

# Die jüngsten Reformen im britischen NHS aus Sicht eines Gesundheitsdirektors

**Mehr Konkurrenz unter den Leistungsanbietern, mehr Macht für die Leistungseinkäufer, mehr Wahlmöglichkeiten für die PatientInnen, besseres Management chronischer Krankheiten: Diese vier Kernelemente der jüngsten Reformen im britischen Gesundheitssystem können als klares Bekenntnis zu Managed Care verstanden werden. Der Leiter der Gesundheitsdirektion von Süd-Yorkshire unterzieht die Reformen einer kritischen Beurteilung.**

**Mike Farrar**

Das staatlich finanzierte, steuerbasierte britische Gesundheitssystem, der National Health Service (NHS), befindet sich im Wandel. Einmal mehr will die Regierung die Produktivität, die Servicequalität und die Behandlungsergebnisse verbessern und – im Vorfeld der anstehenden allgemeinen Wahlen – beweisen, dass ihre beträchtlichen Zusatzinvestitionen klug und effektiv eingesetzt wurden. Den meisten Managern im NHS kommt das sehr bekannt vor. Die erfolgreiche Führung des NHS ist seit vielen Jahren ein

wichtiger politischer Kampfschauplatz, was zu einer Serie von grösseren Reformen geführt hat, von Margaret Thatchers Einführung eines internen Marktes bis hin zu Tony Blairs Kampagne zur Befreiung der Akutspitäler von der staatlichen Kontrolle mittels Bildung von so genannten Foundation-Trusts (siehe *Kasten*).

## Warum die Reformen?

Der eigentliche Ursprung des Reformierungseifers ist eine tief sitzende Frustration über die (insbesondere aus Sicht der Wählerschaft, inklusive der Mitarbeitenden des NHS) ungenügende Leistung des NHS. Es lässt sich darüber streiten, ob diese Frustration berechtigt ist. In den letzten Jahren hat der NHS seine Leistung dramatisch verbessert – die Wartezeiten wurden beträchtlich verkürzt und die Mortalitätsraten bei wichtigen Krankheiten wie koro-

«Die erfolgreiche Führung des NHS ist seit vielen Jahren ein wichtiger politischer Kampfschauplatz.»

naren Herzkrankheiten und Krebs gesenkt – bei im internationalen Vergleich deutlich tieferen Kosten und mit weniger Personal.

Dennoch ist die allgemeine Wahrnehmung, dass der Service suboptimal sei, dass keine einheitliche Qualität geboten werde und dass es eher Glückssache als eine Folge der Neugestaltung der Angebote sei, wenn die Öffentlichkeit einmal eine posi-



Mike Farrar

tive Meinung über einen Bereich des NHS habe. Umstritten ist auch, ob die Reformen selber überhaupt zu Verbesserungen des Angebots geführt haben. Viele Beobachter sehen die Verbesserungen im NHS ganz einfach als Ergebnis der Mehrinvestitionen, die zu einer Kapazitätserhöhung auf der «Angebotsseite» geführt haben, und nicht als das Ergebnis von neuen Formen der Arbeitsorganisation (z.B. Trennung zwischen Leistungseinkäufern und -erbringern; Wandel in Richtung eines Managed-Care-basierten Systems; Schaffung von neuen Strukturen, z.B. Allgemeinpraxen mit Einkaufsbudgets, die sich später zu Hausarztnetzen entwickelten; und neuerdings Einführung von Primary-Care-Trusts [PCTs, siehe *Kasten*] und Foundation-Trusts). Es könnte sich also lohnen, sich einen Moment zurückzulehnen und sich zu fragen, was im NHS gerade geschieht: Was steckt hinter den neuesten Reformen? Welches sind ihre potenziellen Vorteile und Risiken? Welche Lehren sind daraus zu ziehen?

Kasten:

**Glossar**

**Foundation-Trust:** Foundation-Trusts (auch: «Foundation Hospitals») sind Spitäler oder Spitalverbünde im NHS, die nicht mehr (wie bisher) vom Staat, sondern von einer gemeinnützigen Stiftung getragen werden und als selbstständige Unternehmen betriebswirtschaftliche Entscheidungen weit gehend selbstständig treffen können. Manche NHS-Foundation-Trusts bieten der Bevölkerung ihrer Region die Möglichkeit, Mitglied des Trusts zu werden und sich an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen, zum Beispiel im Rahmen von jährlichen Versammlungen und/oder von Mitgliederräten, die bei wichtigen Entscheidungen von der Unternehmensleitung konsultiert werden. Als Vorbild dienen dabei genossenschaftliche Unternehmensmodelle.

**Primary-Care-Trusts (PCTs):** Primary-Care-Trusts sind lokale Organe (ehemalige Gesundheitsbehörden), die für die Primärversorgung in ihrer Region zuständig sind und heute zu diesem Zweck über ein eigenes Budget verfügen. Sie erbringen selber ambulante Leistungen (z.B. Allgemeinmedizin, Grundpflege, Sozialdienst) und können stationäre Leistungen bei anderen Unternehmen, beispielsweise bei Foundation-Trusts, einkaufen. Sie werden von einem Aufsichtsrat (oft bestehend aus lokalen «Würdenträgern»), von einer Kommission bestehend aus gewählten Vertretern der örtlichen Leistungserbringer (Hausärzte, Pflegende, Apotheker, Zahnärzte usw.) sowie von einem professionellen Geschäftsleitungs-Team geführt.

