privatrechtlichen Kapitalgesellschaft, Nutzung selbständiger Rechtsformen des öffentlichen Rechts)³⁹⁵ zielen wesentlich darauf, der Krankenhausleitung größere unternehmenspolitische Spielräume zu verschaffen. Rechtsformwechsel werden häufig mit Umstrukturierungen der Leitungsorganisation, speziell der Leitungsspitze verknüpft. An die Stelle der vielfach kritisierten Dreierdirektors³⁹⁶ tritt ein Geschäftsführer³⁹⁷ oder eine Doppelspitze (medizinischer und kaufmännischer Geschäftsführer). Funktionale Geschäftsbereiche (Leistungserbringung, Finanzen, Personal ...) werden offenbar seltener und allenfalls in größeren Häusern gebildet. Man erwartet, daß auf längere Sicht alle Mitglieder der oberen Leitungsebene (anders als heute noch vielfach der Ärztliche Direktor) ihre Funktionen hauptberuflich wahrnehmen werden.

Neben Umstrukturierungen der Leitungsorganisation ist die Erweiterung und Verfeinerung des Management-Instrumentariums ein Kennzeichen der neueren Entwicklung. Für das betriebliche Finanz- und Rechnungswesen können hier exemplarisch das Finanzcontrolling, die Einführung der Kostenträgerrechnung und die interne Budgetierung genannt werden. Während die erstgenannten Instrumente Informationsfunktionen für das Management erfüllen, zielt die interne Budgetierung auf die Einbindung von Abteilungs- oder Bereichsleitungen in die betriebswirtschaftliche Steuerung des Krankenhauses. Immer mehr werden Akteure der zweiten und dritten Leitungsebene (z.B. leitende Abteilungsärzte) so zur "Schnittstelle zwischen Ökonomie und Medizin" (Rychlik 1999: 28) mit spannungsreicher Doppelverantwortung für Versorgungsqualität und betriebswirt-

³⁹⁴ Wird die Investitionsförderung in Bayern zum Maßstab genommen, errechnet sich für das gesamte Bundesgebiet ein Fehlbetrag von mehr als 30 Mrd. € (vgl. Hermann 2007: 106). Die DKG kommt bei ihrer Berechnung sogar auf 50 Mrd. € (Visarius/Lehr 2007: 226). Auch die Differenz zwischen der (postulierten) Mindestinvestitionsquote von 10 % des Krankenhausumsatzes und den faktischen Werten der letzten Jahre - 2003 etwa: 4,4 % - illustriert die Malaise (Hermann 2007: 106).

³⁹⁵ Im Herbst 2001 gab fast ein Fünftel der an einer Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts teilnehmenden öffentlichen Häuser an, in den kommenden zwei Jahren die Rechtsform wechseln zu wollen (Rocke 2002). 2004 hatten 287 der 780 öffentlichen Krankenhäuser eine privatrechtliche Rechtsform (= 36,8 %; 2002: 28,3 %) (Bölt 2007: 283).

³⁹⁶ "Die aus idealtypischer Sicht kollegiale Krankenhausleitung ist in der Praxis ein Gremium von Divisionaristen, vielfach direktoral geleitet, entweder von der jeweils stärksten Persönlichkeit (z.B. dem Ärztlichen Direktor) oder dem für Finanzen zuständigen Verwaltungsdirektor. Die Folge davon ist, daß im Bereich der Leistungserstellung das Krankenhaus 'dreispurig' nebeneinanderher organisiert wird und die eigentlichen Managementfunktionen uneinheitlich ausgeführt werden" (Eichhorn 1991, zit. n. Eichhorn/Greiling 2003: 37).

³⁹⁷ Ggf. wird der Geschäftsführer auch über dem Dreiergremium installiert oder die Verwaltungsdirektion der ärztlichen wie pflegerischen Leitung übergeordnet.

schaftliches Ergebnis. Daß auch die Qualität der Krankenhausversorgung zum Gegenstand einer spezifischen Managementfunktion und entsprechender Programme und Verfahren geworden ist, geht ebenfalls wesentlich auf politische Maßnahmen zurück (vgl. 10.5).

Durch die Fallpauschalen-Vergütung erhöht sich der Druck, interne Abläufe unter Kostengesichtspunkten zu optimieren. Auf die ökonomische wie auch qualitätsbezogene Verbesserung der Leistungsprozesse des Krankenhauses zielen integrative Konzepte des Prozeßmanagements. Durch Kontraktmanagement und Leistungsvereinbarungen etwa soll gewährleistet werden, daß die Belange des Gesamtprozesses über der arbeitsteiligen Orientierung an einzelnen Funktionen nicht aus dem Blick geraten.

Neben den internen Schnittstellen rücken auch die externen Schnittstellen des Krankenhauses verstärkt ins Management-Blickfeld. Fragen des organisationsübergreifenden Prozeß- und Schnittstellenmanagements stellen sich im Gefolge der DRG-Einführung und vor dem Hintergrund politischer Bestrebungen zur Integration der Versorgung in veränderter und intensivierter Form. Wenn Verweildauern reduziert werden müssen, gewinnt die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, Reha-Einrichtungen und niedergelassene Ärzten für das Krankenhaus an Bedeutung.

Darüber hinaus wird die Frage: Eigenerstellung oder Fremdbezug verstärkt zu einem Management-Thema, das über klassische Outsourcing-Bereiche wie Catering, Reinigung, Gebäudemanagement hinaus zunehmend auch Dienstleistungen in Labor und Radiologie erfaßt. "Die Ausgliederungswelle, die von einigen bereits als abgeschlossen betrachtet wurde, steht erst am Anfang" (Strehlauschwoll 2002: 998). Auch das Management öffentlicher Krankenhäuser ist zum Outsourcing-Objekt geworden (Rehfeld 2004: 523). So hat die Sana Kliniken GmbH, selbst Trägerin von über 30 Krankenhäusern, das Management von 30 öffentlichen Häusern übernommen (Busse/Wörz 2003: 28). Die Ausgliederung von Leistungen erfolgt im übrigen nicht nur im Wege der Auftragsvergabe an bereits im Markt operierende (private) Anbieter, sondern auch durch die Bildung von Tochterunternehmen. Ein weiterer Schwerpunkt reaktiver Veränderungen in der Unternehmensführung liegt schließlich in der Suche nach Kooperationschancen (bis hin zu Joint Ventures) oder Fusionierungsmöglichkeiten namentlich im Verwaltungs- und Versorgungsbereich. Außerdem "zeichnet sich ein Trend zur Fusion mehrerer kleiner Häuser einer Region zu einer GmbH und vor dem Hintergrund der Identifizierung 'rentabler Kerne' damit auch eine Aufgabenzentralisierung bzw. -spezialisierung ab" (Buestrich et al. 2005: 33).

10.7 Nutzerbeteiligung

Die Förderung der Nutzerbeteiligung an Behandlungs- und politischen Gestaltungsentscheidungen wird seit den 1990er Jahren auch in Deutschland als Weg zu einer stärker an Bürger/Patientenperspektiven orientierten Versorgung diskutiert (vgl. u.a. Badura et al. 1999; Schott 1993; SVRKAIg 2001a, 2003a).³⁹⁸ Als eigenständiges Thema ist dieser Komplex erst in den letzten Jahren ins Blickfeld des Gesetzgebers gerückt. So enthielt das GKV-Gesundheitsreformge-

³⁹⁸ Im thematisch breiteren Kontext einer Soziologie personenbezogener Dienstleistungen und sozialstaatlicher Dienstleistungsproduktion ist Beteiligungsfragen schon wesentlich früher ein zentraler Rang eingeräumt worden (s. Badura/Gross 1976).

setz 2000 einige Bestimmungen, durch die die individuelle Verantwortung und Kompetenz der Versicherten gefördert werden sollte. Das Modernisierungsgesetz 2003 brachte dann verschiedene Regelungen, mit denen die politischen Beteiligungsmöglichkeiten im Gesundheitssektor erweitert wurden.

Gremienbeteiligung

Zwar bieten die Sozialwahlen GKV-Mitgliedern seit langem eine Beteiligungsmöglichkeit. Durch die Wahlen wird der hälftig oder durchgängig mit Versichertenvertretern besetzte Verwaltungsrat bestimmt, der seinerseits den hauptamtlichen Vorstand wählt und als Aufsichtsorgan fungiert. Das Gewicht der Sozialwahlen als Beteiligungsmechanismus wird jedoch durch gravierende Probleme gemindert. Stichworte: geringe Versicherten-Kennntnis der Kandidaten-Ziele, enges Kandidaten/Alternativenspektrum, geringe Wahlbeteiligung.³⁹⁹ Verschiedene Vorschläge zielen denn auch auf eine partizipative Effektivierung der Sozialwahlen, etwa die Anregung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, erweiterte Sozialwahlen zu institutionalisieren (SVRKAiG 2003a: Ziff. 268f.).

Der Gesetzgeber hat diese Anregung bislang nicht aufgegriffen. Das GMG von 2003 statuiert aber mit Blick auf verschiedene Gremien des GKV-Systems ein Beteiligungsrecht für Patienten- und Behindertenverbände, so insbesondere auch für den durch dasselbe Gesetz konstituierten Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA).⁴⁰⁰ Die Patientenvertreter im G-BA sind allerdings nicht stimmberechtigt, die formelle Basis ihrer Mitwirkungsmöglichkeiten beschränkt sich auf ein Rede- und Antragsrecht.⁴⁰¹ Damit "war das Problem der Legitimierung der Patientenvertreter zwar gemildert, jedoch nicht aus der Welt geschafft" (Kranich 2004: 49).⁴⁰² Organisationen, die beteiligt werden wollen, müssen sieben Kriterien erfüllen, die in der "Patientenbeteiligungsverordnung" vom Dezember 2003 festgelegt sind (u.a.: Nachweis finanzieller Unabhängigkeit, demokratische Verfaßtheit). Die Verordnung nennt zudem einige "natürliche" Beteiligte: die im Deutschen Behindertenrat zusammengeschlossenen Organisationen, den Bundesverband der Verbraucherzentralen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft

³⁹⁹ 1999 beteiligten sich durchschnittlich 38 % der Wahlberechtigten (Dierks et al. 2006: 13). Sozialwahlen werden in der Regel als Friedenswahlen durchgeführt, bei denen die Zahl der Wahlbewerber die der Sitze nicht übersteigt.

⁴⁰⁰ In der Verfassung der Gremien, an deren Stelle der G-BA getreten ist - Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, Ausschuß Krankenhaus, Koordinierungsausschuß - war eine institutionalisierte Beteiligung von Patientenvertretern nicht vorgesehen. (Eine Auflistung weiterer Gremienbeteiligungen findet sich bei Dierks et al. 2006: 9f.)

⁴⁰¹ Das GKV-WSG 2007 verpflichtet den G-BA, die Patientenvertreter organisatorisch und inhaltlich (z.B. durch Schulungen und Hilfestellungen bei Anträgen) zu unterstützen.

⁴⁰² C. Kranich, als Patientenvertreter im G-BA aktiv, bedauert die eingeschränkte Beteiligungsmöglichkeit nicht: An die Beteiligung müßten die Nutzerorganisationen sich erst gewöhnen, zudem fehlten die nötigen Ressourcen (Kranich 2004: 49). Der Vorsitzende des G-BA sieht Patienteninteressen ohne Stimmrecht "fast besser berücksichtigt". Besäßen die Patientenvertreter ein Stimmrecht, würde "alles formalisierter ablaufen und sie müßten die Entscheidung des G-BA nach außen vertreten", was sie in eine schwierige Position bringen könne. Die Interessenvertreter müßten zudem nach anderen Kriterien ausgewählt und rechtlich legitimiert werden (Hess 2006: A-1265).

Selbsthilfegruppen.

Der Umstand, daß die Patientenvertreter im G-BA kein Stimmrecht haben und ihre Handlungsspielräume in finanzieller Hinsicht begrenzt sind,⁴⁰³ ließ Befürchtungen, ihre Präsenz könnte das Gremium paralysieren, von vornherein überzogen erscheinen. "Zudem gibt es in allen Gremien einen Zwang zur Normierung und zur Systemkonformität, dem auch die Patientenvertreter unterliegen. (...) So haben sich die Vertreter der Patienten auf punktuelle Leistungsverbesserungen konzentriert und waren in einigen Fällen damit auch erfolgreich, ohne daß es die Arbeit und die Generallinie des G-BA gestört hätte" (Visarius/Lehr 2005a: 178).⁴⁰⁴ Aus Sicht des G-BA-Vorsitzenden hat sich die Beteiligung von Patientenvertretern "sehr positiv" ausgewirkt (Hess 2006: A-1265). Transparenz und Plausibilität der Entscheidungsfindung und ihrer Begründung würden dadurch in besonderer Weise eingefordert. Andererseits spricht der Ausschußvorsitzende auch von Konflikten: "Vor allem bei Arzneimitteln und bei der Bewertung von neuen Leistungen gab es Kollisionen" (zit. n. Skwara 2005d). Dierks und Kolleginnen schreiben: "Äußerungen aller Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschß machen deutlich, daß dort die Beteiligungsrechte angenommen und die Interessen von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungen ... einbezogen werden" (Dierks et al. 2006: 10). Für einen der Patientenvertreter im G-BA liegen die aktuellen Probleme nicht primär im Ausschuß, wo man "auf gleicher Augenhöhe" mitdiskutiere. Dagegen laufe die Patientenbeteiligung in den Landesgremien der Selbstverwaltung "nicht besonders rund" (zit. n. Skwara 2005d).⁴⁰⁵ Vertretungskompetenz durch Schulung zu erhöhen, sei daher geboten. Krankenhauspolitisch erwähnenswert ist, daß sich die Patientenvertreter - ohne Konsequenz für die Kräfteverhältnisse im Gremium - bei Konflikten verschiedentlich auf seiten der Krankenhausvertreter fanden, so beim Thema ambulante Öffnung der Kliniken oder beim Konflikt um die Verfahrensordnung.

Die/Der Patientenbeauftragte

Im Einklang mit einem Vorschlag des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 2003a: Ziff. 268f.) wurde mit dem Modernisierungsgesetz 2003 das Amt der/des "Patientenbeauftragten" etabliert. Auf dieser Grundlage hat die Bundesregierung zum 01.01.2004 eine Patientenbeauftragte eingesetzt. Sie wird von einer im Gesundheitsministerium eingerichteten Geschäftsstelle unterstützt, der sechs Beamte zugeordnet sind. Die Patientenbeauftragte soll darauf hinwirken, "daß die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt

⁴⁰³ Patientenvertreter monieren die mangelnde Aufwandsentschädigung. Erstattet werden derzeit nur Reisekosten - der Gesetzgeber ging von ehrenamtlicher Tätigkeit oder einer Vergütung durch die entsendenden Organisationen aus.

⁴⁰⁴ Als Erfolge der Patientenvertreter werden genannt: Schließung von Lücken in der Heilmittelrichtlinie, patientenfreundliche Fahrtkostenregelung, Verlängerung der Liste erstattungsfähiger rezeptfreier Medikamente (Skwara 2005d).

⁴⁰⁵ Von "erheblichen Akzeptanzproblemen" wird insbesondere mit Blick auf Kassenärztliche Vereinigungen gesprochen (Dierks et al. 2006: 10).

werden" (§ 140h (2) SGB V). Das Aufgabenfeld schließt die Information und Beratung von Patienten und die Prüfung von Hinweisen auf mögliche Mißstände ein.⁴⁰⁶ Sind Fragen der Patientenrechte und des Patientenschutzes tangiert, wird die Patientenbeauftragte bei Gesetzgebungs- und Verordnungsvorhaben beteiligt. Vorzüge des Amtes werden u.a. im institutionalisierten Politikzugang und in der Chance auf Synergieeffekte in der Zusammenarbeit mit der/dem Behindertenbeauftragten gesehen. Kritische Stimmen verweisen vor allem auf die Größe und Heterogenität des Personenkreises, dessen Belange der/die Inhaber/in des Amtes in Politik und Öffentlichkeit vertreten soll (Hofmann 2003).

Wahlmöglichkeiten

Im Vergleich zu England sind Wahlmöglichkeiten für Patienten - wenn man dabei zunächst an die Wahl zwischen mehreren Leistungserbringern denkt - in der hiesigen Krankenhauspolitik kaum ein Thema. Der Patient hat im Prinzip die freie Krankenhauswahl - mit gewissen Einschränkungen. So muß ein GKV-Patient unter Häusern wählen, die zu Lasten der gesetzlichen Kassen Leistungen erbringen können (Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Kassenverbänden im Land abgeschlossen haben). Zudem kann die Kasse entstehende Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn in der Verordnung ein bestimmtes Krankenhaus genannt wird und der Versicherte ohne zwingenden Grund eine andere Klinik wählt.⁴⁰⁷ Wird das Thema Anbieterwahl unter dem Aspekt der Wahlmöglichkeiten als solcher in die krankenhauspolitische Diskussion gebracht, ist nicht Ausweitung, sondern Einschränkung die Stoßrichtung. Ohne auf seiten der Krankenhäuser viel Gegenliebe zu finden, werden entsprechende Forderungen gelegentlich von Kassenvertretern in mehr oder weniger enger Anbindung an den Wunsch nach selektivem Kontrahieren artikuliert.⁴⁰⁸

Ein aktueller Aspekt betrifft die Frage qualitätsbezogener Wahlhilfen für Patienten. Nach repräsentativen Befragungsdaten aus dem Jahr 2002 sagen 58 % der Deutschen, daß ihnen die zur optimalen Krankenhauswahl erforderlichen Informationen fehlen (Dierks et al. 2006: 18). Große Krankenkassen sind diesbezüglich aktiv geworden. So können sich AOK-Versicherte mit Hilfe eines "Krankenhaus-Navigators" online darüber informieren, wie oft bestimmte Eingriffe im vergangenen Jahr in deutschen Kliniken durchgeführt wurden. Die Angaben seien, so der Chef des AOK-Bundesverbandes, "ein gewisses Indiz, das auch Hinweise auf die Qualität gibt" (zit. n. Skwara 2005a). Der Navigator stelle einen ersten Schritt in Richtung Qualitätstransparenz für Nutzer dar. Krankenhäuser anhand der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte zu vergleichen, setze Expertenwissen voraus. Der Qualitätsbericht der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) sei "nur von einer Handvoll Eingeweihter zu deuten" (ebd.). Als größtes

⁴⁰⁶ Zwischen 2004 und Anfang 2007 gingen rd. 60.000 Fragen und Beschwerden in der Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten ein (Kühn-Mengel 2007a).

⁴⁰⁷ Mit der Gesundheitsreform 2007 haben gesetzlich Versicherte auch ein Wahlrecht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten (deren Auswahl zuvor der Kasse vorbehalten war).

⁴⁰⁸ Einschränkungen der freien Anbieterwahl (Facharzt, Krankenhaus) sind im Rahmen von Hausarztmodellen und Projekten zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V vorgesehen. Patienten können Boni (z.B. geringere Zuzahlungen) als Teilnahmeanreiz offeriert werden. Die Teilnahme ist grundsätzlich freiwillig.

Desiderat wird die fehlende Verpflichtung der Krankenhäuser gewertet, über ihre Ergebnisqualität (Mortalitäts-, Komplikationsraten) zu berichten.

Soweit individuelle Wahlmöglichkeiten in den letzten Jahren durch politische Maßnahmen erweitert wurden, lag dabei der Versicherungsmarkt im Blick. Das GSG eröffnete mit Wirkung zum 1. Januar 1997 allen GKV-Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenkassen.⁴⁰⁹ Zuvor konnten lediglich Angestellte, freiwillig Versicherte und eine kleine Zahl von Arbeitern zwischen verschiedenen Kassen wählen. Die Neuregelung sollte Arbeiter und Angestellte in puncto Wahlmöglichkeiten gleichstellen und den Kassenwettbewerb forcieren. Tatsächlich nutzten viele Versicherte die neuen Wahlmöglichkeiten, wobei die Höhe der Beitragssätze das primäre Motiv bildete, mit großem Abstand gefolgt von service- und angebotsbezogenen Gründen (vgl. Dierks et al. 2006: 13). Ein klarer Zusammenhang besteht zwischen Wechselbereitschaft und Bildungsniveau (ebd.). Im Jahre 2000 entschieden sich 1,2 Mio. GKV-Mitglieder für eine andere Kasse, in erster Linie junge und gesunde, kaum alte und kranke Menschen (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 265). Umfragen zufolge zogen 2001 gut 21 % der GKV-Versicherten "ernsthaft" einen Kassenwechsel in Erwägung (Dierks et al. 2006: 13). Wettbewerbsverlierer waren von Anfang an die Ortskrankenkassen,⁴¹⁰ nach einigen Jahren gerieten aber auch große Ersatzkassen auf die Verliererseite. Wettbewerbsgewinner fanden sich namentlich unter den Betriebskrankenkassen. Wettbewerbsvorteile konnte eine Krankenkasse vor allem qua Risikoselektion erlangen, zumal der Risikostrukturausgleich (RSA) nicht (oder nur sehr indirekt) morbiditätsorientiert war. Es drohten wachsende Beitragssatzdifferenzen und weitere Positionverschlechterungen der Kassen mit ohnehin schon hohen Anteilen "schlechter Risiken". Kassenwahlrecht und RSA wurden deshalb 2001 reformiert, ohne die freie Kassenwahl in der Substanz zu beschränken.⁴¹¹

Erweitert wurden auch die tarifarischen Entscheidungsspielräume der gesetzlich Versicherten. Das GKV-WSG 2007 räumt die Möglichkeit, Tarife mit Selbstbehalt oder Prämienzahlungen zu wählen, nicht mehr nur freiwillig Versicherten, sondern allen Mitgliedern ein.

⁴⁰⁹ Die (weitgehend) freie Kassenwahl bei Kontrahierungszwang war - zusammen mit dem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich - von der SPD bei den Konsensverhandlungen mit der CDU/CSU gegen den Widerstand von Ersatz- und Betriebskrankenkassen durchgesetzt worden.

⁴¹⁰ Sie verloren "im ersten Jahr der Wahlfreiheit knapp 400.000 Mitglieder vor allem an die Ersatzkassen, das sind ca. 1,8 % ihrer gesamten Versicherten" (Bandelow 1998: 33).

⁴¹¹ Die Maßnahmen: Aussetzung der Kassenwahl bis zum 31.12.2001; Einführung einer generellen sechswöchigen Kündigungsfrist - Pflichtversicherte konnten zuvor nur per 30.09. zum Jahresende kündigen - und einer achtzehnmonatigen Mindestbindung. RSA: Eine Kasse erhält zusätzliche Mittel, wenn chronisch Kranke an Disease-Management-Programmen teilnehmen. Überschreiten die Behandlungsausgaben für einen Patienten einen bestimmten Schwellenwert, werden die darüber liegenden Kosten zu 60 % aus Mitteln der Solidargemeinschaft aller GKV-Versicherten bestritten. Ab 2009 - nicht, wie ursprünglich geplant, ab 2007 - soll der RSA gänzlich am Morbiditätsstatus der Versicherten ausgerichtet werden.

Beratungsangebote

Die letzten zwei Gesundheitsreformen schlossen verschiedene Maßnahmen ein, durch die der Informations- und Wissenstand des individuellen Nutzers verbessert, seine Kompetenz und Eigenverantwortung gestärkt werden sollen. So enthielt das GMG Regelungen, die Informationsansprüche von Patienten und Versicherten fixieren,⁴¹² und die Gesundheitsreform 2000 schloß Bestimmungen zum Auf- und Ausbau eigenständiger Beratungsangebote ein. Der Gesetzgeber verpflichtete die Spitzenverbände der GKV, durch Modellvorhaben Einrichtungen zu fördern, "die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben" (§ 65b SGB V). Fördermittel können nur an neutrale und unabhängige Einrichtungen fließen. Um der Neutralitäts- und Unabhängigkeitsforderung zu entsprechen, sind ausschließlich auf seiten der Leistungserbringer oder Krankenkassen zu verortende Einrichtungen ebenso von der Förderung ausgeschlossen worden wie kommerzielle Informationsanbieter. Bis 2004 wurden 31 Einrichtungen gefördert, die zumeist über Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, Versorgungswege und Leistungsanbieter informieren. Es finden sich jedoch auch Einrichtungen darunter, die als Patientenvertreter (z.B. Ombudspersonen) fungieren oder Patienten bei mutmaßlicher Fehlversorgung beraten. Gleichwohl ist die mangelnde Unabhängigkeit eines Teils der Projekte kritisiert worden, namentlich der Projekte "mit Anbindung an die Ärztekammern" (Berger 2003: 53). Moniert wird auch, daß die seit drei Jahrzehnten im Zuge der Tätigkeit von Verbraucherzentralen, Patientenstellen und Selbsthilfeorganisationen gesammelten Beratungserfahrungen nicht systematisch aufgearbeitet werden. Zwei zentrale Kritikpunkte betreffen zudem den Mangel an qualitätsbezogenen Daten über Anbieter und Angebote im Gesundheitswesen, auf die sich die Beratung stützen könnte, sowie die fehlende Verknüpfung mit einem Beschwerdemanagement. Die Begleitforschung zu den geförderten Projekten hat deren Beitrag zur Etablierung einer unabhängigen Patientenberatung gewürdigt, aber auch vielfältigen Entwicklungsbedarf beschrieben, etwa hinsichtlich der konzeptionellen und methodischen Fundierung der Angebote, deren Zugänglichkeit und Integration in bestehende Strukturen (vgl. Schaeffer et al. 2005). Dies gilt a fortiori, wenn man anspruchsvolle Zielvorstellungen für die Patientenberatung zum Maßstab nimmt (Schnabel 2001). Im Januar 2007 hat nun der vom Sozialverband VdK, dem Bundesverband der Verbraucherzentralen und dem Verbund unabhängige Patientenberatung gebildete Modellverbund "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" (UPD) offiziell mit der Arbeit begonnen. Die UPD unterhält bundesweit in 22 Orten Beratungsstellen, die kostenfrei in Anspruch genommen werden können. Das politische Ziel, ein von Kassen wie Leistungserbringern unabhängiges Informations- und Beratungsangebot zu etablieren, sei damit, so die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, "in greifbare Nähe" gerückt (Kühn-Mengel 2007a, b).

