

WORKING PAPER 19/2005

Die Verwaltungsreformen des nationalen Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich

Univ. Prof. Mag. Dr. Kurt Promberger
Mag. Hanna Lindmayr
Mag. Iris Rauskala

Universität Innsbruck
Zentrum für Verwaltungsmanagement
Universitätsstraße 15
A – 6020 Innsbruck, Austria

Tel. ++43 (0)512 507-7601
Internet: www.verwaltungsmanagement.at
E-Mail: verwaltungsmanagement@uibk.ac.at



Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
1. EINBETTUNG DES NATIONALEN GESUNDHEITSDIENSTES	2
1.1. Politisches Umfeld	2
1.2. Rechtliches Umfeld.....	3
1.3. Sozio-ökonomisches Umfeld.....	4
1.4. Nationale Wirtschaftsdaten.....	5
2. GRÜNDUNG DES NHS – ZIELE UND PRINZIPIEN.....	6
2.1. Strukturelle Entwicklungen von 1946 bis 1960	7
2.2. Strukturelle Entwicklungen von 1960 bis 1979	8
3. ORGANISATION DES GESUNDHEITSWESENS	11
3.1. Stufenaufbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung	12
3.1.1. <i>Medizinische Erstversorgung - Gatekeeping</i>	<i>12</i>
3.1.2. <i>Zweit- und Drittversorgung</i>	<i>13</i>
3.1.3. <i>Sozialleistungen und Altenpflege</i>	<i>13</i>
3.2. Ausbildung der Allgemeinärzte und Fachärzte.....	14
3.3. Finanzierung des NHS	14
4. REFORMEN DES NHS UNTER DEN KONSERVATIVEN REGIERUNGEN.....	15
4.1. Allgemeine Managementstruktur	16
4.2. Wettbewerbsorientierung	18
4.2.1. <i>Leistungsauslagerungen</i>	<i>19</i>
4.2.1.1. <i>CCT-Verfahren.....</i>	<i>20</i>
4.2.1.2. <i>Kostenersparnisse.....</i>	<i>21</i>
4.2.2. <i>Einführung des internen Marktes.....</i>	<i>21</i>
4.2.1.3. <i>Konzept des internen Marktes</i>	<i>23</i>
4.2.1.4. <i>Organisationsänderung im Zuge des internen Marktes</i>	<i>24</i>
4.2.1.5. <i>Käuferseite - Gesundheitsbehörden und Fonds der Allgemeinärzte.....</i>	<i>25</i>
4.2.1.6. <i>Anbieterseite - Krankenhäuser</i>	<i>27</i>
4.3. Performance Management	29
4.3.1. <i>Leistungsindikatoren.....</i>	<i>29</i>
4.3.2. <i>Medizinische und klinische Prüfungen</i>	<i>30</i>
4.3.3. <i>Patients Charter.....</i>	<i>31</i>
4.4. Kurze Bewertung der Reformen.....	33
4.4.1. <i>Effizienz.....</i>	<i>33</i>
4.4.2. <i>Kontrakte.....</i>	<i>34</i>
4.4.3. <i>Responsivität und Auswahlmöglichkeit.....</i>	<i>34</i>
4.4.4. <i>Gerechtigkeit.....</i>	<i>34</i>
4.4.5. <i>Machtverhältnisse</i>	<i>35</i>
5. REFORMEN DES NHS UNTER DER LABOUR PARTEI.....	35
5.1. Erstversorgung	36
5.1.1. <i>Von der Erstversorgungsgruppe zum Erstversorgungsfonds.....</i>	<i>37</i>
5.1.2. <i>Globalbudgets.....</i>	<i>39</i>

5.2. Zweitversorgung	41
5.3. Gesundheitsbehörden	41
5.4. NHS Direkt und Walk-in centres	42
5.5. Performance Management	42
5.5.1. <i>Neues Qualitätsmanagement</i>	42
5.5.2. <i>NICE</i>	45
5.5.3. <i>Nationale Leistungsrahmen</i>	47
5.5.4. <i>Kommission für Gesundheitsverbesserung</i>	48
5.5.5. <i>Nationale Leistungsbewertungsrahmen</i>	48
5.6. Strukturreformen ab 2000	50
5.6.1. <i>Dezentralisierung</i>	51
5.6.2. <i>Modernisierungsagentur</i>	51
5.6.3. <i>Neue Pflegefonds</i>	52
5.6.4. <i>Erstversorgungsfonds</i>	52
5.6.5. <i>Strategische Gesundheitsbehörden</i>	52
5.7. Finanzierungsproblematik	53
5.7.1. <i>Investitionen</i>	53
5.7.2. <i>Personal</i>	55
5.8. Aktuelle Entwicklungen ab 2003	56
5.8.1. <i>Leistungsorientierte Finanzierung</i>	56
5.8.2. <i>Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes</i>	56
5.8.3. <i>Kommission zur Inspektion des Sozialdienstes</i>	57
5.8.4. <i>Leistungsbewertung</i>	57
5.8.5. <i>NHS Foundation Trusts</i>	61
5.8.6. <i>Spezielle administrative Einheiten</i>	61
5.9. Kurze Bewertung der Reformen	63
5.9.1. <i>Wartezeiten und Wartelisten</i>	63
5.9.2. <i>Performance Management</i>	63
5.9.3. <i>Dezentralisierung</i>	64
5.9.4. <i>Auswahlmöglichkeit</i>	64
6. EVALUIERUNG DER REFORMEN	65
6.1. Theoriegeleitete Evaluation	65
6.2. Public Choice Theorie	65
6.3. Bewertungsrahmen	66
6.3.1. <i>Fokus auf Public Choice Inhalte</i>	66
6.3.2. <i>Konservative Regierungen</i>	67
6.3.3. <i>Labour Regierung</i>	68
6.4. Schlussfolgerung	70
LITERATURVERZEICHNIS	VII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XII
TABELLENVERZEICHNIS	XIII
ANHANG	XIV

Einleitung

Zu Beginn der 80er Jahre hat sich in einigen Staaten wie in Großbritannien, den USA, Neuseeland, Australien und den Niederlanden eine Reformbewegung herausgebildet, die unter dem Schlagwort „*New Public Management (NPM)*“¹ weltweit bekannt ist. Vor allem im angelsächsischen Raum haben Regierungen begonnen, Aufgaben zu privatisieren, einzelne Verwaltungseinheiten zu verselbstständigen, den öffentlichen Sektor unter Markt- und Wettbewerbsdruck zu setzen und Managementkonzepte aus der Privatwirtschaft auf den öffentlichen Sektor anzuwenden.² Eine Vorreiterrolle auf diesem Gebiet hat das Vereinigte Königreich, welches sich seit Thatcher verstärkt der Instrumente des NPM bediente.

„*New Public Management*“ ist keine in sich kohärente, geschlossene Theorie, sondern eher eine Art Handlungsanleitung. Die wesentlichsten Theorien, auf denen NPM aufbaut, sind die Public Choice Theorie und die neue Institutionen Ökonomie sowie die betriebswirtschaftliche Managementlehre. Die Public Choice Thesen verfolgen das Ziel, den Staat zugunsten des privaten Sektors zurückzudrängen. Außerdem soll der öffentliche Sektor mittels Bürokratieabbau und Marktorientierung reformiert werden, um den Bürgern mehr Auswahlmöglichkeiten zu geben. Die Ansätze der Public Choice Theorie sind stark mit denen der neuen Institutionen Ökonomie, insbesondere der Transaktionskostentheorie und der Principal-Agenten-Theorie, verbunden. Diese Theorien setzen sich ebenso mit Fragen der Leistungstiefe im öffentlichen Sektor und den daraus resultierenden „*Make-or-Buy*“ Entscheidungen auseinander. Zusätzlich haben betriebswirtschaftliche Konzepte wie Management by Objectives, Entscheidungsdezentralisierung, Controlling, strategische Unternehmensführung oder ergebnisorientierte Managementinstrumente verstärkt Anwendung im öffentlichen Sektor gefunden.³

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den NPM Reformen des nationalen Gesundheitsdienstes („*National Health Service [NHS]*“) im Vereinigten Königreich. Mit dem Amtsantritt von Margaret Thatcher im Jahre 1979 nahm die Reformierung der öffentlichen Verwaltung im Sinne des NPM seinen Anfang. Die konservative Regierung setzte sich zum Ziel, den NHS und andere öffentliche Organisationen insgesamt effizienter zu gestalten.⁴ Der Fokus lag auf der Schaffung von Wettbewerb durch eine Trennung von Käufer und Anbieter von Gesundheitsleistungen.⁵ Der Ansatz der 1997 gewählten Labour Partei basiert, im Gegensatz zu den Konservativen, verstärkt auf Kooperation und Partnerschaft⁶, Leistungsstandards und Best Practice.⁷

¹ Boyne et al. definieren „*Public Management*“ Reformen als bewusst herbeigeführte Veränderungen in der Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen. (Vgl. Boyne et al., 2003, S. 3)

² Vgl. Reichard C. und Röber M., 2001, S. 371

³ Vgl. Reichard C. und Röber M., 2001, S. 374f

⁴ Vgl. Corby S., 1999, S. 182

⁵ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S.10

⁶ Vgl. Koen V., 2000, S. 15

⁷ Vgl. NHS Executive, 1998, S. 2

1. Einbettung des nationalen Gesundheitsdienstes

Um die Verwaltungsreformen des nationalen Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich einordnen zu können, ist es sinnvoll, das Umfeld, in welches der NHS eingebettet ist, kurz zu behandeln.

1.1. Politisches Umfeld

Das Vereinigte Königreich ist eine konstitutionelle Erbmonarchie und besteht aus vier Nationen: England, Schottland, Wales und Nordirland. Großbritannien wird von zwei Kammern regiert. Dieses Zweikammerparlament besteht einerseits aus den Mitgliedern des Parlaments des Britischen Unterhauses („*House of Commons*“), die direkt demokratisch gewählt werden, und andererseits aus den Mitgliedern des Oberhauses („*House of Lords*“).⁸ Großbritannien hat ein Mehrheitswahlssystem⁹ („*first-past-the post electoral system*“), das auf Wahlkreisen basiert. Der Premierminister ist das Oberhaupt der Partei, welche die Mehrheit im Unterhaus innehat und die Minister der Regierung ernennt. (siehe **Abb.1.**)¹⁰ Der Monarch, der König bzw. die Königin, ist zugleich Staatsoberhaupt, Haupt des „*Commonwealth of Nations*“ und weltliches Oberhaupt der anglikanischen Kirche.¹¹ Die Hauptfunktionen des Monarchen sind die Repräsentation nach innen und außen.¹² Die Exekutive liegt bei der Regierung und der Premierminister als deren Spitze bestimmt die Richtlinien der Politik. Die Legislative liegt verfassungsmäßig beim Monarchen und dem Zweikammernparlament. Die eigentliche Gesetzgebungsbefugnis wird jedoch vom Unterhaus - stark beeinflusst von der amtierenden Regierung - ausgeübt.¹³

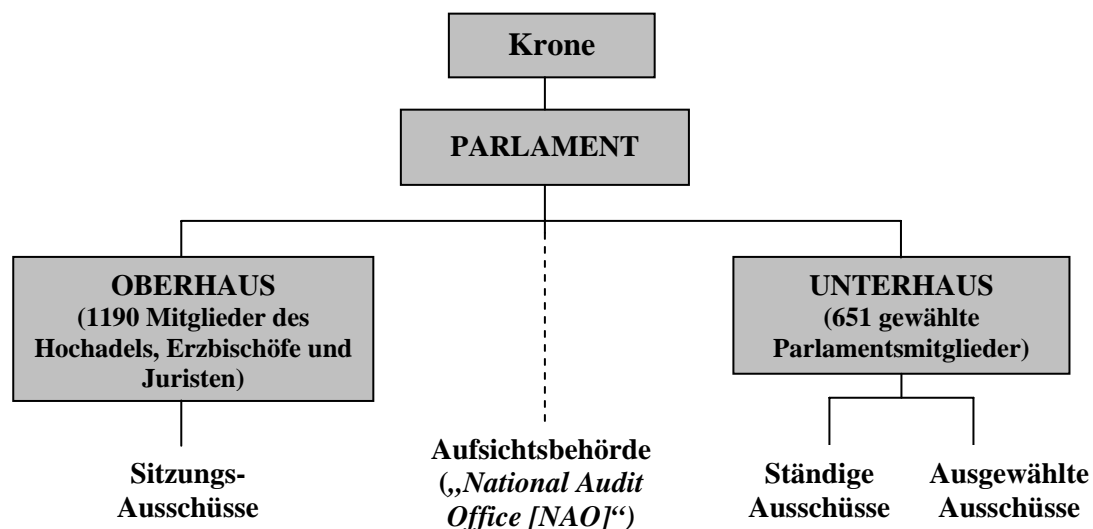


Abb.1. Struktur des Parlaments in Großbritannien¹⁴

⁸ Vgl. Ismayr W., 1999, S. 217

⁹ Hier: Relative Mehrheitswahl: „Mehrheitswahl ist, wenn der Kandidat, der die (relative oder absolute) Mehrheit erzielt, gewählt ist. [...] Relative Mehrheit bedeutet, dass der Kandidat oder die Partei, die mehr Stimmen als der zweitstärkste Gegenkandidat erzielt, das Mandat erhält.“ (Nohlen D., 1986, S. 78 und 83)

¹⁰ Vgl. European Observatory on Health Care Systems, 1999, S. 3

¹¹ Vgl. Der Brockhaus in drei Bänden, 1995, 2.Band, S. 27

¹² Vgl. Ismayr W., 1999, S. 216

¹³ Vgl. Der Brockhaus in drei Bänden, 1995, 2.Band, S. 28

¹⁴ Vgl. OECD, 1992, S. 309 [Das „National Audit Office[NAO]“ ist die der unabhängige „Finanzwachhund“ des Parlaments, der unter anderem die Zentralstellen der Ministerien sowie Organisationen, die öffentliche Mittel erhalten, und den NHS überprüft. (Vgl. Promberger K., Niederkofler C. und Bernhart J., 1991, S.85)]

1.2. Rechtliches Umfeld

Das Vereinigte Königreich hat keine geschriebene Verfassung. Die Verfassung ist evolutionär und basiert auf Konvention und Präzedenzfällen.¹⁵ Das englische Rechtswesen ist geprägt vom richterlichen Gewohnheitsrecht („*Common Law*“), wobei die Hauptquellen des Rechts das geschriebene Gesetzesrecht („*Statute Law*“), welches unbedingten Vorrang hat, sowie die Entscheidungen in Präzedenzfällen („*Case Law*“) sind. Eine ergänzende Rechtsquelle ist das „Billigkeitsrecht“ („*Equity*“), welches eine korrigierende Anwendung der Prinzipien des „*Common Law*“ bei Gericht erlaubt. Eine zusätzliche Quelle stellen die sogenannten Konventionen („*Customs*“) dar.¹⁶ Es gibt zwei verschiedene Arten von Gesetzen, die sich nach deren Ausrichtung differenzieren lassen. Einerseits die „*Public Bills*“, die sich mit Angelegenheiten von öffentlichem Interesse beschäftigen, und andererseits die „*Private Bills*“, welche Einzel- oder Gruppeninteressen von Personen betreffen. Der Gesetzgebungsprozess der „*Public Bills*“ beginnt üblicherweise im Unterhaus, wobei häufig ein Diskussionspapier („*Green Paper*“) und/oder ein Weißbuch („*White Paper*“) bereits vorher eingebracht werden. Die Gesetzesvorlage wird anschließend dem Unterhaus vorgelegt. Die erste Lesung des Entwurfs dient der formalen Information des Unterhauses, und erst bei der zweiten Lesung folgen Erklärungen gegenüber dem Parlament und ausführliche Diskussionen. Verläuft die zweite Lesung ohne Komplikationen, ist die Zustimmung des Unterhauses für eine Resolution reine Formsache, wodurch alle durch das Gesetz entstehenden Kosten abgedeckt werden. (siehe **Tabelle 1.**)¹⁷

Beratungsfortgang	Ort der Beratung	Beratungsaufgabe
Erste Lesung	Plenum	Formelles Einbringen des Gesetzesentwurfes, keine Debatte
Zweite Lesung	Plenum (unumstrittene Gesetze können in ihrem techn. Teil auch im Ausschuss beraten werden)	Debatte über das Gesetz im Prinzip und Beschluss
Ausschussberatung	Ständiger Ausschuss (insbes. bei wichtigen Fragen auch „ <i>Committee of the Whole House</i> “, also Unterhaus ohne Vorsitz des Sprechers)	Detailerörterung erfolgt Paragraph für Paragraph, Zusätze möglich, wenn es keine Änderung des Gesetzesprinzips betrifft

¹⁵ Vgl. OECD, 1992, S.307ff

¹⁶ Vgl. Ismayr W., 1999, S. 240f

¹⁷ Vgl. Ismayr W., 1999, S. 226f

Bericht	Plenum (entfällt, wenn das "Committee of the Whole House" keine Zusätze wünscht)	Ausschuss berichtet Plenum über Beratungsergebnisse; Zusätze möglich
Dritte Lesung	Plenum (keine Debatte, wenn nicht ein von sechs Abgeordneten unterstützter Antrag vorliegt)	Endgültige Zustimmung zum Gesetz; Debatte nur zum Inhalt des Gesetzes
Zusätze des Oberhauses	Plenum	Debatte der Vorschläge des Oberhauses; in der Regel mit dem Entscheid zur Annahme oder Ablehnung verbunden

Tabelle 1. Gesetzgebungsprozess¹⁸

1.3. Sozio-ökonomisches Umfeld

Die folgende Tabelle, **Tabelle 2.**, zeigt verschiedene Gesundheits- und Bevölkerungsindikatoren. Die Einwohnerzahl im Vereinigten Königreich hat beinahe die 60 Millionen-Grenze erreicht, wobei die Lebenserwartung (bei der Geburt) von 73,12 Jahre¹⁹ (1979) auf 77,5 Jahre (2001) gestiegen und die Fruchtbarkeitsrate, die Anzahl der Kinder pro Frau, von 1,9²⁰ (1980) auf 1,6 Kinder (2001) gesunken ist.