Quelle: The Free Dictionary; Internet: <http://encyclopedia.thefreedictionary.com>

**Kernelemente der jüngsten Reformen**

Die jüngsten Reformen basieren auf verschiedenen Schlüsselementen, die sich wie folgt zusammenfassen lassen: Erstens: *mehr Konkurrenz* schaffen, zuerst im Akutsektor, indem ausländische Behandlungsteams und Privatbehandlungs-Zentren etabliert wurden und indem NHS-Unternehmen aus der staatlichen Kontrolle entlassen und in unabhängige Foundation-Trusts überführt wurden.

«Viele Beobachter sehen die Verbesserungen im NHS ganz einfach als Ergebnis der Mehrinvestitionen.»

Diese Entwicklung greift nun aber zunehmend auch über die Grenzen des Akutsektors hinaus auf die sozial- und primärmedizinische Versorgung über. Zweitens: die Kompetenz und die *Macht der Leistungseinkäufer* stärken, einerseits durch organisatorische Veränderungen mittels PCTs, vor allem aber durch die Einführung eines ergebnisorientierten Vergütungssystems, um die Leistungserbringer aus dem Akutsektor für die

Attraktivität und den Umfang ihrer Leistungen zu belohnen.

Drittens: öffentliche Erwartungen fördern und den Konsumerismus stimulieren, durch die Verpflichtung, den *PatientInnen Wahlmöglichkeiten* zu bieten und sie – mittels direkter elektronischer Buchung und Führung ihrer eigenen Krankengeschichte – ihren eigenen Weg durch das System bestimmen zu lassen.

Viertens: den Fokus in Richtung *Primärprävention und Management chronischer Krankheiten* verschieben, vor allem, um die Primär- und Sekundärversorgungskapazität des NHS durch Nachfragemanagement statt durch Angebotssteigerung zu maximieren.

**Beurteilung**

Den genannten Veränderungen liegt die folgende Logik zugrunde: Wenn die Patienten in die Verantwortung für ihre Gesundheit und in die Wahl der Leistungserbringer einbezogen werden; wenn zugleich die Kompetenzen der Leistungserbringer, die im Auftrag der Patienten die Mittel einsetzen, erhöht werden; wenn zudem die potenziellen Leistungserbringer dem Wettbewerb um das Recht zur Leistungserbringung ausgesetzt werden – dann wird sich schliesslich die Qualität (Wirksamkeit und Effizienz) der erbrachten Leistungen ver-

bessern. Die Politiker hoffen, dass rein dadurch ein stärker kundenorientiertes Angebot entsteht, das dann zur Plattform für eigenmotivierte kontinuierliche Qualitätsverbesserungen wird.

Allerdings kann dieser explizite Wandel – die Schaffung eines Gesundheitsmarkts bei gleichzeitiger Beibehaltung der Werte und Grundsätze des NHS mit seinem kostenlosen Zugang zu Gesundheitsleistungen – dazu verdammt sein, ebenso viele Probleme zu schaffen, wie er löst.

Betrachten wie die Reformen der Reihe nach:

*Mehr Konkurrenz* wird «Verlierer» schaffen, und es ist noch unklar, wie mit gescheiterten oder weniger erfolgreichen Leistungserbringern umgegangen werden soll. In der Geschäftswelt dürfen erfolglose Anbieter Konkurs machen und mit einem Verlust aus dem Markt ausscheiden. Wird das im politischen Umfeld des NHS möglich sein? Würden Patienten die Schliessung lokaler Dienste oder den raschen

«In der Geschäftswelt dürfen erfolgreiche Anbieter Konkurs machen. Wird dies im NHS möglich sein?»

und häufigen Wechsel in der Führung dieser Dienste akzeptieren? Führen Leistungsunterschiede zwischen den Anbietern dazu, dass die besseren Mitarbeitenden von den leistungsfähigeren Anbietern angezogen werden und dass die weniger leistungsfähigen Anbieter in eine Spirale des raschen Niedergangs geraten?

Die Möglichkeiten, die *Macht auf der Einkäuferseite* zu stärken, sind stark eingeschränkt durch die bestehenden Kompetenzen der Mitarbeitenden. Zurzeit fehlt den Primary-Care-Trusts die Fähigkeit, die Präferenzen der von ihnen versorgten Bevölkerung zu identifizieren, und das Monitoring (d.h. die Kontrolle [Erfassung und Analyse]) der