Patientencharta

Auch Deutschland gehört seit Oktober 2002 (offizielle Übergabe an die Bundesministerinnen für Justiz und Gesundheit) zur Gruppe der Länder, die über eine Patientencharta verfügen. Die

⁴¹² (Zahn-)Ärzte und Krankenhäuser müssen Versicherten auf Wunsch über die erbrachten Leistungen und die der Kasse in Rechnung gestellten Kosten informieren. Versicherte haben einen Informationsanspruch in bezug auf die Höhe der Beiträge und die Verwendung der Beitragsmittel (Verteilung auf Leistungs-, Verwaltungs- und Personalausgaben der betreffenden Kasse).

"Patientenrechte in Deutschland" betitelte Charta stellt wesentliche Rechte und Pflichten im Verhältnis von Patienten und Leistungserbringern zusammen. Beiden Seiten soll sie Orientierungs- und Entscheidungshilfe sein. Ärztliche Patientenunterstützung und aktive Patientenbeteiligung werden dadurch, so die Intention, gefördert. Die Charta wurde unter Beteiligung von Patientenvertretern, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen, Krankenhäusern u.a. unter Federführung der genannten Ressorts formuliert. Damit soll der Charta, die - wie die britische Patient's Charter - keinen Gesetzescharakter hat, zu breiter Akzeptanz verholfen werden. Informationen über etwaige Wirkungen liegen kaum vor. Bei einer im Sommer 2003 durchgeführten Studie zur Selbsthilfe in Deutschland war die Charta knapp 43 % der Befragten bekannt, bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen sank der Anteil auf 27 % (vgl. Dierks et al. 2006: 13).

Als besonderes Desiderat im Bereich Nutzerbeteiligung wird derzeit der Auf-/Ausbau eines effektiven Beschwerdemanagements gesehen (Skwara 2005b). Dabei liegen neben der Stärkung der Nutzerposition potentielle Qualitätsgewinne im Blick, die durch systematisch ausgewertete und an die Krankenhäuser zurückgemeldete Mängelinformationen erzielt werden könnten (Dierks et al. 2006. 15).

Zusammenfassung

Fassen wir abschließend die wichtigsten Entwicklungen der deutschen Krankenhauspolitik nach der Finanzierungsreform 1972/73 noch einmal zusammen. In ordnungspolitischer Hinsicht bildet die Korporatisierung des Krankenhausesektors den primären Entwicklungsstrang, d.h. die Etablierung einer staatlich konditionierten, auf Bundes- und Landesebene zentralisierten Steuerung durch Anbieter- und Kassenverbände. Diese Entwicklung geht - entgegen mancher Politikintention - kaum zu Lasten der Länder, die ihre Einflußmöglichkeiten weitgehend sichern konnten. Zugleich ist die krankenhauspolitische Präsenz des Bundes als Hintergrundinstanz korporativer Steuerung wie im Wege direkter Intervention beträchtlich gewachsen. Damit ist die Governance des Krankenhausesektors heute durch ein deutliches Mehr an zentraler Steuerung gekennzeichnet. Die wettbewerbsstiftenden Elemente sind dagegen noch relativ schwach ausgeprägt. Zwar werden der Vergütungsreform auch diesbezüglich stimulierende Effekte zugeschrieben, auf der anderen Seite läßt das DRG-System in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung jedoch keinen Preiswettbewerb zu. Der Kassenwettbewerb kann unter den gegebenen Bedingungen - Krankenhausplanung der Länder, Verpflichtung der Kassen, Versorgungsverträge mit Krankenhäusern "einheitlich und gemeinsam" zu schließen oder zu kündigen - schwerlich auf den Krankenhausesektor durchschlagen, und auch der intersektorale Wettbewerb hat bislang kaum Fahrt aufgenommen.

Wenn die wichtigste Entwicklung ordnungspolitisch in der Korporatisierung des Sektors besteht, liegt sie finanzierungspolitisch in der Vergütungsumstellung auf Fallpauschalen. Von ihr erhofft man sich (weiter) sinkende Verweildauern, eine Reduktion des Bettenbestandes, Effizienz- und Qualitätsgewinne durch Angebotsspezialisierung und -konzentration sowie eine verstärkte intersektorale Kooperation. In der Debatte um diese Reform ist vielfach auf Qualitäts- und Rationierungsrisiken hingewiesen worden. Daß in deutschen Krankenhäusern im Gefolge von Budgetierungen und Vergütungsreform in der einen oder anderen Form rationiert wird, steht außer Frage, wengleich praktisch keine generalisierbaren Aussagen zum Ausmaß der Rationierung vorliegen.

Soweit im Krankenhaus rationiert wird, dürfte dies überwiegend implizit geschehen. Mit der Einführung einer formalisierten Methodenbewertung im stationären Sektor ist jedoch ein für Zwecke expliziter Rationierung nutzbares Instrument etabliert worden. HTA-Entscheidungen, die sich den Rationierungsvorwurf zugezogen haben, betreffen bislang primär die vertragsärztliche Versorgung. Aber auch im Krankenhausbereich mag sich ein "Mix" aus impliziter und expliziter Rationierung entwickeln. Dem Gemeinsamen Bundesausschuß sind neben der Methodenprüfung auch die von der Selbstverwaltung auf Bundesebene zu erfüllenden Aufgaben in der Qualitätssicherung übertragen worden. Was das institutionalisierte Themenspektrum der Krankenhauspolitik angeht, ist die Karriere der Qualitätsthematik sicher die markanteste Entwicklung. Hatte die Qualitätspolitik des Bundes zunächst ganz auf die Selbstverwaltung gesetzt, hat seit einigen Jahren auch und gerade mit Blick auf das Feld der Qualitätssicherung eine zurückhaltende Einschätzung der korporativen Koordination an Boden gewonnen. Die Pläne, ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin zu errichten, reflektieren diese Sicht. Bekanntlich sind diese Pläne gescheitert. Die aktuelle Diskussion wird eher von der Frage bestimmt, wie Wettbewerbskräfte in Ergänzung zur korporativen Steuerung als Qualitätsfaktoren nutzbar gemacht werden können.

Zum instrumentellen Repertoire der Qualitätssicherung zählen Behandlungsleitlinien. Deutschland verfügt inzwischen über einen immensen Bestand, von dem jedoch nur ein kleiner Teil dem Standard der "evidenzbasierten Konsensusleitlinie" genügen kann. Die Steuerungswirkung vieler Leitlinien ist gleichfalls fragwürdig. "Guidelines are here to stay" gilt jedoch auch für Deutschland, und zumindest im Rahmen von Programmen, die auch die anderen Steuerungsfunktionen abdecken, werden Behandlungsleitlinien gewiß zu größerer Wirkung gelangen. Über das vor einigen Jahren auch für den stationären Sektor institutionalisierte HTA wird die evidenzbasierte Medizin ebenfalls an Bedeutung gewinnen. Daß "Evidenz" dadurch in ganz anderer Weise zur politisierten Größe werden kann, zeigt der Konflikt um die Verfahrensordnung des G-BA.

Die Krankenhäuser reagieren auf den Wandel ihrer ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen mit Änderungen der Rechtsform, Umstrukturierungen der Leitungsorganisation, Managementintensivierung, Leistungsausgliederungen, Kooperationen. Durch die Privatisierung vor allem öffentlicher Häuser verändert sich zudem die Trägerstruktur des Sektors.

Sieht man von den seit langem eingeführten Sozialwahlen ab, ist die politische Nutzerbeteiligung eine noch junge Entwicklung, die ihren Niederschlag in Regelungen zur Gremienbeteiligung und der Installierung einer Patientenbeauftragten gefunden hat. Hinzu kommen Bestimmungen, die auf die Kompetenzsteigerung des individuellen Nutzers zielen, so die Regelungen zur Förderung einer unabhängigen Patientenberatung.

11 Resümee und Diskussion

Im Rückblick auf die 1970er Jahre zeigen sich bei beiden Ländern starke Veränderungen, aber auch gewichtige Elemente der Kontinuität. Angebot und Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen unterliegen parallelen Trends: schrumpfende Bettenkapazitäten, wachsende Fallzahlen, sinkende Liegezeiten. Politisch hat sich das wohlfahrtsstaatliche Kernprinzip - bedarfsbestimmter Leistungszugang für die gesamte Bevölkerung - als Gestaltungsprämisse durchgehalten. Die Regelung der Mittelaufbringung ist im Grundsatz ebenfalls unverändert geblieben. Nach wie vor hat Deutschland eine "duale" Krankenhausfinanzierung. Zwar wird der Wechsel zur "Monistik" seit Jahr und Tag als Reformthema gehandelt, und die breite Umstellung der Leistungsvergütung auf Fallpauschalen hat dieser Diskussion neuen Schwung gegeben. Monistik-Befürworter (insbesondere auf Seiten der Kassen, unter Bundespolitikern und Ökonomen) halten die Aufgabe des dualen Finanzierungssystems für unabdingbar. Sie verweisen auf Investitionsstau, Vergütungsreform und Tendenzen zur Versorgungsflexibilisierung (z.B. Herrmann 2007).⁴¹³ Mit einer baldigen Aufgabe des dualen Systems ist gleichwohl kaum zu rechnen. Die Gesundheitsminister der Länder votierten unlängst klar gegen einen solchen Schritt (GMK 2007). Innerhalb der dualen Finanzierung haben sich freilich die Anteile verschoben, das Gewicht der (steuerfinanzierten) Investitionen ist im Verhältnis zu den (beitragsfinanzierten) Nutzungskosten drastisch gesunken. Auf der anderen Seite bringt die aktuelle Gesundheitsreform aber den Einstieg in eine weitergehende Teilfinanzierung von Behandlungskosten aus Bundesmitteln. In England ist der Staatshaushalt unangefochten die wichtigste Finanzierungsquelle des NHS geblieben, und nichts deutet darauf hin, daß sich daran in näherer Zukunft etwas ändern könnte. Allerdings hat die Entscheidung, das Ausgabenwachstum der letzten Jahre wesentlich über die Sozialversicherung zu finanzieren, deren Anteil am NHS-Budget auf mehr als 18 % steigen lassen (1997/98: 12 %).⁴¹⁴

Was die Trägerstruktur des Krankensektors betrifft, so dominieren in England auch im Jahre 2007 öffentliche Einrichtungen. Deren Verfassung und Aufgabenumwelt haben sich jedoch gravierend verändert. Zudem ist die Dominanz der öffentlichen Trägerschaft nicht mehr so ausgeprägt, da heute auf dem NHS-Markt für elektive Leistungen eine - ordnungspolitisch gewollte - "mixed economy" öffentlicher, verselbständigter öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privat-gewinnorientierter Kliniken agiert, die mit der Monokultur der siebziger Jahre augenfällig kontrastiert. Wenngleich die faktische Versorgungsbedeutung privater Anbieter noch immer gering ist, hat New Labour (ab 2002) deutlicher als die Konservativen zu Zeiten Margaret Thatchers Distanz zum klassischen NHS-Konzept der Verknüpfung von öffentlicher Finanzierung und öffentlicher Leistungserbringung genommen. Auch in Deutschland hat sich die Trägerstruktur gewandelt, vor allem durch den Bedeutungszuwachs privater Anbieter. Organisation und Aufgabenumwelt der hiesigen Krankenhäuser haben ebenfalls beträchtliche Veränderungen durchlaufen, wobei die politische Urhebererschaft in organisatorischer Hinsicht indirekter ist. Organisationsregelungen sind Teil der "governance", der sozialen Steuerung der

⁴¹³ Auch der Sachverständigenrat hat sich wiederholt für ein monistisches Finanzierungssystem ausgesprochen (s. SVRKAiG 2003b: Ziff. 946).

⁴¹⁴ Der Budgetanteil, den "Gebühren und sonstige Einkünfte" beisteuern, ist dagegen zwischen 1997/8 und 2007/8 um knapp ein Drittel auf gut 4 % gesunken.

Gesundheitsversorgung. Deren Wandel im englischen Krankenhauswesen galt das Interesse dieser Arbeit. Die wichtigsten Befunde seien abschließend noch einmal im Vergleich mit Deutschland resümiert.

Institutionelle Anreicherung

Wie im letzten Kapitel gezeigt, kann die deutsche Governance-Entwicklung als "institutional enrichment" charakterisiert werden: Ausweitung des versorgungspolitischen Gegenstandsfeldes, namentlich um die Qualitätsthematik; Korporatisierung; Einführung einer Methodenbewertung und behandlungsbezogener Standardisierungsinstrumente: Leitlinien, klinische Pfade, sektorenübergreifende Versorgungsprogramme; Verankerung wettbewerbsstimulierender Elemente; Schaffung neuer Formen der Nutzerbeteiligung.

Die Steuerungsentwicklung des englischen Krankenhausesektors läßt sich ebenfalls als institutionelle Anreicherung beschreiben, auch und gerade in den letzten, von New Labour geprägten Jahren. Es werde keine Rückkehr zu den "old centralised command and control systems of the 1970s" geben, hatte das erste NHS-Weißbuch der Ära Blair verkündet (DH 1997: 2.1). Auf die siebziger Jahre ist New Labour tatsächlich nicht zurückgegangen. Wäre das geschehen, gäbe es im heutigen NHS allerdings nicht mehr, sondern weniger hierarchische Steuerung. Denn wer in der NHS-Historie nach "command and control" sucht, wird gerade in ihrem jüngsten Abschnitt viel eher fündig als in den Annalen der Siebziger. Blair-Regierungen haben ein zentrales Leistungsmanagement installiert, das - teils an Maßnahmen konservativer Regierungen anknüpfend, teils Neuland betretend - wesentlich auf "top-down mechanisms" (Stevens 2004: 40) rekurriert. Diese Leistungssteuerung soll Zugang, Behandlungsqualität und Kosteneffektivität im NHS verbessern. Sie umfaßt Entscheidungsvorgaben (Ziele, Standards, Empfehlungen), spezifische Verhaltensanreize und Mechanismen zur Umsetzungskontrolle. Zentrale Steuerungsträger sind neben der Regierung "public bodies" wie insbesondere das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und die Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI/Healthcare Commission). Es handelt sich um ein Mischregime, das Elemente einer gesellschaftlichen Selbstregelung enthält, die freilich kraft konstituierender staatlicher Intervention und in enger Verknüpfung mit Steuerungsbeiträgen der Regierung bzw. des Staates stattfindet. So stammen die Ziele und Standards, an denen die Healthcare Commission NHS-Organisationen mißt, nicht von ihr, sondern vom Gesundheitsministerium. Und die Verhaltenswirkungen von NICE-Empfehlungen bei NHS-Finanziers dürften oft weniger der Autorität und Überzeugungskraft des Instituts als der gesetzlichen Umsetzungsvorschrift geschuldet sein.

Neben der Etablierung eines zentralen, zunächst ministeriell, dann im Zusammenwirken von Gesundheitsministerium und regierungsexternen Körperschaften betriebenen Leistungsmanagements sind vor allem der "purchaser/provider split" und die Einführung von Marktelementen als institutionelle Innovationen zu nennen. Der in den frühen neunziger Jahren errichtete "interne Markt" entwickelte sich freilich schnell zu einer Veranstaltung, bei der die Regierung Wettbewerbsanreize und Bewegungsspielräume im Interesse politischer Ziele noch über das von Beginn an erwartbare Maß hinaus einschränkte. Nach dem Machtwechsel wurde das Marktexperiment offiziell beendet, der purchaser/provider split jedoch nicht rückgängig gemacht.

Allerdings sollte die Betonung auf Kooperation (zwischen Anbietern und Käufern wie zwischen verschiedenen Anbietern) und nicht auf Wettbewerb liegen, wenngleich als letztes Mittel die Möglichkeit des Anbieterwechsels bestand. Ab 2002 schlug New Labour dann eine erklärte Marktpolitik ein, die qua "patient choice" auch die Nutzerbeteiligung forcieren soll. Aber auch der "neue Markt" operiert in einer Umwelt, die durch hierarchische Intervention, Verhandlungen und professionelle Selbstregelung bestimmt bleibt.

Man kann festhalten, daß die sektoralen Regelungsstrukturen beider Länder in mehrfacher Hinsicht - Gegenstände, Steuerungselemente, Organisationsstrukturen, Beteiligtenkreis - "reicher" geworden sind. Die Einführung marktlicher oder wettbewerbsstimulierender Steuerungselemente bildet dabei eine Gemeinsamkeit,⁴¹⁵ die Errichtung staatsnah verfaßter Gremien, die auch in langjährige Domänen professioneller Selbstregelung eindringen, eine weitere. Die direkte politische Intervention, auch in Deutschland eine Zuwachsgröße, hat allerdings in England als zentrales Leistungsmanagement⁴¹⁶ eine Form und Dichte gewonnen, die hierzulande ohne Äquivalent ist.

Verstärkung zentraler Steuerung

Faßt man die englische und deutsche Krankenhauspolitik der letzten 25 Jahre ins Auge, zeigt sich in beiden Ländern der Ausbau zentraler Steuerung als wesentliches Entwicklungsmerkmal. "Zentrale Steuerung" bezieht sich hier nicht nur auf politische Steuerung im engeren Sinne, sondern auch auf (zentralisierte) Koordinationsleistungen nichtstaatlicher Akteure.⁴¹⁷ Soweit sie handlungsbestimmend wirken, gehören deshalb auch fachgesellschaftliche Behandlungsleitlinien, die seit den neunziger Jahren in beiden Ländern zu umfänglichen Beständen angewachsen sind, in diesen Kontext.

Wenngleich England sich hinsichtlich der Verstärkung zentraler Steuerung noch markanter profiliert, ist der Befund auch für Deutschland eindeutig. Neben der direkten Einflußnahme des Bundes auf die Ausgabenentwicklung der GKV⁴¹⁸ ist hier vor allem die über Regierungswechsel hinweg betriebene Korporatisierung des Krankenhaussektors zu nennen. Sie galt der Institutionalisierung auf Landes- und Bundesebene zentralisierter Selbstverwaltungsentscheidungen mit breitem Gegenstandsfeld: Vergütung, Qualitätssicherung, Methodenbewertung. Vielfach ist für den Fall des "Selbstverwaltungsversagens" eine Ersatzvornahme auf dem Verordnungsweg vorgesehen. Ein

⁴¹⁵ Ein wichtiger Unterschied besteht allerdings darin, daß es in England ausschließlich um den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern geht. Den für die Finanzierung seiner Versorgung verantwortlichen Primary Care Trust kann ein NHS-Patient nur durch Umzug wechseln.

⁴¹⁶ Genauer: in Gestalt der unmittelbaren Regierungsanteile daran, insbesondere ministeriell definierter Zielvorgaben und Standards.

⁴¹⁷ Der Zentralisierungsgrad eines Steuerungsbeitrags bestimmt sich nach dem (sozial-)räumlichen Bezugsbereich, für den die betreffende Instanz Entscheidungsprämissen definieren kann, z.B. Gemeinde, Bezirk, Bundesland, gesamtes Staatsgebiet.

⁴¹⁸ Mit der Einführung eines gesetzlich festgelegten bundeseinheitlichen Beitragssatzes (2009) und des auch aus Steuermitteln gespeisten Gesundheitsfonds wird sich die zentralstaatliche Direktintervention auf der Einnahmenseite der GKV ebenfalls intensivieren.

signifikanter Dezentralisierungsvorgang hat demgegenüber nicht stattgefunden. Die Länder haben ihre Planungshoheit erfolgreich verteidigt. Allerdings mag ihre Kapazitätsplanung im Gefolge der Vergütungsreform mehr den Charakter einer Rahmenplanung annehmen.⁴¹⁹

In England ist die zentrale Steuerung der Krankenhausversorgung nach einem kurzen Dezentralisierungs-Intermezzo während der frühen Thatcher-Jahre namentlich durch das zunächst vom Gesundheitsministerium, später zudem von verschiedenen public bodies ausgeübte (zentrale) Leistungsmanagement verstärkt worden. Es schließt die Definition und Umsetzung von National Service Frameworks ein - intersektoral ausgerichteten Versorgungsprogrammen für bestimmte Patientengruppen, deren Entwicklung das Gesundheitsministerium mit Unterstützung externer Referenzgruppen "managt". Bei der Krankenhausvergütung beinhaltet die Einführung von Fallpauschalen insoweit ein zentralisierendes Moment, als die entsprechenden Tarife vom Gesundheitsministerium festgelegt werden. Auf der anderen Seite ist die Regierung seit einigen Jahren bemüht, direkte Interventionen zu reduzieren und die "balance of power" im Gesundheitssektor zugunsten regierungsexterner Regulativorganisationen und lokaler NHS-Akteure zu verschieben. Sie verweist darauf, daß die von ihr geschaffenen Primary Care Trusts heute über mehr als 80 % des NHS-Budgets verfügen (d.h. die entsprechenden Mittel direkt vom Gesundheitsministerium erhalten). Und sie verweist auf ihren "neuen Markt" für elektive Eingriffe mit "patient choice", "payment by results" und einer "mixed economy" konkurrierender Anbieter, darunter die verselbständigten NHS Foundation Trusts, bei denen sich die Regierung den Direktzugriff per Gesetz verwehren ließ. Allerdings: Foundation Trusts werden nicht nur durch "Monitor", einen eigens installierten, unabhängigen Regulierer kontrolliert, sie bleiben auch dem zentralen Leistungsmanagement durch NICE, Healthcare Commission und andere public bodies (sowie der damit verbundenen staatlichen Steuerung) unterworfen. Die Tories hatten ihre Marktreformen ebenfalls als Dezentralisierungsprogramm gesehen, sich mit ihrem Marktmanagement und einer Reihe weiterer Initiativen aber bald in die entgegengesetzte Richtung bewegt. Ob New Labour in Sachen Dezentralisierung auf Dauer erfolgreicher ist, muß sich zeigen. Finanzierungszuständigkeit und politische Verantwortung bleiben zentralisiert, die Politikziele unvermindert anspruchsvoll. Zweifel sind daher erlaubt.⁴²⁰ Zweifel sind auch deshalb erlaubt, weil in der policy community immer wieder (z.B. von der Healthcare Commission) (mutmaßlich) unerwünschte Varianzen thematisiert werden, was im politischen Resonanzfall Reduktionsaktivitäten nicht unbedingt der Regierung, in jedem Fall aber einer "Instanz" mit mindestens auf regionaler Ebene zentralisierter Zuständigkeit nach sich ziehen muß.

⁴¹⁹ Anzumerken ist, daß mit den Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140a-d SGB V) die Möglichkeit einzelvertraglich-dezentraler Vereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern eröffnet wurde. Allerdings muß man sich die relativ geringe Bedeutung integrierter Versorgungsformen vor Augen führen. Zwar nahm Mitte 2006 ca. ein Drittel der zugelassenen Akutkliniken an der integrierten Versorgung teil - ein Jahr zuvor weniger als ein Viertel -, und 16 % hatten konkrete Teilnahmepläne (vgl. BÄK 2007: 32). Die bis 2008 regulär zur "Anschubfinanzierung" einsetzbaren Mittel belaufen sich jedoch auf nicht einmal 1 % der GKV-Leistungsausgaben.

⁴²⁰ Offenbar hat die letzte Regierung Blair den Vorschlag erwogen, Management- und Regulierungsfunktionen vom Ministerium auf eine unabhängige "NHS Agency" zu übertragen (Lewis et al. 2006: 60). Da der territoriale Zuständigkeitsbereich einer solchen Agency dem des Ministeriums entspräche, wäre mit der Realisierung des derzeit wohl nicht mehr aktuellen Vorschlags per se keine Dezentralisierung von Kompetenzen verbunden gewesen.

Standardisierung von Angebots- und Behandlungsaspekten

Vor dem Hintergrund von Diskussionen um das "postcode rationing" und "unerwünschte" Versorgungsvarianzen im NHS hatte sich New Labour das Ziel gesetzt, aus dem Gesundheitsdienst einen wahren "one nation NHS" zu machen. Es war eines der Hauptziele beim Ausbau des zentralen Leistungsmanagements. Standardisierende "guidance" wird heute namentlich vom Gesundheitsministerium (Zielvorgaben, Standards), vom National Institute for Health and Clinical Excellence (Technologiebewertungen, Behandlungsleitlinien) und in Gestalt der schon erwähnten National Service Frameworks (transsektorale Versorgungsprogramme) produziert. Primäre Instanz der Umsetzungskontrolle ist die Healthcare Commission. In Deutschland bilden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV und - mit für die Krankenhäuser randständiger Bedeutung - (sektorenübergreifende) Disease-Management-Programme einschlägige Entscheidungsprämissen. Hinzu tritt in beiden Ländern ein umfängliches Aufkommen an fachgesellschaftlichen Leitlinien (mit weithin unklarer, vermutlich oft geringer Wirkung).

Klinikinterne Aktivitäten zur Standardisierung von Versorgungsaspekten nehmen ebenfalls zu. (Interne) Leitlinien und Behandlungspfade fungieren hier als die wesentlichen Instrumente der Ablauf- und Schnittstellenrationalisierung. In der Verknüpfung mit Kostendaten machen Standardisierungsvorgänge Behandlungsabläufe einem betriebswirtschaftlichen Controlling zugänglich. Wichtigste Auslöser und Verstärker entsprechender Maßnahmen sind Veränderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen, speziell die Einführung fallpauschalierter Entgelte, durch die Verweildauern zur kritischen betriebswirtschaftlichen Größe werden. Auch als Medien ablauforganisatorischer Gestaltung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg kommt vor allem Behandlungspfaden zumindest potentiell großes Gewicht zu.