Bevölkerung	59.541.000
Jährliches Bevölkerungswachstum in % (1991-2001)	0,3
Bevölkerung über 60 Jahre in %	20,7
Lebenserwartung Gesamt (bei der Geburt) in Jahren	77,5
Männlich	75,1
Weiblich	79,9
Kindersterberate (pro 1000)	
Männlich	7,0
Weiblich	6,0
Erwachsenensterberate (pro 1000)	
Männlich	109,0
Weiblich	69,0
Gesamtfruchtbarkeitsrate - Kinder pro Frau	1,6

Tabelle 2. Bevölkerungsdaten und Gesundheitsindikatoren, 2001²¹

¹⁸ Vgl. Ismayr W., 1999, S. 227

¹⁹ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 1

²⁰ Vgl. Eurostat und Eurostat, 2002, S.5

²¹ Vgl. Online im Internet URL: <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=gbr> (Download: 16.02.2004)

Die demografischen Entwicklungen, nicht nur im Vereinigten Königreich, sondern auch im gesamten Europa, haben gravierende Auswirkungen auf die soziale Lage und stellen vor allem im Zuge einer immer älter werdenden Gesellschaft eine enorme Herausforderung für die Beschäftigungs- und Sozialpolitik dar. (siehe **Tabelle 3./4.**)²²

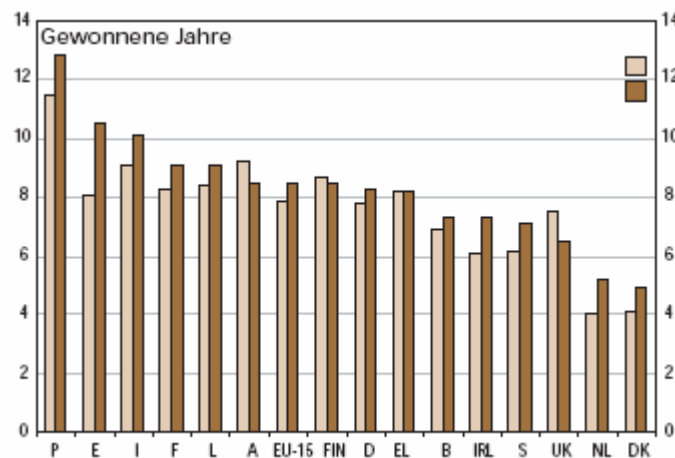


Tabelle 3. Erhöhung der Lebenserwartung zwischen 1960 und 2000, EU-15 ²³

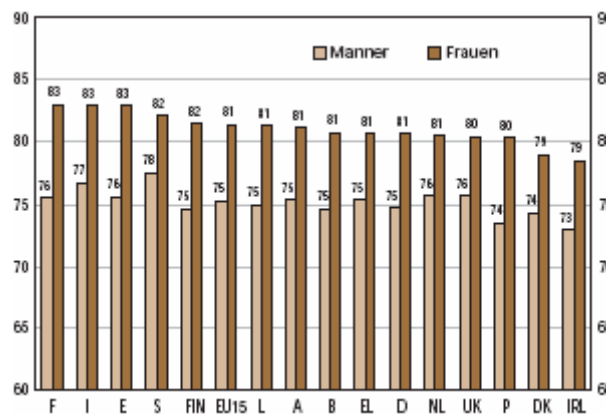


Tabelle 4. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2001, EU-15 ²⁴

1.4. Nationale Wirtschaftsdaten

Die gesamten öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben betragen im Jahr 2001 7,6% des Bruttosozialprodukts in Großbritannien. Der Durchschnitt der OECD-Länder lag im Vergleich dazu jedoch bei 8,4% (siehe **Abb.2.**)²⁵ Der NHS als größter Arbeitgeber hat rund eine Million Angestellte, und die Lohnkosten belaufen sich auf ein Viertel der gesamten Lohnkosten des öffentlichen Sektors. Die Höhe der aufgewendeten Finanzmittel sorgte bereits seit der Gründung im Jahre 1948 für Diskussion und war ausschlaggebend für zahlreiche Reformen.²⁶

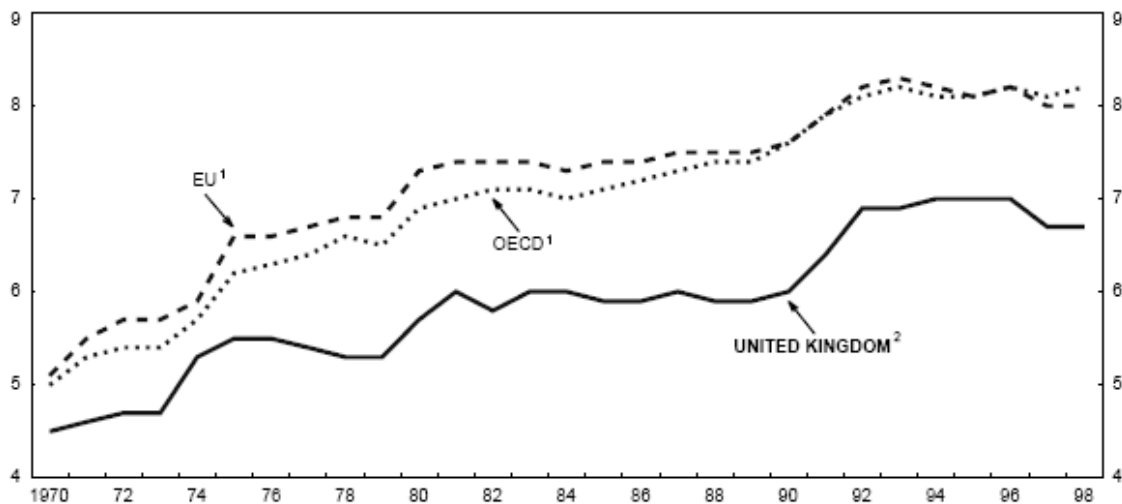
²² Vgl. Europäische Kommission, 2003, S. 11f

²³ Europäische Kommission, 2003, S. 12

²⁴ Ebenda, S. 31

²⁵ Vgl. OECD, 2003, S. 1

²⁶ Vgl. Koen V., 2000, S. 5



1. Ungewichtete Durchschnitte. In der gesamten OECD nicht inkludiert sind die Tschechische Republik, Ungarn, Mexiko und Polen.
2. Nicht inkludiert sind die Ausgaben für Altersheime.

Abb.2. Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP²⁷

2. Gründung des NHS – Ziele und Prinzipien

Die Basis für den politischen Konsens zur Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes wurde bereits während des 2. Weltkrieges geschaffen. Dabei waren sich alle Parteien primär über das Ziel einig, ein umfassendes Angebot an Gesundheitsleistungen für alle bereitstellen zu wollen. Der ursprüngliche Vorschlag für die Errichtung des NHS war in dem „Beveridge Report“²⁸ aus dem Jahre 1942 enthalten, aber die Gründung ließ noch sechs weitere Jahre auf sich warten.²⁹ Trotz des politischen Konsenses war der Zustimmungsgrad der einzelnen Interessensgruppen unterschiedlich. Vor allem der medizinische Berufsstand war ursprünglich gegen den neuen NHS.³⁰ Als Folge der Vorschriften des NHS Act aus dem Jahre 1946 wurde der nationale Gesundheitsdienst („*National Health Service*“) schließlich im Jahre 1948 gegründet. Dieses Gesetz bildete die Grundlage für die Art der Finanzierung und der Bereitstellung der Leistungen im Gesundheitswesen in Großbritannien und war somit von

²⁷ Koen V., 2000, S. 5

²⁸ Ernest Brown verkündete im Jahre 1941 die Unterstützung der Regierung für ein koordiniertes System von städtischen und „voluntary“ Krankenhäusern. Die Koordination sollte von größeren Einheiten als den Lokalverwaltungen übernommen und der Dienst sollte nicht kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Der darauffolgende Beveridge Report, der Plan für den Wohlfahrtsstaat nach dem Krieg, implizierte zwei gravierende Veränderungen: 1. die Reform wurde auf das gesamte Gesundheitswesen ausgedehnt - nicht nur die Rationalisierung der Krankenhäuser - und 2. die kostenlose Bereitstellung der Leistungen. Der konservative Nachfolger von Brown, Henry Willink, veröffentlichte im Jahr 1944 das Weißbuch „*A National Health Service*“. Dies stellte sich aus Vorschlägen seines Vorgängers zusammen und forderte ein kostenloses und umfassendes Angebot an Gesundheitsleistungen. (Vgl. Powell M.A., 1997, S. 39f)

²⁹ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 222

³⁰ Der Grund für diese Haltung lag darin, dass die „*Royal Colleges*“, die Berufsvertretung verschiedener Fachärzte, und die Allgemeinärzte um ihre berufliche Autonomie fürchteten. Sie waren stets darauf bedacht gewesen, frei von jeglicher bürokratischer Einmischung zu sein und somit prinzipiell gegen eine Leistungserstellung unter der Kontrolle des Staates und insbesondere der Lokalverwaltung. Die Verhandlungsgeschicke des damaligen Gesundheitsministers Aneurin Bevan waren letztendlich der Schlüssel für die Zustimmung des medizinischen Berufsstandes zu einem von der Zentralregierung geführten NHS. (Vgl. European Observatory on Health Care Systems, 1999, S. 5f)

übergeordneter Bedeutung für die weitere Entwicklung des NHS.³¹ Der Gesundheitsdienst sollte einerseits durch Steuern und andererseits durch Versicherungsbeiträge finanziert werden.³² Die vier grundlegenden Prinzipien waren und sind:

- Gleicher Zugang für alle
- Kollektive Verantwortung des Staates für die Bereitstellung eines umfassenden Leistungsangebots („Prinzip der Vollständigkeit“)
- Kostenlose Bereitstellung für die gesamte Bevölkerung („*free at the point of use*“) und
- Gerechtigkeit.

Der Verzicht auf Benutzergebühren war eines der Hauptmerkmale des neu gegründeten NHS. Trotz der Formulierung dieser vier Zielsetzungen fehlten jedoch detaillierte und öffentlich deklarierte Prinzipien und Ziele für den NHS.³³

2.1. Strukturelle Entwicklungen von 1946 bis 1960

Als Folge des *NHS Act* aus dem Jahre 1946 wurde der nationale Gesundheitsdienst („*National Health Service*“) als zentralisiertes System in Form einer dreiteiligen („*tripartite*“) Struktur gegründet. Die drei getrennten administrativen Säulen waren folgendermaßen organisiert (siehe **Abb.3.**):³⁴

1. Die erste Säule bildeten die Allgemeinmediziner, Zahnärzte, Augenärzte und Apotheker, die selbständige Agenten innerhalb des NHS waren.³⁵ Die Allgemeinärzte („*General Practitioner [GP]*“), auch Familienärzte („*Family Doctor*“) genannt, waren von Anfang an die Basis für den nationalen Gesundheitsdienst. Sie hatten eine Art „Gatekeeper“-Funktion und verwiesen die Patienten je nach Bedarf in ein Krankenhaus zu einem Facharzt und verordneten Medikamente.³⁶
2. Die zweite Säule war die Lokalverwaltung: die lokalen Ratsversammlungen blieben für präventive Gesundheitsvorsorge, Ambulanzen, Gesundheitsbesuche und Jugendwohlfahrt zuständig.
3. Den dritten und größten Teil stellten die Krankenhäuser dar.³⁷ Diese entstanden durch die Zusammenlegung von städtischen Krankenhäusern, die vorher von Lokalverwaltungen geleitet wurden, und „*voluntary hospitals*“, die durch die Errichtung des NHS verstaatlicht wurden.³⁸

³¹ Ebenda, S. 5

³² Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 222

³³ Vgl. Powell M.A. 1997, S.53f

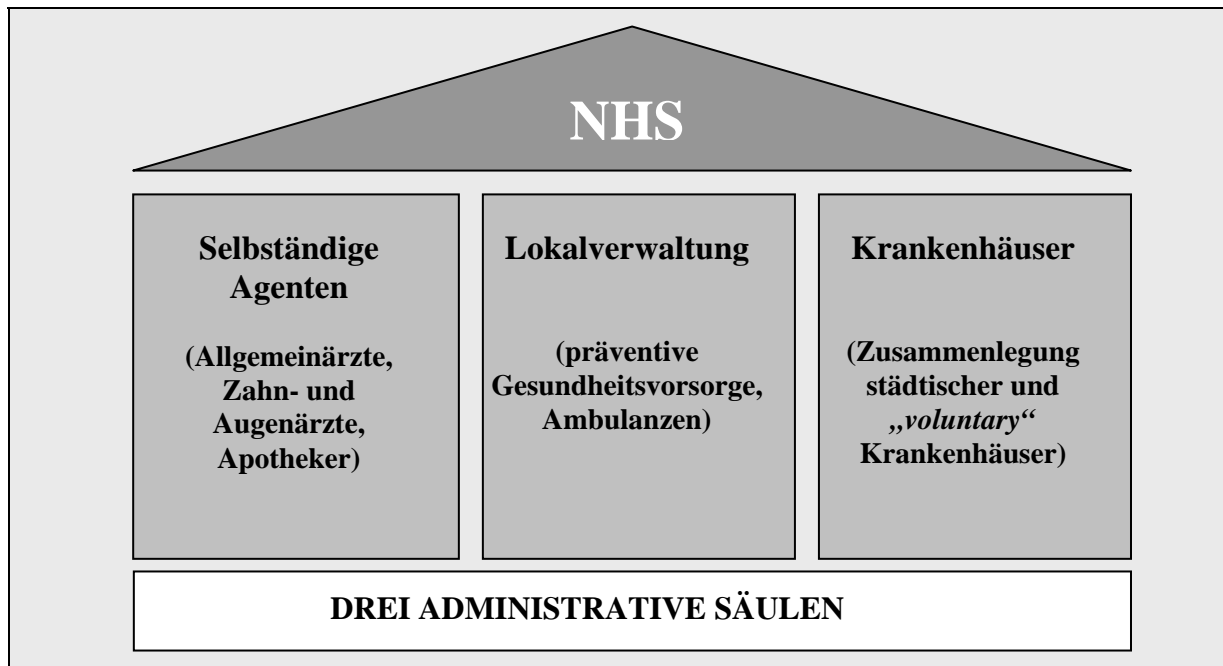
³⁴ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S.222

³⁵ Vgl. Corby S., 1999, S. 180

³⁶ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/history/1957.asp> (Download: 15.12.2003)

³⁷ Vgl. Corby S., 1999, S. 180

³⁸ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 222



*Abb.3. Dreiteilige Struktur des NHS 1948-1974*³⁹

Im Jahre 1951 kam der NHS in die erste finanzielle Krise, die die Einführung von Gebühren für Zahnbehandlungen und Rezepte zur Folge hatte. Es waren moderate Beträge, zirka 0,07 €⁴⁰ Rezeptgebühren und rund 1,43 € für Zahnbehandlungen.⁴¹ Dadurch wurde jedoch schon drei Jahre nach der Gründung des NHS erstmals eines der Prinzipien, nämlich kostenlose Bereitstellung der Leistungen durch den Staat, verletzt.