Angebotsmerkmale und des Leistungseinkaufs ist mangelhaft. Es besteht noch immer eine Debatte darüber, auf welchen Ebenen des Systems (einzelne Praxis, PCT, regional oder national) der Leistungseinkauf stattfinden soll. Wenn diesbezüglich falsche Entscheidungen getroffen werden, sieht sich der NHS mit der Aussicht auf unnötig hohe Transaktionskosten konfrontiert, und mit einem Leistungseinkauf, der wenig mit dem lokalen Bedarf und den gewohnten Zugangswegen der Bevölkerung zu den Angeboten zu tun hat. Wenn die *Wahlentscheidungen der Patienten* zum Motor für Qualitätsverbesserungen werden sollen, so wird dies begrenzt durch die (beschränkte) Fähigkeit des Systems, jene Informationen zur Verfügung zu stellen, auf welche die Patienten ihre Wahlentscheidungen abstützen können; aber auch durch die (be-

**«Es besteht noch immer eine Debatte darüber, auf welchen Ebenen des Systems der Leistungseinkauf stattfinden soll.»**

schränkten) Auswahlmöglichkeiten, die durch die Einkaufsentscheidungen der Primary-Care-Trusts im Namen der Patienten zu Stande kommen. Bei der ergebnisorientierten Vergütung werden die Preise auf der Basis eines nationalen Tarifsystems bestimmt; theoretisch besteht also kein Preis-, sondern nur ein Qualitätswettbewerb. Unter diesen Umständen besteht das Risiko, dass die Leistungseinkäufer Leistungsangebote und Qualitätsstandards auswählen, die nicht denen entsprechen, welche die Patienten selber wählen würden.

Und schliesslich kann die angestrebte Verlagerung in Richtung *Prävention und besseres Management von chronischen Langzeiterkrankungen* (z.B. Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Depression), so lobenswert sie sein mag, daran schei-

tern, dass die dafür nötigen Ressourcen nicht bereitgestellt werden können. Wenn die Public-Health-Anliegen angegangen und ein wirksames Case-Management eingeführt werden soll, wird dies, so fürchten viele NHS-Manager, einen grossen Teil jener Ressourcen (Geld und Personal) erfordern, die zurzeit dazu bestimmt sind, im akuten Spitalbereich die von der Regierung gesetzten neuen Ziele zu erreichen (nämlich die Durchlaufzeit vom Termin beim Hausarzt über die Diagnostik bis zur ambulanten und stationären Spitalaufnahme bis im Jahr 2008 auf ein Maximum von 18 Wochen und einen Durchschnitt von 9 Wochen senken).

Diese Einschätzung kann natürlich zu pessimistisch sein. Meine Aufgabe innerhalb jener Region mit dem landesweit effizientesten Akutsektor besteht darin, die Reformen einzuführen und dabei die angestrebten Ziele zu realisieren und den Fallstricken auszuweichen. Wir glauben, dass sich die vermehrte Konkurrenz im Akutsektor via neue Marktteilnehmer (der PCT von Süd-Yorkshire ist vor kurzem einen 5-Jahres-Vertrag mit einem privaten Anbieter von Wahleingriffen eingegangen) positiv auswirken wird; ebenso die Überführung aller NHS-Spitäler in selbstständige Unternehmen auf den Januar 2005. Tatsächlich haben sich die Aufenthaltszeiten bei primären Hüft- und Knieoperationen infolge der Aussicht auf mehr Wettbewerb und infolge des Trends, Leistungen unter dem offiziellen Tarif anzubieten, bereits signifikant verkürzt. Die ergebnisorientierte Vergütung führt zu transparenteren Finanzflüssen zwischen PCTs und Akutspitalern und dazu, dass sich die Akutversorger selber viel aggressivere Effizienzziele setzen. Die Patienten und die Öffentlichkeit der Region werden via Internet-Umfragen viel stärker in die Prioritätensetzung einbezogen, aber auch in die Gestaltung, Erbringung und Evaluation von Leistungen sowie (via Mitgliedschaft beim lokalen Foundation-Trust [siehe *Kasten*]) in die Unternehmensführung. Diese Vorteile haben umgekehrt auch neuen Raum

und neue Anreize für den NHS geschaffen, sich – vermutlich zum ersten Mal – einigen der wichtigsten Morbiditäts- und Mortalitätsproblemen sowie Problemen der Ungleich-

**«Die Public-Health-Anliegen könnten jene Ressourcen beanspruchen, die zurzeit für den Akutspitalbereich bestimmt sind.»**

behandlung im Gesundheitsbereich zuzuwenden.

Noch ist allerdings ungewiss, ob all die Veränderungen dazu dienen, die Qualität der erbrachten Leistungen nachhaltig zu erhöhen und auch eine höhere Patienten- und Bevölkerungszufriedenheit sicherzustellen; und ob sie den Wunsch der Regierung erfüllen, die Wählerschaft davon zu überzeugen, dass ihre Investitionen und Reformen letztlich erkennbare Verbesserungen im NHS bewirkt haben. – Die Zeit und der Ausgang der nächsten allgemeinen Wahlen werden es weisen. ■

**Autor:**

**Mike Farrar**

Chief Executive

South Yorkshire Strategic Health Authority.

E-Mail: mike.farrar@sysha.nhs.uk

**Übersetzung aus dem Englischen:**

**Rita Schnetzler**

The english version of this article is available in the internet:  
[www.ManagedCareInfo.net](http://www.ManagedCareInfo.net)