Vorangetrieben werden Standardisierungsprozesse unter ökonomischen (Kosteneffektivität, Kostenbegrenzung/-senkung) wie qualitätsbezogenen Gesichtspunkten (Reduktion qualitätsabträglicher Variabilität im Leistungsgeschehen). Der potentielle Konflikt zwischen ökonomisch bestimmter Standardisierung und Qualitätskriterien ist Gegenstand einer ausgiebigen Diskussion (vgl. etwa Kühn 2003). Auf nationaler Ebene sind über ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot hinausgehende ökonomische Orientierungen in England früher verankert worden und bislang deutlicher ausgeprägt. So müssen Technologiebewertungen und Behandlungsleitlinien des NICE ausdrücklich die Kosteneffektivität der Ressourcennutzung im Blick haben. Allerdings gehört die Etablierung einer Kosten/Nutzen-Bewertung zum Maßnahmenpaket der aktuellen deutschen Gesundheitsreform.

Ökonomisierung

Ein wichtiger Merkmalsbereich der Steuerungsentwicklung läßt sich mit dem (Sammel-)Begriff "Ökonomisierung" kennzeichnen, der hier die Institutionalisierung von Entscheidungsprämissen - z.B. Rollenerwartungen, Aufgaben, Standards, Empfehlungen, Verhaltensanreize - ökonomischen

Inhalts bezeichnen soll.⁴²¹ In der Folge können "außermonetäre Zielstellungen, Motive und Handlungskalküle zurückgedrängt" werden (BÄK 2007: 23).

Im klassischen NHS bilden vorgegebene Budgets und die Verpflichtung zum jährlichen Finanzausgleich die zentralen ökonomischen Rahmenbedingungen organisationalen Handelns. Die Anfänge der für den heutigen NHS über Budgetierung und Ausgleichspflicht hinaus bedeutsamen Ökonomisierungslinien liegen in den frühen achtziger Jahren, als die Regierung Thatcher ihre Bemühungen um "value for money" verstärkte. 1983 veröffentlichte das Gesundheitsministerium auf Routinedaten basierende Leistungsindikatoren, die um das Thema wirtschaftliche Ressourcennutzung kreisten. Krankenhäuser und Health Authorities konnten mittels dieser (qualitätsblinden) Indikatoren etwa in Hinsicht auf Fallkosten, Verweildauern und (quantitative) Personal/Patienten-Relationen verglichen werden. Die Indikatoren waren als Orientierungspunkte für eine vergleichende Selbstbeobachtung der Health Authorities und als Kriterien für die zeitgleich eingeführte, alle NHS-Ebenen einschließende performance review gedacht, die Fortschritte bei der Umsetzung jährlicher Zielvereinbarungen zum Gegenstand hatte. Die NHS-Instanzen sollten Indikatoren-Hinweise auf potentielle Problembereiche untersuchen und wo nötig Abhilfe schaffen. Zudem verlangte die Regierung von ihnen, jedes Jahr durch geeignete Maßnahmen (z.B. Reduktion administrativer Kosten, Ausgliederung von Leistungen) "efficiency savings" zu erzielen. Ab 1992 gab London dann Effizienzsteigerungsziele vor, erst 2 %, dann 3 %. Diese Praxis wurde nach dem Machtwechsel 1997 beibehalten, wobei die Werte zwischen 2 % und 3 % schwank(t)en. Bei der Fallpauschalen-Berechnung wird derzeit ein "Effizienzfaktor" von 2,5 % angesetzt.

New Labour hat die Infrastruktur des (zentralen) Leistungsmanagements um regierungsexterne public bodies wie das NICE und die Healthcare Commission erweitert. Ein Teil der Aktivitäten dieser Organisationen ist unter der Überschrift "Ökonomisierung" einschlägig: NICE-Empfehlungen, soweit sie vom Gesichtspunkt der Kosteneffektivität bestimmt werden; Inspektionen, Untersuchungen und Leistungsbewertungen der Healthcare Commission, soweit sie a) die Umsetzung nationaler Vorgaben (regierungdefinierte Ziele und Standards, NICE-Empfehlungen, National Service Frameworks) mit ökonomischen Inhalten und b) weitere Aspekte der Ressourcennutzung unter ökonomischen Kriterien zum Gegenstand machen. Schon seit längerem erfüllen die Audit Commission und das National Audit Office im englischen Gesundheitssektor ökonomische Kontroll- und Bewertungsfunktionen auch jenseits einzelbetrieblicher Wirtschaftsprüfungen. Das Themengebiet dieser Organisationen ist die Nutzung öffentlicher Gelder.

Auch der "managerialism" im NHS mit seiner Orientierung an Strukturen, Grundsätzen und Methoden privatwirtschaftlicher Unternehmensführung beginnt in den achtziger Jahren. Geschäftsführer (General Managers, später Chief Executives) traten an die Stelle kollegialer Leitungsorgane, und in privaten Unternehmen verbreitete Managementtechniken fanden Eingang in die Krankenhauswelt des NHS. Um Ärzte - speziell auch in ökonomischer Hinsicht - stärker ins

⁴²¹ Im Anschluß an Achinger hat v. Ferber den Begriff in den 1960er Jahren zur Leitkategorie einer kritischen Betrachtung der Sozialpolitik ausgeformt (Ferber 1967). Im vorliegenden Text hebt der Begriff nicht auf die Art der Leistungen und die Beziehungen des Politikfeldes zu Wirtschaftssystem und Wirtschaftspolitik, sondern auf Entwicklungen der Versorgungssteuerung ab - die aber natürlich durch die eben genannten Umweltbeziehungen des Politikbereichs mitbestimmt werden.

Management der Krankenhäuser einzubinden, wurden Leitungsstrukturen gebildet, in denen die unmittelbaren Leistungserbringer Budgetverantwortung übernahmen.

Die Mitte der achtziger Jahre installierten General Managers erhielten als erste Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes leistungsbezogene Gehälter. Auch bei der Krankenhausvergütung versucht die NHS-Politik heute, Entgeltregelungen stärker als spezifische Handlungsanreize anzulegen. Die in England eingeführten Fallpauschalen ermöglichen als institutioneller Bestandteil des "neuen Marktes" "payment by results": Krankeneinkünfte hängen von Fallzahlen, Fallzahlen von Patientenentscheidungen zwischen konkurrierenden Anbietern ab ("patient choice"). Dieses Arrangement soll ökonomische Anreize setzen, die im Sinne mehrerer Ziele wirken: Effizienzsteigerung durch (Fall-)Kostenreduktion, stärkere Patientenorientierung, Forcierung des Patientendurchlaufs (zur weiteren Reduktion von Wartezeiten).

Auf der Anbieterseite des neuen Marktes findet sich eine "mixed economy" unterschiedlich verfaßter Einrichtungen: NHS Trusts, NHS Foundation Trusts und - teils gemein-, teils gewinnwirtschaftlich orientierte - private Kliniken, deren verstärkten Markteintritt New Labour aus der Überzeugung heraus, daß die Präsenz privater Anbieter konkurrenzstimulierend wirkt, gezielt gefördert hat. NHS Foundation Trusts bleiben öffentliche Einrichtungen, dürfen aber Überschüsse einbehalten. Deren Verwendung ist auf Zwecke der Infrastruktur- und Leistungsverbesserung beschränkt, auch NHS-Anbieter sollen jedoch durch ökonomische Chancen und Risiken motiviert werden, ihr "business thinking" zu intensivieren. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, daß sich die Gewichte im unabhängigen Akutsektor - dessen Anteil an der Erbringung von NHS-Leistungen in den letzten Jahren gewachsen ist - zugunsten kommerzieller Anbieter verschoben haben, die heute die Mehrzahl der Betten vorhalten (Baggott 2004: 149f.). Hinzu kommt, daß unternehmenskulturelle Differenzen zwischen gemeinwirtschaftlichen und gewinnorientierten Kliniken in dem Maße zurückgehen mögen, wie auch erstere ihren Bestand in einem Wettbewerbsumfeld sichern müssen.

Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen liegt ebenfalls im Visier ökonomischer Anreize: Beim "practice-based commissioning" wird den Praxen teilnehmender Ärzte ein (anders als zu Zeiten des "internen Marktes" mit seinen "fundholders" nur) nominales Budget zugewiesen, das mit finanziellen Gratifikationen bei sparsamer Leistungsveranlassung verknüpft ist.

Mit dem internen Markt, der von der damaligen Labour-Opposition heftig attackiert worden war, hatten die konservativen Regierungen Thatcher und Major erstmals marktliche Steuerungselemente im NHS institutionalisiert. Heute ist die Überzeugung, Wettbewerb und ökonomische Anreize auch in einem auf Bedarfsdeckung ausgerichteten Gesundheitsdienst nutzen zu können (oder zu müssen), über Parteigrenzen hinweg verbreitet. Gleichwohl ist New Labours Marktpolitik umstritten. Zwar regt sich grundsätzlicher Widerstand in der englischen Parteienlandschaft nur auf Seiten Old Labours, im weiteren Bereich der policy community hat sich jedoch eine ähnlich breite Gegner-Koalition aus professionellen Verbänden und Gewerkschaften formiert wie anlässlich der Thatcherschen Marktreformen. Mit positiven wie negativen Konnotationen haben wettbewerbliche oder marktliche Ordnungsideen auch in der versorgungspolitischen Diskussion Englands "einen

nahezu mythischen Status" erlangt.⁴²²

Ökonomisierungsphänomene lassen sich in England nach dem eben Gesagten für alle Teilfunktionen sozialer Steuerung konstatieren (vgl. Kap. 1): *guidance* - ökonomische Inhalte von NICE-Empfehlungen, National Service Frameworks, regierungsdefinierten Zielen und Standards; *control* - gezielter Einsatz monetärer Verhaltensanreize ("payment by results", ökonomische Chancen (Erzielung/Einbehaltung von Überschüssen) und (Verlust-)Risiken für autonomisierte Krankenhäuser, leistungsorientierte Gehälter und Bonussysteme,⁴²³ interne Budgets);⁴²⁴ *evaluation* - ökonomisch ausgerichtete Teile der Inspektionen, Untersuchungen, Leistungsbewertungen zunächst der CHI, heute der Healthcare Commission. Eine Angebotsbewertung durch Nachfrager anhand von Preisunterschieden fand auf dem internen Markt in begrenztem Umfang statt. Das Payment-by-results-System des neuen Marktes, das heute etwa zwei Drittel der Krankenhausleistungen abdeckt, arbeitet jedoch mit zentral (vom Gesundheitsministerium) festgelegten Entgelten.

Die Frage nach Ökonomisierungstendenzen im deutschen Krankenhauswesen zieht neben der Budgetierungspolitik zunächst die Vergütungsreform in den Blick, also die Ablösung krankenhausesindividuell vereinbarter, tagesgleicher Pflegesätze durch landes-/bundesweit festgelegte Fallpauschalen. Kostenrisiken werden damit auf die Leistungserbringer verlagert, zugleich eröffnen sich Chancen der Überschußzielung, so daß Krankenhäuser in ganz anderer Weise als früher zur kostenbezogenen Beobachtung interner Abläufe veranlaßt werden. Trotz der Ausgestaltung des DRG-Systems als Festpreissystem und fortbestehender staatlicher Krankenhausplanung ist zudem von einer wachsenden Wettbewerbsintensität auszugehen.

Die Vergütungsreform gehört als Anstoß gebender oder fördernder Faktor zum Bedingungskranz einer Reihe ökonomisierungsträchtiger Entwicklungen: Privatisierung von Krankenhäusern; Rechtsformänderungen mit dem Ziel, der Krankenhausleitung größere unternehmenspolitische Spielräume zu verschaffen; Umstrukturierungen der Leitungsorganisation (Geschäftsführer/Doppelspitze statt Dreierdirektorium); Ausbau und Verfeinerung des betrieblichen Finanz- und Rechnungswesens (Finanzcontrolling, Kostenträgerrechnung, interne Budgetierung).

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde nicht nur die Einführung eines umfassenden Fallpauschalen-

⁴²² So Hartmann mit Blick auf die Niederlande und Deutschland (Hartmann 2002: 259).

⁴²³ Eine jüngst veröffentlichte Studie ist der Frage nachgegangen, wie sich ein 2004 im niedergelassenen Bereich mit qualitätspolitischer Intention eingeführtes Bonussystem (über organisatorische Variablen) auf Autonomie und Motivation von Ärzten und Pflegekräften auswirkt. Das Anreizsystem stieß bei den befragten Professionals durchweg auf Akzeptanz, weil es an bereits eingeführte Regelungen anknüpft und mit professionellen Handlungsorientierungen kompatibel ist. Die Forscher(innen) selbst betonen die mangelnde Generalisierbarkeit ihrer Arbeit: qualitative Methodik, Beschränkung auf zwei wegen guter Zugangsbedingungen ausgewählte Praxen, kurzer Untersuchungszeitraum (fünf Monate) (McDonald et al. 2007).

⁴²⁴ Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch die mit den Marktreformen der frühen neunziger Jahre eingeführten sechsprozentigen "capital charges", die zum ökonomischen Umgang mit Anlagegütern motivieren sollen. Bis zur Einführung dieser Gebühr konnten NHS-Krankenhäuser Anlagegüter "kostenlos" nutzen. Dementsprechend fehlte ein Anreiz, Investitionsvorhaben ökonomisch zu planen oder das Anlagevermögen wirtschaftlich einzusetzen.

schalensystems eingeleitet, sondern auch eine Methodenbewertung im Krankenhaussektor eingeführt und als Selbstverwaltungsaufgabe verankert. Zunächst war der (im Rahmen besagter Reform gebildete) Ausschuß Krankenhaus zuständig, seit 2004 obliegt die Methodenbewertung dem Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA). Da das Gesetz die Arbeit des Ausschusses und des ihm zuarbeitenden Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auch am Kriterium der Wirtschaftlichkeit ausrichtet, ist damit zugleich eine neue Arena für die Produktion ökonomisch orientierter Entscheidungsprämissen geschaffen worden. Allerdings bestehen im Vergleich zum englischen NICE noch gewichtige Einschränkungen.

Zwar wird mit der Gesundheitsreform 2007 die Möglichkeit eröffnet, das IQWiG auch die Kosten von Arzneimitteln bewerten zu lassen (was zuvor ausgeschlossen war). Das impliziert jedoch nicht, daß ein neues, eine Behandlungslücke schließendes Medikament, wegen mangelnder Kosteneffektivität aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen werden kann. Die Verfahrensordnung des G-BA sieht diese Möglichkeit zwar vor, um sie zu nutzen, bedürfte es jedoch einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung. Der G-BA ist damit bislang nicht so klar als Rationierungsinstanz positioniert wie das NICE.

Rationierungsentscheidungen können in England auch weiterhin von den lokalen NHS-Finanziers getroffen werden, wenngleich ein aus variierenden Lokalpolitiken resultierendes "rationing by postcode" durch das Wirken einer nationalen Instanz gerade auf ein politisch erträgliches Maß reduziert werden soll. Perspektivisch wird die Bedeutung expliziter Rationierung in Deutschland ebenfalls wachsen, ohne daß deshalb ein Ende der impliziten Rationierung durch Leistungserbringer zu erwarten ist - was mit Sicherheit auch von England gesagt werden kann. In beiden Ländern wird so ein je spezifischer, veränderlicher "Mix" aus expliziten und impliziten Entscheidungen das Rationierungsgeschehen bestimmen. Eine weitere Gemeinsamkeit: Hier wie dort zeigen Regierungen keine Neigung, sich rationierungspolitisch zu exponieren. Staatsnah verfaßte Organisationen zu beauftragen, ist die Strategie der Wahl.

Ökonomisierungstendenzen sind so nicht nur im Zusammenhang mit wettbewerbs-/markt-orientierten Politiken zu beobachten. Namentlich in England werden Entscheidungsprämissen ökonomischen Inhalts auch im Wege hierarchischer Steuerung zum Tragen gebracht. Marktliche und hierarchische Steuerungsformen eint der Umstand, daß sie das Eigeninteresse von Akteuren ansprechen. Im verstärkten Rückgriff auf sie artikuliert sich nicht zuletzt auch eine Ökonomisierung des Menschenbildes der Politik, der entscheidungsleitenden Vorstellungen über die Triebkräfte des Handelns auch jener Akteure, deren professionelles Ethos das Primat uneigennütziger Orientierungen verlangt.

Begrenzung klinischer Autonomie

Die vorstehend thematisierten Entwicklungen sind bei englischen und deutschen Ärzten vielfach auf wenig Gegenliebe gestoßen. Ein Hauptgrund liegt in der wahrgenommenen Einschränkung oder Bedrohung professioneller Autonomie. In England war ein "Konkordat" zwischen Staat und Ärzteschaft Kernelement des politischen Arrangements der NHS-Gründung: Die Ärzteschaft akzeptiert den politisch vorgegebenen Finanzrahmen, kann sich aber innerhalb dieses Rahmens

weitgehend frei bewegen. Das Herzstück professioneller Autonomie ist die "clinical autonomy", die Therapiefreiheit des in Praxis oder Klinik eigenverantwortlich handelnden Arztes. "Clinical autonomy" schließt die Vorstellung ein, daß der Arzt seine Entscheidungsfreiheit im Einklang mit professionellen Standards und Normen ausübt.

Im Grundsatz ist die klinische Autonomie des für den NHS tätigen Arztes bis heute unangefochten. Nie hat eine britische Regierung dieses Prinzip explizit in Frage gestellt. Andererseits mehrten sich ab den frühen achtziger Jahren Maßnahmen, die direkt oder indirekt darauf zielen, ärztliches Handeln stärker an politischen und organisatorischen Relevanzen auszurichten und die für "professionelle Bürokratien" charakteristische kollegiale Koordination (Mintzberg 1983) enger zu "rahmen": Installierung von "General Managers" mit sukzessive erweiterten Handlungsmöglichkeiten; Verlagerung des Vertragsverhältnisses zwischen (leitenden) Krankenhausärzten und NHS von der regionalen auf die lokale (Trust-)Ebene; "Inkorporierung" der Ärzte über klinische Direktorate und Formen interner Budgetierung; Reorganisation der Leitungsgremien nach dem Board-Modell privater Unternehmen.

Im Rahmen von New Labours "clinical governance" wird der Krankenhausleitung dann ausdrücklich eine Qualitätsverantwortung zugewiesen. Diese kann zwar an einen Arzt delegiert werden, bleibt aber als rechtlich fixierte Managementaufgabe eine Organisationsfunktion, die in diesem klassischen Feld professioneller Selbstregulierung zuvor nicht existierte. Die Ausrichtung von NHS-Organisationen an nationalen Vorgaben ist eine weitere Stoßrichtung der Qualitäts- und Zugangspolitik. Sie hat zudem ökonomische Bezüge. Entsprechende "guidance" wird heute sowohl vom zuständigen Ministerium (Ziele, Standards) wie von regierungsexternen Körperschaften und (im Fall der National Service Frameworks) speziellen Arbeitsgruppen formuliert.

Die Leitlinien des NICE sind für den Arzt nicht unmittelbar verbindlich, machen ihn aber im Abweichungsfalle ggf. rechenschaftspflichtig. Durch das Health Technology Assessment des Instituts ist die ärztliche Autonomie insoweit tangiert, als Technologien, von deren Anwendung das NICE (mit Blick auf bestimmte Indikationen) abrät, im NHS in der Regel nicht finanziert werden. Auf der anderen Seite müssen NHS-Finanziers die Umsetzung positiver NICE-Empfehlungen durch die Bereitstellung entsprechender Mittel ermöglichen, was in einer Reihe von Fällen zu schnellerer (Breiten-)Verfügbarkeit in der Versorgung geführt hat. Allerdings soll dies z.T. an anderer Stelle mit einer restriktiveren Finanzierungspolitik erkaufte worden sein, durch die ärztliche Handlungsspielräume möglicherweise eingeschränkt wurden.

Funktionen der Umsetzungskontrolle nimmt die Healthcare Commission wahr. Sie inspiziert NHS Trusts, untersucht (mutmaßliche) Versorgungsmängel und nimmt Leistungsbewertungen vor, deren Ergebnisse veröffentlicht werden. Zwar sind Manager die primären Adressaten von Sanktionsdrohungen, wenn Krankenhäuser als Problemfälle erscheinen, die Drohung generiert jedoch "an obvious imperative for them to seek greater control and surveillance over doctors" (Harrison 2004a: 55).

Befürchtungen, die klinische Autonomie sei gefährdet, sind auch im Zusammenhang mit den Marktpolitiken erst konservativer Regierungen, dann New Labours laut geworden. Tatsächlich war an den "purchaser/provider split" die Erwartung geknüpft, ihrer Verantwortung für die Kranken-

häuser entthobene, zu Leistungskäufern umfunktionierte Health Authorities würden sich aus der "provider capture" lösen und gegenüber selbstverwalteten Krankenhäusern fordernder auftreten als gegenüber den Professionals von ihnen selbst geleiteter Kliniken. Zudem besteht die Sorge, Ärzte könnten sich in einem Wettbewerbsumfeld stärker den vom Management der Häuser definierten Organisationsinteressen unterwerfen müssen, insbesondere wenn sich Chancen der Überschüßerzielung bieten. Noch mehr als Kliniken, die zwar Überschüsse erwirtschaften, aber keine Gewinne ausschütten können, gilt diese Furcht den von New Labour ins Spiel gebrachten profitorientierten Anbietern.

(Potentielle) Einschränkungen professioneller Autonomie infolge management-/marktorientierter Reformen und der politischen Förderung einer "scientific-bureaucratic medicine"⁴²⁵ lassen sich auf allen Dimensionen sozialer Steuerung verorten: *guidance* - z.B. Regierungs-Standards und NICE-Empfehlungen; *control* - insbesondere finanzielle Anreize/Sanktionen; *evaluation* - z.B. Leistungsbewertungen der Healthcare Commission. Inwieweit die entsprechenden Maßnahmen professionelle Entscheidungsfreiheiten im Behandlungsalltag tatsächlich gemindert haben, läßt sich nicht verbindlich sagen. Im Visier öffentlich geäußerter Vorwürfe liegt namentlich das auf den Abbau von Wartelisten und Wartezeiten gerichtete Leistungsmanagement. In anderen Hinsichten vermitteln die vorliegenden Studien eher den Eindruck, daß sich Einschränkungen professioneller Autonomie in Grenzen halten. Allerdings sind die New-Labour-Jahre mit forciertem Leistungsmanagement und neuer Marktpolitik unter diesem Aspekt noch kaum aufgearbeitet.

Deutsche Ärzte klagen ebenfalls über zunehmende Einschränkungen ihrer Therapiefreiheit. Budgetierung und Vergütungsreform, so ein Vorwurf, verengen finanzielle Rahmenbedingungen bis hin zum Rationierungszwang. Darüber hinaus führen Restrukturierungen im Krankenhausmanagement dazu, daß sich leitende Ärzte immer häufiger in der Funktion einer "Schnittstelle zwischen Ökonomie und Medizin" sehen (Rychlik 1999: 28).

Zwar gibt es in Deutschland kein ministerielles Leistungsmanagement mit (auch) ökonomischen Zielvorgaben und Standards, aber der Gemeinsame Bundesausschuß kann Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus der GKV-finanzierten Krankenhausversorgung ausschließen. Wenngleich die umstrittenen Entscheidungen des Gremiums bislang überwiegend die kassenärztliche Versorgung betreffen, wird die solidarergemeinschaftliche Finanzierung des Einsatzes noch nicht evidenzbasierter Methoden in der Krankenhausmedizin durch die Verfahrensordnung des G-BA potentiell enger konditioniert. Zudem erweitert die Gesundheitsreform 2007, wie schon erwähnt, den Normierungsauftrag an G-BA und IQWiG um die Kosten/Nutzen-Bewertung von Medikamenten.

Ob die diversen fachgesellschaftlichen Leitlinien in nennenswertem Umfang als Entscheidungsprämissen wirken, ist auch für Deutschland kaum zu sagen. Studien zum Leitliniengebrauch im Versorgungsalltag sind Mangelware, wecken aber Zweifel. Zweifel sind auch angebracht, weil die

⁴²⁵ Definierendes Merkmal dieses idealtypischen Konzepts ist die Betonung belastbarer wissenschaftlicher Evidenz, die, zu formalisierten Entscheidungsvorgaben verdichtet, durch (professions-)externe, organisationale Implementationsmechanismen handlungswirksam werden soll (Harrison et al. 2002).

Beachtung dieser Empfehlungen im Gesundheitssektor meist nicht kontrolliert oder sanktioniert wird. Meines Wissens existiert auch keine Untersuchung darüber, inwieweit Behandlungsleitlinien qua Rezeption im Rechtssystem ärztliches Handeln beeinflussen.

Sicher ist immerhin, daß ein schlichtes "Ende" ärztlicher Therapiefreiheit weder in England noch in Deutschland zu erwarten steht. Denn selbstverständlich müssen Ärzte Entscheidungsspielräume behalten, um variierenden Fallumständen, Patientenbedürfnissen und -wünschen gerecht werden zu können. Viele Situationen professionellen Handelns sind zudem technologisch schwach strukturiert, was die Normierbarkeit entsprechend einschränkt. Einschränkend wirkt auch der Umstand, daß der Regelungsaufwand bei komplexeren Entscheidungslagen bald kritische Schwellenwerte erreicht. Und last but not least hat die professionelle Autonomie eben auch die politisch nützliche Seite, als Medium impliziter Rationierung fungieren zu können.

Hinzu kommt, daß Ärzte den erwähnten Entwicklungen nicht bar jeder Handlungsmöglichkeit ausgesetzt sind. Je komplexer Regelungssysteme werden, desto mehr Ansatzpunkte bieten sie auch Handlungsweisen, die Regelungsintentionen nicht entsprechen (vgl. Vogd 2006). Außerdem mögen sich (Compliance mit neuen Anforderungen signalisierende) Handlungsdarstellungen und faktische Arbeitsvollzüge in bestimmten Bereichen mehr und mehr entkoppeln (Iseringhausen 2006; Kitchener 1999).