2.2. Strukturelle Entwicklungen von 1960 bis 1979

Die 60er und der Beginn der 70er Jahre wurden von Debatten über die dreiteilige Struktur des NHS, die sich als zu schwerfällig erwies, dominiert. Über die Grundidee, das System zu vereinheitlichen, herrschte Konsens, aber es gab zahlreiche unterschiedliche Lösungsvorschläge über die detaillierte Ausprägung und Gestaltung einer neuen Struktur.⁴² Es musste eine strategische Säule geschaffen werden, aber erst mit der Veröffentlichung des Weißbuches der konservativen Regierung im Jahre 1972, das im darauf folgenden Jahr in dem *Re-organisation Act* gipfelte, konnten ernstzunehmende Bemühungen in diese Richtung wahrgenommen werden.⁴³ Einige Elemente der heutigen Organisationsstruktur können auf diese Reformen zurückgeführt werden. Das Gesetz führte eine neue organisatorische Struktur - ein neues hierarchisches Kommando-Kontroll-System - ein.⁴⁴ Als Folge wurde dem NHS ein jährliches Budget zugewiesen, anstatt die Ausgaben nach Bedarf zu decken, wie es zuvor der Fall war. Außerdem wurde das lokale Element aus dem NHS entfernt und England wurde

³⁹ Eigene Darstellung

⁴⁰ Als Wert für diese und folgende Umrechnungen wird der Tageskurs vom 12. November 2004 um 14.15 Uhr verwendet. Die Zahlen werden gegebenenfalls gerundet. Eine Währungseinheit Englisches Pfund Sterling (£) beträgt pro Euro (€) 0,7006 (1€=0,7006 £). (Österreichische Nationalbank (Oenb, Online im Internet URL: http://www2.oenb.at/tridion/referenzkurse/eurokurs.php?contenturl=/de/rund_ums_geld/aktuelle_zinssatze_und_wechselkurse/wechselkurse/euro_referenz_und_wechselkurse.jsp (Download: 12.11.2004)

⁴¹ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/history/1957.asp> (Download: 15.12.2003)

⁴² Vgl. Powell M. A., 1997, S. 69

⁴³ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 222

⁴⁴ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 6

in 14 Regionen mit 90 Gebieten unterteilt.⁴⁵ Die entstandene dreispurige („*three-tier*“) Struktur (Regionen, Gebiete und Distrikte) war wie folgt organisiert:⁴⁶

1. **Regionen:** Durch den *Re-organisation Act* aus dem Jahre 1973 waren unterhalb des Ministers die regionalen Gesundheitsbehörden („*Regional Health Authorities [RHAs]*“) angesiedelt, die mit großer Planungskompetenz ausgestattet wurden.⁴⁷ Jede der 14 regionalen Gesundheitsbehörden war für zirka 3,5 Millionen Menschen verantwortlich sowie für die strategische Planung von lokalen Krankenhausleistungen, Leistungen der Lokalverwaltungen und von Spezialleistungen.⁴⁸
2. **Gebiete:** Eine Ebene darunter gab es die sogenannten Gebietsgesundheitsbehörden („*Area Health Authorities [AHAs]*“), welche für die operative Handhabung zuständig waren und die Familienärzte-Ausschüsse⁴⁹ („*Family Practitioner Committees*“) beaufsichtigten.⁵⁰ Die Gebietsgesundheitsbehörden sollten primär, die Leistungsplanung und -koordination zwischen Gruppen von Krankenhäusern und Distrikten für rund eine Million Menschen übernehmen.⁵¹
3. **Distrikte:** Die Gebiete waren wiederum in Distrikte unterteilt, welche von sogenannten Distriktmanagementteams („*District Management Teams*“) geleitet wurden und über ein Distrikt-Hauptkrankenhaus verfügten („*District General Hospital [DGH]*“). Die Entscheidungen der Managementteams, die auf allen drei Ebenen existierten, wurden konsensual gefällt.⁵² Die Distrikte waren für etwa 250.000 Bewohner verantwortlich.⁵³

EBENE DES NHS	AUFGABE
Regionen - Regionale Gesundheitsbehörden	➤ Strategische Planung der Leistungen der Lokalverwaltung & Krankenhausleistungen
Gebiete - Gebietsgesundheitsbehörden	➤ Operative Leistungsplanung und Leistungskoordination
Distrikte - Distrikthauptkrankenhäuser	➤ Bereitstellung der Krankenhausleistungen & der Leistungen der Lokalverwaltung

Tabelle 5. Aufgaben der einzelnen Ebenen des NHS ab 1973⁵⁴

Zusätzlich wurden in jedem Distrikt Ratsversammlungen der Lokalverwaltungen („*Community Health Councils*“) eingerichtet, die die Meinungen der lokalen Bevölkerung

⁴⁵ Vgl. Corby S., 1999, S. 181

⁴⁶ Vgl. West P., 1997, S. 8

⁴⁷ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 223

⁴⁸ Vgl. West P., 1997, S. 8

⁴⁹ Allgemeinärzte und andere unabhängige Agenten wurden unter den Familienärzte-Ausschüssen zusammengelegt. Diese waren selbständig, aber den Gebietsgesundheitsbehörden verantwortlich, und verwalteten die Verträge für Allgemeinärzte, Apotheker, Zahnärzte und Augenärzte. (Vgl. Corby S., 1999, S. 181)

⁵⁰ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 223

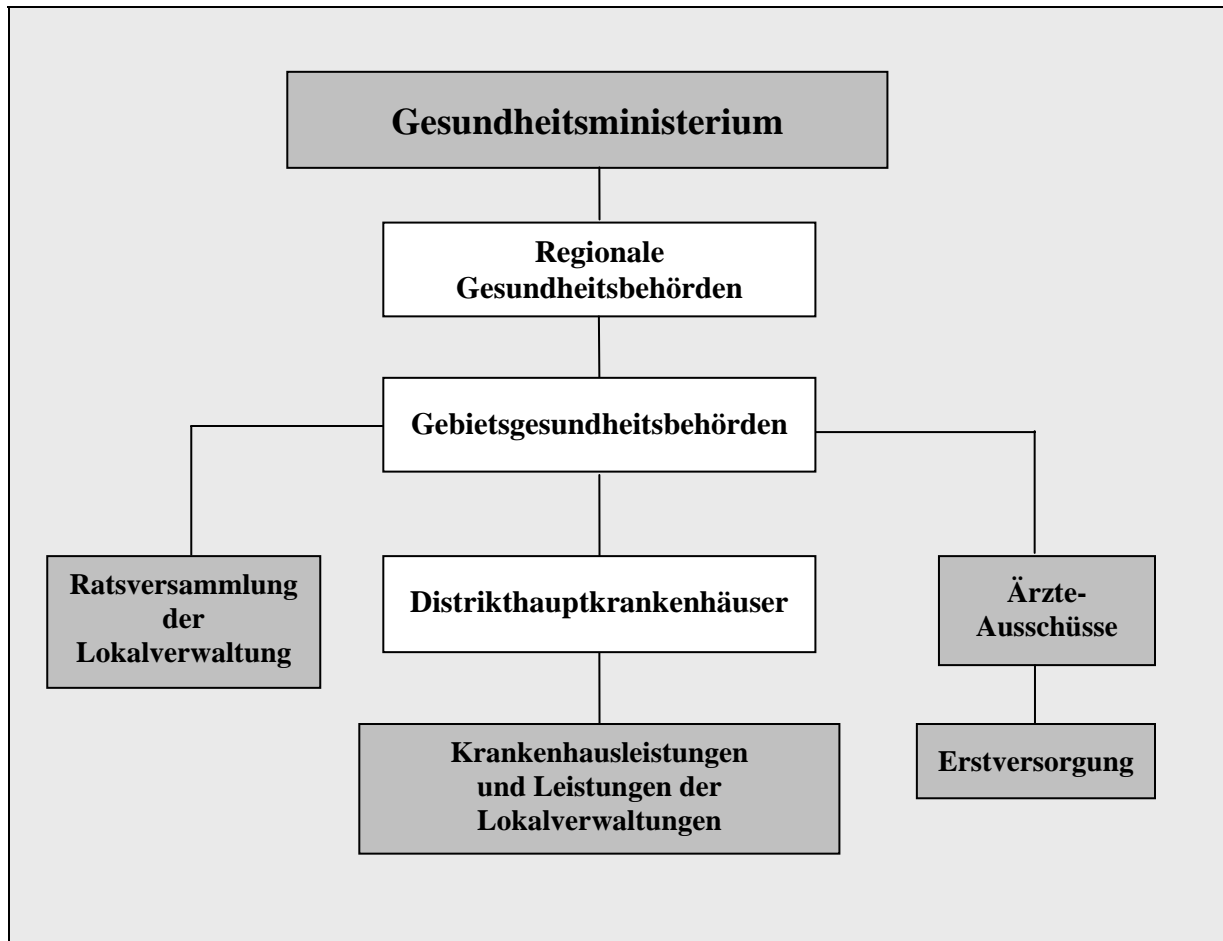
⁵¹ Vgl. West P., 1997, S. 8

⁵² Vgl. Corby S., 1999, S. 181

⁵³ Vgl. West P., 1997, S. 8

⁵⁴ Eigene Darstellung

einbringen sollten.⁵⁵ In England wurden die Krankenhausleistungen und Leistungen der Lokalverwaltungen („*Hospital and Community Health Services*“) folglich durch die Regionen, Gebiete und Distrikte verwaltet. Die Ärzteausschüsse wurden hingegen in England und Wales außerhalb dieser (RHA/AHA/DGH-) Struktur geführt (in Schottland und Nordirland gab es eine gemeinsame Administration).⁵⁶ (siehe *Abb.4.*)



*Abb.4. NHS 1974-82*⁵⁷

Die Einführung dieser neuen Organisationsstruktur basierend auf dem *NHS Act* aus dem Jahre 1973 fiel mit einer Periode der öffentlichen Ausgabenbeschränkung zusammen.⁵⁸ Starke Ölpreiserhöhungen in den 70er Jahren und die daraus resultierende weltweite Rezession drängten die Industriestaaten dazu, die öffentlichen Gesundheitsausgaben drastisch zu kürzen. Infolge dieser äußeren Einflüsse lastete ein hoher Druck auf den NHS Budgets. Zusätzlich erschwerend kam das neue System hinzu, dass sich aufgrund seiner vielfachen administrativen Säulen als träge erwies.⁵⁹ Die Entscheidungsprozesse verliefen langsam und verursachten zusätzlich hohe Verwaltungskosten. Der *Re-organisation Act* brachte folglich keine gravierenden Veränderungen mit sich, da die Struktur bürokratisch blieb.⁶⁰ Diese Rahmenbedingungen ebneten den Weg für den Wahlsieg der Konservativen im Jahre 1979 mit einem Programm, das Ausgabenkürzungen als eines der obersten Ziele betitelte.

⁵⁵ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 6

⁵⁶ Vgl. West P., 1997, S. 6f

⁵⁷ Vgl. West P., 1997, S. 7

⁵⁸ Vgl. Corby S., 1999, S. 181

⁵⁹ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 7

⁶⁰ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, pp.223

Jahr	Reform 1946-1973
1946 NHS Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gründung des nationalen Gesundheitsdienstes („National Health Service“) als ein zentralisiertes System ▪ Drei getrennte administrative Säulen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstständige Agenten (Allgemeinärzte, Zahn- und Augenärzte, Apotheker), 2. Lokalverwaltung 3. Krankenhäuser
1973 Reorganisations-Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung einer neuen Organisationsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> - Regionen mit 14 regionalen Gesundheitsbehörden: strategische Planung - Gebiete mit Gebietsgesundheitsbehörden: operative Leistungsplanung - Distrikte geleitet von Distriktmanagementteams: Distrikthauptkrankenhaus ▪ Entfernung des lokalen Elements ▪ Zusammenfassung der selbstständigen Agenten unter den Ärzte-Ausschüssen: selbstständig, aber den Gebietsgesundheitsbehörden verantwortlich ▪ Ratsversammlung der Lokalverwaltung als Sprachrohr für die lokale Bevölkerung

Tabelle 6. Zusammenfassung der Reformen von 1946 bis 1973 ⁶¹

3. Organisation des Gesundheitswesens

Das britische System der sozialen Sicherung ist im Wesentlichen dreigeteilt. Es gibt die allgemeine Sozialversicherung („National Insurance“ seit 1948), welche die Renten,- Arbeitslosen,- und Unfallversicherung sowie Kranken,- und Mutterschaftsgeld umfasst. Das Sozialhilfegesetz („National Assistance Act“ seit 1948) umfasst verschiedene Formen der Mindestsicherung und der nationale Gesundheitsdienst („National Health Service“ seit 1948) nimmt den größten Teil in der medizinischen Versorgung ein. Diese drei Gesetze bilden die sogenannten Eckpfeiler des britischen Systems der sozialen Sicherung und haben bis heute Bestand. ⁶² (siehe *Abb.5.*)

⁶¹ Eigene Darstellung

⁶² Vgl. Online im Internet URL: <http://pflegeprozess.biba.uni-bremen.de/> (Download: 26.02.2004)

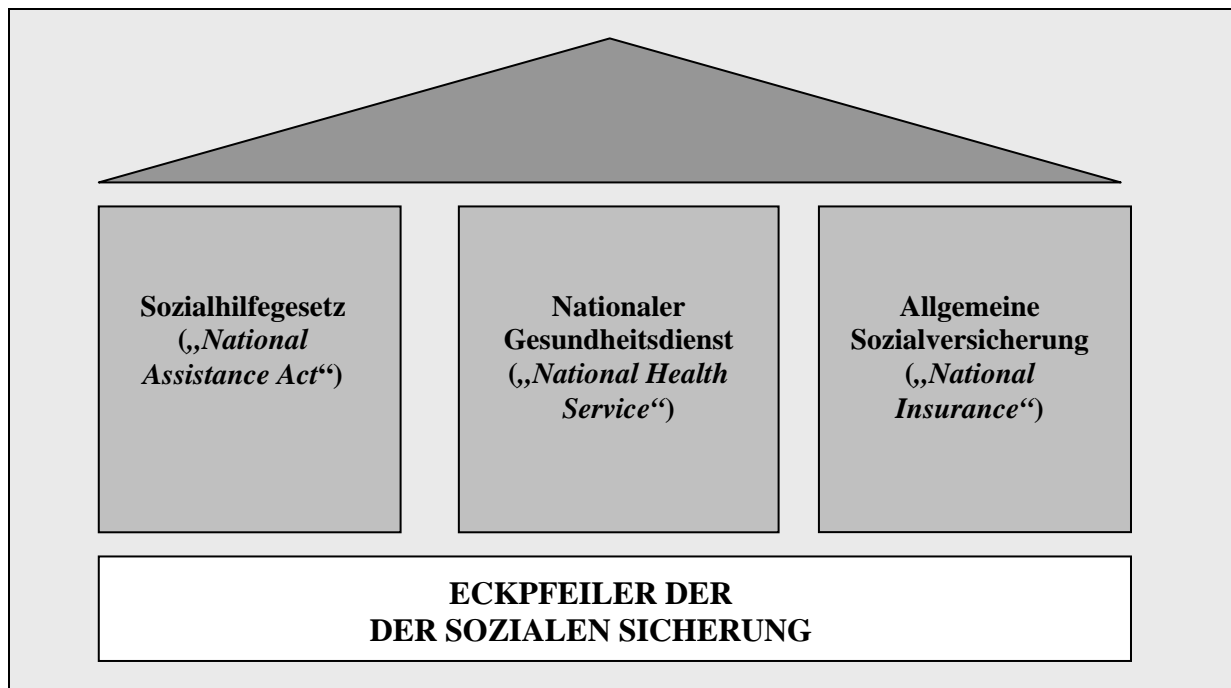


Abb.5. Eckpfeiler des britischen Systems der sozialen Sicherung ⁶³

3.1. Stufenaufbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung

3.1.1. Medizinische Erstversorgung - Gatekeeping

Die medizinische Erstversorgung („*Primary Health Care*“) ist im Vereinigten Königreich sehr gut entwickelt und wird primär von den Allgemeinärzten bereitgestellt, die als erstes kontaktiert werden, wenn ein Gesundheitsproblem auftritt. Folglich sind die Allgemeinärzte („*General Practitioner[GP]*“) die erste Anlaufstelle für den Patienten. Es kann auch ein Zahnarzt, ein Augenarzt oder einfach nur ein Apotheker sein. Die Erstversorgung ist der Basisbestandteil des nationalen Gesundheitsdienstes.⁶⁴ Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ist der direkte Weg zu einem Spezialisten im Vereinigten Königreich eher die Ausnahme von der Regel. Erst nach vorheriger Konsultation und notwendiger Überweisung durch den Hausarzt wird der Weg zum Facharzt beschritten. Dies ist die einzig mögliche Vorgehensweise in Großbritannien, mit Ausnahme von Notfällen. Ungefähr 90% der Patientenkontakte mit dem nationalen Gesundheitsdienst erfolgen somit mittels Hausarzt und über 97% der Bevölkerung ist bei einem Allgemeinarzt registriert. Daraus lässt sich ableiten, dass das britische Gesundheitswesen stark von den Allgemeinärzten als elementares Herzstück des NHS geprägt ist.⁶⁵ Der praktische Arzt erfüllt quasi eine Art „Gatekeeper“-Funktion. Die Aufgabe des Allgemeinarztes ist es somit einerseits nach eigenem Ermessen selbst zu behandeln oder zu entscheiden, ob der Patient in ein Krankenhaus und/oder zu einem Facharzt weiterzuleiten ist, um die Erstversorgung zu garantieren. Die Ärzte arbeiten üblicherweise in einem Team, welches einerseits Krankenschwestern und Hebammen beinhaltet, und andererseits eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsexperten, wie Physiotherapeuten vorsieht.⁶⁶ Die Patienten haben die Auswahlmöglichkeit, welchen Arzt sie

⁶³ Eigene Darstellung

⁶⁴ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp> (Download: 25.02.2004)

⁶⁵ Vgl. Vall-Spinosa A., 1991, S. 1567

⁶⁶ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp> (Download: 25.02.2004)

aufsuchen. Allerdings ist dieses Recht durch geografische Grenzen beschränkt. Das Gebiet, in dem ein Bewohner lebt, stellt die Fläche dar, innerhalb dessen eine Anzahl von Ärzten zur Auswahl steht. Als Folge wird der Allgemeinarzt auch sehr selten gewechselt. Ein zusätzlicher Nachteil für den Patienten besteht darin, dass ein Allgemeinarzt keineswegs verpflichtet ist, Patienten aufzunehmen.⁶⁷ Zusätzliches qualifiziertes Personal wie Krankenschwestern („*practice nurses, community nurses*“ und „*health visitors*“) leisten ebenso ihren Beitrag zur medizinischen Erstversorgung.⁶⁸

3.1.2. *Zweit- und Drittversorgung*

Die Zweitversorgung wird von Distriktkrankenhäusern („*District General Hospitals*“) und kleineren Krankenhäusern der Lokalverwaltungen („*Small-Scale Community Hospitals*“) bereitgestellt. Die dritte Versorgungsstufe setzt sich aus hoch spezialisierten Krankenhäusern („*Regional and Supra-Regional Specialties*“) zusammen.⁶⁹ Die Einführung der Distriktkrankenhäuser in den 60er Jahren war mit der Absicht verbunden, eine Bevölkerungszahl zwischen 150.000 und 200.000 mit einem umfassenden Leistungsangebot zu versorgen, wobei dieses Modell bis auf wenige organisatorische Veränderungen noch heute Bestand hat. Eine typische Klinik ist nach Fachrichtungen organisiert, die ihrerseits aus diversen Teams von erfahrenen Fachärzten („*Senior Consultants*“) und deren Teams von Jungärzten („*Junior Doctors*“) bestehen. Die Krankenhäuser der Lokalverwaltungen haben eine geringere Anzahl an Betten, bis zu 50 oder maximal 200 Betten, und dienen meist als direkte Versorgungsstätte für Patienten von Allgemeinärzten. Der Leistungskatalog der hoch spezialisierten Krankenhäuser umfasst in der Regel neurochirurgische Eingriffe, bestimmte Krebsbehandlungen sowie Herz- und Lebertransplantationen. Üblicherweise erfolgt eine Überweisung in ein spezialisiertes Krankenhaus durch einen Facharzt eines Distriktkrankenhauses.⁷⁰

3.1.3. *Sozialleistungen und Altenpflege*

Der Begriff „*Social Care*“ umfasst eine große Palette von Leistungen. Unter typischen Sozialleistungen werden die Langzeit-Betreuung und Pflege von älteren Menschen im eigenen Heim, in Tagesstätten oder in Alten- und Pflegeheimen, der sogenannte „Essen auf Rädern“ – Service sowie die Betreuung von geistig Behinderten und Menschen mit Lernschwierigkeiten verstanden.⁷¹ Die Gewährleistungsverantwortung der notwendigen Leistungen liegt einerseits bei der Lokalverwaltung und andererseits bei dem nationalen Gesundheitsdienst, wobei die Finanzierung zum größten Teil durch die Lokalverwaltungen und private Spenden erfolgt. Die Bereitstellung selbst wird jedoch überwiegend durch den privaten und gemeinnützigen Sektor und in einem geringeren Ausmaß durch die Lokalverwaltung gewährleistet.⁷²

⁶⁷ Vgl. Dixon A. und Robinson R., 2002, S. 110

⁶⁸ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp> (Download: 25.02.2004)

⁶⁹ Vgl. Dixon A. und Robinson R., 2002, S. 110

⁷⁰ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 60ff

⁷¹ Vgl. Online im Internet URL:

http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/AboutSocialCare/AboutSocialCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4002079&chk=cz%2BAxP (Download: 25.02.2003)

⁷² Vgl. Dixon A. und Robinson R., 2002, S. 112

3.2. Ausbildung der Allgemeinärzte und Fachärzte

Die Ausbildung von Ärzten erfolgt in drei aufeinander folgenden Stufen, dem Studium der medizinischen Basisausbildung („*undergraduate medical education*“), der weiterführenden ärztlichen Ausbildung („*postgraduate medical education*“) und der abschließenden Medizinausbildung („*continuing medical education*“). In England dauert die Basisausbildung zwischen fünf und sechs Jahren an einer der 19 Universitäten („*medical schools*“). Das Lehren des theoretischen Wissens wird durch eine praktische Schulung ergänzt, die die Grundausbildung komplettiert und in Form eines Praxisjahres absolviert wird. Die Medizinstudenten erhalten eine Art Probe-Zulassung für den Zeitraum eines Jahres.⁷³ Nach erfolgreicher Beendigung dieser einjährigen Schulung sind die angehenden Mediziner berechtigt, sich für eine Mitgliedschaft bei dem Allgemeinen Ärzterat als notwendige Voraussetzung zur Praktizierung innerhalb des NHS zu bewerben. Die weiteren Stufen der Karriereleiter sind Krankenhausarzt („*Senior House Officer [SHO]*“), spezialisierter Krankenhausarzt („*specialist registrar*“) und spezialisierter Facharzt („*consultant specialist*“) in einer Fachrichtung nach Wahl. Die Zeit als Krankenhausarzt dauert drei bis fünf Jahre und die anschließende Schulung eines spezialisierten Krankenhausarztes umfasst etwa vier bis fünf Jahre. Daher wird das Ziel eines spezialisierten Facharztes im Normalfall zwischen 30 und 35 Jahren erreicht. Die Ausbildung eines Allgemeinarztes ist mit einer anderen Laufbahn verbunden. Nach der Probezulassung für ein Jahr muss noch eine berufliche Weiterbildung von drei Jahren absolviert werden, wovon mindestens zwei Jahre in einem Krankenhaus als Krankenhausarzt und ein Jahr bei einem Allgemeinarzt-Ausbildner notwendig sind, um die Zulassung als praktischer Arzt zu erlangen.⁷⁴

ALLGEMEINARZT	FACHARZT
1 Jahr in einem Krankenhaus	Spezialisierter Krankenhausarzt 4-5 Jahre
2 Jahre bei einem Allgemeinarzt	Spezialisierter Facharzt 3-5 Jahre
Krankenhausarzt 3-5 Jahre	
Registrierung bei Ärzterat (GMC) – Zulassung	
Probejahr praktische Schulung 1 Jahr	
Universität („ <i>medical school</i> “) 4-5 Jahre	

Tabelle 7. Ausbildung der Allgemeinärzte und Fachärzte⁷⁵

3.3. Finanzierung des NHS

Die Inanspruchnahme von Leistungen des nationalen Gesundheitsdienstes ist nicht an Beitragszahlungen gebunden. Die Hauptquelle zur Finanzierung des NHS stellen nationale Steuergelder dar, die rund 80% betragen. Das Budget wird derzeit für einen Zeitraum von drei

⁷³ Währenddessen sind sie vorläufig bei dem Allgemeinen Ärzterat („*General Medical Council [GMC]*“), der das Ärzteregister führt, eingetragen und erhalten damit die Erlaubnis, in Krankenhäusern und im Bereich der medizinischen Erstversorgung als „Probe-Krankenhausarzt unter Aufsicht“ („*pre-registration house officer under supervision*“) zu praktizieren. (Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 74ff)

⁷⁴ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 74ff

⁷⁵ Vgl. Maxwell G., 1996, S. 791

Jahren im Zuge des Planungsprozesses der öffentlichen Ausgaben durch Verhandlungen des Finanzministers mit dem jeweils zuständigen Minister festgesetzt.⁷⁶ Es besteht jedoch die Möglichkeit, innerhalb dieses Drei-Jahres-Rhythmus Änderungen des Budgets vorzunehmen, da die Bindung beziehungsweise Zweckbestimmung der Einnahmen oder Ausgaben nicht genau definiert ist. Die private Kostenbeteiligung in Form von Rezeptgebühren oder für bestimmte Leistungen, wie Augen- oder Zahnbehandlungen, deckt rund 4% ab. Eine weitere Einnahmequelle ist die allgemeine Sozialversicherung („*National Insurance*“), welche einen Beitrag von ungefähr 12% zur Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes leistet. Private Gesundheitsversicherungen werden von diversen gewinnorientierten und gemeinnützigen Organisationen angeboten.⁷⁷

4. Reformen des NHS unter den konservativen Regierungen

Aufgrund einer Erhöhung der realen Kosten des NHS um das Dreifache in dem Zeitraum von 1949 bis 1984⁷⁸, setzte sich die 1979 gewählte konservative Regierung unter Margaret Thatcher zum Ziel, den NHS und andere öffentliche Organisationen effizienter zu gestalten. Dies hätte dem NHS helfen sollen, den Bedarf an Gesundheitsleistungen weiterhin zu decken, während öffentliche Ausgaben gesenkt werden.⁷⁹ Da eine Reduktion der Gesundheitsausgaben politisch untragbar gewesen wäre, verlagerte sich der Fokus in den 80er Jahren auf das Schlagwort „Effizienz“. Dem Begriff kam plötzlich eine ganz andere Bedeutung zu, und die Maximierung des Outputs bei gleich bleibenden Kosten wurde in den Vordergrund gerückt. Die Konservativen glaubten diese Effizienzsteigerungen durch die Einführung einer neuer Unternehmenskultur („*New Managerialism*“) sowie stärkerer Marktorientierung verwirklichen zu können.⁸⁰ Erste Vorschläge zur Reform des nationalen Gesundheitsdienstes wurden im Konsultationspapier „*Patients First*“ 1979 veröffentlicht, welches das lokale Element - im Gegensatz zu der Reform von 1974 - betonte. Die relevanten Strukturänderungen wurden ein Jahr nach der Veröffentlichung präsentiert und bereits 1982 implementiert. Das verdeutlicht die Schnelligkeit und Entschlussfreudigkeit der konservativen Regierung, die auch charakteristisch für ihre weitere Vorgehensweise sein sollte und bald zu ihrem Markenzeichen wurde. Das Ziel der Reform war eine Verwaltungsvereinfachung der Krankenhäuser sowie der Leistungen der Lokalverwaltungen.⁸¹ Die „*Royal Commission*“ empfahl die Abschaffung einer administrativen Säule, und daher wurden die Gebietsgesundheitsbehörden aus der Struktur des NHS entfernt. Diese wurden einerseits als zu klein erachtet, um Planungsaufgaben zu übernehmen, und andererseits als zu groß, um als operative Einheiten zu agieren. Dadurch ergab sich die Notwendigkeit, eine Organisationseinheit zu schaffen, welche das lokale operative Management übernehmen sollte. Folglich wurden ungefähr 200 Distrikthauptkrankenhäuser in Distriktgesundheitsbehörden („*District Health Authorities [DHAs]*“) umgewandelt.⁸² Den DHAs wurden die Planungs- sowie Bereitstellungskompetenzen für die lokalen Krankenhäuser und die Leistungen der Lokalverwaltungen übertragen. Deren Arbeitsweise war geprägt von Konsenspolitik, und sie wurden weiterhin von einem Triumvirat, bestehend aus Distriktadministrator, Distriktarzt, und Distriktkrankenschwester, geleitet.⁸³ (siehe **Abb.6.**)

⁷⁶ Vgl. European Observatory on Health Care Systems 1999, S. 33f

⁷⁷ Vgl. Dixon A. und Robinson R., 2002, S. 107

⁷⁸ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 5

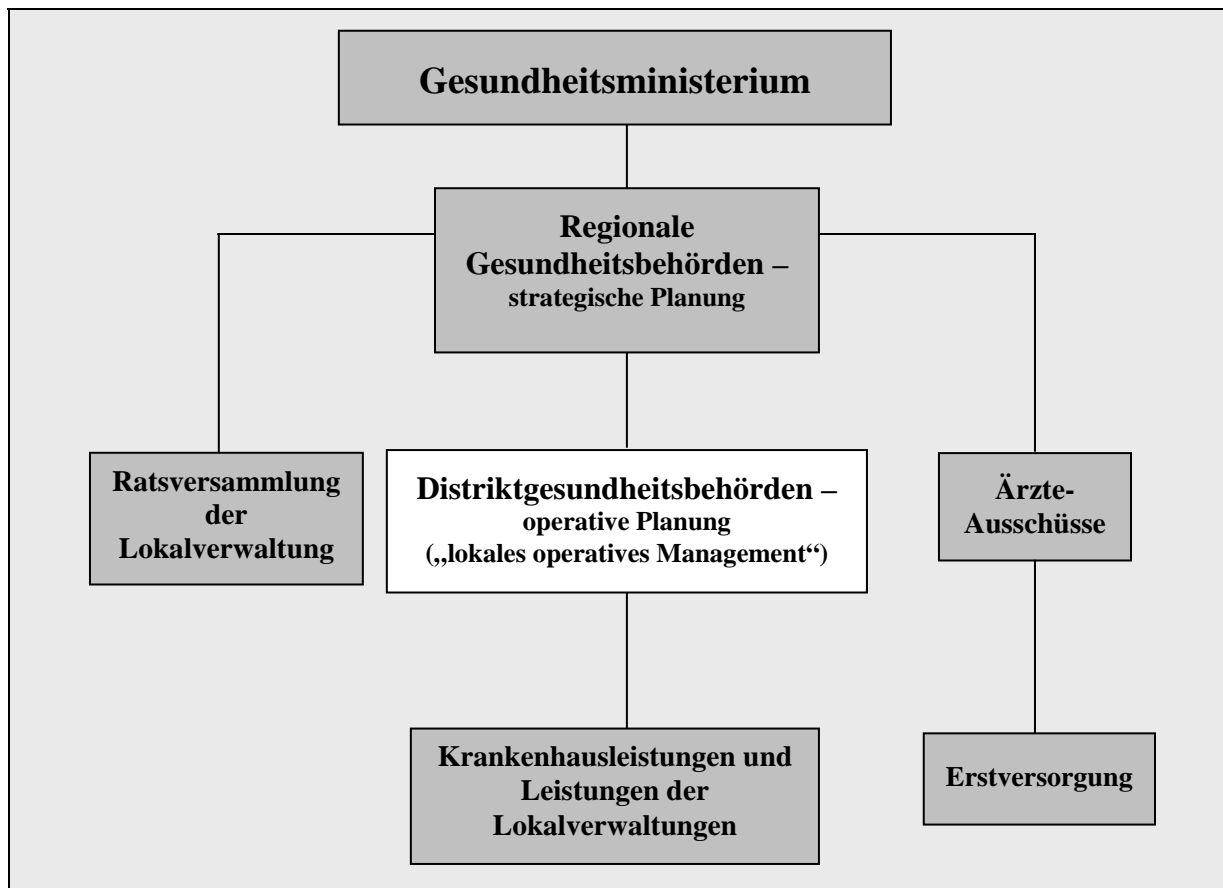
⁷⁹ Vgl. Corby S., 1999, S. 182

⁸⁰ Vgl. Powell M.A., 1997, S. 73f

⁸¹ Vgl. West P., 1997, S. 10f

⁸² Vgl. Powell M.A., 1997, S.73f

⁸³ Vgl. West P., 1997, S. 10f

Abb.6. NHS 1982⁸⁴

4.1. Allgemeine Managementstruktur

Als der erhoffte Erfolg der Strukturreform durch die Abschaffung der Gebietsgesundheitsbehörden ausblieb, und das Management nicht die gewünschten Effizienzverbesserungen erzielte, bat die konservative Regierung Sir Roy Griffith 1983, eine Analyse des NHS Managements durchzuführen.⁸⁵ Griffith, Geschäftsführer der Supermarktkette Sainsbury's, verfasste ein 25-seitiges Papier, den nach ihm benannten „Griffith Report“, welches den Managementstil des NHS gravierend beeinflusste. Seine Empfehlungen wurden als die größte Veränderung seit der Gründung des NHS im Jahre 1948 gehandelt.⁸⁶ In seinem Bericht kritisierte Griffith hauptsächlich die folgenden Aspekte des nationalen Gesundheitsdienstes:

- das Fehlen von klaren Managementfunktionen
- die unzureichende Mitarbeiterführung⁸⁷ und
- das Fehlen von klar definierten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten.

Griffith sah die Hauptursache für diese Situation im konsensorientierten Entscheidungsfindungs- und Managementprozess.⁸⁸ Sein Lösungsvorschlag bestand in der Anwendung erfolgreicher Managementansätze aus der Privatwirtschaft auf den

⁸⁴ Vgl. West P., 1997, S. 11

⁸⁵ Vgl. West P., 1997, S. 10f

⁸⁶ Vgl. Powell M.A., 1997, S. 76

⁸⁷ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 7

⁸⁸ Vgl. West P., 1997, S. 11

Gesundheitsdienst, und der „*Griffith Report*“ ebnete somit den Weg für die Einführung einer allgemeinen Managementstruktur („*General Management*“) im Jahre 1984.⁸⁹ Auf allen Ebenen (Krankenhaus, Distrikt und Region) wurden Geschäftsführer eingesetzt, denen alle Managementaufgaben zugeteilt wurden. Im Sinne der Trennung von Politikvorbereitung und -ausführung wurden zwei neue Gremien an der Spitze des NHS gegründet:

- der **NHS Aufsichtsrat** („*NHS Supervisory Board*“): hatte die Aufgabe, die Strategien festzulegen.
- der **NHS Management Ausschuss** („*NHS Management Board*“): sollte sich um die Implementierung der Strategien kümmern.