Aber zur Debatte steht ja auch nicht "die" ärztliche Autonomie. Zur Debatte steht, inwieweit (Gegenstände, Aspekte, Kriterien, Normierungstiefe) professionelles Handeln unter formalisierte Entscheidungsprämissen gebracht werden soll, von wem und auf welche Weise diese Vorgaben zu definieren sind und wie man ihre Beachtung gewährleisten kann - ein Thema mit vielen Verzweigungen und Ausläufern, das bei sich wandelnden Rahmenbedingungen immer wieder kontrovers diskutiert werden wird. Sicher ist mithin, daß sich die Autonomiefrage - wie schon seit den neunziger Jahren zu beobachten - zunehmend auf kollektiver Ebene stellt, als die Frage also, wie stark (formalisierte) Prämissen ärztlichen Handelns von der Profession selbst bestimmt werden und in welchem Umfang andere "stakeholders" - Patienten, Bürger, Kostenträger, weitere Gesundheitsberufe - beteiligt sein sollen. Sicher ist schließlich, daß es auch deshalb keine definitive Antwort auf besagte Frage geben kann, weil sich die Janusköpfigkeit professioneller Autonomie grundsätzlich nicht aus der Welt schaffen läßt. Freiräume sind versorgungsnotwendig, können aber immer auch zur Verfolgung von Eigeninteressen genutzt werden.

Politische Steuerungsansprüche

Warum verändert sich die Governance der Krankenhaussektoren in der beschriebenen Weise? Entscheidend ist die Entwicklung politischer Steuerungsansprüche. In Deutschland wird wenige Jahre nach der auf die wirtschaftliche Sanierung und Sicherung der Krankenhäuser ausgerichteten Finanzierungsreform 1972/73 die Begrenzung der GKV-Aufwendungen zum krankenhauspolitischen Zentralthema des Bundes.⁴²⁶ Das Schwergewicht im Bedingungsgefüge dieses Politikwechsels bil-

⁴²⁶ Unter dem Gesichtspunkt der GKV-Kosten-Dämpfung waren die in der Folge verabschiedeten "K-Gesetze" allerdings ambivalent. Zwar enthielten sie Maßnahmen zur Begrenzung der GKV-Ausgaben, gleichzeitig gehörten sie jedoch zu einer "Politik des Verschiebepbahnhofs" (Zacher

dete die rapide Verschlechterung der Wirtschafts- und Beschäftigungslage infolge des "Ölpreisschocks" von 1973 mit ihren Ausfalleffekten bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Die bei der Krankenhausfinanzierungsreform bestimmenden Anliegen traten zurück, blieben aber mit den zu ihrer Realisierung getroffenen Regelungen präsent, insbesondere im rechtlich fixierten Prinzip der Selbstkostendeckung. Auch als dieses Prinzip mit krankenhaushausindividuellem Bezug aufgegeben wurde, blieb die Vorstellung wirksam, daß faktisch entstehende Kosten gedeckt werden sollen, sofern sie durch eine bedarfsorientierte Versorgung bedingt sind. Das Kostendämpfungsinteresse fand seinen Niederschlag im sozialrechtlich verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität und in einer ganzen Folge von Maßnahmen zur "Deckelung" der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung.

Ordnungspolitisch führte die Kostendämpfungspolitik zunächst zur Gründung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Wichtiger als diese für den Krankenhausbereich fast bedeutungslose korporatistische Episode ist die Mitte der achtziger Jahre einsetzende "analoge Korporatisierung" - der am Modell des ambulanten Sektors orientierte Auf- und Ausbau von Strukturen gemeinsamer Selbstverwaltung. Der Bund hat die Korporatisierung des Krankenhausesektors unter verschiedenen Zielsetzungen betrieben. Eine Korporatisierungslinie besteht in der Schaffung "paralleler Kompetenzen": Die Länder-Planung sollte "unterlaufen" werden, nachdem Versuche gescheitert waren, die Position speziell der Kassen bei der Krankenhausplanung im Interesse eines beschleunigten Bettenabbaus zu stärken.

Eine zweite Korporatisierungslinie hat qualitätspolitische Bezüge. "Qualitätssicherung" stellt eine bedeutende Ausweitung des Regelungsfeldes dar, die in Deutschland - wie in England - während der zweiten Hälfte der achtziger Jahre beginnt und sich - hier wie dort - nach dem Machtwechsel intensiviert. Zum Hintergrund gehören Qualitätsmängel, die auch durch eine verstärkte Qualitätsforschung deutlicher ins Bewußtsein der (Fach-)Öffentlichkeit treten. In England forcieren in den späten neunziger Jahren verschiedene Medizinskandale das qualitätspolitische Interesse. Qualitätsrisiken anderer Politiken - namentlich der Einführung von Fallpauschalen - entgegenzuwirken, ist in den letzten Jahren ein weiteres qualitätspolitisches Motiv gewesen.

Der Bund setzte in diesem Bereich zunächst ganz auf die Selbstverwaltung als Träger neuer Funktionen, bis mit rot-grünen Plänen, ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin zu errichten, ein anderer Ansatz in die Debatte kam, Regelungsaufgaben zu institutionalisieren. Diese Pläne sind gescheitert. Die Selbstverwaltung behielt die entsprechenden Funktionen (insbesondere Methodenbewertung, externe Qualitätssicherung), die dem (mit der Gesundheitsreform 2003 errichteten) Gemeinsamen Bundesausschuß übertragen wurden. Das GKV-WSG ändert daran grundsätzlich nichts, schreibt jedoch vor, eine fachlich unabhängige Einrichtung mit Entwicklungs- und Durchführungsaufgaben in der externen Qualitätssicherung zu betrauen (§ 137a SGB V), da die von der Selbstverwaltung getragene Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung als nicht hinreichend autonom gilt.

Eine dritte Korporatisierungslinie ist mit der Vergütungsreform verbunden, wo der Selbstverwaltung umfangreiche Aufgaben zufallen. In dieser Reform kommt - ähnlich wie in der Einführung

1984: 3), die das finanzielle Engagement des Bundes in der Renten- und Arbeitslosenversicherung reduzierte und Finanzierungslasten von diesen Sozialversicherungszweigen zur GKV verschob.

einer Kosten/Nutzen-Bewertung für Arzneimittel - ein effizienzorientiertes Steuerungsinteresse zum Ausdruck, dessen Anspruch über die globale Kostendämpfungsorientierung früherer Jahre hinausgeht, ohne daß die Begrenzung des Anstiegs der GKV-Ausgaben deshalb aus dem Blickfeld geraten wäre.

Ein effizienzbezogenes Steuerungsziel bestimmt auch - neben der qualitätspolitischen Zielsetzung - die Regelungen zur "integrierten Versorgung". Ordnungspolitisch ist bemerkenswert, daß das Integrationsrecht Möglichkeiten einzelvertraglicher Regelungen zwischen Kassen und Leistungserbringern (bzw. deren Gemeinschaften) eröffnet, wenngleich die faktische Bedeutung entsprechender Versorgungsformen bis dato gering ist.⁴²⁷

Stichwortartig läßt sich die für die Governance des deutschen Krankenhausesektors bedeutsame Entwicklung staatlicher Steuerungsansprüche nach der Reform 1972/73 also mit der Reihe: Kostendämpfung, Qualität, Effizienz kennzeichnen, wobei es sich nicht um eine Folge einander ablösender Orientierungen, sondern um eine Ausweitung des Blickfeldes mit wechselnden Priorisierungen handelt. Unter Qualitäts- wie Effizienzgesichtspunkten wird seit einigen Jahren auch die Stärkung der Nutzerbeteiligung im Gesundheitswesen betrieben. Politische Initiativen, die von den genannten Steuerungsansprüchen bestimmt werden, sind in erster Linie vom Bund ausgegangen. Die Politik der Länder ist auf der Ebene der "großen" Krankenhauspolitik eher defensiv-prägend gewesen. Trotz Korporatisierung und Vergütungsreform haben die Gliedstaaten ihre Kompetenzen weitgehend verteidigen können.

Kostendämpfung im Sinne einer globalen Ausgabenbegrenzung ist im NHS "technisch" kein Problem. Die Steuerfinanzierung des Gesundheitsdienstes ermöglicht der Regierung eine strenge Begrenzung auf direktem Weg. Eine restriktive Politik kann jedoch über Betroffenenproteste und entsprechende Medienresonanz schwer ignorierbare Folgeprobleme nach sich ziehen. Die Regierung Thatcher hat dies in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zu spüren bekommen. Der "autumn of discontent" 1987 bildete den Hintergrund der ab 1991 umgesetzten Marktreformen, die vor allem auch die Effizienz des Ressourceneinsatzes im NHS steigern sollten.

"Effizienz" war die wichtigste Antwort auf die Frage, wie für notwendig erachtete Leistungsverbesserungen auch bei einer zurückhaltenden Ausgabenpolitik zu erreichen sind. Die Vorstellung, daß die Effizienz der Ressourcennutzung im Gesundheitssektor durch politische Maßnahmen gefördert werden kann und muß, ist auch früheren britischen Regierungen nicht fremd. Als politischer Topos hat sich die Effizienzthematik jedoch erst während der Thatcher-Ära etabliert. In den achtziger Jahren stand das Effizienz-Ziel bei der Entwicklung der ersten Leistungsindikatoren Pate. Es war seither sowohl bei der Weiterentwicklung des zentralen Leistungsmanagements wie auch bei den marktpolitischen Aktivitäten erst konservativer Regierungen, dann New Labours orientierungsleitend. Zwar haben Qualitätsfragen nach dem Machtwechsel 1997 auch unter dem Eindruck verschiedener Medizinskandale relativ an Gewicht gewonnen, "Effizienz" ist jedoch ein Bezugspunkt der NHS-Politik geblieben. Das von der ersten Regierung Blair errichtete NICE steht unter beiden Zielbezügen. Seine Steuerungsbeiträge gehören mit denen anderer public bodies wie der Healthcare Commission zu einer staatlich-gesellschaft-

⁴²⁷ Vgl. Anm. 419.

lichen Hybridsteuerung, die eine ebenso einschneidende Differenz zum institutionellen Design des klassischen NHS bildet wie der purchaser/provider split.

Neben Effizienz und Leistungsqualität ist in England die Reduktion von Wartelisten/-zeiten ein politisches Ziel, das sich besonders unter New Labour in eine Reihe bereichsspezifischer Ziele differenziert und wesentlich zur Intensivierung des Leistungsmanagements beigetragen hat. Zugleich sollen die genannten Ziele nach New Labours "Wende" auch durch marktliche Steuerungselemente bedient werden. Die in diesen Kontext eingebettete "choice agenda" gilt als primäres Mittel, Nutzerorientierung und -beteiligung auf der Ebene des einzelnen Versorgungsverlaufs zu fördern. Mit den anderen Maßnahmen des Bereiches "patient and public involvement" (PPI) steht die choice agenda unter pluralen Zielbezügen. Neben den Eigenwert unter Aspekten der Selbst- und Mitbestimmung tritt die instrumentelle Bedeutung, die PPI im Blick auf (andere) versorgungspolitische Ziele - Zugangsbeschleunigung, Qualitäts- und Effizienzsteigerung - beigelegt wird.

Es sei festgehalten, daß sich krankenhauspolitische Steuerungsansprüche in beiden Ländern ausgeweitet, differenziert und dem Leistungsgeschehen genähert haben. Damit und mit dem Spektrum der eingesetzten Instrumente ist auch die Komplexität des Politikfeldes - Akteure, Zusammenhänge, Konfliktlinien, trade-offs, Interferenzen - gestiegen; und mit den Anforderungen des Politikbereichs der Bedarf an Steuerungswissen - z.B. über Anreizwirkungen oder Umsetzungshindernisse - und kombinatorischer Intelligenz. Eine Politik, die sich direkt oder indirekt (durch Konstituierung/Konditionierung anderer Steuerungsakteure oder selbstregulativer Mechanismen) in Richtung Leistungssteuerung bewegt, hat mehr zu bedenken als eine Politik, die basale rechtliche Voraussetzungen gewährleistet, für Ressourcen sorgt und sich ansonsten zurückhält. Dies trifft in ausgeprägter Weise auf England zu, beschreibt aber auch die deutsche Tendenz. Hinzu kommt, daß eine sektorale Perspektive den versorgungspolitischen Herausforderungen hier wie dort längst nicht mehr gerecht wird (Badura/Feuerstein 1994; Harrison/Dixon 2000; Schott 1997; SVR 2007).⁴²⁸

Die Rolle des Staates

In beiden Ländern hat die Bedeutung des Staates für die Steuerung der Krankenhausversorgung erkennbar zugenommen. Dies gilt zunächst für politische Direktinterventionen. Im Blick auf England sind hier vor allem die ministeriellen Versuche einer gezielten Leistungsbeeinflussung zu nen-

⁴²⁸ Bei einer 2005 in sechs Ländern durchgeführten Patientenbefragung des Commonwealth Fund schnitt Deutschland bei der Frage: "Did the hospital make arrangements for you to have follow-up visits with a doctor or other health care professional?" mit 50 % Nein-Antworten am schlechtesten ab (Vereinigtes Königreich (VK): 19 %, USA: 27 %, Neuseeland: 23 %, Kanada: 30 %, Australien: 23 %). Auch bei der generellen Frage zur Krankenhausqualität ("Overall, how would you rate the quality of care you received during your hospital stay?") war der deutsche Wert schlecht. Mit "excellent" antworteten gerade 9 % der deutschen Patienten (aber 35 % der britischen, 40 % der amerikanischen, 43 % der neuseeländischen, 36 % der kanadischen u. 42 % der australischen). Zählt man die Anteile der Patienten, die die Versorgungsqualität als "very good" einstufen, hinzu, ergeben sich folgende Werte: Deutschland: 48 %, VK: 69 %, Neuseeland: 76 %, USA: 70 %, Kanada: 67 %, Australien: 76 %. Gute Werte für Deutschland ergaben sich bei den Wartezeiten (Commonwealth Fund 2005).

nen, von eher bescheidenen Anfängen in den frühen achtziger Jahren bis hin zum "performance management" mit breitem Gegenstandsfeld und umfänglichen Vorgabenlisten, wie es sich in den ersten New-Labour-Jahren entwickelte. Zwar ist die Regierung seit einigen Jahren bestrebt, ihren Anteil an der zentralen Leistungssteuerung zu reduzieren, er bleibt jedoch eine bedeutende Größe. Auch Steuerungsbeiträge regierungsexterner "public bodies" wie des Foundation-Trust-Regulierers "Monitor" und der Healthcare Commission beziehen sich unmittelbar auf regierungsdefinierte Ziele und Standards. Das Gesundheitsministerium legt in England zudem die fallpauschalierten Entgelte für Krankenhausleistungen fest und gebietet damit über ein wichtiges Mittel zur Verhaltensbeeinflussung.

In Deutschland interveniert der Staat zunächst als Planungsinstanz auf Länderebene direkt. Bis heute haben die Länder den Sicherstellungsauftrag und ihre 1972 rechtlich verankerte angebotssteuernde Rolle behalten. Daß es infolge des zentralstaatlichen Rückzugs aus der Investitionsfinanzierung kaum mehr bundesweit gültige Vorgaben für die Krankenhausplanung gibt, bedeutet deshalb nicht weniger Staat, sondern eine - nicht sonderlich gewichtige - Verschiebung zwischen den staatlichen Ebenen. Die Länderkompetenz in der Krankenhausvergütung wurde dagegen von einer Festsetzungs- zu einer Genehmigungskompetenz abgeschwächt.

Der Bund hat ab den neunziger Jahren mit Budgetierungsmaßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der GKV und mit Ersatzvornahmen (in Fällen, wo die Selbstverwaltung "versagte") direkt interveniert. Mit der Einführung eines generellen, vom Gesetzgeber festzulegenden Beitragssatzes wird die aktuelle Gesundheitsreform den direkten Staatseinfluß zu Lasten einer traditionellen Selbstverwaltungs-Kompetenz der Kassen ausweiten.⁴²⁹

Neben seinen Direktinterventionen hat sich der Staat in England und Deutschland verstärkt als konstitutiver Faktor, Flankierungs- und Hintergrundinstanz sektoraler Regelungsformen ins Spiel gebracht. Mit Blick auf England sind hier die Versuche, Marktelemente in der öffentlich finanzierten Krankenhausversorgung zu institutionalisieren, ebenso zu nennen wie die Steuerungsbeiträge der nach 1997 errichteten public bodies. In Deutschland ist vor allem die Korporatisierung des Krankenhausesektors einschlägig. Die speziell mit der Schaffung nichtstaatlicher Regelungsinstanzen verbundene Politikintention richtet sich auf "Politikentlastung" von aufwendigen oder legitimationsriskanten Aufgaben. Politikentlastung heißt dabei überwiegend, daß *neue* Regelungsaufgaben nicht vom Staat übernommen, sondern nichtstaatlichen Akteuren zugewiesen werden. In steuerungsanalytischer Perspektive liegt bei Regelungsorganisationen wie dem NICE oder dem G-BA ein spezifischer Aspekt der Staatsnähe darin, daß ihre Empfehlungen bzw. Richtlinien durch gesetzliche Umsetzungsbestimmungen flankiert werden. Es handelt sich also um eine Form der Mischsteuerung. Mit den in Kap. 1 dargestellten Funktionskategorien ausgedrückt: Nichtstaatliche Regelungsorganisationen produzieren "guidance", die Staatsmacht sorgt für "control". Ohne diese Flankierung wären nur persuasive Mittel verfügbar, um zur Guidance-Beachtung zu motivieren.

⁴²⁹ Per Rechtsverordnung fixiert die Bundesregierung auch Gestaltungsanforderungen an die (sektorenübergreifenden) Disease-Management-Programme der Kassen. Allerdings sind als Grundlage dieser Anforderungen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen. Zudem spielen die DMP für die Krankenhäuser (bzw. die Krankenhäuser in den DMP) bislang eine periphere Rolle.

Die britische Regierung will ihren Anteil an der zentralen NHS-Steuerung in England über bislang getane Reduktionsschritte hinaus zurückführen. Es ist schwer einzuschätzen, inwieweit sich diese Absicht realisieren läßt. Beispielsweise ist noch unklar, in welchem Umfang marktliche Arrangements letztlich in die NHS-Versorgung eingeführt werden sollen. Soweit dies geschieht, wird eine intensive, durchdachte Marktregulierung erforderlich sein, um zu verhindern, daß zentrale politische Ziele wie Kostenbegrenzung und Gewährleistung bedarfsgerechter Zugangschancen gefährdet werden. Wenn das Ministerium diesbezüglich entlastet werden soll, könnten öffentliche Körperschaften zusätzliche Regelungsfunktionen wahrnehmen.

Die letzte Regierung Blair scheint sogar die Gründung einer unabhängigen "NHS Agency" ventiliert zu haben - ein nicht ganz neuer Vorschlag, den sich die Konservative Partei zu eigen gemacht hat (Lewis et al. 2006: 60). Einer seiner neuralgischen Punkte liegt in der Frage, wie Rolle und Verantwortung der Regierung dann zu definieren wären. Lautet die Antwort: Festlegung des Budgets und der generellen versorgungspolitischen "Strategie" für den NHS (deren Implementierung der Agency obläge), ist an Erfahrungen der neunziger Jahre zu erinnern. Damals scheiterte der Versuch, innerhalb des Gesundheitsministeriums ein "entpolitisiertes" Managementorgan zu installieren. Die politisch exponierte Position des Ministers und die Unmöglichkeit, "policy" und "implementation" klar gegeneinander abzugrenzen, standen dem entgegen. Ob sich die Regierung nach Gründung einer NHS Agency in dem Maße zurücknehmen könnte, wie die Befürworter des Vorschlags es wünschen, ist fraglich, zumal sie primärer Finanzier bliebe und schon deshalb ein starkes Interesse an NHS-Entwicklungen nehmen müßte. Sobald eine NHS Agency politisch sehr umstrittene oder der Regierung mißliebige Entscheidungen träge, würde sich das Ministerium kaum mit einer Zuschauerrolle begnügen können. Neben einer gewissen Politikentlastung könnte deshalb vor allem auch eine Zunahme des verdeckten Regierungseinflusses die Folge sein. Zwar ist der Agency-Vorschlag für die Regierung Brown offenbar kein Thema mehr, Gedanken in Richtung einer Beschränkung oder klareren Definition des Gegenstandsfeldes der unmittelbaren Regierungsintervention - z.B. in Form einer NHS-"Verfassung" - scheint sie jedoch zu erwägen. Mehr oder weniger weitgehende Dezentralisierungsvorstellungen finden sich auch in der gesundheitspolitischen Programmatik der Opposition (Dickson 2007). Die Frage nach der Kompetenzverteilung und dem Zusammenwirken zwischen staatlichem Kernapparat und staatsnahen Regelungsstrukturen hat so für die englische Versorgungspolitik unter anderen institutionellen Vorzeichen eine ähnlich große Bedeutung erlangt wie für die deutsche. In jedem Fall werden auf derzeitigem Niveau beibehaltene Steuerungsansprüche in beiden Ländern ein hohes Maß an staatlicher Präsenz verlangen - wenn nicht in Form direkter Intervention, dann als konstituierende, Rahmenvorgaben setzende und eingriffsbereit beobachtende Instanz.

Die vorstehende Zusammenschau wichtiger Aspekte der sektoralen Governance-Entwicklungen macht deutlich, daß sich bedeutende Parallelen zeigen, wenn man die Ebene der detaillierten Beschreibung verläßt, ohne doch übermäßig zu abstrahieren (vgl. a. Rothgang 2006). Ursächlich dafür sind in vieler Hinsicht ähnliche Rahmenbedingungen, Ziele und Problemlagen politischen Handelns, auch die Anbindung beider Länder an einen internationalen "Markt" der Problemstellungen und Lösungsangebote fällt ins Gewicht.⁴³⁰ Die zentrale Triebkraft der Entwicklung

⁴³⁰ Regulierungsaktivitäten der EU spielen in diesem Zusammenhang bislang kaum eine Rolle, da die Gestaltungshoheit in der Gesundheitsversorgung ungemindert bei den Mitgliedstaaten liegt. Allerdings ist die potentiell wachsende Bedeutung von EU-Regulierungen für die Gestaltung der

bilden in beiden Ländern sich ausweitende und differenzierter werdende politische Steuerungsansprüche, und hier wie dort ist der politische Gestaltungsanspruch dem patientenbezogenen Handeln der Leistungserbringer näher gerückt, deutlicher sicher in England, aber auch in Deutschland mit klar erkennbarer Tendenz. Daß in der konkreten Ausprägung der genannten Entwicklungsstränge viele Unterschiede zu verzeichnen sind, politische Prozesse in beiden Ländern einer je eigenen "Pfadabhängigkeit" unterliegen, ist angesichts in vieler Hinsicht differierender Ausgangsbedingungen nicht erstaunlich. Aufgrund solcher institutionellen Differenzen führt die internationale Diffusion politischer Ideen und Konzepte meist nicht zu einer einfachen Übernahme, sondern zu einer mehr oder weniger freien Adaption.

Von England lernen

Wenn man nach einem politischen Ideen- und Konzepttransfer zwischen den beiden Ländern fragt, so finden sich in deutsch-englischer Richtung kaum Hinweise. Als der ehemalige Schatzkanzler Lawson in der Rückschau auf die Marktformen der Tories schrieb, man habe seinerzeit bald gesehen, "that there was surprisingly little that we could learn from any of the other systems" (Lawson 1992: 616), war damit auch die GKV gemeint. New Labours NHS Plan bezieht sich ebenfalls negativ auf Deutschland. Vorschläge, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf ein Sozialversicherungssystem umzustellen,⁴³¹ werden zurückgewiesen: Die Finanzierungslast müßte von einem kleineren Teil der Bevölkerung geschultert werden. Zudem seien Sozialversicherungsmodelle in verschiedener Hinsicht "less efficient": schwache Kostensteuerung durch die Finanziere, verschwundungsträchtiger Umgang mit Ressourcen. Frankreich wie Deutschland entwickelten - etwa in Gestalt von Hausarztmodellen - Strukturen, über die Großbritannien seit langem verfüge. Fiskal- und wettbewerbspolitische Gesichtspunkte zwingen die Regierungen dieser Länder, die Krankenversicherung zunehmend strenger zu regulieren. Im Ergebnis bestimmten heute die Regierungen mit ihrer Einschätzung der volkswirtschaftlichen Belastbarkeit und der Präferenzen des Wahlvolks das Finanzvolumen, nicht die Sozialversicherungspartner (DH 2000a: 37f.). Immerhin schrieb Premier Blair einige Jahre später mit Blick auf das Foundation-Trust-Projekt der Regierung: "Centre-left colleagues in Germany and Holland, where they have long had not-for-profit hospital foundations, are astonished to learn that central government here tried to control hospitals so closely from our health ministry" (zit. n. Kmietowicz 2003). Stimulierendes Anschauungsmaterial sollen dem damaligen Gesundheitsminister allerdings spanische und schwedische Autonomisierungsmodelle geliefert haben.

Wenn so die Suche nach prägenden deutschen Einflüssen in der jüngeren englischen Krankenhauspolitik nur magere Ergebnisse bringt, gibt es umgekehrt mit dem NICE eine englische Neuerung, die in deutschen Reformdiskussionen der letzten Jahre eine Rolle gespielt und politische Entscheidungen - mit starken Abweichungen von ursprünglichen Intentionen - beeinflußt hat. Was kann für die versorgungspolitische Diskussion hierzulande an englischen Entwicklungen außerdem von Interesse sein? Zum einen sicherlich (weitere) Bereiche der Qualitätspolitik. Die politische

Versorgungssysteme in beiden Ländern Gegenstand der Diskussion.

⁴³¹ Als Finanzierungsmodus, der dem Gesundheitssektor zuverlässiger die nötigen Ressourcen verschaffen könne als die Steuerfinanzierung, wird die Sozialversicherung (nach deutschem oder französischem Muster) immer wieder einmal in die britische Diskussion gebracht.

Karriere der Qualitätsthematik hat in beiden Ländern etwa zeitgleich begonnen. England ist jedoch zwischenzeitlich in wichtigen Punkten weiter gegangen. Dies gilt für die Erfassung und Publikation von Daten zur Ergebnisqualität wie für die qualitätsbezogenen Teile der jährlichen Leistungsbewertungen. Darüber hinaus experimentiert England mit dem Einsatz monetärer (Vergütungs-)Anreize für qualitätspolitische Zwecke (neuerlich z.B. in Form eines Bonussystems für die Primärversorgung).⁴³² Die entsprechende Diskussion wird seit einigen Jahren auch in Deutschland geführt.