Dadurch wurden klare Verantwortlichkeiten geschaffen.⁹⁰ Um Entscheidungen für zukünftige Effizienzverbesserungen treffen zu können, benötigten die Manager jedoch Informationen über das Leistungsangebot. Diese Informationen sollten durch die Einführung von Leistungsindikatoren („*Performance Indicators [PIs]*“) gewährleistet werden und öffneten die Tür für Leistungsvergleiche zwischen den Krankenhäusern und den Distrikten (siehe 4.3.).⁹¹ Im Jahre 1984 ergab sich aus den Umstrukturierungen schließlich folgende Organisationsstruktur des NHS: 14 Regionen, 190 Distriktgesundheitsbehörden sowie 8 spezielle administrative Einheiten („*Special Health Authorities [SHAs]*“) (siehe **Abb.7.**).⁹² Das Fehlen eines Finanzinformationssystems und eines Systems finanzieller Verantwortung war jedoch ausschlaggebend dafür, dass die Effektivität durch die „*General Management Initiative*“ nicht in dem erwarteten Maße stieg.⁹³

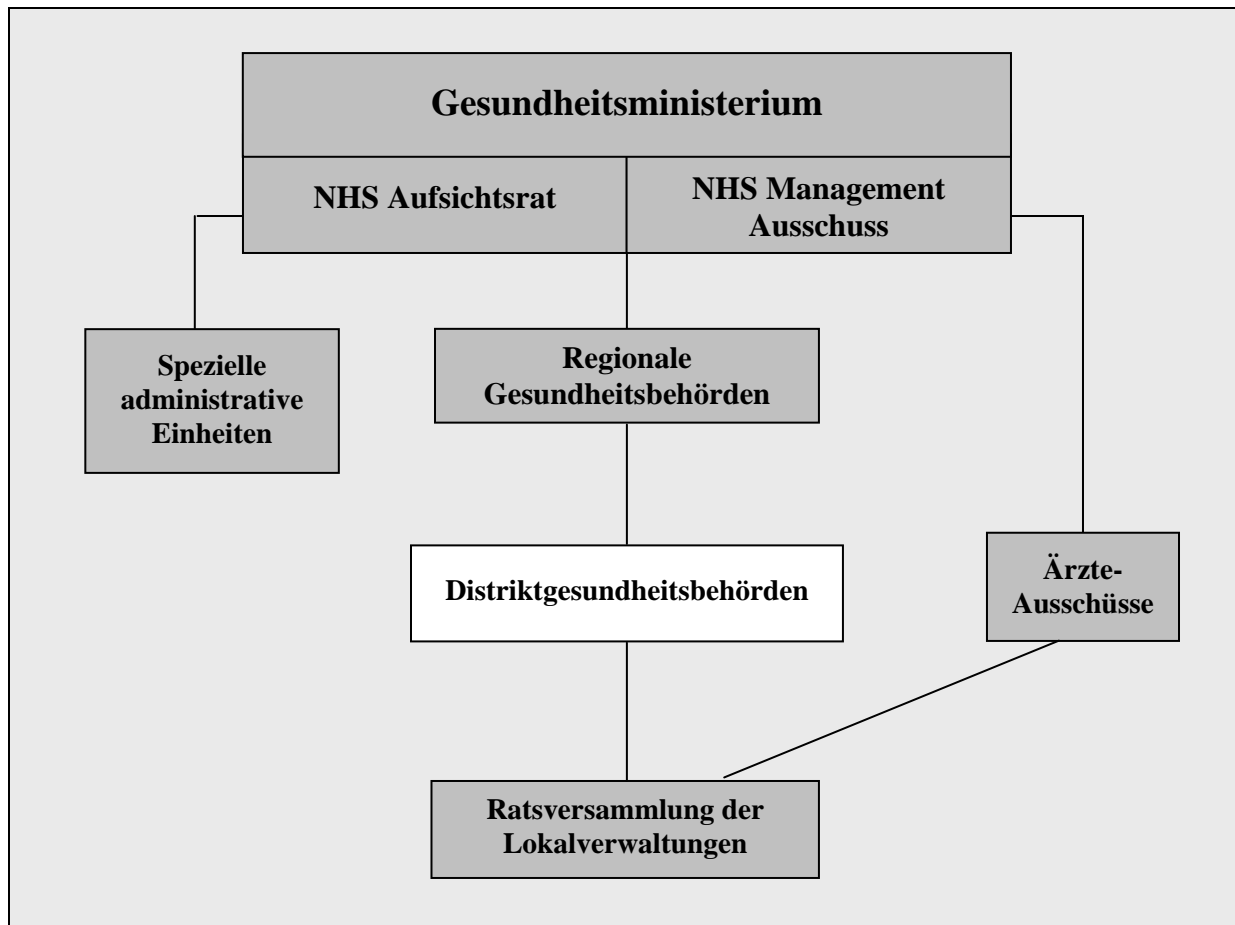
⁸⁹ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 223

⁹⁰ Vgl. Corby S., 1999, S. 182

⁹¹ Vgl. West P.A., 1997, S. 12

⁹² Vgl. Corby S., 1999, S. 182

⁹³ Ebenda, S 19

Abb.7. NHS Struktur 1984⁹⁴

4.2. Wettbewerbsorientierung

Eine Initiative zur Einführung von Wettbewerb war die Verpflichtung zu öffentlichen Ausschreibungen ab 1983. Die Distriktgesundheitsbehörden wurden dazu angehalten, ihre Verpflegungs-, Reinigungs- und Wäschereileistungen auszuschreiben. Als Folge entstand Wettbewerb zwischen den „In-House“ Anbietern und privaten Unternehmen, wobei das niedrigste Angebot den Auftrag erhielt. Das Ziel der Ausschreibungen war es, das vorhandene Einsparungspotential auszuschöpfen, um etwaige Ersparnisse für eine bessere Versorgung der Patienten einsetzen zu können.⁹⁵ (siehe 4.2.1.) Ein weiteres Reformprogramm zur Einführung von Wettbewerb wurde im Jahre 1989 in dem Weißbuch „Working for Patients“ vorgestellt.⁹⁶ Aufgrund von knappen monetären Ressourcen und fehlenden Anreizen für die Krankenhäuser mehr Patienten aufzunehmen, da die Finanzierung der Hospitäler auf der Grundlage fixer Budgetverteilungen erfolgte⁹⁷, forderten die Vertreter der medizinischen Berufsstände eine Analyse zusätzlicher Finanzierungsoptionen. In dem Weißbuch „Working for Patients“ wurde das Ergebnis der von Margaret Thatcher angeordneten Analyse veröffentlicht und die Einführung eines internen Marktes, auch Quasi-Markt genannt, vorgeschlagen.⁹⁸ Durch den Quasi-Markt wurde der Ankauf von Gesundheitsleistungen von der Bereitstellung getrennt

⁹⁴ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S 224

⁹⁵ Vgl. Powell M.A., 1997, S. 75

⁹⁶ Vgl. Ham C., 1997, S. 6f

⁹⁷ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead, L., 1998, S. 224

⁹⁸ Vgl. Ham C., 1997, S. 6f

(Käufer-Verkäufer-Trennung). Die Distriktgesundheitsbehörden und Allgemeinärzte wurden zu Käufern von Gesundheitsleistungen, während die Krankenhäuser die Funktion der Verkäufer übernahmen. Die Schaffung von dezentralen Organisationseinheiten spiegelte die Ansicht der Regierung wieder, dass diese eher in der Lage wären, sich flexibler an die lokalen Umstände anzupassen und in Folge des steigenden Wettbewerbs durch den internen Markt effizienter zu wirtschaften.⁹⁹ (siehe 4.2.2.)

Jahr	Reform 1979-1989
1979 „Patients First“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschaffung der Gebietsgesundheitsbehörden ▪ Betonung des lokalen Elements ▪ Umwandlung von Distrikthauptkrankenhäusern in Distriktgesundheitsbehörden → Planung und Bereitstellung lokaler Krankenhausleistungen & Leistungen der Lokalverwaltungen
1983 „Griffith Report“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung einer allgemeinen Managementstruktur und verstärkten Managementdenkens ▪ Geschäftsführer auf jeder Ebene (Region, Distrikt, Krankenhaus) ▪ Trennung von Politikvorbereitung und -ausführung: NHS Aufsichtsrat und NHS Management Ausschuss ▪ Einführung der verpflichtenden öffentlichen Ausschreibung von Verpflegungs-, Reinigungs- und Wäschereileistungen ▪ Einführung von Leistungsindikatoren
1989 „Working for Patients“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung eines internen Marktes (Quasi-Markt) ▪ Trennung des Ankaufs von Gesundheitsleistungen von der Bereitstellung (Käufer-Verkäufer-Trennung)

Tabelle 8. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1979 bis 1989¹⁰⁰

4.2.1. Leistungsauslagerungen

Den Gesundheitsbehörden war es von Anfang an erlaubt, Leistungen aller Art (z.B. Diagnostetests oder Operationen sowie auch Verpflegungs-, Reinigungs- und Wäschereileistungen etc.) auszulagern und Verträge mit privaten Anbietern abzuschließen. Die Leistungsauslagerung wurde allerdings nur in geringem Ausmaß genutzt. Anfang der 80er Jahre wurde die Vergabe von Verträgen an Externe besonders intensiv thematisiert. Ein Vorteil wurde in den möglichen finanziellen Ersparnissen und Qualitätsverbesserungen gesehen. Ein weiterer Nutzen bestand in der größeren Flexibilität für die Gesundheitsbehörden in Bezug auf den Leistungserstellungsprozess. Trotz dieser potentiellen Vorteile hat zum damaligen Zeitpunkt noch relativ wenig Leistungsauslagerung stattgefunden. Die untenstehende Tabelle zeigt, dass in England im Jahre 1980/81 nur rund 5% der Krankenhausleistungen sowie der Leistungen der Lokalverwaltungen und etwa 1% der Leistungen für die medizinische Versorgung von Patienten an private Anbieter vergeben wurden.¹⁰¹ (siehe **Tabelle 9.**)

⁹⁹ Vgl. Corby S., 1999, S. 183f

¹⁰⁰ Eigene Darstellung

¹⁰¹ Vgl. Laing, W., 1982, S. 25

	Erfolgswirksame Ausgaben	Externe Vertragsvergabe	
	€ in Mio.	€ in Mio.	%
Gesamt, alle Leistungen	9350,5	232,7	2,5
Versorgung von Patienten	5762,2	64,2	1,1
Heime und Krankenhäuser	-----	38,5	-----
Instandhaltung der techn. Ausstattung	-----	25,7	-----
Allgemeine Leistungen	3163,0	168,4	5,3
Davon:			
Verpflegung	451,0	1,4	0,3
Portierleistungen	179,9	0,0	0,0
Häusliche Leistungen/Reinigung	535,3	14,3	2,6
Bettwäsche/Wäscherei	208,4*	10,0	4,8
Transport	42,8*	10,0	23,0
Immobilienverwaltung	909,2*	132,7	15,0
Davon: Technische Instandhaltung		61,4	
Gebäudeinstandhaltung		67,1	
Gartenarbeit & Landwirtschaft		4,3	
Andere	836,4	----	-----
Andere, inkl. Ambulanz	425,3	0	0,0
[* nur Krankenhäuser]			

Tabelle 9. Auslagerung von Leistungen der Krankenhäuser und Lokalverwaltungen, 1980/81¹⁰²

4.2.1.1. CCT-Verfahren

Im Jahre 1981 nahmen diverse Strategieinitiativen zur Effizienzverbesserung von „Support“-Leistungen (Reinigung, Verpflegung und Wäscherei) im NHS ihren Anfang. In einem Rundschreiben des Gesundheitsministeriums im Jahre 1983 wurden Ratschläge zur Implementierung der verpflichtenden öffentlichen Ausschreibung („*Compulsory Competitive Tendering [CCT]*“) von Leistungen gegeben, und alle Distriktgesundheitsbehörden dazu aufgefordert, einen Zeitplan für die Umsetzung zu unterbreiten.¹⁰³ Die Verfahrensweise der öffentlichen Ausschreibung für „Support“-Leistungen musste zu 100% für alle drei Teilleistungen bis September 1986 verwendet werden.¹⁰⁴ Der Ablauf des Verfahrens war folgendermaßen:

- 1. Anmeldung:** Die Region übernahm die Aufgabe, die in Frage kommenden Anbieter ausfindig zu machen, wobei sich jedes Unternehmen anmelden konnte, um ein „Submittent“ zu werden.
- 2. Informationssammlung:** Die Ansuchenden mussten anschließend Fragebögen bezüglich ihrer technischen Kompetenz und finanziellen Stabilität ausfüllen, wobei die Listen der Regionen vertraulich waren, um geheime Absprachen zu verhindern.

¹⁰² Vgl. Laing, W., 1982, S. 25¹⁰³ Vgl. Domberger *et al.*, 1987, S. 39¹⁰⁴ Vgl. Milne R., 1987, S. 145

- 3. Prüfung und Vertragsvergabe:** Die Vergabe des Auftrags erging an den günstigsten Anbieter. Allerdings waren es nicht nur finanzielle Aspekte, die bei dem Ausschreibungsprozess eine Rolle spielten, sondern es wurden auch Interviews geführt, um zu prüfen, ob und wie die Teilnehmer die Leistungsspezifikationen erfüllen konnten. Beim Vertragsabschluss mussten die entstehenden Kosten für den NHS vollständig abgebildet werden. Somit waren die Monitoring-Kosten bei einer Vergabe an ein privates Unternehmen zu inkludieren. Bei einer internen Vertragsschließung mussten hingegen die Kosten für Personal, Personalverrechnung, Finanzierung, Angebot und Ausstattung berücksichtigt werden, da private Submittenten dies automatisch einrechneten und interne Vertragsnehmer dies gleichermaßen handhaben sollten.¹⁰⁵

4.2.1.2. Kostensparnisse

Das primäre Ziel der Einführung der verpflichtenden öffentlichen Ausschreibung war die Kürzung der Ausgaben.¹⁰⁶ In einer Studie von *Domberger et al.* ergaben sich Kostensparnisse von 34% bei der Übertragung von Reinigungsleistungen an private Anbieter und eine etwas geringere Kostenreduktion von 22% bei einer internen Vertragsvergabe.¹⁰⁷ Die niedrigeren Ausgaben bei Reinigungsleistungen konnten unter anderem aufgrund von vermindertem Arbeitseinkommen und erhöhter Produktivität erreicht werden. Teilweise löste die Verpflichtung zur öffentlichen Ausschreibung aber auch eine Rationalisierung von Leistungen aus, zum Beispiel in Form von Schließungen oder Zusammenlegungen von Arbeitsbereichen und Kürzungen des Personals. Bei privater Leistungserstellung deuteten die Veränderungen der Arbeitsproduktivität und der Lohnsätze häufig auf Einsparungen bei den Personalkosten hin, wie etwa Einbußen des Gehalts und/oder Kürzungen des Kranken- und Urlaubsgeldes. Im Falle eines internen Vertragsabschlusses wurden den NHS Mitarbeitern die national festgelegten Leistungsbedingungen (Lohnniveau etc.) garantiert. Dadurch stieg auch ihre Bereitschaft zu höherer Flexibilität an.¹⁰⁸ Die Befürworter der öffentlichen Ausschreibung beriefen sich auf die potentiellen Effizienzsteigerungen. Die Gegner wiesen auf die Gefahr zukünftiger Preiserhöhungen, die Schwierigkeit der Rückkehr zur internen Leistungserstellung sowie das Risiko einer schwachen Leistung oder gar der Nichterfüllung hin. Eine wesentliche Barriere in diesem Zusammenhang stellte das fehlende interne Rechnungswesen dar, da die simple Kostenanalyse der veröffentlichten Abschlüsse die Identifikation des internen Anbieters, der mit einem externen Anbieter vergleichbar war, erheblich erschwerte.¹⁰⁹

4.2.2. Einführung des internen Marktes

Als Thatcher 1979 ins Amt kam, waren die Bereiche soziale Sicherheit, Bildung und Gesundheitsversorgung sowie ein Großteil des Wohnungswesens von bürokratischen Abläufen geprägt. Wider jede Erwartungen haben die ersten beiden Regierungen unter Thatcher jedoch gravierende Veränderungen des Wohlfahrtsstaats vermieden. Dies kann jedoch als „Ruhe vor dem Sturm“ bezeichnet werden, da eine Offensive gegen den

¹⁰⁵ Vgl. Milne R., 1987, S. 146f

¹⁰⁶ Ebenda, S. 152

¹⁰⁷ Vgl. Domberger *et al.*, 1987, S. 44f

¹⁰⁸ Vgl. Milne R., 1987, S. 152ff

¹⁰⁹ Vgl. Laing W., 1982, S. 27f

bürokratischen Apparat der Gemeinwohlversorgung nicht mehr lange auf sich warten ließ.¹¹⁰ Margaret Thatcher veranlasste 1988 eine Untersuchung des nationalen Gesundheitsdienstes, da es eine Reihe von drängenden Problemen im NHS gab, wie zum Beispiel:

- Die allgemeine Unterfinanzierung des NHS, speziell die Finanzierungsproblematik der öffentlichen Krankenhäuser: Während der 80er Jahre stiegen die Kosten sowie die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kontinuierlich an. Das Defizit betrug im Jahre 1987/88 (seit 1981/82) rund € 2,6 Milliarden.¹¹¹
- Lange Wartelisten für nicht akute Behandlungen
- Leistungsunterschiede innerhalb des NHS, speziell die Unterschiede in der Qualität der Versorgung für ältere Menschen und geistig Erkrankte¹¹²
- Die fehlenden Auswahlmöglichkeiten der Patienten und
- Die Gleichgültigkeit der Manager hinsichtlich der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten.¹¹³

Im Jahre 1988/89 begann die Regierung schließlich den Wohlfahrtsstaat mittels marktorientierter Maßnahmen zu verändern.¹¹⁴ Die Konservativen entschieden sich gegen eine Änderung der Finanzierungsweise mittels Steuergelder und höhere finanzielle Mittel, aber für eine breit angelegte Reformierung der Leistungsbereitstellung. Gleichzeitig versicherte die Regierung ein Festhalten an den Gründungsprinzipien des NHS (siehe 2.). Aus der Vielfalt an Reformmodellen wurde schließlich der interne oder Quasi-Markt¹¹⁵ als Kernstück ausgewählt.¹¹⁶ Der Fokus lag auf der Schaffung einer wettbewerbsfördernden Umgebung durch eine Trennung in Käufer und Anbieter von Gesundheitsleistungen.¹¹⁷ Die Reformen wurden durch den „*NHS and Community Care Act*“¹¹⁸ aus dem Jahre 1990 gesetzlich verankert. Das vorangegangene Weißbuch „*Working for Patients*“ beinhaltete die Vorschläge für das Gesetz, und zielte vor allem auf eine Effizienzverbesserung und eine Steigerung der Kosteneffektivität ab. Die einhergehenden Anregungen zu Struktur- und Managementumwälzungen hatten einschneidende Folgen für den NHS:

- die Einführung von Krankenhausfonds mit Selbstverwaltung („*Self-Governing Hospital Trusts [SGHTs]*“ oder „*NHS Trusts*“) als Anbieter
- die Wandlung von Distriktgesundheitsbehörden hin zu Käuferagenturen

¹¹⁰ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1256

¹¹¹ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 10

¹¹² Vgl. Ham C., 1997, S. 46

¹¹³ Vgl. BRI Inquiry, 1999 a, S. 6

¹¹⁴ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1257

¹¹⁵ Der Erfinder des internen Marktes war Alain Enthoven und sein Modell basierte auf der Beziehung zwischen Organisationen zur Gesundheitserhaltung und Anbietern von Krankenhausleistungen in den USA. (Vgl. BRI Inquiry, 2000, S.10)

¹¹⁶ Vgl. Ham C., 1997, S. 47

¹¹⁷ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S.10

¹¹⁸ Das Gesetz („*NHS and Community Care Act*“) trat am 1. April 1991 in Kraft. Dadurch wurden 57 Trusts sowie 306 Fonds der Allgemeinärzte ins Leben gerufen. (Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 11f)

- das Konzept der Fonds der Allgemeinärzte („*General Practitioner Fundholding [GPFH]*“) als zusätzliche Käufer
- Budgetgrenzen für nationale Arzneimittelausgaben.¹¹⁹

Der Hintergrund für die Einführung von Quasi-Markt Strukturen, die Trennung in eine Käufer- und Verkäuferseite von Gesundheitsleistungen, war, dass der Staat nicht mehr finanzieller Förderer und Bereitsteller von Leistungen in einem sein wollte. Der Staat sollte primär die Finanzierung übernehmen und die Leistungen von privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Anbietern zukaufen. Die Auslagerung von Verpflegungs- und Reinigungsleistungen im nationalen Gesundheitsdienst war einer der ersten Schritte des Staates sich aus der Anbieterfunktion zurückzuziehen und sich auf die Käuferrolle zu konzentrieren. Die Ressourcen wurden daher nicht mehr direkt an die Anbieter verteilt, sondern durch Ausschreibungsprozesse.¹²⁰ Die Intention des neuen Systems war, dass die Anbieter um Kontrakte konkurrieren sollten, da sie nicht mehr automatisch finanzielle Mittel von der Gesundheitsbehörde zugewiesen bekamen.¹²¹ Das Abschließen von Kontrakten wurde für die Anbieter zum neuen Finanzierungsmechanismus.¹²² Durch die Einführung des Wettbewerbs erhoffte sich die Regierung eine effizientere Leistungsbereitstellung, bessere Qualität und höhere Responsivität.¹²³

4.2.1.3. Konzept des internen Marktes

Das Modell wurde als „interner“ oder „Quasi-Markt“ bezeichnet, weil die Käufer von Gesundheitsleistungen durch allgemeine Steuern finanziert wurden, und der Konsument nicht direkt für die in Anspruch genommenen Leistungen bezahlte wie in konventionellen Märkten.¹²⁴ Der unmittelbare Benutzer traf nicht die Kaufentscheidung, sondern die Auswahl erfolgte mittels einer dritten Partei, einem Agenten.¹²⁵ Anders als unter normalen Marktbedingungen gab es sozusagen eine Art Zwischenhändler, entweder den neuen Fonds der Allgemeinärzte oder die Gesundheitsbehörde, welcher die notwendigen Leistungen für die Patienten einkaufte. Das Ziel des internen Marktes war, die Effizienz der Leistungsbereitstellung zu verbessern, indem der Wettbewerb um Patienten forciert wurde.¹²⁶ Der Ausdruck „Quasi-Markt“ sprach folglich die Unterschiede zu konventionellen Märkten sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite an¹²⁷ und war auf diverse Arten nicht identisch damit:

- Erstens kämpften gemeinnützige Organisationen, die nicht versuchen ihren Gewinn zu maximieren, um öffentliche Aufträge, manchmal sogar mit gewinnorientierten Organisationen.
- Zweitens wurde die Konsumentenkaufkraft in Form von Budgets oder „Gutscheinen“, die auf eine spezifische Leistung beschränkt waren, anstatt in Geld ausgedrückt und

¹¹⁹ Vgl. Ahmed P.K. und Cadenhead L., 1998, S. 224

¹²⁰ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1257f

¹²¹ Vgl. BRI Inquiry, 1999 a, S. 6

¹²² Vgl. West P., 1997, S. 30

¹²³ Vgl. BRI Inquiry, 1999 a, S. 6

¹²⁴ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 20

¹²⁵ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1260

¹²⁶ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 20

¹²⁷ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1260

- Drittens wurde der Konsument durch Agenten vertreten und nicht durch sich selbst.¹²⁸

4.2.1.4. Organisationsänderung im Zuge des internen Marktes

Durch die Reformen auf der Grundlage des Weißbuchs „*Working for Patients*“ wurde versucht, die Effizienz zu verbessern sowie das Management zu stärken, indem der Aufsichtsrat und der NHS Management Ausschuss durch einen Strategieausschuss („*Policy Board*“) und eine NHS Management Exekutive („*NHS Management Executive*“) ersetzt wurden.¹²⁹ 1995 übernahm die sogenannte NHS Exekutive („*NHS Executive*“) die Aufgabe beider Organisationseinheiten. Die NHS Exekutive wurde somit sowohl für das Management als auch für die Politik-Konzipierung zuständig. Außerdem wurden die 14 regionalen Gesundheitsbehörden durch 8 regionale Dienststellen („*Regional Offices*“) ¹³⁰ ersetzt.¹³¹ (siehe **Abb.8.**) Die Reorganisation entfernte weiters die Repräsentation der Berufsstände und die von den Lokalverwaltungen nominierten Mitglieder in den Gesundheitsbehörden. Die neuen Organisationseinheiten wurden in Anlehnung an Betriebsausschüsse („*Company Boards*“) strukturiert und setzten sich aus Managern und einer Handvoll Verwaltungsratmitgliedern (ohne Entscheidungsbefugnis) zusammen. Die Krankenhäuser wurden in ähnlicher Weise von einem Verwaltungsrat („*Board of Executive and Non-Executive Directors*“) geführt.¹³² Diese Vorschläge der Regierung wurden heftig diskutiert und gaben Anstoß zu Kritik, insbesondere seitens der medizinischen Berufsstände sowie der Oppositionsparteien. Der Hauptangriffspunkt war die Einführung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen, weil dadurch, so die Argumentation, die Gerechtigkeit und der uneingeschränkte Zugang ins Wanken kämen. Außerdem wurde ein Verlust des umfassenden Leistungsangebots und eine Entwicklung hin zu einer „*mixed economy*“¹³³ befürchtet.¹³⁴

¹²⁸ Ebenda

¹²⁹ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S.10f

¹³⁰ Die regionalen Dienststellen („*Regional Offices*“) waren ein Teil der zentralstaatlichen Verwaltung und mit öffentlichen Bediensteten besetzt, während sich die Bediensteten der regionalen Gesundheitsbehörden aus NHS Angestellten zusammensetzten und von der Regierung nur auf Abstand gesteuert wurden. (Vgl. Corby S., 1997, S. 184)

¹³¹ Vgl. Corby S., 1999, S. 183f

¹³² Vgl. BRI Inquiry, 2000, S.10f

¹³³ Mit dem Begriff „*mixed economy*“ ist hier die Annahme der Opponenten gemeint, dass der interne Markt zu höheren Preisen führt bzw. ein größerer Anteil des privaten Gesundheitssektors generell einen negativen Einfluss auf die Patienten ausübt.

¹³⁴ Vgl. Ham C., 1997, S. 47f

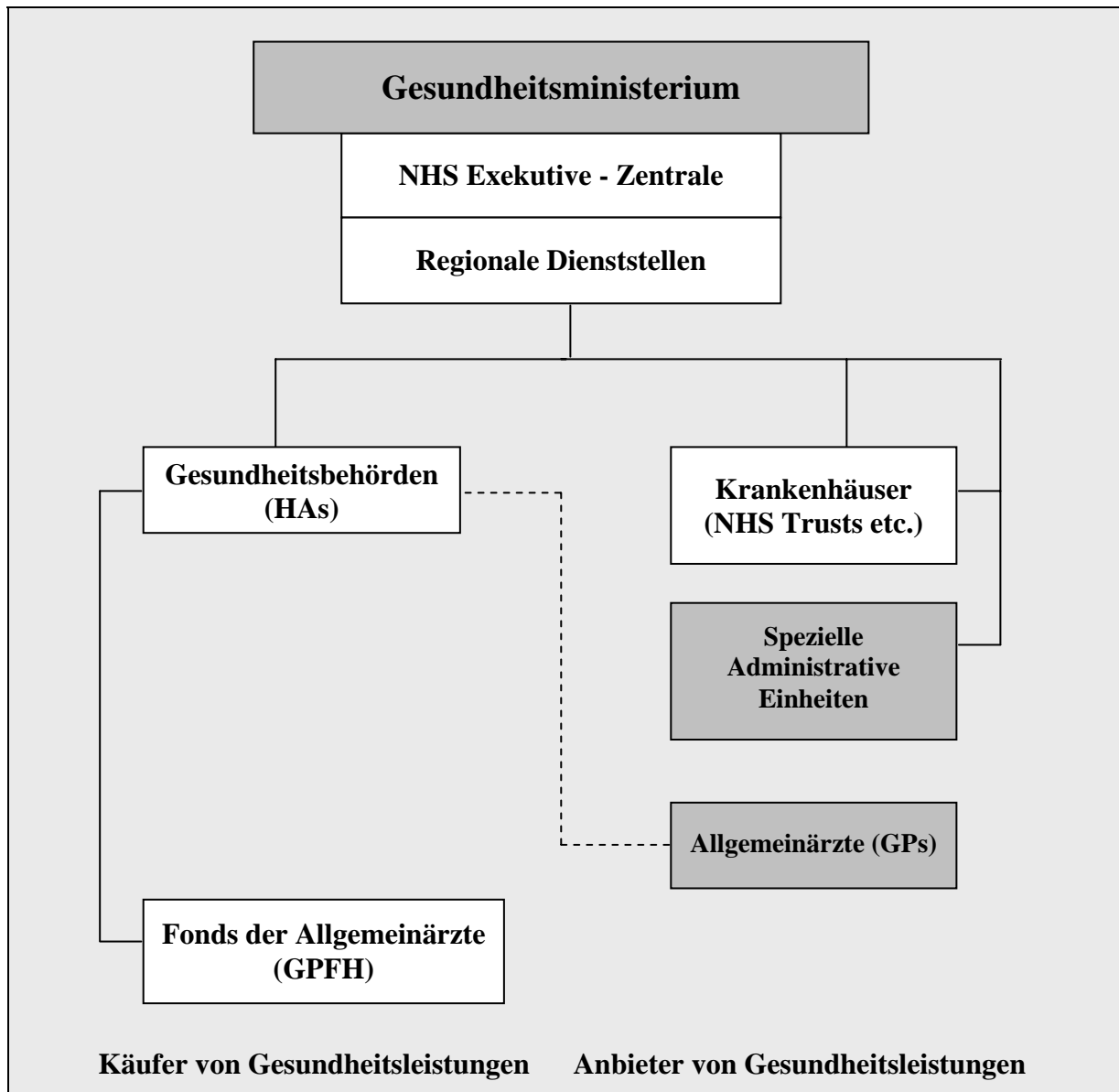


Abb.8. Neue Struktur des NHS 1995¹³⁵

4.2.1.5. Käuferseite - Gesundheitsbehörden und Fonds der Allgemeinärzte

Durch den „*NHS and Community Care Act*“ wurde die integrierte Management- und Finanzverantwortung der Gesundheitsbehörden durch die Trennung in Käufer und Anbieter ersetzt. Vor dem Inkrafttreten waren die Distriktgesundheitsbehörden dafür verantwortlich, die Krankenhausleistungen zu planen und bereitzustellen. Nach 1990 sollte sich die Gesundheitsbehörde darauf konzentrieren, mit ihren finanziellen Mitteln Zweitversorgung für die zuständige Bevölkerung zu kaufen. Das Budget wurde ausschließlich auf der Basis der Bevölkerungszahl des Gebietes - angepasst an Geschlecht, Alter und andere relevante

¹³⁵ Vgl. Ham C., 1997. S. 50

Faktoren - verteilt.¹³⁶ Für die Gesundheitsbehörden bedeutete der interne Markt daher eine Verlagerung des Schwerpunkts ihrer Aufgaben. Ihre Rolle war nun nicht mehr die der Organisatoren und Anbieter von Leistungen, sondern sie waren primär für die Bewertung der Bedürfnisse der Bevölkerung zuständig und wurden durch die neue Käuferrolle zu Kontraktpartnern der Leistungsanbieter.¹³⁷ Die Spezifikationen des Leistungsauftrags (Kosten, Qualität und Quantität der Pflege) wurden in Leistungsvereinbarungen (Kontrakte) zwischen Anbietern und Käufern festgelegt. Diese Kontrakte besaßen jedoch keinen rechtlichen Charakter, sondern waren eine Art Quasi-Vertrag zwischen zwei Parteien. Die Intention der Kontraktlösung war, einen Anreiz für die Anbieter zu schaffen, auf die Bedürfnisse der Patienten sowie auf die Käufer der Leistungen einzugehen.¹³⁸ Die Käufer konnten zwischen verschiedenen Anbietern - den Krankenhausfonds mit Selbstverwaltung, direkt geleiteten Krankenhaus-Einheiten oder privaten Organisationen - wählen, um so kosteneffektiv wie möglich zu wirtschaften.¹³⁹ (siehe **Abb.9.**)

Weiters wurde das Konzept der Fonds der Allgemeinärzte eingeführt. Allgemeinarztpraxen mit einer Patientenzahl von über 11.000 konnten um den Status eines Fonds der Allgemeinärzte („*General Practitioner Fundholding [GPFH]*“) ansuchen. Jeder Fonds erhielt ein Budget, um eine Reihe definierter Krankenhaus- und Erstversorgungsleistungen bereitzustellen (ambulante Versorgung, Operationen - jedoch nicht in Notfällen - und diagnostische Untersuchungen) und die Kosten für Medikamente sowie die Praxis abzudecken.¹⁴⁰ Der Anreiz für die Ärzte teilzunehmen bestand darin, dass sie jegliche Überschüsse behalten konnten. Die einzige Bedingung war an deren Verwendung geknüpft. Die Gewinne mussten für Leistungen oder Einrichtungen eingesetzt werden, die für die Patienten von Nutzen waren.¹⁴¹ Die Verteilung der finanziellen Mittel erfolgte durch die Gesundheitsbehörde des Gebietes, in dem sich der Fonds der Allgemeinärzte befand. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis und im Jahre 1997 betreuten die Fonds bereits über die Hälfte der Bevölkerung.¹⁴² Durch die Schaffung der Fonds der Allgemeinärzte, als zusätzliche Käufer zu den Gesundheitsbehörden, wurde Wettbewerb zwischen den beiden eingeführt. Jeder war bestrebt zu beweisen, die besseren Leistungen zugunsten der Patienten aushandeln zu können.¹⁴³ Ein Experiment, der sogenannte „Pilotversuch für den Kauf sämtlicher Leistungen“ („*Total Purchasing Pilots [TTP]*“), ermöglichte den Praxen jede Form von Zweitversorgung, inklusive Notfallversorgung, zu kaufen.¹⁴⁴ Die GPFH hatten jedoch Schwierigkeiten, genaue Kosteninformationen für die Kontrakte und die

¹³⁶ Vgl. Ham C., 1997, S. 48f

Die Budgetallokation erfolgte auch vor den Reformen auf der Basis von Bevölkerungszahlen, aber vor 1990 wurden die Behandlungskosten für einen Patienten, der außerhalb des Wohndistrikts versorgt wurde, von der Distriktgesundheitsbehörde, in welcher der Patient lebte, getragen. Dadurch wurden den Distriktgesundheitsbehörden mit steigenden Bevölkerungszahlen und zu geringem Leistungsangebot die Ressourcen weggenommen, die notwendig waren, um künftig mehr Leistungen anbieten zu können. Dieser sogenannte „*cross-boundary patient transfers*“ wurde durch den internen Markt abgeschafft. Dadurch sollten die Gesundheitsbehörden kein Geld mehr an andere verlieren, und das Leistungsangebot in den eigenen lokalen Krankenhäusern ausbauen. (Vgl. West P., 1997, S. 26f)