Ebenfalls für die aktuelle deutsche Diskussion interessant ist der Komplex Nutzerbeteiligung, den die britische Regierung als integrale Komponente ihrer Modernisierungsagenda für den NHS herausstellt. Hier wurden und werden in England Erfahrungen gesammelt, die für eine genauere Einschätzung von Beteiligungschancen und -grenzen speziell auch auf politischer Ebene nützlich sind. So hat man in England schon mit diversen Methoden experimentiert, deren Eignungsprofile sich in Abhängigkeit von Zielen und Gegenstandsfeldern der Beteiligung sehr unterschiedlich darstellen können.

Ein weiterer Punkt: Trotz des andauernden Bettenabbaus in Deutschland bleibt im Ländervergleich eine beträchtliche Kapazitätsdifferenz bestehen. Ein hierzulande oft ins Feld geführtes Argument besagt, daß weiterer Kapazitätsabbau mit wachsenden Wartelisten/-zeiten bezahlt werden müsse. Kann New Labours NHS-Politik den Gesundheitsdienst nachhaltig vom Ruch der Wartelisten-Medizin befreien, würde sich auch das - gern auf England verweisende - Wartelistenargument in Deutschland relativieren.

Wechselt man von versorgungspolitischen Einzelthemen zu allgemeineren Ordnungsfragen, ist vor allem die Rolle des Staates in der Versorgungssteuerung von Interesse, ein Themenkreis, bei dem institutionelle Unterschiede zwischen den beiden Ländern besonderes Gewicht haben. Ein Zweig der deutschen Diskussion rückt "die geringe politische Steuerbarkeit" des Gesundheitssystems, d.h. einen wahrgenommenen Mangel an (zentral-)staatlich-hierarchischer Interventionspotenz in den Mittelpunkt seiner Problemanalysen (Bandelow 2004). Alle diesbezüglich als (potentielle) Blockadefaktoren thematisierten Bedingungen fehlen in England oder sind dort schwächer ausgeprägt: Institutionalisierte Verhandlungsgremien haben geringeres Gewicht, Einparteienregierungen sind die Regel, eine föderalistische Kompetenzaufteilung gibt es nicht. Zudem ist der NHS "staatsnäher" verfaßt als die GKV. Woran es Deutschland aus der Sicht politikwissenschaftlicher Beobachter mangelt, hat England in hohem Maße: institutionelle Voraussetzungen steuerungskräftiger Staatlichkeit. Seine Krankenhauspolitik ist deshalb ein Beobachtungsobjekt erster Wahl, wenn es darum geht, den Blick für die Möglichkeiten, aber auch Grenzen und Folgeprobleme starker Staatspräsenz im Gesundheitssektor zu schärfen.

Eine Position, die in der englischen Debatte vertreten wird, ist in diesem Zusammenhang als Kontrastperspektive zur angesprochenen deutschen Problemsicht interessant. Für sie sind institutionelle Rahmenbedingungen, die es der Regierung leicht machen, ins Gesundheitssystem einzugreifen, eine Hauptursache der "Malaise", in der sich die NHS-Politik befindet (Greer 2005). "Powerful enabling conditions" politischer Intervention - das zentralisierte Westminster-System, die große

⁴³² Vgl. Anm. 423.

Staatsnähe des steuerfinanzierten NHS mit seinen ministerieller Weisungskompetenz unterliegenden Instanzen - erscheinen hier gerade als Problem. Sie schließen den Gesundheitsdienst mit dem "organisierten Chaos" des politischen Systems kurz, dessen erratische Interventionen "gradually erode the organisational stability, coherent goals, and sense of self the NHS requires" (ebd.: 106).

Die aus dieser Problembestimmung resultierende Empfehlung liegt auf der Hand: Der NHS muß auf größere Distanz zum politischen System gebracht werden. Der bereits erwähnte Vorschlag, eine als public body verfaßte NHS Agency zu errichten, die derzeit vom Ministerium wahrgenommene Funktionen des Leistungsmanagements übernimmt und in Konkretisierung "strategischer" Politik-Vorgaben durchführt, zielt in diese Richtung. Wie erwähnt, scheint die letzte Blair-Regierung diesem Vorschlag aufgeschlossen gegenübergestanden zu haben. Auch die seit Jahren artikulierte Programmatik der NHS-politischen "devolution" (innerhalb Englands) und aktuelle Überlegungen in Richtung "NHS-Verfassung" zeigen, daß London die politische Interventionsdichte nicht als unproblematisch ansieht. Auf der anderen Seite möchte man aber die politischen Steuerungsansprüche nicht wirklich senken und sucht nach Wegen, Elemente gesellschaftlicher Selbstregelung so zu verankern und auszurichten, daß sie auf den Linien der politischen Ziele arbeiten.

Die ausgreifende Modernisierungspolitik der Blair-Jahre wäre ohne die institutionelle Grundlage starker Staatlichkeit nicht möglich gewesen. Allerdings verlief die erste Amtsperiode New Labours trotz umtriebiger Politik vergleichsweise ruhig. Seit einigen Jahren ist es damit jedoch vorbei. Marktorientierung und Leistungsmanagement bescheren der Regierung ein beträchtliches Maß an politischer Unruhe. Die aktuelle englische Krankenhauspolitik wird zudem durch ein Problemspektrum bestimmt, das in deutlichem Kontrast zum optimistischen Grundton des Politikfeldes nach der Veröffentlichung des NHS Plan (2000) steht.

Trotz massiver Ausgabensteigerungen sind im NHS Defizitprobleme akut geworden (vgl. Kap. 4.2). Die Gegenmaßnahmen der Regierung mögen den NHS finanziell (re-)stabilisieren, sie tangieren jedoch andere Vorhaben und Ziele - z.B. das öffentlich herausgestellte Ziel, die Zugangschancen zur Krankenhausversorgung soweit zu verbessern, daß bei keinem Patienten mehr als 18 Wochen zwischen GP-Überweisung und stationärer Behandlung liegen. Primary Care Trusts, die in besonderer Weise von den Stabilisierungsmaßnahmen betroffen sind, werden oft nicht in der Lage sein, die zur Erreichung dieses Ziels erforderlichen Leistungsausweitungen zu finanzieren. Wenn PCTs mit zwecks Reservenbildung gekürztem Budget eine ausgeglichene Einnahmen-/Ausgaben-Bilanz erreichen wollen, muß dies zu Lasten mit ihnen kontrahierender Krankenhäuser geschehen, die auf defizitäre Entwicklungen kaum mehr mit Mengenausweitungen reagieren können. Im Verein mit real sinkenden Pauschalentgelten wird dadurch ein beträchtlicher Druck auf NHS-Kliniken erzeugt, ihre Erstellungskosten zu senken. Einige Experten halten diesen Druck für so stark, daß sie Qualitätsrisiken sehen. Lassen sich nachhaltige Produktivitätssteigerungen erzielen, ist zudem ein größeres Aufkommen an "gestrandeten" NHS-Kapazitäten zu erwarten, zumal das Angebotsvolumen privater Anbieter weiter zunehmen wird. Damit wachsen Anbieterkonkurrenz und Wahlmöglichkeiten für NHS-Patienten, was einer reformpolitischen Stoßrichtung der letzten Jahre entspricht. Andererseits können Krankenhauskonkurrenz und "patient choice" verstärkt in Konflikt mit dem Nachfragemanagement der PCTs geraten, das derzeit unter verschiedenen Gesichtspunkten ins Blickfeld rückt: einmal hinsichtlich der Gewährleistung einer

einnahmenorientierten Ausgabenentwicklung in allen NHS-Regionen. Hier ist eine Vergrößerung des Einflusses der PCTs namentlich auf die Ausgaben für elektive Krankenhausbehandlungen erforderlich. Das Nachfragemanagement in den NHS-Regionen verlangt aber auch im Blick auf aktuelle versorgungspolitische Prioritäten (neben der finanziellen Stabilisierung des NHS) nach einer Effektivierung: Reduzierung von Fehlbelegungen, weitestmögliche Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich (außerhalb der Krankenhäuser), Verbesserung der Kooperation in der intersektoralen Chronikerversorgung (DH 2006a). Mit ihren derzeitigen Möglichkeiten dürften die PCTs kaum in der Lage sein, in diesen Hinsichten schnelle Fortschritte zu bewirken. Bei Trusts in finanziell schwieriger Lage muß darüber hinaus mit negativen Auswirkungen auf Primärversorgung und Public Health (auch dies ein von der Regierung eigentlich als prioritär ausgezeichnete Bereich) gerechnet werden, da (Pauschal-)Entgelte für Krankenhausleistungen in voller Höhe zu zahlen sind. Mit den Fallpauschalen ist ein weiteres zentrales Reformelement der letzten Jahre angesprochen. Es paßt in seiner derzeitigen Ausgestaltung schlecht zu den gerade erwähnten Politikzielen. Der von den Pauschalen ausgehende Anreiz zur Mengenausweitung erschwert die anvisierte Re-Konfiguration von Angeboten/Leistungen und die intendierte Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker. Zudem scheinen die Pauschalentgelte den tatsächlichen Erstellungskosten nicht nahe genug zu kommen.

Die aktuelle NHS-Politik präsentiert sich so fürwahr als "complex jigsaw" (Dickson 2006: VIII), und die Ära Blair mit ihren ehrgeizigen Zielen, ihrer expansiven Ausgabenpolitik, ihrer furios-eklektizistischen Instrumentenwahl und ihren vorzeigbaren Erfolgen⁴³³ steht am Ende wie eine englische Ausgabe von "Doing better and feeling worse" da.⁴³⁴ Der soziologisch geschulte Blick sollte darin nicht sofort ein Krisenphänomen, sondern eine "normale" Erscheinung des gerade bei ambitionierten Politikzielen ungeachtet großer staatlicher Möglichkeiten immens schwierigen Politikfeldes sehen.

Ein nicht geringer Wert sorgfältiger Länderstudien zur wohlfahrtsstaatlichen Versorgungspolitik liegt darin, daß sie die Komplexität illustrieren, die dieses Feld - in jeweils landeseigener Färbung - heute durchweg prägt. Anstatt der Suche nach politischer "best practice" und dem "idealen policy mix"⁴³⁵ zu dienen, zeigt der eingehende Blick über den Zaun eher, daß derlei Formeln überzogen, ja unreal sind und einer fundierten Erwartungsbildung an Politik entgegenstehen.⁴³⁶ Sie ignorieren die schon aus kognitiven Gründen "begrenzte Rationalität", mit der zumal ordnungspolitische Maßnahmen getroffen werden (müssen);⁴³⁷ und sie unterstellen eine eindeutige, stabile

⁴³³ Infrastrukturmodernisierung, beträchtliche Personalaufstockung, Senkung der Wartezeiten auf breiter Front, bedeutende Qualitätsverbesserungen in der Versorgung von Krebs- und Herzpatienten (vgl. HCC 2006b; Thorlby/Maybin 2007).

⁴³⁴ So war vor 30 Jahren eine der amerikanischen Gesundheitspolitik gewidmete Nummer des "Daedalus" betitelt.

⁴³⁵ Diese Wendung taucht selbst in einem der differenzierten Sachverständigenrats-Gutachten auf (SVR 2005: Ziff. 3).

⁴³⁶ Das schließt natürlich nicht aus, daß politische Akteure in einer gegebenen Situation Vorstellungen über die aus ihrer Sicht "ideale" Politik haben können.

⁴³⁷ Daß Entscheidungssysteme angesichts unvollständigen Wissens und begrenzter Ressourcen nur zur "bounded rationality" befähigt sind, ist eine wesentliche, auch für Politikfelder gültige Einsicht der modernen Organisationstheorie (March/Simon 1958; vgl. a. Jones 2003).

Präferenzordnung, die es in diesem von Ziel- und Interessenkonflikten durchsetzten, veränderlichen Rahmenbedingungen unterliegenden Politikfeld nicht geben kann.

So mag die Analyse englischer Krankenhauspolitik im deutschen Kontext nicht nur das Wissens- und Anregungsreservoir bezüglich konkreter, klar abgrenzbarer Fragen der Qualitätssicherung, Vergütungsgestaltung, Nutzerbeteiligung etc. füllen. Sie mag darüber hinaus zur Pflege des politischen Augenmaßes beitragen, einer Größe, die für die Zukunftsfähigkeit solidarischer Krankenversorgung wichtiger ist als ein periodischer Politik-Anlauf zum "großen Wurf".

Literatur

- Aaron, H.J./Schwartz, W.B. (1984): The painful prescription: rationing health care. Washington, DC.
- Abbott, A. (1988): The system of professions: an essay on the division of expert labour. Chicago.
- Abel-Smith, B. (1964): The hospitals 1800-1948. London.
- Abel-Smith, B. (1981): Health care in a cold economic climate. *The Lancet*, 14.02.1981: 373-376.
- Abel-Smith, B. (1992): The Beveridge Report: its origins and outcome. *LSE Magazine* 4, Autumn/Winter 1992: 14-17.
- Adam, D. (2001): Herausforderungen an das Krankenhausmanagement. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 02.04.2001: 33.
- Alber, J. (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/M.
- Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt/M.
- Alborz, A./Wilkin, D./Smith, K. (2002): Are primary care groups and trusts consulting local communities? *Health and Social Care in the Community* 10: 20-27.
- Allen, D.E. (1979): Hospital planning. Tunbridge Wells.
- Allsop, J. (1995): Health Policy and the National Health Service. London.
- Allsop, J./Baggott, R./Jones, K. (2002): Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson, S./Peterson, A. (eds.): *Consuming health*. London: 48-65.
- Allsop, J./Mulcahy, L. (1996): *Regulating medical work*. Buckingham.
- Altenstetter, C. (1985): Krankenhausbedarfsplanung: Was brachte sie wirklich? München.
- Alvanzo, A./Gail, M./Nettleman, M. (2003): Changing physician behavior: half-empty or half-full? *Clinical Governance* 8: 69-78.
- Alvarez-Rosete, A./Bevan, G./Mays, N./Dixon, J. (2005): Effect of diverging policy across the NHS. *British Medical Journal* 331: 946-950.
- Andalo, D. (2005): Doctors may turn away "irresponsible" obese. *The Guardian*, 06.04.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Andersen, T.F./Mooney, G. (eds.) (1990): *The challenges of medical practice variations*. Houndmills.
- Anderson, W./Florin, D. (2000): *Involving the public - one of many priorities*. London.
- Appleby, J. (1999): Government funding of the UK National Health Service: what does the historical record reveal? *Journal of Health Services Research and Policy* 4: 79-89.
- Appleby, J./Boyle, S./Devlin, N. et al. (2005): Do English NHS waiting time targets distort treatment priorities in orthopaedic surgery? *Journal of Health Services Research and Policy* 10: 167-172.
- Appleby, J./Harrison, A./Dewar, S. (2003): Patients choosing their hospital. *British Medical Journal* 326: 407-408.
- Arnold, M. (1993a): Gesundheitssystemforschung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim: 421-437.
- Arnold, M. (1993b): *Solidarität 2000*. Stuttgart.
- Asthana, S./Gibson, A./Moon, G. et al. (2004): The pursuit of equity in NHS resource allocation: should morbidity replace utilisation as the basis for setting health care capitations? *Social Science and Medicine* 58: 539-551.
- Attride-Stirling, J./Humphrey, C./Tennison, B./Cornwell, J. (2006): Gathering data for health care regulation: learning from experience in England and Wales. *Journal of Health Services Research and Policy* 11: 202-210.
- Audit Commission (2003): *Waiting list accuracy*. London. <http://www.audit-commission.gov.uk>
- Audit Commission (2004): *Operational plan and audit fee scales 2004/05*. London. <http://www.audit-commission.gov.uk>
- Badura, B./Feuerstein, G. (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Weinheim.

- Badura, B./Gross, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München.
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden.
- Badura, B./Iseringhausen, O./Strodtholz, P. (2006): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: 183-219.
- Badura, B./Strodtholz, P. (2003): Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München: 714-724.
- Baggott, R. (1998²): Health and health care in Britain. Basingstoke.
- Baggott, R. (2004³): Health and health care in Britain. Houndmills.
- Baggott, R. (2005): A funny thing happened on the way to the forum? Reforming patient and public involvement in the NHS in England. *Public Administration* 83: 533-551.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Berlin. <http://www.bundesaerztekammer.de>
- Baker, M./Kirk, S. (eds.): Research and development for the NHS: evidence, evaluation and effectiveness. Oxford.
- Bandelow, N.C. (1998): Gesundheitspolitik. Opladen.
- Bandelow, N.C. (2004): Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung. In: Lange, S./Schimank, U. (Hg.): Governance und gesellschaftliche Integration. Wiesbaden: 89-107.
- Banks, T. (1994): Review of the wider Department of Health. London.
- Barrett, A./Roques, T./Small, M./Smith, R.D. (2006): How much will Herceptin really cost? *British Medical Journal* 333: 1118-1120.
- Batty, D. (2003): Q&A: NHS star ratings. *The Guardian*, 16.07.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Batty, D. (2004): Anger as axe falls on patient watchdog. *The Guardian*, 23.07.2004. <http://society.guardian.co.uk>
- Batty, D. et al. (2005): Surgery ban unfair, say doctors. *The Guardian*, 23.11.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- BBC (2006a): NHS deficit doubles to over 500m pounds. *BBC News*, 07.06.2006. <http://news.bbc.co.uk>
- BBC (2006b): NHS deficits: reaction. *BBC News*, 07.06.2006. <http://news.bbc.co.uk>
- Beecham, J. (2001): Councils keen to play a role in health service scrutiny. *The Guardian*, 10.01.2001. <http://society.guardian.co.uk>
- Benson, L./Boyd, A./Walshe, K. (2004): Learning from CHI: the impact of healthcare regulation. Manchester: Manchester Centre for Healthcare Management, University of Manchester.
- Berger, B. (2003): Patientenberatung in Deutschland. *Dr. med. Mabuse* 28, 145: 50-53.
- Bergner, E./Siering, U./Staender, J. (2002): Was kann eine Leitlinie bewirken? In: Bergner, E./Siering, U./Staender, J./Feuerstein, G.: *Behandlungsleitlinien und klinischer Alltag. Eine medizinsoziologische Untersuchung am Beispiel der kardiologischen Versorgung in Deutschland (Projektbericht)*. Bielefeld: 69-104.
- Bernstein, S.J./Kosecoff, D.G./Hampton, J.R./Brook, R.H. (1993): The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 9: 3-10.
- Beske, F./Hallauer, J.F./Kern, A.O. (1997): Reform des Gesundheitswesens. *Die Meinung der Ärzte. Deutsches Ärzteblatt* 94: A-2400 - A-2402.
- Bettinson, J. (1984): Health authority membership and chairmanship. In: Maxwell, R. (ed.): *Public participation in health*. London.
- Bevan, G./Mays, N. (1987): *Resource allocation in the health service*. London.
- Beveridge, W. (1946): *Social insurance and allied services*. London.
- Black, N./Thompson, E. (1993): Obstacles to audit: British doctors speak. *Social Science and*

- Medicine 36: 849-856.
- Blair, T. (1999): Der National Health Service ist unterfinanziert. *Das Krankenhaus* 11/1999: 725-728.
- Blank, R.H./Burau, V. (2004): Comparative health policy. Houndmills.
- Blumenthal, D. (1994): The variation phenomenon in 1994. In: *New England Journal of Medicine* 331: 1017-1018.
- Bodenheimer, T. (1997): The Oregon health plan - lessons for the nation. *New England Journal of Medicine* 337: 651-655.
- Bohle, T. (2005): Fusionskontrolle im Krankenhaus ohne GKV-Wettbewerbskonzept? *Das Krankenhaus* 8/2005: 650-656.
- Bölt, U. (2007): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2004. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: 273-302.
- Boote, J./Telford, R./Cooper, C. (2002): Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 61: 213-236.
- Boseley, S. (2007): Heart surgery survival rates up after league tables published. *The Guardian*, 24.04.2007. <http://society.guardian.co.uk>
- Bowling, A. (1999): Ageism in cardiology. *British Medical Journal* 319: 1353-1355.
- Braun, B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen - Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Bremen.
- Breakthrough (2003): Are NICE-approved treatments reaching cancer patients? Press release, 09.06.2003. <http://www.breakthrough.org.uk>
- Brenske, M./Schorn, K./Walger, M./Schlottmann, N. (2005): Der Gemeinsame Bundesausschuß – aktuelle und künftige Bedeutung für den Krankenhausesektor. *Das Krankenhaus* 3/2005: 167-173.
- Bridgewater, B., on behalf of the adult cardiac surgeons of north-west England (2005): Mortality data in adult cardiac surgery for named surgeons: retrospective examination of prospectively collected data on coronary artery surgery and aortic valve replacement. *British Medical Journal* 330: 506-510.
- Briggs, A. (1978): Making health every citizen's birthright: the road to 1946. *New Society* 46: 383-386.
- Brockmann, H. (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science and Medicine* 55: 593-608.
- Bruckenberger, E. (1989): Dauerpatient Krankenhaus - Diagnosen und Heilungsansätze. Freiburg.
- Bruckenberger, E. (1994): Auswirkungen der BPflV 1995 auf die Krankenhauspolitik der Länder. *Das Krankenhaus* 86: 154-160.
- Bruckenberger, E. (2007): Krankenhausplanung der Zukunft: Wer bezahlt - wer bestimmt? Hannover. <http://www.bruckenberger.de>
- Bruster, S./Jarman, B./Bosanquet, N. et al. (1994): National survey of hospital patients. *British Medical Journal* 309: 1542-1546.
- Buchanan, D.A. (1997): The limitations and opportunities of business process re-engineering in a politicized organizational climate. *Human Relations* 50: 51-72.
- Buestrich, M./Finke, F.P./Latorre, F. (2005): Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten präventiver Arbeitsförderung im Klinikbereich. *Arbeit und Sozialpolitik* 3-4/2005: 31-41.
- Bundesregierung (1998): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Ingrid Becker-Inglau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD. BT-Drs. 13/10982, 17.06.98.
- Busse, R. (2006): Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: 417-435.
- Busse, R./Riesberg, A. (2005): *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen: WHO

- Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme Gesundheitspolitik. <http://www.observatory.dk>
- Busse, R./Wörz, M. (2003): Marktorientierung von Krankenhäusern. Ein Überblick über Reformen im europäischen Vergleich. In: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2002. Stuttgart: 21-30.
- Bussey, A. (1989): Streamlining management. *British Medical Journal* 298: 512-513.
- Butler, J. (1992): Patients, policies and politics: before and after Working for Patients. Buckingham.
- Butler, J.R./Vaile, M.S. (1984): Health and health services. London.
- Butler, P. (2002): The issue explained: beta interferon. *The Guardian*, 04.02.2002. <http://www.guardian.co.uk>
- Butler, P./Shifrin, T. (2003): NHS head promises to cut back on bureaucracy. *The Guardian*, 27.06.2003. <http://www.guardian.co.uk>
- Buttery, R.B./Snaith, A.H. (1980): Surgical provision, waiting times and waiting lists. *Health Trends* 12: 57-61.
- Byrne, D./Ruane, S. (2007): The case for hospital reconfiguration - not proven. <http://www.nhscampaign.org.uk>
- Cabinet Office (2006): Public bodies 2006. London. <http://www.cabinetoffice.gov.uk>
- Calnan, M./Gabe, J. (2001): From consumerism to partnership? Britain's National Health Service at the turn of the century. *International Journal of Health Services* 31: 119-131.
- Cang, S. (1978): Community health councils: intentions, problems and possibilities. In: Jaques, E. (ed.): Health services. London: 267-278.
- Carvel, J. (2003): Pledge for NHS to put patients' wishes first. *The Guardian*, 10.12.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Carvel, J. (2004a): Huge mistakes in PFI hospital building, NHS executives claim. *The Guardian*, 22.06.2004. <http://society.guardian.co.uk>
- Carvel, J. (2005a): The quiet revolutionary. *The Guardian*, 15.06.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Carvel, J. (2005b): NHS cash crisis bars knee and hip replacements for obese. *The Guardian*, 23.11.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Carvel, J. (2006): 200 NHS hospitals to be declared "weak". *The Guardian*, 11.10.2006. <http://society.guardian.co.uk>
- Carvel, J./Boseley, S. (2006): Three trusts fail to reveal heart death figures. *The Guardian*, 26.04.2006. <http://society.guardian.co.uk>
- Caskey, F.J./Schober-Halstenberg, H.-J./Roderick, P.J. et al. (2006): Exploring the differences in epidemiology of treated ESRD between Germany and England and Wales. *American Journal of Kidney Diseases* 47: 445-454.
- Casparie, A.F. (1996): The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 35: 247-265.
- CCSC (Central Consultants and Specialists Committee) (2007): Hospital reconfiguration: good practice guide. <http://www.bma.org.uk>
- Cervi, B. (1997): Flexible friends. *Health Service Journal*, 27. Feb., Beilage: 5.
- Challah, S./Wing, A.J./Bauer, R. et al. (1984): Negative selection of patients for dialysis and transplantation in the United Kingdom. *British Medical Journal* 288: 1119-1122.
- CHI (Commission for Health Improvement) (2003): Clinical governance reviews. <http://www.chi.nhs.uk>
- CHI (2004): Lessons from CHI investigations 2000-2003. <http://www.chi.nhs.uk>
- CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation) (2006): (Mythbusters:) A parallel private system would reduce waiting times in the public system. *Journal of Health Services Research and Policy* 11: 253-254.
- Clay, T. (1987): Nurses: power and politics. London.