¹³⁷ Vgl. Koen V., 2000, S. 7

¹³⁸ Vgl. Ham C., 1997, S. 51

¹³⁹ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 20

¹⁴⁰ Vgl. West P., 1997, S. 29f

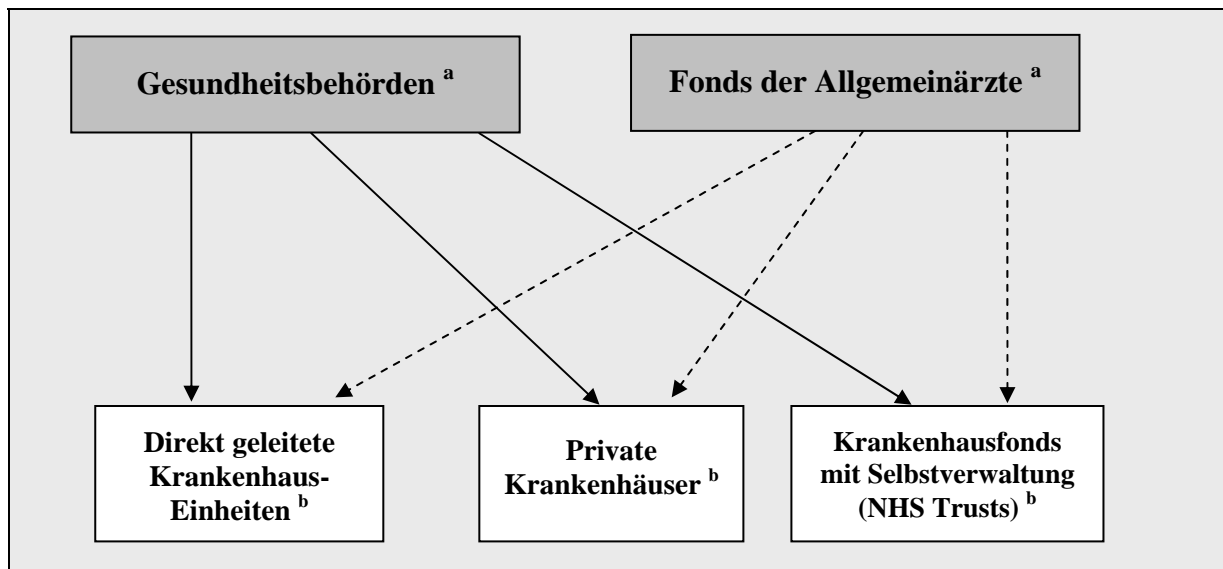
¹⁴¹ Vgl. Koen V., 2000, S. 7

¹⁴² Vgl. Lapsley I., 1994, S. 20

¹⁴³ Vgl. Ham C., 1997, S. 50

¹⁴⁴ Vgl. Koen V., 2000, S. 7

Käuferentscheidungen zusammenzustellen. Besonders schwer war es einen Kompromiss hinsichtlich des Trade-off zwischen Kosten und Qualität der Leistungen zu finden.¹⁴⁵



- a..... Käufer von Gesundheitsleistungen
 b..... Anbieter von Gesundheitsleistungen (Zweitversorgung)
 —————> Kontrakte zwischen Käufer und Anbieter
 - - - - -> Kontrakte zwischen Käufer und Anbieter

Abb.9. Käufer und Anbieter von Gesundheitsleistungen im internen Markt¹⁴⁶

4.2.1.6. Anbieterseite - Krankenhäuser

Von 1982 an erhielten die Gesundheitsbehörden im Rahmen der Ressourcenallokation am Anfang jedes Jahres ein fixes Budget zur Verteilung an die NHS Einheiten, die Gesundheitsleistungen bereitstellten. Dadurch bestand kein Anreiz für die Anbieter von Gesundheitsleistungen effizient zu wirtschaften oder deren Aktivitäten zu erhöhen, da dies nur mit höheren Kosten verbunden gewesen wäre.¹⁴⁷ Ab 1991 war es Krankenhäusern und anderen Serviceeinrichtungen erlaubt, sich von der Kontrolle der Gesundheitsbehörden zu lösen, um somit ihre Leistungen öffentlich auszuschreiben, und infolgedessen Verträge mit Gesundheitsbehörden und Allgemeinärzten abzuschließen.¹⁴⁸ Die Anbieter waren in zwei Kategorien unterteilt:

1. die direkt geleiteten Krankenhaus-Einheiten („*Directly Managed Units [DMUs]*“)¹⁴⁹ und
2. die Krankenhausfonds mit Selbstverwaltung („*Self-Governing Hospital Trusts [SGHTs]*“ oder „*NHS Trusts*“), welche sich mit der Erlaubnis des Gesundheitsministeriums aus der Kontrolle der Gesundheitsbehörde lösen konnten, aber direkt der Zentralregierung verantwortlich blieben. Die NHS Trusts übernahmen die Verantwortung für das Management der Krankenhäuser und der Leistungen der

¹⁴⁵ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 22

¹⁴⁶ Vgl. West P., 1997, S. 26 und Lapsley I., 1994, S. 21

¹⁴⁷ Vgl. BRI Inquiry, 1999 a, S. 6

¹⁴⁸ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1259

¹⁴⁹ Da die DMUs formal immer noch den Gesundheitsbehörden verantwortlich waren, kam die Frage auf, ob Verhandlungen zu Marktbedingungen überhaupt möglich wären. (Vgl. Lapsley I., 1994, S. 20)

Lokalverwaltungen. 1996 hatten fast alle Krankenhäuser den Status eines Fonds („*NHS Trusts*“) angenommen.¹⁵⁰ Deren Schaffung basierte auf der Übertragung von zwei wichtigen Rechten auf das lokale Management. Einerseits das Recht, lokale Lohn- und Arbeitsbedingungen selbst zu verhandeln und andererseits das Recht, Gewinne zu erwirtschaften und Überschüsse zu behalten. Allerdings haben die meisten Trusts vom ersten Recht kaum Gebrauch gemacht, und der „Gewinnanreiz“ erzielte nicht flächendeckend den gewünschten Effekt. Der ausschlaggebende Faktor für diese Entwicklung war die unzureichende Information über die Kosten und Qualität der Leistungen für die Kontraktabschlüsse.¹⁵¹

Ein Ziel dieser Reformen war es, die Dominanz der Anbieter durch die Käufer, denen die Anbieter rechenschaftspflichtig waren, zu schwächen.¹⁵² Folglich sollte der interne Markt dazu führen, dass die Leistungen nicht mehr primär von dem Interesse und den Ambitionen der Ärzteschaft abhingen. In der Praxis tauchten jedoch zahlreiche Schwierigkeiten auf. Ein Problem stellte die Informationsasymmetrie dar, wodurch die Anbieter sowohl bessere Expertise als auch bessere Leistungsinformationen besaßen. Die Verteilung der Managerressourcen fiel auch zugunsten der Anbieter aus, da die Mehrheit an qualifizierten Mitarbeitern auf die Anbieterseite abwanderte. Weitere Faktoren waren, dass einige Leistungsanbieter eine Monopolstellung innehatten, und viele Käufer-Verkäufer-Beziehungen von permanenter Dauer waren.¹⁵³

Reform 1989 <i>„Working for Patients“</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung eines internen oder Quasi-Marktes: Trennung in Käufer und Anbieter von Gesundheitsleistungen ▪ ANBIETER: <ul style="list-style-type: none"> – <u>direkt geführte Krankenhaus-Einheiten:</u> unter der Kontrolle der Gesundheitsbehörden – <u>Krankenhausfonds mit Selbstverwaltung:</u> gelöst aus der Kontrolle der Gesundheitsbehörde und direkt der Zentralregierung verantwortlich ▪ KÄUFER: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Gesundheitsbehörden:</u> nicht mehr Organisatoren und Anbieter von Leistungen, sondern Käufer von Zweitversorgung für die zuständige Bevölkerung – <u>Status eines Fonds der Allgemeinärzte:</u> Budget für den Kauf bestimmter Erstversorgungs- & Krankenhausleistungen (ambulante Versorgung, Operationen – keine Notfälle - diagnostische Untersuchungen) und zur Abdeckung der Kosten für Medikamente sowie für die Praxis – <u>„Pilotversuch für den Kauf aller Leistungen“</u> („<i>Total Purchasing Pilots [TTP]</i>“): Kauf jeder Form von Zweitversorgung inklusive Notfallversorgung ▪ Spezifikation des Leistungsauftrags (Kosten, Qualität und Quantität der Pflege) mittels Kontrakten (Quasi-Verträge) ▪ Strukturierung der neuen Organisationseinheiten in Anlehnung an Betriebsausschüsse 	

¹⁵⁰ Vgl. Ham C., 1997, S. 49

¹⁵¹ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 22

¹⁵² Vgl. Ham C., 1997, S. 48

¹⁵³ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 12

- Ersetzen des Aufsichtsrats und des NHS Management Ausschusses durch den Strategiausschuss und die NHS Management Exekutive
- Änderung des Finanzierungsmodus:
 - Finanzierung der Anbieter über Kontrakte
 - Finanzierung der Käufer ausschließlich auf der Basis von Bevölkerungszahlen

Tabelle 10. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1989¹⁵⁴

4.3. Performance Management

4.3.1. Leistungsindikatoren

Ab 1979 wuchs die Anzahl der Leistungsindikatoren im öffentlichen Sektor enorm an. Verstaatlichte Unternehmen veröffentlichten Indikatoren und die Lokalverwaltungen wurden dazu verpflichtet, Leistungsvergleiche durchzuführen, um deren Verantwortung gegenüber den Ratsmitgliedern und den Steuerzahlern wahrzunehmen. Es gab zwar im nationalen Gesundheitsdienst nie einen Engpass an Informationen, aber die Daten wurden meist in unregelmäßigen zeitlichen Intervallen gesammelt und waren oft unbrauchbar für den operativen Bereich. Außerdem tauchten häufig Probleme beim Zugriff auf die Daten auf. Vor 1980 gab es keine Bestrebungen, den Prozess der Informationssammlung zu ändern. Allerdings stieg der Druck auf die Zentralregierung, und das Gesundheitsministerium suchte schließlich nach Wegen, um den ordnungsgemäßen Verbrauch des NHS Budgets darlegen zu können. Daher gewann die Definition von Leistungsstandards zunehmend an Bedeutung. Die Einführung eines Gesamtpakets von Leistungsindikatoren für NHS Krankenhäuser und Gesundheitsbehörden wurde sehr ambitioniert in Angriff genommen. Zu diesem Zweck wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die 1983 erstmals eine nationale Zusammenfassung von Indikatoren, basierend auf einer Reihe von detaillierten, regionalen Berichten, erstellte. Das Ergebnis war jedoch eine Unmenge an Informationen, aus denen die Gesundheitsbehörden keine Schlüsse für ihre Arbeitsweise ziehen konnten. Ursprünglich war das Ziel der Leistungsindikatoren zu Effizienzverbesserungen beizutragen, aber die Fülle an präsentierten Daten machte dieses Vorhaben beinahe unmöglich. Zusätzlich lag der Schwerpunkt eher auf Kostenersparnissen als auf Effizienzsteigerungen. Die Zusammenfassung konzentrierte sich hauptsächlich auf finanzielle Aspekte.¹⁵⁵ Es gab allerdings noch andere Kategorien, deren Kennzahlen sich auf klinische Leistungen, Arbeitskraft, Immobilienverwaltung und Ambulanzdienste bezogen.¹⁵⁶ Das Gesundheitsministerium dehnte schließlich den Umfang der Initiative weiter aus, und der ursprüngliche Effizienz-Fokus wurde um Qualitäts-, Gerechtigkeits-, und Effektivitätsaspekte erweitert.¹⁵⁷ Die Qualität der Leistungen wurde letztendlich jedoch nicht miteinbezogen, und die Gerechtigkeitsdimension war auf den Zugang zu Leistungen anhand der Wartezeiten als Indikator beschränkt. In Bezug auf die Effektivität konnten ebenso keine verwertbaren Informationen aufgrund der Leistungsindikatoren gewonnen werden.¹⁵⁸ Schließlich gab es eine Reihe von Kritikpunkten an den Leistungsindikatoren. Einerseits wurde die Dominanz der Messung von Aktivitäten und Output (Patienten,- und Operationsanzahl) anstatt von Outcome (Wirkung auf den Gesundheitszustand) kritisiert. Andererseits bestanden Zweifel über die Präzision der verwendeten Daten zur Berechnung der Leistungsindikatoren. Nichtsdestotrotz stellten die

¹⁵⁴ Eigene Darstellung

¹⁵⁵ Vgl. Smith P., 1987, S. 35

¹⁵⁶ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 6

¹⁵⁷ Vgl. Smith P., 1987, S. 36

¹⁵⁸ Vgl. Smith P., 1987, S. 37

Leistungsindikatoren eine Innovation dar und boten eine Vergleichsmöglichkeit auf der Basis von verschiedenen Kriterien.¹⁵⁹

4.3.2. Medizinische und klinische Prüfungen¹⁶⁰

Mit dem Weißbuch „*Working for Patients*“ aus dem Jahre 1989 wurde die Teilnahme aller Ärzte an regelmäßigen und systematischen Prüfungen als ein fundamentales Prinzip der Leistungsbewertungen angepriesen. Die Überprüfungen stellten einen Rahmen zur Verfügung, um die Tätigkeiten der medizinischen Berufsstände erforschen und beurteilen sowie Verbesserungen beobachten zu können. Eine Prüfung umfasste folgende Elemente:

- Die Definition von Standards, Kriterien, Zielen oder Aufzeichnungen für bewährte Verfahrensweisen, um die Leistungen vergleichen zu können.
- Die Sammlung systematischer und objektiver Leistungsinformationen.
- Der Vergleich der Ergebnisse mit den Standards.
- Die Identifikation von Mängeln und die Ergreifung von Maßnahmen zu deren Beseitigung und
- Die Überwachung der Wirkungen dieser Maßnahmen.¹⁶¹

Medizinische Prüfungen wurden in dem Weißbuch von 1989 folgendermaßen definiert: „...*a systematic, critical analysis of the quality of care, including the procedures used for diagnosis and treatment, the use of resources, and the resulting outcome for the patient*“.¹⁶² Dabei wurde betont, dass die Durchführung der medizinischen Prüfungen Aufgabe des medizinischen Berufsstandes sein sollte, da sowohl das Fachwissen über die aktuellen medizinischen Verfahrensweisen sowie der Zugang zu den entsprechenden medizinischen Aufzeichnungen dafür notwendig waren. Das Management wurde auch miteinbezogen, um die effektive Implementierung des Systems zu garantieren. Die Prüfung sollte eine „erzieherische“ Funktion erfüllen. Die medizinischen Prüfungen in den Krankenhäusern wurden von den neu geschaffenen medizinischen Prüfungskomitees unterstützt, die von Krankenhausärzten geleitet, aber von den Lokalverwaltungen finanziert wurden, denen sie auch verantwortlich waren. Weitere finanzielle Mittel wurden von der nationalen Ebene an die Anbietereinheiten verteilt. Die Prüfungen wurden zum fixen Bestandteil der Arbeitsbeschreibungen von Fachärzten, wobei der eingesetzte Zeitaufwand der Ärzte zur Erfüllung dieser Tätigkeit variierte. Im Laufe der Jahre verlagerte sich der Fokus verstärkt auf klinische Prüfungen („*clinical audit*“), welche die Leistungen des gesamten medizinischen Personals untersuchten, und auf die Effektivität der klinischen Leistungen.¹⁶³ Bei der Umsetzung der Prüfungen entstanden jedoch Probleme, da aufgrund von Definitionslücken Unklarheiten auftauchten:

¹⁵⁹ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 6

¹⁶⁰ Die medizinischen Prüfungen („*medical audits*“) betrafen Aktivitäten, die direkt von Ärzten initiiert wurden. Die klinischen Prüfungen hingegen umfassten alle Aspekte der Leistung, auch Tätigkeiten von Krankenschwestern und anderem medizinischen Personal. (Vgl. BRI Inquiry, 1999 b, S. 23)

¹⁶¹ Vgl. BRI Inquiry, 1999 b, S. 9

¹⁶² BRI Inquiry, 1999 b, S. 12

¹⁶³ Vgl. BRI Inquiry, 1999 b, S. 12f

- Die Programme für die Prüfungen wurden von den Krankenhausärzten in einer *ad hoc* Manier formuliert und den Managern wurde nur eine kleine Rolle im Gestaltungsprozess eingeräumt.
- Die Teilnahme an den Besprechungen und Treffen schwankte sehr stark.
- Die Ärzte agierten bei den Treffen oft nicht als Experten, sondern ließen sich von ihrer hierarchischen Stellung beeinflussen.
- Der Planungsprozess war unzureichend, und der gesamte Prüfungszyklus wurde meist in einer Sitzung abgehandelt.
- Die Fragen der Maßnahmensetzung zur Beseitigung etwaiger Mängel sowie der Verantwortlichkeit waren unzureichend definiert.
- Außerdem konzentrierten sich die Aktivitäten hauptsächlich auf technische Aspekte der stationären Behandlung.¹⁶⁴

Die Wirkung der Prüfungen war schwer zu beurteilen, da es einerseits an Informationen mangelte, und andererseits die vorhandenen Daten äußerst schwer zu interpretieren waren. Trotzdem kommt die NHS Exekutive zu dem Schluss, dass die klinischen und medizinischen Prüfungen eine positive Wirkung auf die klinische Praxis und Organisation hatten.¹⁶⁵