- Cochrane, A.L. (1971): Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London.
- Cochrane, M./Ham, C./Henginbotham, C./Smith, R. (1991): Rationing: at the cutting edge. *British Medical Journal* 303: 1039-1042.
- Collinson, J./Flather, M.D./Fox, K.A.A. et al. (2000): Clinical outcomes, risk stratification and practice patterns of unstable angina and myocardial infarction without ST elevation: Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndromes in the UK (PRAIS-UK). *European Heart Journal* 21: 1450-1457.
- Commonwealth Fund (2005): The Commonwealth Fund 2005 international health policy survey of sicker adults. <http://www.commonwealthfund.org>
- Cooke, E.T.M. (2002): The National Institute for Clinical Excellence, NICE: is it enough? GMTV. <http://gmtv.medicdirect.co.uk>
- Cooper, L./Coote, A./Davies, A./Jackson, C. (1995): *Voices off: Tackling the democratic deficit in health*. London.
- Coote, A. (1993): Public participation in decisions about health care. *Critical Public Health* 4: 36-49.
- Coulter, A. (1995): Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Public Health* 5: 223-239.
- Coulter, A./Ham, C. (eds.) (2000): *The global challenge of healthcare rationing*. Buckingham.
- Cox, D. (1992): Health service management - a sociological view: Griffiths and the non-negotiated order of the hospital. In: Gabe, J./Calnan, M./Bury, M. (eds.): *The sociology of the health service*. London: 89-114.
- Crinson, I. (1998): Putting patients first: the continuity of the consumerist discourse in health policy, from the radical right to New Labour. *Critical Social Policy* 18: 227-239.
- Culyer, A.J. (1976): *Need and the National Health Service*. London.
- Dahl, R.A./Lindblom, C.E. (1953): *Politics, economics and welfare*. Chicago.
- Dakin, H.A./Devlin, N.J./Odeyemi, I.A.O. (2006): "Yes", "no" or "yes, but"? Multinomial modelling of NICE decision-making. *Health Policy* 77: 352-367.
- Damkowski, W./Precht, C. (1998): Neue Steuerungsansätze für das Krankenhaus-Management. In: Damkowski, W./Precht, C. (Hg.): *Moderne Verwaltung in Deutschland*. Stuttgart: 239-248.
- Davies, H.T.O./Hodges, C.-L./Rundall, T.G. (2003): Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. *British Medical Journal* 326: 626-628.
- Davies, P. (2003): It's not written in the stars. *The Guardian*, 16.07.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Davies, P. (2004): Masters of their own destiny? *The Guardian*, 08.04.2004. <http://society.guardian.co.uk>
- Dawson, D. (2001): The Private Finance Initiative: a public finance illusion? *Health Economics* 10: 479-486.
- Dawson, D./Street, A. (2000): Reference costs and the pursuit of efficiency. In: Smith, P.C. (ed.): *Reforming markets in health care*. Buckingham: 187-210.
- Day, P./Klein, R. (1987): *Accountabilities*. London.
- Day, P./Klein, R. (1991): Britain's health care experiment. *Health Affairs*, Fall: 39-59.
- Day, P./Klein, R. (2004): *The NHS improvers: a study of the Commission for health improvement*. London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Dean, M. (1999): A quiet clinical guideline revolution begins. *The Lancet* 353: 651.
- Dean, M. (2000): Rationing gets official seal of approval from UK Health Secretary. *The Lancet* 355: 49.
- Dean, M. (2001): Making patients' view count. *The Guardian*, 21.02.2001. <http://society.guardian.co.uk>
- Dean, M. (2005): No pain, no gain. *The Guardian*, 03.08.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Degeling, P./Kennedy, J./Macbeth, F. et al. (2004): Practitioner perspectives on objectives and

- outcomes of clinical governance: some evidence from Wales. In: Gray, A./Harrison, S. (eds.): *Governing medicine: theory and practice*. Maidenhead: 60-77.
- Degeling, P.J./Maxwell, S./Iedema, R. (2004): Restructuring clinical governance to maximise its developmental potential. In: Gray, A./Harrison, S. (eds.): *Governing medicine: theory and practice*. Maidenhead: 163-179.
- Degeling, P.J./Maxwell, S./Iedema, R./Hunter, D.J. (2004): Making clinical governance work. *British Medical Journal* 329: 679-681.
- Delamothe, T. (1993): Wanted: guidelines that doctors will follow. *British Medical Journal* 307: 218.
- Devlin, N./Appleby, J./Parkin, D. (2003): Patients' views of explicit rationing: what are the implications for health service decision-making? *Journal of Health Services Research and Policy* 8: 183-186.
- Devlin, N./Parkin, D./Gold, M. (2003): WHO evaluates NICE. *British Medical Journal* 327: 1061-1062.
- Dewar, S. (2003): *Government and the NHS: time for a new relationship?* London. www.kingsfund.org.uk
- DH (Department of Health) (1989a): *Working for patients*. London.
- DH (1989b): *Working for patients: medical audit*. Working Paper 6. London.
- DH (1991): *The Patient's Charter*. London.
- DH (1995): *Statement of responsibilities and accountabilities*. London.
- DH (1996): *The National Health Service: a service with ambitions*. London.
- DH (1997): *The new NHS: modern, dependable*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (1998): *A first class service: quality in the new NHS*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2000a): *The NHS Plan*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2000b): *National Service Framework for coronary heart disease: executive summary*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2001): *Shifting the balance of power within the NHS*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2002): *Delivering the NHS Plan*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2003): *Government and BMA reach agreement on consultant contract* (press release 2003/0271). <http://www.info.doh.gov.uk>
- DH (2004a): *National standards, local action*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2004b): *Practice based commissioning*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2006a): *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2006b): *A stronger local voice: a framework for creating a stronger local voice in the development of health and social care services*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2006c): *Departmental report 2006*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2006d): *On the state of public health: annual report of the Chief Medical Officer 2005*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2007a): *NHS inpatient and outpatient waiting times figures - December 2006*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2007b): *Our health, our care, our say - one year on*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2007c): *The Health Committee's report on patient and public involvement in the NHS: government response to the Health Committee's report on patient and public involvement in the NHS*. London. <http://www.tsoshop.co.uk>
- DH (2007d): *Trust, assurance and safety: the regulation of health professionals in the 21st century*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DH (2007e): *The coronary heart disease national service framework: shaping the future. Progress report for 2006*. London. <http://www.dh.gov.uk>
- DHSS (Department of Health and Social Security) (1976a): *Sharing resources for health in England: Report of the Resource Allocation Working Party*. London.
- DHSS (1976b): *Priorities for health and personal social services in England*. London.

- DHSS (1977): The way forward. London.
- DHSS (1981): Care in action. London.
- DHSS (1983): NHS management inquiry. London.
- Dickson, N. (2006): Foreword. In: Palmer, K.: NHS Reform. London: King's Fund: VII-VIII.
<http://www.kingsfund.org.uk>
- Dierks, M.-L./Seidel, G./Horch, K./Schwartz, F.W. (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 32.
- Dixon, A./Le Grand, J. (2006): Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy* 11: 162-166.
- Dixon, A./Thomson, S. (2005): Choice in health care – what kind of patient are you? *LSE Magazine* 17, 1: 12-13.
- Dixon, J./Garside, M. (1995): Resource management: progress of the program in the NHS in England. *Medinfo* 8: 1643.
- Dixon, J./Inglis, S./Klein, R. (1999): Is the English NHS underfunded? *British Medical Journal* 318: 522-526.
- Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der "Wende". Berlin.
- Döhler, M./Manow, P. (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Opladen.
- Donaldson, L. (2003): Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *British Medical Journal* 326: 1279.
- Drummond, M./Cooke, J./Walley, T. (1997): Economic evaluation under managed competition: evidence from the UK. *Social Science and Medicine* 45: 583-595.
- Dudley, N.J./Burns, E. (1992): The influence of age on policies for admission and thrombolysis in coronary care units in the United Kingdom. *Age & Ageing* 21: 95-98.
- Dunleavy, P. (2007): The Brown inheritance. *LSE Magazine* 19, Summer 2007: 6-7.
- Dunnigan, M.G./Pollock, A.M. (2003): Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *British Medical Journal* 326: 905-908.
- Dyer, C. (2006): Patient is to appeal High Court ruling on breast cancer drug. *British Medical Journal* 332: 443.
- Dyer, C. (2007): NICE faces legal challenge over Alzheimer's drug. *British Medical Journal* 334: 654-655.
- Dymond, D.S./Lim, R. (1994): Defining "emergency" and "urgency": the domino effect. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 28: 286-287.
- Edwards, R.T. (1999): Points for pain: waiting list priority scoring systems. *British Medical Journal* 318: 412-414.
- Eichhorn, P./Greiling, D. (2003): Das Krankenhaus als Unternehmen. In: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2002*. Stuttgart: 31-41.
- Eichhorn, S. (1991): Krankenhausmanagement. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 8: 244-250.
- Ellis, J./Mulligan, I./Rowe, J./Sackett, D.L. (1995): Inpatient general medicine is evidence based. *The Lancet* 346: 407-410.
- Ellwein, T. et al. (Hg.)(1987): *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft*, Bd. 1. Baden-Baden.
- Elston, J./Fulop, N. (2002): Perceptions of partnership. A documentary analysis of Health Improvement Programmes. *Public Health* 116: 207-213.
- Enthoven, A. (1985): *Reflections on the management of the National Health Service*. London.
- Enthoven, A. (1991): Internal market reform of the British National Health Service. *Health Affairs*, Fall: 60-70.
- Etzioni, A. (1968): *The active society*. New York.
- Eucken, W. (1959): *Grundsätze der Wirtschaftspolitik*. Hamburg.
- Evans, P.B./Rüschemeyer, D./Skocpol, T. (eds.)(1985): *Bringing the state back in*. Cambridge, Mass.

- Fairhead, J.F./Rothwell, P.M. (2006): Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. *British Medical Journal* 333: 525-527.
- Farrington-Douglas, J./Brooks, R. (2007): *The future hospital*. London: Institute for Public Policy Research. <http://www.ippr.org>
- Farrow, S./Jewell, D. (1993): Opening the gate: referrals from primary to secondary care. In: Frankel, S./West, R. (eds.): *Rationing and rationality in the National Health Service*. London: 63-79.
- Feest, T.G./Rajamahesh, J./Byrne, C. et al. (2005): Trends in adult renal replacement therapy in the UK: 1982-2002. *QJM* 98: 21-28.
- Feinstein, A.R./Horwitz, R.I. (1997): Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *The American Journal of Medicine* 103: 529-535.
- Fenn, P./Rickman, N./McGuire, A. (1994): Contracts and supply assurance in the UK health care market. *Journal of Health Economics* 13: 125-144.
- Ferber, C.v. (1967): *Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft*. Hamburg.
- Ferguson, B. (2000): Shaping up to improve health: the strategic leadership role of the new health authority. In: Smith, P.C. (ed.): *Reforming markets in health care*. Buckingham: 94-116.
- Ferlie, E./Ashburner, L./Fitzgerald, L./Pettigrew, A. (1996): *The New Public Management in action*. Oxford.
- Ferriman, A. (2000): Milburn to monitor implementation of NICE guidance. *British Medical Journal* 321: 1431.
- Feuerstein, G./Badura, B. (1991): *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus*. Düsseldorf.
- Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.) (1998): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden.
- Fitzgerald, L./Ferlie, E. (2002): Professionals: back to the future? *Human Relations* 53: 713-739.
- Fleischauer, K. (1999): Altersdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4: 195-252.
- Florin, D./Dixon, J. (2004): Public involvement in health care. *British Medical Journal* 28: 159-161.
- Flynn, R. (1992): *Structures of control in health management*. London.
- Fox, D.M. (1986): *Health policies, health politics*. Princeton, N.J.
- Fox, D. M. (2005): Politics matter: re-reading Abel-Smith's history of hospitals. *Journal of Health Services Research and Policy* 10: 187-188.
- Fox, L. (2003): Full text of the shadow health secretary's speech to the Conservative Party conference in Blackpool today. *The Guardian*, 06.10.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Francke, R./Hart, D. (2006): HTA in den Entscheidungsprozessen des IQWiG und G-BA. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49: 241-250.
- Frankel, S. (1993): The origins of waiting lists. In: Frankel, S./West, R. (eds.): *Rationing and rationality in the National Health Service*. London: 1-14.
- Frankel, S./West, R. (1993): What is to be done? In: Frankel, S./West, R. (eds.): *Rationing and rationality in the National Health Service*. London: 115-131.
- Fray, P. (2002): Labour defies Blair on funding plan. *The Age*, 02.10.2002. <http://www.theage.com.au/>
- Freeman, R. (2000): *The politics of health in Europe*. Manchester
- Freidson, E. (1986): *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago.
- Freidson, E. (1994): *Professionalism reborn*. Cambridge.
- Fricke, J. (1999): BMA proposes strategy to reformulate waiting lists. *British Medical Journal* 318: 78.
- Fuat, A./Hungin, A.P./Murphy, J.J. (2003): Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care. *British Medical Journal* 326: 196-201.

- Gabbay, J./Le May, A. (2004): Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal* 329: 1013-1016.
- Gaffney, D./Pollock, A.M./Price, D./Shaoul, J. (1999): NHS capital expenditure and the private finance initiative - expansion or contradiction? *British Medical Journal* 319: 48-51.
- Gaines, S. (2003): Minister unveils new NHS complaints procedure. *The Guardian*, 28.03.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Galbraith, J.R. (1973): *Designing complex organizations*. Reading, Mass.
- Garattini, S./Bertele, V. (2002): Efficacy, safety, and cost of new anticancer drugs. *British Medical Journal* 325: 269-271.
- Gaster, D. (1994): Qualitätsaudit. In: Masing, W. (Hg.): *Handbuch Qualitätsmanagement*. München: 927-948.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuß) (2005): G-BA reicht Klage ein. BMGS-Richtlinie zur Enteralen Ernährung - Generalindikation versus medizinisch und ethisch verantwortungsvoller Regelung. Pressemitteilung, 27.09.2005. <http://www.g-ba.de>
- Geddes, J./Game, D./Jenkins, N. et al. (1996): What proportions of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomised controlled trials? *Quality in Health Care* 5: 215-217.
- Gericke, C./Busse, R. (2005): Rationierung im Krankenhaus: vertretbar oder gar notwendig? In: Krukemeyer, M.G./Marckmann, G./Wiesing, U. (Hg.): *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*. Stuttgart: 52-71.
- Gericke, C./Wörz, M./Busse, R. (2006): Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C. (Hg.): *Management im Gesundheitswesen*. Heidelberg: 54-80.
- Gerlinger, T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Berlin, WZB: Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-205.
- Gerst, T. (2005): Gemeinsamer Bundesausschuß: Grundsätzliche Klärung. *Deutsches Ärzteblatt* 102: C-2425.
- Giaimo, S. (2002): *Markets and medicine*. Ann Arbor.
- Gill, P./Dowell, A.C./Neal, R.D. et al. (1996): Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *British Medical Journal* 312: 819-821.
- Glaser, W.A. (1987): *Paying the hospital*. San Francisco.
- Glennerster, H./Hills, J./Travers, T./Hendry, R. (2000): *Paying for health, education, and housing*. Oxford.
- Glennerster, H./Matsaganis, M./Owens, P./Hancock, S. (1994): *Implementing GP fundholding: wild card or winning hand?* Buckingham.
- Glynn, J.J. (1995): Financial management reform in the NHS. In: Glynn, J.J./Perkins, D.A. (eds.): *Managing health care*. London: 74-94.
- GMC (General Medical Council) (1998): *Good medical practice*. London: GMC.
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz): 80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. Beschluß zu TOP 1: Zukunft der Krankenhausversorgung. <http://www.gmkonline.de>
- Goodman, N.W. (1998): Clinical governance. *British Medical Journal* 317: 1725-1727.
- Goodwin, N. (1998): GP fundholding. In: Le Grand, J./Mays, N./Mulligan, J.-A. (eds.): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: 43-68.
- Greenalgh, T. (1996): "Is my practice evidence-based?" *British Medical Journal* 313: 957-958.
- Greer, S. (2005): Why do good politics make bad health policy? In: Dawson, S./Sausman, C. (eds.): *Future health organisations and systems*. Houndmills: 105-127.
- Griesewell, G. (1985): Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Von Ferber, C./Reinhardt, U./Schaefer, H./Thiemeyer, T. (Hg.): *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München: 555-579.
- Griffiths, L./Hughes, D. (1998): Purchasing in the British NHS: does contracting mean explicit rationing? *Health* 2: 349-371.
- Griffiths, S. (2000): The prioritisation of health care in Oxfordshire. In: Bradley, P./Burls, A.

- (eds.): Ethics in public and community health. London: 45-58.
- Griffiths, S./Reynolds, J./Hope, T. (2000): Priority setting in practice. In: Coulter, A./Ham, C. (eds.): The global challenge of health care rationing. Buckingham: 203-213.
- Grilli, R./Lomas, J. (1994): Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Medical Care* 32: 202-213.
- Grimley Evans, J. (1997): Rationing health care by age: the case against. *British Medical Journal* 314: 822-825.
- Grimshaw, J.M./Russel, I.T. (1993): Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet* 342: 1317-1322.
- Grimshaw, J./Freemantle, N./Wallace, S./Russel, I./Hurwitz, B./Watt, I./Long, A./Sheldon, T. (1995): Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 4: 55-64.
- Groser, M. (1987): Gruppenverhandlungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Sozialreform* 33: 743-752.
- Guillebaud, C. (1956): Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service. London.
- Hadorn, D. (1996): The Oregon priority-setting exercise: cost-effectiveness and the rule of rescue, revisited. *Medical Decision Making* 16: 117-119.
- Händel, H./Friebel, I. (1991): Großbritannien. München.
- Halladay, M./Bero, L. (2000): Implementing evidence based practice in health care. *Public Money and Management* 20: 43-50.
- Halper, T. (1985): Life and death in a welfare state: end-stage renal disease in the United Kingdom. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 63: 52-93.
- Ham, C. (1980): Community Health Council participation in the NHS planning system. *Social Policy and Administration* 14: 221-231.
- Ham, C. (1982): Policy-making in the National Health Service. London.
- Ham, C. (1995): Synthesis: what can we learn from international experience? *British Medical Bulletin* 51, 4: 819-830.
- Ham, C. (1997): Management and competition in the NHS. Abingdon.
- Ham, C. (1999⁴): Health policy in Britain. Houndmills.
- Ham, C. (2004⁵): Health policy in Britain. Houndmills.
- Ham, C./Maynard, A. (1994): Managing the NHS market. *British Medical Journal* 308: 845-847.
- Ham, C./Robinson, R./Benzeval, M. (1990): Health check: health policy in an international perspective. London.
- Hampton, J.R. (1997): Evidence-based medicine, practice variations and clinical freedom. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 3: 123-132.
- Hansis, M. (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus unfallchirurgischer Sicht. In: Goergen, H./Riedel, R.-R./Vetter, H. (Hg.): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Köln: 75-81.
- Harrison, A./Dixon, J. (2000): The NHS: facing the future. London.
- Harrison, S. (1988): Managing the National Health Service. London.
- Harrison, S. (1995): Clinical autonomy and planned markets: the British case. In: Saltman, R.B./van Otter, C. (eds.): Implementing planned markets in health care. Buckingham: 156-174.
- Harrison, S. (1998): The politics of evidence-based medicine. *Policy and Politics* 26: 15-31.
- Harrison, S. (2002): New Labour, modernisation and the medical labour process. *Journal of Social Policy* 31: 465-485.
- Harrison, S. (2004a): Medicine and management: autonomy and authority in the National Health Service. In: Gray, A./Harrison, S. (eds.): Governing medicine: theory and practice. Maidenhead: 51-59.
- Harrison, S. (2004b): Governing medicine: governance, science and practice. In: Gray, A./Harrison, S. (eds.): Governing medicine: theory and practice. Maidenhead: 180-187.

- Harrison, S./Hunter, D.J./Pollitt, C. (1990): The dynamics of British health policy. London.
- Harrison, S./Hunter, D.J./Marnoch, G./Pollitt, C. (1992): Just Managing: Power and Culture in the National Health Service. London.
- Harrison, S./Moran, M./Wood B. (2002): Policy emergence and policy convergence: the case of "scientific-bureaucratic medicine" in the USA and UK. *British Journal of Politics and International Relations* 4: 1-24.
- Harrison, S./Mort, M. (1998): Which champions, which people? Public and user involvement in health care as a technology of legitimation. *Social Policy and Administration* 32: 60-70.
- Harrison, S./Pollitt, C. (1994): Controlling health professionals. Buckingham.
- Harrison, S./Wistow, G. (1992): The purchaser/provider split in English health care. *Policy and Politics* 20: 123-136.
- Hartmann, A.K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen.
- Harvey, I. (1993): And so to bed: access to inpatient services. In: Frankel, S./West, R. (eds.): *Rationing and rationality in the National Health Service*. London: 96-114.
- Harvey, S./Liddell, A./McMahon, L. (2007): *Windmill 2007: the future of health care reforms in England*. London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Hasenbein, U./Schulze, A./Busse, R./Wallesch, C.W. (2005): Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. *Gesundheitswesen* 67: 332-41.
- Hasse, R./Krücken, G. (1999): *Neo-Institutionalismus*. Bielefeld.
- HCC (Healthcare Commission) (2005a): Despite improvements NHS still falls short on putting patients first, says watchdog. Press release, 18.07.2005. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCC (2005b): *State of healthcare 2005*. London. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCC (2006a): *The annual health check in 2006/2007*. London. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCC (2006b): *State of healthcare 2006*. London. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCC (2007a): *Spotlight on complaints*. London. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCC (2007b): *The view of hospital inpatients in England*. London. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- HCHC (House of Commons Health Committee) (2007): *Patient and public involvement in the NHS*. Vol. I. London. <http://www.parliament.uk/healthcom>
- Hearnshaw, H.M./Harker, R.M./Cheater, F.M. et al. (2003): Are audits wasting resources by measuring the wrong things? A survey of methods used to select audit review criteria. *Quality and Safety in Health Care* 12: 24-28.
- Hegner, F. (1991): Comparing solidarity, hierarchy, and markets: institutional arrangements for the coordination of actions. In: Kaufmann, F.-X. (ed.): *The public sector - challenge for coordination and learning*. Berlin: 417-439.
- Helou, A. (2003): Medizinische Leitlinien. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch*. München: 739-745.
- Helou, A./Lorenz, W./Ollenschläger, G. et al. (2000): Methodische Standards der Entwicklung Evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 94: 330-339.
- Hencke, D. (2003): Treasury targets cost patients sight, say MPs. *The Guardian*, 22.07.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Henderson, J./Newton, J.N./Goldacre, M. (1995): Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding. *British Medical Journal* 311: 783-785.
- Hennessy, P. (1990): *Whitehall*. London.
- Hensher, M./Fulop, N. (1999): The influence of health needs assessment on health care decision-making in London health authorities. *Journal of Health Services Research and Policy* 4: 90-95.
- Herder-Dorneich, P. (1986): *Theorie der sozialen Steuerung - die Theorie der Scheine*. Baden-

Baden

- Herder-Dorneich, P. (1994): *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens*. Baden-Baden.
- Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986): *Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit*. Baden-Baden.
- Hermann, C. (2007): *Monistik ante portas - Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung*. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: 101-116.
- Hess, R. (2006): "Wir wollen die Ärzte früh informieren" (Interview). *Deutsches Ärzteblatt* 103: A-1263 - A-1265.
- Hildebrand, R. (2005): *Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute*. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2004*. Stuttgart: 27-47.
- Hinsliff, G. (2003a): *BMA chief attacks "obscene" pressure to hit NHS targets*. *The Observer*, 29.06.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Hinsliff, G. (2003b): *Hospital A&E targets to be axed*. *The Observer*, 07.09.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Hinsliff, G. (2003c): *Health scare stories distort NHS priorities*. *The Observer*, 14.09.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Hofmann, A. (2003): *Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen sie die Patientenbeauftragte*. Freitag 02, 26.12.2003. <http://www.freitag.de>
- Holm, S. (2000): *Developments in the Nordic countries - goodbye to the simple solutions*. In: Coulter, A./Ham, C. (eds.): *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: 29-37.
- Honigsbaum, F. (1979): *The division in British medicine*. London.
- Honigsbaum, F. (1989): *Health, happiness, and security: the creation of the National Health Service*. London.
- Hooper, J./Edwards, N./Ujah, S. (1997): *How to get started*. In: Harris, A. (ed.): *Needs to know: a guide to needs assessment for primary care*. London.
- Hopkins, A. (1995): *Some reservations about clinical guidelines*. *Archives of Disease in Childhood* 72: 70-75.
- Hoque, K./Davis, S./Humphreys, M. (2004): *Freedom to do what you are told: senior management team autonomy in an NHS acute trust*. *Public Administration* 82: 355-375.
- House of Commons (1984): *First report of the Social Services Committee: Griffiths NHS Management Inquiry report March 1984, H.C. 209*. London.
- Hughes, D./Griffiths, L. (1996): *"But if you look at the coronary anatomy ...": risk and rationing in cardiac surgery*. *Sociology of Health and Illness* 18: 172-197.
- Hughes, D./Griffiths, L. (1997): *"Ruling in" and "ruling out": two approaches to the micro-rationing of health care*. *Social Science and Medicine* 44: 589-599.
- Hunter, D.J. (1997): *Desperately seeking solutions: rationing health care*. London.
- Hunter, D.J. (2005): *The fall and rise of the NHS*. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham. <http://www.dur.ac.uk>
- Hunter, D.J./Harrison, S. (1997): *Democracy, accountability and consumerism*. In: Iliffe, S./Munro, J. (eds.): *Healthy choices: Future options for the NHS*. London: 120-154.
- Hurwitz, B. (1998): *Clinical guidelines and the law*. Abingdon.
- Hutton, J./Maynard, A. (2000): *A nice challenge for health economics*. *Health Economics* 9: 89-93.
- IPPR (Institute for Public Policy Research) (2006): *Hospital reconfiguration: ippr briefing*. London. <http://www.ippr.org>
- Isensee, J. (1990): *Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen einer Krankenhausreform. Verfassungsrechtliche Stellungnahme zu den "Vorschlägen zur Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung" der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung*. In: Robert Bosch Stiftung (Hg.): *Krankenhausfinanzierung in*

- Selbstverwaltung, Teil II: Verfassungsrechtliche Stellungnahmen zum Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: 97-203.
- Iseringhausen, O. (2006): Die Qualität der Qualität: Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Diss. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Jackson, R./Feder, G. (1998): Guidelines for clinical guidelines. *British Medical Journal* 317: 427-428.
- Jarman, B. (1983): Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal* 286: 705-709.
- Jarrold, K. (2005): The NHS – past, present and future. *The Guardian*, 23.11.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Jebb, F. (1991): Referrals under threat. *Medeconomics*: 37-42.
- Johnston, G./Davies, H.T.O./Crombie, I.K. et al. (1999): Managing clinical audit: diagnosing the problems and designing solutions. In: Davies, H.T.O./Tavakoli, M./Malek, M./Neilson, A.R. (eds.): *Managing quality: strategic issues in health care management*. Aldershot: 89-102.
- Jones, B.D. (2003): Bounded rationality and political science: lessons from public administration and public policy. *Journal of Public Administration Research and Theory* 13: 395-412.
- Joss, R./Kogan, M. (1995): *Advancing quality: total quality management in the health service*. Buckingham.
- Judge, K. (1978): *Rationing social services*. London.
- Kalnbach, P./Schmidt, U. (2005): Konzernmodell als Strategieoption für kommunale Krankenhäuser. *Das Krankenhaus* 8/2005: 646-647.
- Kania, H./Blanke, B. (2000): Von der "Korporatisierung" zum "Wettbewerb": Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren. In: Czada, R./Wollmann, H. (Hg.): *Von der Bonner zur Berliner Republik*. Leviathan, SH 19/1999. Wiesbaden: 567-591.
- Kastenholz, H. (2000): Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Welche Anforderungen kommen auf die Krankenhäuser durch die neuen gesetzlichen Regelungen zu? *Das Krankenhaus* 3/2000: 178-181.
- Kaufmann, F.-X. (1982): Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Kaufmann, F.-X. (Hg.): *Staatliche Sozialpolitik und Familie*. München: 49-86.
- Kaufmann, F.-X. (1984): Solidarität als Steuerungsform: Erklärungsansätze bei Adam Smith. In: Kaufmann, F.-X./Krüsselberg, H.G. (Hg.): *Markt, Staat und Solidarität bei Adam Smith*. Frankfurt/M.: 158-184.
- Kaufmann, F.-X. (1987): Zur Einführung: Ein sozialpolitisches Schwerpunktprogramm der DFG - und was daraus wurde. In: Kaufmann, F.-X. (Hg.): *Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe*. München: 9-38.
- Kaufmann, F.-X. (1988): Steuerung wohlfahrtsstaatlicher Abläufe durch Recht. *Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie* 13: 65-108.
- Kaufmann, F.-X. (ed.) (1991a): *The public sector - challenge for coordination and learning*. Berlin.
- Kaufmann, F.-X. (1991b): The relationship between guidance, control, and evaluation. In: Kaufmann, F.-X. (ed.): *The public sector - challenge for coordination and learning*. Berlin: 213-234.
- Kaufmann, F.-X. (1992): *Der Ruf nach Verantwortung*. Freiburg.
- Kaufmann, F.-X. (1994): Staat und Wohlfahrtsproduktion. In: Derlien, H.-U./Gerhardt, U./Scharpf, F.W. (Hg.): *Systemrationalität und Partialinteresse*. Festschrift für Renate Mayntz. Baden-Baden: 357-380.
- Kaufmann, F.-X. (2003): *Varianten des Wohlfahrtsstaats*. Frankfurt/M.
- Keck, O. (1991): Der neue Institutionalismus in der Theorie der internationalen Politik. *Politische Vierteljahresschrift* 32: 635-653.
- Kendrick, M./Johnson, K. (2000): Long-term treatment of multiple sclerosis with interferon-beta may be cost effective. *Pharmacoeconomics* 18: 45-53.
- Keogh, B./Spiegelhalter, D./Bailey, A. et al. (2004): The legacy of Bristol: public disclosure of

- individual surgeons' results. *British Medical Journal* 329: 450-454.
- Kennedy, I. (2003): Patients are experts in their own field. *British Medical Journal* 326: 1276.
- Kennedy, I. (2007): Learning from Bristol: are we? London. <http://www.chai.org.uk>
- Kernick, D. (2002): Beta interferon, NICE, and rationing. *The British Journal of General Practice* 52: 784-785.
- Kerrison, S./Packwood, T./Buxton, M. (1994): Monitoring medical audit. In: Robinson, R./Le Grand, J. (eds.): *Evaluating the NHS reforms*. Newbury: 155-177.
- King's Fund (2005): NICE and Herceptin. London. <http://www.kingsfund.org.uk>
- King's Fund (2006a): Local variations in NHS spending priorities. London. <http://www.kingsfund.org.uk>
- King's Fund (2006b): The reconfiguration of hospital services. London. <http://www.kingsfund.org.uk>
- King's Fund (2007a): Professional regulation. London. <http://www.kingsfund.org.uk>
- King's Fund (2007b): NHS finances 2006/7. London. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Kirch, W./Kliemt, H. (Hg.) (1997): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Regensburg.
- Kitchener, M. (1999): "All fur coat and no knickers": contemporary organizational change in United Kingdom hospitals. In: Brock, D.M./Powell, M.J./Hinings, C.R. (eds.): *Restructuring the professional organization*. London: 183-199.
- Kitchener, M. (2000): The "bureaucratization" of professional roles: the case of clinical directors in UK hospitals. *Organization* 7: 129-154.
- Klein, R. (1973): National Health Service: after reorganisation. *Political Quarterly* 44: 316-328.
- Klein, R. (1979): Control, participation, and the British National Health Service. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57: 70-94.
- Klein, R. (1989²): The politics of the NHS. London.
- Klein, R. (1990): Looking after consumers in the new NHS. *British Medical Journal* 300: 1351-1352.
- Klein, R. (1995³): The new politics of the NHS. Harlow.
- Klein, R. (1996): The NHS and the new scientism: solution or delusion? *Quarterly Journal of Medicine* 89: 85-87.
- Klein, R. (1998): Can policy drive quality? *Quality in Health Care* 7, Suppl.: S51-S53.
- Klein, R. (2001⁴): The new politics of the NHS. Harlow.
- Klein, R. (2003): "The new localism": once more through the revolving door? *Journal of Health Services Research and Policy* 8: 195-196.
- Klein, R. (2004): The first wave of NHS foundation trusts. *British Medical Journal* 328: 1332.
- Klein, R./Day, P./Redmayne, S. (1996): *Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service*. Buckingham.
- Klein, R./Lewis, J. (1976): *The politics of consumer representation*. London.
- Klein, R./Sturm, H. (2002): Viagra: a success story for rationing? *Health Affairs* 21: 177-187.
- Klein, R./Williams, A. (2000): Setting priorities: what is holding us back - inadequate information or inadequate institutions? In: Coulter, A./Ham, C. (eds.): *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: 15-26.
- Klemperer, D. (1990): Einfluß nicht-medizinischer Faktoren auf die Frequenz von Operationen und Untersuchungen. *Argument-Sonderband AS* 182: 105-115.
- Kmietowicz, Z. (2003): Health committee questions benefit of foundation hospitals to patients. *British Medical Journal* 326: 1000.
- Kolkman, F.-W. (2000): Leitlinien und Qualitätssicherung. In: Hart, D. (Hg.): *Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Baden-Baden: 49-60.
- Krämer, W. (1989): *Die Krankheit des Gesundheitswesens*. Frankfurt/M.
- Kranich, C. (2004): Die neue Patientenbeteiligung in Deutschland. *Dr. med. Mabuse* 29, 151: 48-50.
- Kuhlmann, E. (1998a): "Zwischen zwei Mahlsteinen" - Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In:

- Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: 11-80.
- Kuhlmann, E. (1998b): Die Verführung zur Falschinformation - ärztliche Aufklärungspraxis unter den Bedingungen verknappter klinischer Ressourcen. In: Feuerstein, G. (Projektleiter): Patientenaufklärung unter den Bedingungen knapper klinischer Behandlungsressourcen (Projektbericht). Bielefeld: 1-92.
- Kühn, H. (1980): Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der BRD von 1958 bis 1977/78. Königstein/Ts.
- Kühn, H. (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: 77-98.
- Kühn-Mengel, H. (2007a): Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, erklärt zum Start der "Unabhängigen Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)": (...) Pressemitteilung v. 30.01.2007. <http://www.patientenbeauftragte.de>
- Kühn-Mengel, H. (2007b): Helga Kühn-Mengel lud ein zum Expertenforum zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung. <http://www.patientenbeauftragte.de>
- Lapsley, I. (1994): Market mechanisms and the management of health care: the UK model and experience. *International Journal of Public Sector Management* 7, 6: 15-25.
- Laumann, E.O./Knoke, D. (1988): *The organizational state*. Madison.
- Lawson, N. (1992): *The view from No. 11*. London.
- Leathard, A. (1990): *Health care provision*. London.
- Le Grand, J. (2002a): Further tales from the British National Health Service. *Health Affairs* 21: 116-128.
- Le Grand, J. (2002b): The Labour government and the National Health Service. *Oxford Review of Economic Policy* 18:137-153.
- Le Grand, J./Mays, N./Dixon, J. (1998): The reforms: success or failure or neither? In: Le Grand, J./Mays, N./Mulligan, J.-A. (eds.): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: 117-143.
- Le Grand, J./Mays, N./Mulligan, J.-A. (eds.) (1998): *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London.
- Lehr, A. (2005): Krankenhauspolitische Chronik: 2000 bis 2004 (Juli). In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2004*. Stuttgart: 269-288.
- Leisering, L. (2001): Wirklich die beste aller Welten? Die soziologische Kritik am Wohlfahrtsstaat. In: Mayer, K.U. (Hg.): *Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat: Eine Kontroverse*. Frankfurt/M.: 113-133.
- Lenaghan, J. (ed.) (1997): *Hard choices in health care*. London.
- Lenaghan, J. (1999): Involving the public in rationing decisions: the experience of citizens' juries. *Health Policy* 49: 45-61.
- Levinsky, N.G. (1984): The doctor's master. *New England Journal of Medicine* 311: 1573-1575.
- Levitt, R./Wall, A./Appleby, J. (1995): *The reorganized National Health Service*. London.
- Lewis, R./Alvarez-Rosete, A./Mays, N. (2006): *How to regulate health care in England?* London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Light, D.W. (1997): From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience. *Milbank Quarterly* 75: 297-341.
- Lindblom, C.E. (1959): The science of muddling through. *Public Administration Review* 19: 79-88.
- Lindblom, C.E. (1979): Still muddling, not yet through. *Public Administration Review* 39: 517-526.
- Locock, L. (2000): The changing nature of rationing in the UK National Health Service. *Public Administration* 78: 91-109.
- Lohr, K.N./Eleazer, K./Mauskopf, J. (1998): Health policy issues and applications for evidence-

- based medicine and clinical practice guidelines. *Health Policy* 46: 1-19.
- Luhmann, N. (1981): *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München.
- Mackenzie, W.J.M. (1979): *Power and responsibility in health care*. Oxford.
- Mahon, A./Wilkin, D./Whitehouse, C. (1994): Choice of hospital for elective surgery referrals: GPs' and patients' views. In: Robinson, R./Le Grand, J. (eds.): *Evaluating the NHS reforms*. Newbury: 108-129.
- Malone-Lee, M. (1981): Where loyalties differ. *Health and Social Services Journal*, 26.11.1981: 1448-1449
- Mannebach, H. (1999): Varianz im ärztlichen Handeln: Schwäche oder Stärke der Medizin? In: Badura, B./Siegrist, J. (Hg.): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim: 53-72.
- March, J.G./Simon, H.A. (1958): *Organizations*. New York.
- Mark, A. (1991): Where are the medical managers? *Journal of Management in Medicine* 5, 4: 6-12.
- Marnoch, G. (1996): *Doctors and management in the National Health Service*. Buckingham.
- Martin, D.K./Singer, P.A. (2000): Priority setting and health technology assessment: beyond evidence-based medicine and cost-effectiveness analysis. In: Coulter, A./Ham, C. (eds.): *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: 135-145.
- Martin, J.P. (1984): *Hospitals in trouble*. Oxford.
- Martin, S./Smith, P.C. (1999): Rationing by waiting lists: an empirical investigation. *Journal of Public Economics* 71: 141-164.
- Mason, A. (2002): The emerging role of clinical audit. *Clinical Medicine* 2: 294-296.
- Maxwell, R. (1994): On risk in medicine. In: Marinker, M. (ed.): *Controversies in health care policies*. London: 43-53.
- Maxwell, R./Weaver, N. (eds.) (1984): *Public participation in health*. London.
- Maynard, A. (1996): Rationing health care. *British Medical Journal* 313: 1499.
- Maynard, A. (1997): Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *The Lancet* 349: 126-128.
- Maynard, A./Bloor, K./Freemantle, N. (2004): Challenges for the National Institute for Clinical Excellence. *British Medical Journal* 329: 227-229.
- Maynard, A./Ludbrook, A. (1980): Budget allocation in the National Health Service. *Journal of Social Policy* 9: 289-312.
- Mayntz, R. (1987): Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme - Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma. In: Ellwein, T. et al. (Hg.): *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft*, Bd. 1. Baden-Baden: 89-110.
- Mayntz, R. (1988): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: Mayntz, R./Rosewitz, B./Schimank, U./Stichweh, R.: *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt/M.: 11-44.
- Mayntz, R. (1991): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Henke, K.-D./Hesse, J.J./Schuppert, G.F. (Hg.): *Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland*. Baden-Baden: 21-43.
- Mayntz, R. (2001): Zur Selektivität der steuerungstheoretischen Perspektive. In: Burth, H.-P./Görlitz, A. (Hg.): *Politische Steuerung in Theorie und Praxis*. Baden-Baden: 17-27.
- Mayntz, R. (2003): Governance im modernen Staat. In: Benz, A. (Hg.): *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen*. Wiesbaden: 65-76.
- Mayntz, R./Scharpf, F.W. (1973): Kriterien, Voraussetzungen und Einschränkungen aktiver Politik. In: Mayntz, R. (Hg.): *Planungsorganisation*. München: 115-145.
- Mayntz, R./Scharpf, F.W. (1995a): Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. In: Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hg.): *Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung*. Frankfurt/M.: 9-38.
- Mayntz, R./Scharpf, F.W. (1995b): Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hg.): *Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung*.

- Frankfurt/M.: 39-72.
- Mays, N. (1995): Geographical resource allocation in the English National Health Service: the tension between normative and empirical approaches. *International Journal of Epidemiology* 24, Suppl. 1: S96-S102.
- Mays, N./Mulligan, J.-A./Goodwin, N. (2000): The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy* 5: 49-58.
- McDonald, R./Harrison, S. (2004): The micropolitics of clinical guidelines: an empirical study. *Policy and Politics* 32: 223-239.
- McDonald, R./Harrison, S./Checkland, K. et al. (2007): Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *British Medical Journal*. <http://bmj.com>
- McErlain-Burns, T.L./Thomson, R. (1999): The lack of integration of clinical audit and the maintenance of medical dominance within British hospital trusts. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5: 323-333.
- McIver, S. (1998): *Healthy debate: an independent evaluation of citizens' juries in health settings*. London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- McKenzie, J.K./Moss, A.H./Feest, T.G./Stocking, C.B./Siegler, M. (1998): Dialysis decision making in Canada, the United Kingdom, and the United States. *American Journal of Kidney Diseases* 31: 12-18.
- McNulty, T./Ferlie, E. (2002): *Reengineering health care: the complexities of organizational transformation*. Oxford.
- Meikle, J. (2005a): Minister intervenes in row over drugs to treat Alzheimer's. *The Guardian*, 14.03.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Meikle, J. (2005b): Patient choice in jeopardy as NHS woos private sector. *The Guardian*, 29.07.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Mielck, A./John, J. (1996): Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung - Was spricht dafür und was dagegen? *Gesundheitswesen* 58: 1-9.
- Miles, A./Bentley, P./Polychronis, A. et al. (1996): Clinical audit in the National Health Service: fact or fiction? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2: 29-35.
- Milewa, T./Valentine, J./Calnan, M. (1998): Managerialism and active citizenship in Britain's reformed health service: power and community in an era of decentralisation. *Social Science and Medicine* 47: 507-517.
- Milewa, T./Valentine, J./Calnan, M. (1999): Community participation and citizenship in British health care planning: narratives of power and involvement in the changing welfare state. *Sociology of Health and Illness* 21: 445-465.
- Millar, B. (2000): The directors' cut. *Health Service Journal*, 20. April, 22-25.
- Mintzberg, H. (1979): *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg, H. (1983): *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, NJ.
- Mohr, V.D. (2006): Beitrag der BQS zur Versorgungsforschung. In: Hey, M./Maschewsky-Schneider, U./Busse, R. et al. (Hg.): *Kursbuch Versorgungsforschung*. Berlin: 257-272.
- Monitor (2007): *NHS foundation trusts: report for year ended 31 March 2007*. London. <http://www.monitor-nhsft.gov.uk>
- Moon, G./Lupton, C. (1995): Within acceptable limits: health care provider perspectives on community health councils in the reformed National Health Service. *Policy and Politics* 23: 335-348.
- Mooney, G. (1992): *Economics, medicine and health care*. London.
- Moran, M. (1999): *Governing the health care state*. Manchester.
- Morant, H. (2000): Milburn attacks doctors' private pay. *British Medical Journal* 320: 1426.
- Moreira, T. (2005): Diversity in clinical guidelines: the role of repertoires of evaluation. *Social Science and Medicine* 60: 1975-1985.
- Morgan, G. (2007): Why the annual health check needs to change. <http://www.nhsconfed.org>
- Morgan, M. (1992): Waiting lists. In: Beck, E./Lonsdale, S./Newman, S./Patterson, D. (eds.): In

- the best of health? London: 207-227.
- Morgan, O. (1998): Who cares? The great British health debate. Abingdon.
- Morley, A./Campbell, F. (2003): People power and health. London: Democratic Health Network/Local Government Information Unit. <http://www.dhn.org.uk>
- Morreim, E.H. (1995): Balancing act: the new medical ethics of medicine's new economics. Washington, DC.
- Mort, M./Harrison, S./Wistow, G. (1996): The user card: picking through the organisational undergrowth in health and social care. *Contemporary Political Studies* 2: 1133-1140.
- Moss, F. (1998): Quality in health care: getting to the heart of the matter. In: Best, R. et al.: The quest for excellence. London: 171-186.
- Mulholland, H. (2003): NHS needs separate agency, says report. *The Guardian*, 28.10.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Mulholland, H. (2004): Government's plan to devolve power to NHS. *The Guardian*, 29.01.2004. <http://society.guardian.co.uk>
- Mulholland, H. (2005): Nurses face exclusion from pay deal under NHS reforms. *The Guardian*, 29.07.2005. <http://society.guardian.co.uk>
- Mullen, P.M. (2000): Public involvement in health care priority setting: are the methods appropriate and valid. In: Coulter, A./Ham, C. (eds.): *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: 163-174.
- Münch, R. (1976): *Theorie sozialer Systeme*. Opladen.
- NAO (National Audit Office) (1987): *Use of operating theatres in the National Health Service*. London.
- NAO (2003): *Achieving improvements through clinical governance: a progress report on implementation by NHS trusts*. London.
- Naylor, C.D. (1995): Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *The Lancet* 345: 840-842.
- New, B. (ed.) (1997a): *Rationing: talk and action in health care*. London.
- New, B. on behalf of the Rationing Agenda Group (1997b): The rationing agenda in the NHS. In: New, B. (ed.): *Rationing: talk and action in health care*. London: 8-30.
- New, B. (1997c): Defining a package of healthcare services the NHS is responsible for: the case for. *British Medical Journal* 314: 503-505.
- New, B./Le Grand, J. (1996): *Rationing in the NHS*. London.
- NHS Centre for Review and Dissemination (1999): *Getting evidence into practice*. *Effective Health Care* 5, 1. York. <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHSE (NHS Executive) (1995): *Research and development in the new NHS: functions and responsibilities*. Leeds.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2003a): *NICE presentation - January 2003*. London. <http://www.nice.org.uk>
- NICE (2003b): *A short introduction to the Citizens Council*. London. <http://www.nice.org.uk>
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005): *A guide to NICE*. London. <http://www.nice.org.uk>
- North, N./Werkö, S. (2002): Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services. *International Journal of Health Services* 32: 781-798.
- Nullmeier, F. (2000): "Mehr Wettbewerb!" Zur Marktconstitution in der Hochschulpolitik. In: Czada, R./Lütz, S. (Hg.): *Die politische Konstitution von Märkten*. Wiesbaden: 209-227.
- Offe, C. (1984): Korporatismus als System nichtstaatlicher Makrosteuerung? In: *Geschichte und Gesellschaft* 10: 234-256.
- Offermanns, M. (2001): *Krankenhaus Barometer - Herbstumfrage 2000*. <http://dki.comnetinfo.de>
- Ollenschläger, G./Kirchner, H./Fiene, M. (2001): *Leitlinien in der Medizin - scheitern sie an der*

- praktischen Umsetzung? *Der Internist* 42: 473-483.
- Ollenschläger, G./Thomeczek, C./Kirchner, H. et al.. (2000): Leitlinien und Evidenz-basierte Medizin in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 82-89.
- Onion, C.W.R./Walley, T. (1998): Clinical guidelines: ways ahead. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 4: 287-293.
- ONS (Office for National Statistics) (2003): UK 2004: the official yearbook of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. London.
- Ostrom, E. (1991): A method of institutional analysis and an application to multiorganizational arrangements. In: Kaufmann, F.-X. (ed.): *The public sector - challenge for coordination and learning*. Berlin: 501-523.
- Oswald, R. (1998): NHS ombudsman: a job for strife. *Health Service Journal* 108: 30-31.
- Ouchi, William G. (1980): Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative Science Quarterly* 25: 129-141.
- Owen, D. (1988): *Our NHS*. London.
- Owens, P./Glennerster, H. (1990): *Nursing in conflict*. London.
- Packwood, T. (1997): Analysing changes in the nature of health service management in England. *Health Policy* 40: 91-102.
- Packwood, T./Keen, J./Buxton, M. (1991): *Hospitals in transition: the resource management experiment*. Milton Keynes.
- Packwood, T./Keen, J./Buxton, M. (1992): Process and structure: resource management and the development of sub-unit organisational structure. *Health Services Management Research* 5: 66-76.
- Palmer, K. (2006): *NHS Reform*. London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Parker, S. (2001): The row over the abolition of community health councils rages on. *The Guardian*, 08.01.2001. <http://society.guardian.co.uk>
- Parry, N./Parry, J. (1976): *The rise of the medical profession*. London.
- Parry, R.G./Crowe, A./Stevens, J.M./Mason, J.C./Roderick, P. (1996): Referral of elderly patients with severe renal failure: questionnaire survey of physicians. *British Medical Journal* 313: 466.
- Parsons, V./Lock, P. (1980): Triage and the patient with renal failure. *Journal of Medical Ethics* 6: 173-176.
- Paton, C. (1992): *Competition and planning in the National Health Service*. London.
- Paton, C./Bach, S. (1990): *Case studies in health policy and management*. London.
- Peck, E. (1995): The performance of an NHS Trust board: actors' accounts, minutes and observation. *British Journal of Management* 6: 135-156.
- Peck, E. (1998): Integrity, ambiguity or duplicity? NHS consultation with the public. *Health Services Management Research* 11: 201-210.
- PEP (Political and Economic Planning) (1937): *Report on the British health services*. London.
- Pereira Gray, D. (2005): Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. *Journal for Health Services Research and Policy* 10: 66-67.
- Perleth, M. (1997): Wissenschaft im Praxisalltag nutzen. *Münchener medizinische Wochenschrift* 139: 654-656.
- Perleth, M./Antes, G. (Hg.) (1998): *Evidenz-basierte Medizin*. München.
- Perschke-Hartmann, C. (1994): *Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer*. Opladen.
- Pföhler, W. (2005): Weichenstellung im G-BA gegen die Krankenhäuser? (Interview). *Das Krankenhaus* 7/2005: 553-556.
- PHSO (Parliamentary and Health Service Ombudsman) (2007): *Annual report 2006-07: Putting principles into practice*. London. <http://www.ombudsman.org.uk>
- Pickard, S./Marshall, M./Rogers, A. et al. (2002): User involvement in clinical governance. *Health Expectations* 5: 187-198.

- Pollitt, C. (1985): Measuring performance: a new system for the National Health Service. *Policy and Politics* 13: 1-15.
- Pollitt, C. (1993): The struggle for quality: the case of the National Health Service. *Policy and Politics* 21: 161-170.
- Pollitt, C. (1994): The Citizen's Charter: a preliminary analysis. *Public Money and Management*, April-June: 9-13.
- Pope, C. (1991): Trouble in store: some thoughts on the management of waiting lists. In: *Sociology of Health and Illness* 13: 193-212.
- Potter, C./Porter, J. (1989): American perceptions of the British National Health Service: five myths. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 14: 341-365.
- Powell, J.E. (1976): *Medicine and politics*. Tunbridge Wells.
- Powell, M.A. (1997): *Evaluating the National Health Service*. Buckingham.
- Powell, M.A. (1998): In what sense a *National Health Service*? *Public Policy and Administration* 13: 56-69.
- Powell, W.W. (1990): Neither market nor hierarchy: network forms of organizations. In: Straw, B.M./Cummings, L.L.. (eds.): *Research in organizational behavior*. Greenwich, CT: 295-336.
- Propper, C. (1995): Agency and incentives in the NHS internal market. *Social Science and Medicine* 40: 1683-1690.
- Propper, C./Burgess, S./Green, K. (2004): Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88: 1247-1272.
- Propper, C./Söderlund, N. (1998): Competition in the NHS internal market: an overview of its effect on hospital prices and costs. *Health Economics* 7: 187-197.
- Quaas, M. (2003): Rechtliche Aspekte einer leistungsbezogenen Spezialisierung des Krankenhauses unter DRG-Bedingungen. *Das Krankenhaus* 1/2003: 28-36.
- Raftery, J. (2001): NICE: faster access to modern treatments? Analysis of guidance on health technologies. *British Medical Journal* 323: 1300-1303.
- Ranade, W. (1997): *A future for the NHS?* London.
- Raspe, H. (2000): Evidenz-basierte Medizin: eine Einführung für klinisch Tätige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 78-81.
- Rau, F. (2005a): Besondere Einrichtungen im ersten Konvergenzjahr. *Das Krankenhaus* 4/2005: 262-264.
- Rau, F. (2005b): Einstieg in die Konvergenz mit vorläufigen Landes-Basisfallwerten. *Das Krankenhaus* 5/2005: 390-395.
- Rau, F. (2007): Was ändert sich für die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz? *Das Krankenhaus* 3/2007: 179-189.
- Rawlins, M.D. (2005): 5 NICE years. *The Lancet* 365: 904-908.
- Rawlins, M.D./Culyer, A.J. (2004): National Institute for Clinical Excellence and its value judgements. *British Medical Journal* 329: 224-227.
- RCNHS (Royal Commission on the National Health Service) (1979): Report. London.
- Rehfeld, K.H. (2004): Finanzierungsschwäche der Kommunen bleibt Hauptursache der Privatisierungswelle. *Das Krankenhaus* 7/2004: 523-524.
- Riddell, P. (1991): *The Thatcher era*. Oxford.
- Rieser, S. (2005): Praxen und Kliniken werden gleich behandelt - zum Ärger der Krankenhausgesellschaft. *Deutsches Ärzteblatt* 102: C-821.
- Rivett, G. (1998): *From cradle to grave: fifty years of the NHS*. London.
- Robbers, J. (2003): Klare Verhältnisse. *Das Krankenhaus* 6/2003: 437.
- Robbers, J. (2005a): Betonmauer. *Das Krankenhaus* 1/2005: 3.
- Robbers, J. (2005b): Lähmung statt Fortschritt. *Das Krankenhaus* 5/2005: 375.
- Robbers, J. (2005c): Das zweischneidige Schwert. *Das Krankenhaus* 9/2005: 725.

- Robinson, M.B. (1994): Evaluation of medical audit. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48: 435-440.
- Robinson, P./Hawksworth, J./Broadbent, J. et al. (2000): *The Private Finance Initiative: saviour, villain or irrelevance?* London: Institute for Public Policy Research. <http://www.ippr.org.uk>
- Robinson, R. (2002): NHS foundation trusts. *British Medical Journal* 325: 506-507.
- Robinson, R./Dixon, A. (1999): *Health care systems in transition: United Kingdom*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.observatory.dk>
- Robra, B.-P./Deh, U./Swart, E. et al. (2004): Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2003*. Stuttgart 2004: 137-147.
- Robra, B.-P./Swart, E./Felder, S. (2003): Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor In: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2002*. Stuttgart: 45-54.
- Robson, J. (1983): Großbritannien. In: Deppe, H.-U. (Hg.): *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*. Frankfurt/M.: 104-139.
- Rocke, B. (2002): Die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser. *Das Krankenhaus* 10/2002: 779-784.
- Roderick, P.J./Ferris, G./Feest, T.G. (1998): The provision of renal replacement therapy for adults in England and Wales: recent trends and future directions. *QJM* 91: 581-587.
- Rosenberg, W./Donald, A. (1995): Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medical Journal* 310: 1122-1126.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): *Gesundheitspolitik*. Bern.
- Rothgang, H. (1995): *Der Einfluß der Finanzierungssysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina englischer und deutscher Krankenhäuser*. Diss. Köln: Universität zu Köln.
- Rothgang, H. (2006): Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: auf dem Weg zur Konvergenz? In: Wendt, C./Wolf, C. (Hg.): *Soziologie der Gesundheit*. Wiesbaden: 298-319.
- Rothgang, H./Cacace, M./Schmid, A. (2006): "Blurring" regimes in health care: convergence in financing, service provision and regulation of health care. Bremen: Universität Bremen.
- Rothgang, H./Niebuhr, D./Wasem, J./Greß, S. (2004): Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) – Staatsmedizinisches Rationierungsinstrument oder Vorbild für die evidenzbasierte Bewertung medizinischer Leistungen? *Gesundheitswesen* 66: 303-310.
- RSHG (Radical Statistics Health Group) (1995): NHS "Indicators of success": what do they tell us? *British Medical Journal* 310: 1045-1050.
- Rychlik, R. (1999): *Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement*. Stuttgart.
- Sackett, D.L./Rosenberg, W.M.C./Muir Gray, J.A. et al. (1996): Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312: 71-72.
- Salter, B. (1998): *The politics of change in the National Health Service*. Basingstoke.
- Saltman, R.B./Figueras, J. (1997): *European health care reform*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe.
- Sanderson, H. (1982): What's in a waiting list? *British Medical Journal* 285: 1368-1369.
- Sbaih, L.C. (2002): Meanings of immediate: the practical use of the Patient's Charter in the accident and emergency department. *Social Science and Medicine* 54: 1345-1355.
- Scally, G./Donaldson, L.J. (1998): Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal* 317: 61-65.
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer*. Bern.
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L./Hurrelmann, K. et al. (2005): *Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation*. Bern.
- Scharpf, F.W. (1987): Grenzen der institutionellen Reform. In: Ellwein, T. et al. (Hg.): *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1*. Baden-Baden: 111-151.

- Schölkopf, M. (2003): DKI-Krankenhausbarometer. *Das Krankenhaus* 4/2003: 325-326.
- Schliehe, F./Schott, T. (2005): Integrierte Versorgung und Rehabilitation. In: Badura, B./Iseringhausen, O. (Hg.): *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation*. Bern: 145-155.
- Schmalz-Bruns, R. (1989): *Ansätze und Perspektiven der Institutionentheorie*. Wiesbaden.
- Schmidt, M.G. (1993): Theorien in der international vergleichenden Staatstätigkeitsforschung. In: Héritier, A. (Hg.): *Policy-Analyse*. Opladen: 371-393.
- Schnabel, P.-E. (2001): Präventive Gesundheitsberatung als Grundlegung der Patientenberatung. In: Reibnitz, C.v./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient*. Weinheim: 83-92.
- Schott, T. (1993): Patienten(re)orientierung: Elemente einer Standortbestimmung. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hg.): *System Krankenhaus*. Weinheim: 254-269.
- Schott, T. (1997): Vision "Krankenhaus 2000": Patientenorientierung oder Risikoselektion? In: Schulz-Nieswandt, F. (Hg.): *"Krankenhaus 2000" im Kontext institutionellen und leistungsrechtlichen Wandels*. Weiden: 83-99.
- Schubert, K. (Hg.) (2003): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München.
- Schüle, J.A. (1987): *Theorie der Institution. Eine dogmengeschichtliche und konzeptionelle Analyse*. Opladen.
- Schwartz, F.W./Busse, R. (2003): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch*. München: 518-545.
- Scott, W.R. (1995): *Institutions and organizations*. Thousand Oaks.
- Seale, C. (1993): The consumer voice. In: Davey, B./Popay, J. (eds.): *Dilemmas in health care*. Buckingham: 64-80.
- Shannon, C. (2005): London hospital publishes mortality data for individual surgeons. *British Medical Journal* 330: 425.
- Sheaff, R./Sibbald, B./Campbell, S. et al. (2004): Self governance and attitudes to clinical quality in English general practice. *Journal of Health Services Research and Policy* 9: 132-138.
- Shekelle, P.G./Woolf, S.H./Eccles, M./Grimshaw, J. (1999): Developing guidelines. In: *British Medical Journal* 318: 593-596.
- Shepherd, M. (2001): Primary Care Groups. Voice recognition. *Health Service Journal*, 15. Feb.: 32-33.
- Shifrin, T. (2003a): NHS managers hit back at hospital league tables. *The Guardian*, 11.06.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Shifrin, T. (2003b): Q & A: Patient choice. *The Guardian*, 09.12.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Shifrin, T. (2003c): Simpler NHS complaints system to be unveiled. *The Guardian*, 17.12.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 1993. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4: 20-40.
- Simon, M. (1998): Krankenhausfinanzierung und Rationierung. In: Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: 81-96.
- Simon, M. (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen.
- Simon, M. (2005): *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Bern.
- Skocpol, T. (1985): Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: Evans, P.B./Rüchemeyer, D./Skocpol, T. (eds.): *Bringing the state back in*. Cambridge, Mass.: 3-37.
- Skwara, S. (2005a): Gesundheitspolitik. 02.09.2005 - Qualität im Gesundheitswesen. <http://www.glaxosmithkline.de/presse/artikel>
- Skwara, S. (2005b): Gesundheitspolitik. 15.09.2005 - Patientenorientierung. <http://www.glaxosmithkline.de/presse/artikel>
- Skwara, S. (2005c): Gesundheitspolitik. 29.09.2005 - Enterale Ernährung. <http://www.glaxosmithkline.de/presse/artikel>

- Skwara, S. (2005d): Gesundheitspolitik. 27.10.2005 - Gemeinsamer Bundesausschuß. <http://www.glaxosmithkline.de/presse/artikel>
- Smith, H. (1995): Strategic planning of mental health services. *Community Care Management and Planning* 3: 3-11.
- Smith, H.E./Russell, G.I./Frew, A.J./Dawes, P.T. (1992): Medical audit: the differing perspectives of managers and clinicians. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 26: 177-180.
- Smith, N./Chantler, C. (1987): Partnership for progress. *Public Finance and Accountability*: 12-14.
- Smith, P. (2002): Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs* 21: 103-115.
- Smith, P. (2003): The case against the internal market. In: Dixon, J./Le Grand, J./Smith, P.: *Can market forces be used for good?* London: King's Fund: 18-31. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Smith, P. (2004): Incentives for quality: the challenges for research and policy. *Journal of Health Services Research and Policy* 9: 65-66.
- Smith, R. (1998): 'Regulating' doctors: what makes them practise as they do? In: Best, R. et al.: *The quest for excellence*. London: 109-131.
- SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2003): *Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform*. 21.07.2003.
- Stanton, J. (1999): The cost of living: dialysis, rationing and health economics in Britain, 1965-1996. *Social Science and Medicine* 49: 1169-1182.
- Stevens, A./Gabbay, J. (1991): Needs assessment needs assessment. *Health Trends* 23: 20-23.
- Stevens, S. (2004): Reform strategies for the English NHS. *Health Affairs* 23, 3: 37-43.
- Stewart, R. (1989): *Leading in the NHS: a practical guide*. Houndmills.
- Stowe, K. (1989): *On caring for the national health*. London.
- Strehlau-Schwoll, H. (2002): Unternehmenspolitische Konsequenzen bei der Einführung der DRGs. *Das Krankenhaus* 12/2002: 997-999.
- Strong, P./Robinson, J. (1990): *The NHS - under new management*. Milton Keynes.
- Sturm, R. (1989): *Haushaltspolitik in westlichen Demokratien*. Baden-Baden.
- Surender, R./Bradlow, J./Coulter, A. et al. (1995): Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region. *British Medical Journal* 311: 1205-1208.
- Sutton, G.C. (1997): Will you still need me, will you still screen me, when I'm past 64? *British Medical Journal* 315: 1032-1033.
- Sutton, M./Gravelle, H./Morris, S. et al. (2002): Allocation of resources to English areas: individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources. Summary Report. Edinburgh. <http://www.nhsis.co.uk>
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005): *Jahresgutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVR (2007): *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung*. <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVRKaiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1991): *Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland*. Baden-Baden.
- SVRKaiG (1995): *Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*. Baden-Baden.
- SVRKaiG (2001a): *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. BT-Drs. 14/5660.
- SVRKaiG (2001b): *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. BT-Drs. 14/5661.
- SVRKaiG (2001c): *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. BT-Drs. 14/6871.
- SVRKaiG (2003a): *Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bd. I:*

- Finanzierung und Nutzerorientierung. <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVRKAiG (2003b): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. <http://www.svr-gesundheit.de>
- Syrett, K. (2003): A technocratic fix to the "legitimacy problem"? The Blair government and health care rationing in the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28: 715-746.
- Syrett, K. (2004): Impotence or importance? Judicial review in an era of explicit NHS rationing. *The Modern Law Review* 67: 289-321.
- Tanenbaum, S.J. (1994): Knowing and acting in medical practice: outcomes research. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 19: 27-44.
- Tenbenschel, T. (2002): Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. *Health Policy* 62: 173-194.
- Thatcher, M. (1993): *The Downing Street years*. London.
- Thoms, G.M.M./McHugh, G.A./Pollard, B.J./Moore, J. (1999): Anaesthesia clinical directors in the United Kingdom: organisation, objectives and support needs. *Anaesthesia* 54: 753-760.
- Thorlby, R./Maybin, J. (2007): *Health and ten years of Labour government*. London: King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk>
- Timmins, N. (1996): *The five giants: a biography of the welfare state*. London.
- Tonelli, M.R. (1998): The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 73: 1234-1240.
- Toon, P.D. (1994): Justice for gatekeepers. *The Lancet* 343: 585-587.
- Treasure, T. (2005): Mortality in adult cardiac surgery. *British Medical Journal* 330: 489-490.
- Tritter, J. (1994): The Citizen's Charter: opportunities for users' perspectives? *Political Quarterly*: 397-414.
- Tudor-Hart, J. (1971): The inverse care law. *The Lancet*, 27. Febr.: 405-412.
- Tuohy, C. (1999): *Accidental logics*. Oxford.
- Ulrich, G. (1994): *Politische Steuerung. Staatliche Intervention aus systemtheoretischer Sicht*. Opladen.
- Underwood, M.J./Bailey, J.S. (1993): Coronary bypass surgery should not be offered to smokers. *British Medical Journal* 306: 1047-1048.
- Van Herk, R./Klazinga, N.S./Schepers, R.M.J./Casparie, A.F. (2001): Medical audit: threat or opportunity for the medical profession. A comparative study of medical audit among medical specialists in general hospitals in the Netherlands and England, 1970-1999.
- Van Kersbergen, K./van Waarden, F. (2004): "Governance" as a bridge between disciplines: cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy. *European Journal of Political Research* 43: 143-171.
- Velasco-Garrido, M./Busse, R. (2004): Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern? *Arbeit und Sozialpolitik* 5-6/2004: 11-20.
- Viethen, G. (1996): Tracer und Audit in der Medizin. In: Viethen, G./Maier, I. (Hg.): *Qualität rechnet sich. Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. Stuttgart: 74-79.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005a): Quo vadis G-BA? *Das Krankenhaus* 3/2005: 178-180.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005b): Im Fokus: G-BA. *Das Krankenhaus* 4/2005: 259-260.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005c): Im Fokus: G-BA. *Das Krankenhaus* 5/2005: 388-389.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005d): Im Fokus: G-BA. *Das Krankenhaus* 6/2005: 469-471.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005e): Im Fokus: G-BA. *Das Krankenhaus* 8/2005: 644-645.
- Visarius, J./Lehr, A. (2005f): Im Fokus: G-BA. *Das Krankenhaus* 9/2005: 731.
- Visarius, J./Lehr, A. (2007): Krankenhauspolitische Chronik: 2005 (August) bis 2006 (Juli). In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: 225-241.

- Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Bern.
- Walshe, K. (1998): Evidence-based practice: a new era in health care? In: Spurgeon, P. (ed.): The new face of the NHS. London: 270-286.
- Wanless, D. (2002): Securing our future health: taking a long-term view. London. <http://www.hm-treasury.gov.uk>
- Watkin, B. (1978): The National Health Service. London.
- Watt, N. (2001): Blair retreats on patient rights. The Guardian, 15.02.2001. <http://society.guardian.co.uk>
- Weaver, M. (2003): PFI: the issue explained. The Guardian, 15.01.2003. <http://society.guardian.co.uk>
- Weber, M. (1973): Soziologie - Weltgeschichtliche Analysen - Politik. Stuttgart.
- Webster, C. (1988): The health services since the war. Vol. I. London.
- Webster, C. (1996): The health services since the war. Vol. II. London.
- Webster, C. (1998): The National Health Service: a political history. Oxford.
- Wendt, C. (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden.
- West, P.A. (1973): Allocation and equity in the public sector: the Hospital Revenue Allocation Formula. Applied Economics 5: 153-166.
- West, P.A. (1981): Theoretical and practical equity in the National Health Service in England. Social Science and Medicine 15C: 117-122.
- West, P.A. (1997): Understanding the NHS reforms. Buckingham.
- West, R. (1993): Joining the queue: demand and decision-making. In: Frankel, S./West. R. (eds.): rationing and rationality in the National Health Service. London: 42-62.
- Whynes, D.K./Reed, G. (1994): Fundholders' referral patterns and perceptions of service quality in hospital provision of elective general surgery. The British Journal of General Practice 44: 557-560.
- Wiesenthal, H. (1981): Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Frankfurt/M.
- Williams, A. (1997): Rationing health care by age: the case for. British Medical Journal 314: 820-822.
- Willke, H. (1995): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Stuttgart.
- Windhoff-Heritier, A. (1989): Wirksamkeitsbedingungen politischer Instrumente. In: Ellwein, T./Hesse, J.J./Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hg.): Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft 3. Baden-Baden: 89-118.
- Wing, A.J. (1990): Can we meet the real need for dialysis and transplantation? British Medical Journal 301: 885-886.
- Wintour, P. (2002): Blair sets stage for tax rises to aid NHS. The Guardian, 09.04.2002. <http://society.guardian.co.uk>
- Wolfe, C.D., Stojcevic, N., Rudd, A.G. et al. (1997): The uptake and costs of guidelines for stroke in a district of southern England. Journal of Epidemiology and Community Health 5: 520-525.
- Woolf, S.H./Grol, R./Hutchinson, A./Eccles, M./Grimshaw, J. (1999): Potential benefits, harms, and limitations of clinical guidelines. In: British Medical Journal 318: 527-530.
- Wyatt, J.C./Paterson-Brown, S./Johanson, R. et al. (2003): Randomised trial of educational visits to enhance use of systematic reviews in 25 obstetric units. British Medical Journal 317: 1041-1046.
- Yamey, G. (1999a): Report condemns NHS complaints procedure. British Medical Journal 319: 804.
- Yamey, G. (1999b): Complaints mechanism fails older patients. British Medical Journal 319: 804.
- Yamey, G. (2000): Lord Winston attacks Labour's health policy. British Medical Journal 320: 205.
- Yates, J. (1987): Why are we waiting? Oxford.

- Yates, J. (1995): *Private eye, heart and hip*. Edinburgh.
- Yin, R.K. (1989): *Case study research*. Newbury Park.
- Young, J. (2006): Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. *British Medical Journal* 333: 508-509.
- Zacher, H. (1984): Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise. *Sozialer Fortschritt* 33: 1-12.
- Zentner, A./Busse, R. (2004): Das Ausland in aller Munde: Eine systematische Analyse zum Einfluß anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformdebatte. *Arbeit und Sozialpolitik* 9-10/2004: 24-34.
- Zimmermann, M./Zimmermann, R./Loewenich, V. (1997): Die Behandlungspraxis bei schwerstgeschädigten Neugeborenen an deutschen Kliniken. *Ethik in der Medizin* 9: 56-77.

Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
BÄK	Bundesärztekammer
BMA	British Medical Association
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPfV	Bundespflegegesetzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
CCSC	Central Consultants and Specialists Committee
CE	Chief Executive
CHAI	Commission for Healthcare Audit and Inspection
CHC	Community Health Council
CHI	Commission for Health Improvement
CPPIH	Commission for Patient and Public Involvement
DGH	District General Hospital
DH	Department of Health
DHSS	Department of Health and Social Security
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DMP	Disease Management Programme
(G-)DRG	(German) Diagnosis Related Groups
EBM	Evidence-based medicine
EMS	Emergency Medical Service
FPÄndG	Fallpauschalen-Änderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMC	General Medical Council
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GP	General practitioner
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HA	Health Authority
HCC	Healthcare Commission
HCHS	Hospital and community health services
HMC	Hospital Management Committee
HTA	Health Technology Assessment
ICAS	Independent Complaints Advocacy Service(s)
IPPR	Institute for Public Policy Research

IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFPV	Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung
KHEntgG	Krankenhaus-Entgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LIFT	Local Improvement Finance Trust
LINKs	Local Involvement Networks
NAO	National Audit Office
NDPB	Non-departmental public body
NHI	National Health Insurance
NHS	National Health Service
NHSE	National Health Service Executive
NHSFT	NHS Foundation Trust
NHSME	National Health Service Management Executive
NICE	National Institute for (Health and) Clinical Excellence
NPSA	National Patient Safety Authority
NSF	National Service Framework
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ONS	Office for National Statistics
OSC	Overview and Scrutiny Committee
PALS	Patient Advice and Liaison Service(s)
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
PFI	Private Finance Initiative
PHSO	Parliamentary and Health Service Ombudsman
QALY	Quality adjusted life year
QUANGO	Quasi-autonomous non-governmental organization
R&D	Research and development
RAWP	Resource Allocation Working Party
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SHA	Strategic Health Authority
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VK	Vereinigtes Königreich
WHO	World Health Organization

Anhang: OECD-Daten zur Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich und in Deutschland

	Vereinigtes Königreich			Deutschland		
	1997	2002(a) 2003	1997- 2002/3	1997	2002(a) 2003	1997- 2002/3
Krankenhauspersonal						
Anzahl	1.299.000	1.427.000	9,85 %	1.240.116	1.220.594	-1,57 %
Je 1000 Einwohner	22,0	24,0	9,09 %	15,1	14,8	-1,99 %
Praktizierende Ärzte						
Anzahl	108.053	130.312	20,60 %	256.627	277.885	8,28 %
Je 1.000 Einwohner	1,8	2,2	22,22 %	3,1	3,4	9,68 %
Praktizierende Fachärzte						
Anzahl	71.750	90.403	26,00 %	166.663	191.898	15,14 %
Je 1.000 Einwohner	1,2	1,5	25,00 %	2,0	2,3	15,00 %
Pflegekräfte						
Anzahl	480.000	580.000	20,83 %	742.915	801.677	7,91 %
Je 1.000 Einwohner	8,1	9,7	19,75 %	9,1	9,7	6,59 %
Krankenhausbetten						
Anzahl	266.900	247.300	-7,34 %	769.294	721.690	-6,19 %
Je 1.000 Einwohner	4,5	4,2	-6,67 %	9,4	8,7	-7,45 %
Betten: akutstationäre Versorgung						
Anzahl	227.246	220.242	-3,08 %	580.425	541.901	-6,64 %
Je 1.000 Einwohner	3,9	3,7	-5,13 %	7,1	6,6	-7,04 %
Besch./Betten: Akutversorgung						
Personal pro Bett	5,70	6,50	14,04 %	1,95	2,04	4,62 %
Pflegekr./Betten: Akutversorgung						
Personal pro Bett	1,40	1,80	28,57 %	0,72	0,75	4,17 %
Pflegetage: akutstat. Versorgung						
Anzahl pro Kopf	1,1	1,1	0,00 %	2,1	1,9	-9,52 %
Belegungsquote: Akutversorgung						
% der verfügbaren Bettenzahl	79,5	84,5	6,29 %	81,1	77,6	-4,32 %
Bettenumschlag: Akutversorgung						
Patientenzahl/Bett	44,6	47,5	6,50 %	28,3	31,9	12,72 %
Mittlere Verweildauer: stat. Vers.						
Tage	9,3	7,6	-18,28 %	11,9	10,6	-10,92 %
Mittlere Verweildauer: Akutvers.						
Tage	7,1	6,7	-5,63 %	10,4	8,9	-14,42 %
Krankenhausfälle: ICD						
Anzahl	12.624.362	13.750.462 ^a	8,92 %	5.458.025	16.632.586 ^a	7,60 %
Je 100.000 Einwohner	21.398	23.215 ^a	8,49 %	18.843	20.164 ^a	7,01 %

	Vereinigtes Königreich			Deutschland		
	1997	2002 (a) 2003	1997- 2002/3	1997	2002(a) 2003	1997- 2002/3
Gesamtgesundheitsausgaben Mio. US\$ Kaufkraftparität	88.960	132.143 ^a	48,54 %	198.938	240.573 ^a	20,93 %
Gesamtgesundheitsausgaben /Kopf, US\$ Kaufkraftparität	1.508	2.231 ^a	47,94 %	2.425	2.916 ^a	20,25 %
Gesamtgesundheitsausgaben % Bruttoinlandsprodukt	6,8	7,7 ^a	13,24 %	10,7	10,9 ^a	1,87 %
Öffentl. Gesundheitsausgaben Mio. US\$ Kaufkraftparität	71.486	110.148 ^a	54,08 %	157.454	188.991 ^a	20,03 %
Öffentl. Gesundheitsausgaben /Kopf, US\$ Kaufkraftparität	1.212	1.860 ^a	53,47 %	1.919	2.291 ^a	19,39 %
Öffentl. Gesundheitsausgaben % der Gesamtausgaben	80,4	83,4 ^a	3,73 %	79,1	78,6 ^a	-0,63 %
Öffentl. Gesundheitsausgaben % Bruttoinlandsprodukt	5,5	6,4 ^a	16,36 %	8,5	8,6 ^a	1,18 %
Öffentl. Gesundheitsausgaben % Gesamtstaatsausgaben	13,5	15,4 ^a	15,79 %	17,1	17,6 ^a	2,92 %
Private Gesundheitsausgaben Mio. US\$ Kaufkraftparität	17.474	21.995 ^a	25,87 %	41.484	51.582 ^a	24,34 %
Private Gesundheitsausgaben /Kopf, US\$ Kaufkraftparität	296	371 ^a	25,34 %	506	625 ^a	23,52 %
Private Gesundheitsausgaben % der Gesamtausgaben	19,6	16,6 ^a	-15,31 %	20,9	21,4 ^a	2,39 %
Private Gesundheitsausgaben % Bruttoinlandsprodukt	1,3	1,3 ^a	0,00 %	2,2	2,3 ^a	4,55 %
Krankenversicherungsschutz Med. Gesamtversorgung % der Gesamtbevölkerung	100,0	100,0	0,00 %	90,8	90,1	-0,77 %
Krankenversicherungsschutz Akute stationäre Versorgung % der Gesamtbevölkerung	100,0	100,0	0,00 %	90,8	90,1	-0,77 %

Quelle: OECD Health Data 2005