4.3.3. *Patients Charter*

Zwei weitere Politikinitiativen in den 90er Jahren waren von Bedeutung. Die „*Patients Charter*“ 1991, durch welche die Patienten verstärkt als Konsumenten gesehen wurden, und die Veröffentlichung des Weißbuches „*The Health of the Nation*“ im Jahre 1992. Das Weißbuch beinhaltete 25 Politikziele zur Verbesserung der Gesundheit und präsentierte eine Gesundheitsstrategie, die den Fokus auf Krankheitsvorbeugung setzte, um der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und den einhergehenden Kosten entgegenzuwirken. Dadurch ergab sich eine Verschiebung weg von den Fachärzten in den Krankenhäusern hin zu den Allgemeinärzten und anderen, die in den Lokalverwaltungen Vorbeugungsmaßnahmen setzten. Generell wurde der Schwerpunkt verstärkt auf die Erstversorgung im nationalen Gesundheitsdienst gelegt, und die Ärzte sollten auf der Grundlage der „*Evidence-Based Medicine*“¹⁶⁶ ihrer Tätigkeit nachgehen.¹⁶⁷ Eine der Beiträge des Premierministers John Major war die Veröffentlichung der „*Patients Charter*“. Dies war eine unter vielen hervorgebrachten Charters während Majors Regierungszeit, die das Ziel verfolgte, die Rechte der Patienten, der Benutzer öffentlicher Leistungen, expliziter zu definieren.¹⁶⁸ Es war eine nationale Politikinitiative zur Definierung von Leistungsstandards. Teilweise wurden bereits vorhandene Rechte niedergeschrieben, teilweise wurden neue Rechte formuliert. Die

¹⁶⁴ Vgl. BRI Inquiry, 1999 b, S. 16f

¹⁶⁵ Ebenda, S. 18

¹⁶⁶ Unter dem Begriff „*Evidence- Based Medicine*“ wird der gewissenhafte und vernünftige Einsatz der besten und aktuellsten Informationen verstanden, um qualifizierte Entscheidungen über die individuelle Versorgung von Patienten treffen zu können. In der Praxis bedeutet das die Integration von individuellem medizinischem Fachwissen mit den besten verfügbaren medizinischen Forschungsergebnissen. (Vgl. Centre for Evidence-Based Medicine, Online im Internet URL: <http://www.cebm.net/glossary.asp> (Download: 09.11.2004))

¹⁶⁷ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 14f

¹⁶⁸ Vgl. Ham C., 1997, S. 56

„*Patients Charter*“ umfasste Rechte des Bürgers bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zusätzlich neun nationale Standards, welche bestimmte Leistungsspezifikationen als Ziele definierten, wie z.B. die Kürzung der Wartezeiten. Im Jahre 1994 veröffentlichte das Gesundheitsministerium einen Leistungskatalog mit Vergleichen der Krankenhäuser, der den Erfüllungsgrad der Standards sowie der Leistungsziele, die von der NHS Management Exekutive festgelegt wurden, analysierte. Der Katalog war allen zugänglich und sollte unter anderem die Auswahl für die Allgemeinärzte und die Patienten erleichtern. Die Leistungsindikatoren, die bereits seit den 80er Jahren existierten, wurden zu einem Instrument der Informationsbereitstellung für die Öffentlichkeit umgewandelt.¹⁶⁹ In England, Schottland und Wales wurden schließlich nationale Charters erarbeitet, in denen festgelegt wurde, was sich der Patient vom nationalen Gesundheitsdienst erwarten konnte¹⁷⁰:

PATIENTS CHARTER
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitativ hochwertige Betreuung ▪ Klare Informationen über Behandlungsalternativen und die Entwicklung des jeweiligen Falles ▪ Einbindung (soweit wie möglich) in die eigene Behandlung und Betreuung ▪ Wahlmöglichkeit des Allgemeinarztes, einschließlich der Vereinfachung eines Wechsels ▪ Das Recht, medizinische Behandlungen anzunehmen oder abzulehnen ▪ Entscheidungsfreiheit, ob an medizinischer Forschung oder Studentenausbildung teilgenommen wird ▪ Respekt für Privatsphäre, Würde, Religion und Kultur ▪ Berücksichtigung von Verwandten und Freunden ▪ Möglichkeit, die erhaltene Behandlung zu kommentieren oder eine formelle Beschwerde einzureichen ▪ Zugang (mit Sicherheitsmaßnahmen) zu Informationen über die eigene Person ▪ Entschädigung bei Nicht-Erfüllung der Standards

Tabelle 11. Patients Charter¹⁷¹

Die Einführung der „*Patients Charter*“ feierte kleine Erfolge, unter anderem führte es zu einer Verringerung der Wartezeiten. Laut *Ham* lag die Ursache für die Verbesserungen jedoch viel mehr an dem Druck, der von den Gesundheitsministern ausgeübt wurde, als am Wettbewerb zwischen den Anbietern und der Einführung der Charter. Die Gesundheitsminister behaupteten, dass aufgrund der Reformen mehr Patienten als jemals zuvor behandelt wurden, und die Produktivität signifikant gestiegen wäre. Die Daten bestätigten zwar diese Aussagen, aber das Zusammenspiel einer Reihe von Faktoren begünstigte diese Entwicklungen. Einerseits wurden die Aufzeichnungsmechanismen durch die Umstellungen der NHS Trusts auf moderne Systeme zur Informationsbereitstellung verbessert, andererseits aber war die Finanzierung großzügiger, und die Leistungen für Patienten in den Krankenhäusern wurden andersartig klassifiziert.¹⁷²

¹⁶⁹ Vgl. BRI Inquiry, 2000, S. 15f

¹⁷⁰ Vgl. Promberger K., Niederkofler C. und Bernhart J., 1991, S.54

¹⁷¹ Vgl. Promberger K., Niederkofler C. und Bernhart J., 1991, S.54f

¹⁷² Vgl. Ham C., 1997, S. 56

Jahr	Reform 1989-1997
1989 „Working for Patients“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung eines internen Marktes (Quasi-Markt) ▪ Trennung des Ankaufs von Gesundheitsleistungen von der Bereitstellung (Käufer-Verkäufer-Trennung) <ul style="list-style-type: none"> - <u>Anbieter</u>: die direkt geführten Krankenhaus-Einheiten & Krankenhausfonds mit Selbstverwaltung - <u>Käufer</u>: die Gesundheitsbehörden, die Fonds der Allgemeinärzte und der „Pilotversuch für den Kauf aller Leistungen“ („Total Purchasing Pilots [TTP]“) ▪ Strukturierung der neuen Organisationseinheiten in Anlehnung an Betriebsausschüsse: Strategiausschuss und NHS Management Exekutive ▪ Medizinische und klinische Prüfungen
1991	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung der „Patients Charter“: Definierung von Leistungsstandards
1992	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „The Health of the Nation“: 25 Politikziele zur Verbesserung der Gesundheit mit dem Fokus auf Krankheitsvorbeugung
1995	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NHS Exekutive übernimmt Aufgaben von NHS Management Exekutive und Strategiausschuss → für Management und Politikkonzipierung verantwortlich ▪ Regionale Gesundheitsbehörden ersetzt durch regionale Dienststellen

Tabelle 12. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1989 bis 1997¹⁷³

4.4. Kurze Bewertung der Reformen

Die „Bristol Royal Infirmary Inquiry (BRI Inquiry)“ kam zu dem Entschluss, dass kaum messbare Veränderungen als Folge der Reformprogramme festzustellen waren. Die Ziele des internen Marktes, Anreize für die Teilnehmer zu schaffen, höhere Effizienz und Responsivität zu erreichen, wurden laut *BRI Inquiry* nur partiell umgesetzt.¹⁷⁴ *Koen* wies jedoch auf die Problematik einer Evaluierung der Ergebnisse des internen Marktes hin, da die stufenweise Einführung, die laufenden Abänderungen während der Implementierung sowie fehlende Daten eine Bewertung erheblich erschweren. Nichtsdestotrotz beinhaltet die Käufer-Verkäufer-Trennung zahlreiche positive Aspekte, so *Vincent Koen*. Die dadurch entstandene Klarheit über Preise und Standards, das Kostenbewusstsein und die verbesserte Stellung der Allgemeinärzte waren Vorteile des internen Marktes.¹⁷⁵

4.4.1. Effizienz

Das deklarierte Ziel der Reform, Effizienzsteigerungen zu erreichen, wurde nur teilweise realisiert, zum Beispiel durch die Verringerung der durchschnittlichen Dauer von Krankenhausaufenthalten sowohl für geriatrische als auch für akute Versorgung.¹⁷⁶

¹⁷³ Eigene Darstellung

¹⁷⁴ Vgl. *BRI Inquiry*, 2000, S. 14

¹⁷⁵ Vgl. *Koen V.*, 2000, S. 10

¹⁷⁶ Vgl. *Koen V.*, 2000, S. 10

Der sogenannte „*Cost Weighted Activity Index [CWAI]*“ - ein Index, der Aktivitäten nach Kosten gewichtet - gibt Aufschluss über die Entwicklungen der Effizienz. Dieser simple Indikator des Outputs von Gesundheitsleistungen zeigt eine jährliche Wachstumsrate von 2,3% in den Jahren 1980/81 bis 1990/91, aber 4,1% zwischen 1991/92 und 1995/96. Die durchschnittliche Änderung der jährlichen Leistungsfähigkeit beträgt 1,5% vor den Reformen und 2% nach der Einführung des internen Marktes. Daraus lassen sich Effizienzsteigerungen während der Amtszeit der konservativen Regierungen ableiten.¹⁷⁷

4.4.2. *Kontrakte*

Die Einführung des internen Marktes, insbesondere die Art und Weise der Implementierung, rief jedoch viele Probleme hervor. Die erste Hürde stellten die Kontrakte dar. Mit Kontraktabschlüssen waren auch Verhandlungen und die Überwachung der Erfüllung der Vereinbarungen sowie die Notwendigkeit neuer finanzieller Informationen verbunden, wodurch die administrativen Kosten stiegen. Die Kontraktkosten erwiesen sich umso höher, desto größer und raffinierter die Verträge waren. Block-Verträge, die häufig Anwendung fanden, waren günstiger als Kosten-Mengen-Verträge.¹⁷⁸ Bei Block-Verträgen bezahlten die Käufer den Anbietern eine fixe Summe für den Zugang zu einem bestimmten Leistungsbündel vor der Leistungsbereitstellung, während bei Kosten-Mengen-Verträgen die Preise für ein bestimmtes Behandlungsangebot definiert wurden.¹⁷⁹ Der große Nachteil der Block-Verträge bestand darin, dass einzelne Krankenhäuser aufhörten, beispielsweise Operationen durchzuführen, sobald das definierte Leistungsziel erreicht war.¹⁸⁰ Ein weiterer Schlüsselfaktor war die Position der Gesundheitsbehörden bei den Kontraktverhandlungen, die sich als schwach erwies. Der Grund dafür lag vor allem in der fehlenden medizinischen Expertise, wodurch sie den Krankenhausmanagern und Fachärzten in den Verhandlungen unterlagen.¹⁸¹ Schließlich war dieses System basierend auf Kontrakten wesentlich kostenintensiver als die vorherige integrative Organisation.¹⁸²

4.4.3. *Responsivität und Auswahlmöglichkeit*

Eines der Ziele von „*Working for Patients*“ war es die Auswahlmöglichkeiten der Patienten zu erhöhen und die Leistungen responsiver für die Patienten zu gestalten. In der Realität schlossen die Gesundheitsbehörden meistens Blocksverträge ab, die auf Produktivitäts- und Qualitätssteigerungen unempfindlich reagierten. Somit wurde vielmehr das Gegenteil des gewünschten Effekts erzielt, und die Auswahl beschränkt. Die einzige Ausnahme waren die Fonds der Allgemeinärzte. Diverse Beurteilungen kamen insgesamt zu dem Schluss, dass die Reformen nur einen marginalen Effekt auf die Auswahlmöglichkeiten der Patienten hatten.¹⁸³

4.4.4. *Gerechtigkeit*

Der Quasi-Markt wurde hauptsächlich dafür kritisiert, dem Prinzip der Gerechtigkeit nicht mehr Rechnung zu tragen. Es bestand die Gefahr, dass die Reform zu einer Zwei-Klassen-Leistung führen konnte, wenn die Patienten der Fondsinhaber auf Kosten der Patienten der Nicht-Fondsinhaber bevorzugt wurden. Tatsächlich hatten die Patienten der Fonds den

¹⁷⁷ Vgl. Le Grand J., 1999, S. 28

¹⁷⁸ Ebenda

¹⁷⁹ Vgl. BRI Inquiry, 1999 a, S. 8

¹⁸⁰ Vgl. Klein R., 1998, S. 113

¹⁸¹ Vgl. Koen V., 2000, S. 11

¹⁸² Vgl. Ham C., 1997, S. 55

¹⁸³ Vgl. Ham C., 1997, S. 56f

Vorteil, dass die Fonds der Allgemeinärzte etwas bessere Beziehungen zu den Anbietern unterhielten. Dies äußerte sich beispielsweise in der schnelleren Einweisung in ein Krankenhaus. Jedoch existierte eine ähnliche Zweispurigkeit bereits im alten System, und es war daher nichts völlig Neues. Außerdem gab es teilweise positive externe Effekte für Nicht-Fonds-Patienten, da die Fonds Druck auf die Krankenhäuser ausübten, generell innovativere und bessere Leistungen anzubieten. Die Fonds der Allgemeinärzte hatten auf jeden Fall einen Vorteil bei der Ressourcenallokation, da eine Verschiebung der Mittelverteilung zugunsten der Fonds vorgenommen wurde. Schließlich wurde die angesprochene Verletzung des Gerechtigkeitsprinzips mit Daten nur geringfügig untermauert. Die Entwicklung des sogenannten Effekts des „*cream-skimming*“, der Diskriminierung kostspieliger Benutzer durch Krankenhäuser und Fonds-Praxen, unter den konservativen Regierungen konnte nicht bewiesen werden.¹⁸⁴

4.4.5. *Machtverhältnisse*

Für den gesamten Gesundheitsdienst bedeutete die Reform eine Verlagerung der Machtverhältnisse zwischen diversen Interessensgruppen und eine neue facettenreichere Organisationsstruktur basierend auf Leistungsvereinbarungen.¹⁸⁵ Entgegen dem Ziel des dezentralisierten Managements führte das neue System dazu, dass das Monitoring und die Kontrolle der Krankenhäuser von der Zentralregierung übernommen wurden.¹⁸⁶ Die traditionelle Vormachtstellung der Anbieter, insbesondere in Intensivkrankenhäusern, wurde zugunsten der Käufer, zu denen die Gesundheitsbehörden umgewandelt wurden, minimiert. In der neu erworbenen Käuferrolle arbeiteten die Gesundheitsbehörden sehr eng mit den Allgemeinärzten zusammen, um über das notwendige Leistungsangebot für die Bevölkerung zu entscheiden. Die Allgemeinärzte profitierten ebenso von den Reformen, da auch ihre Stellung im Vergleich zu den Krankenhausärzten wesentlich gebessert wurde.¹⁸⁷ Zusätzlich wurde den Patienten eine neue Art von Macht zuteil, da sie durch den internen Markt die Möglichkeit erhielten, zu einem anderen Anbieter zu wechseln, wenn dieser nicht auf ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen sollte.¹⁸⁸

5. Reformen des NHS unter der Labour Partei

Im Jahre 1997 kommt die Labour Regierung unter Tony Blair an die Macht und verspricht, den öffentlichen Sektor und speziell den nationalen Gesundheitsdienst zu modernisieren.¹⁸⁹ Zu diesem Zeitpunkt herrscht große Unzufriedenheit wegen der langen Wartezeiten auf stationäre Behandlungen, die im Durchschnitt bei fünf Monaten liegen. In Großbritannien besteht aber generell ein breiter Konsens über die Beibehaltung des staatlichen Systems. Die Mehrheit der Bevölkerung erachtet aber eine Reform oder zumindest gravierende Veränderungen für unabdingbar, um die Missstände im NHS zu beseitigen.¹⁹⁰ Das neue Erscheinungsbild des nationalen Gesundheitsdienstes und das dahinter stehende Strukturgerüst sind in dem Weißbuch von 1997¹⁹¹ festgehalten und in dem Gesundheitsgesetz

¹⁸⁴ Vgl. Le Grand J., 1999, S. 28

¹⁸⁵ Vgl. Ham C., 1997, S. 53

¹⁸⁶ Vgl. Lapsley I., 1994, S. 23

¹⁸⁷ Vgl. Ham C., 1997, S. 53

¹⁸⁸ Vgl. Le Grand J., 1991, S. 1263

¹⁸⁹ Vgl. Smith P., 2002, S. 103

¹⁹⁰ Vgl. Baur et al., 2003, S. 63

¹⁹¹ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/newnhs.htm> (Download: 06.08.2004)

von 1999 („1999 Health Act“) verankert.¹⁹² (siehe **Abb.10.**) Die Regierung präsentiert ihr Reformpaket unter dem Schlagwort „Der dritte Weg“, wobei von Beginn an betont wird, dass die Wirkungen der Reformen erst in einem Jahrzehnt zu spüren sein werden. Die zentralen Institutionen des neu gestalteten NHS nehmen ihre Arbeit mit dem Jahr 1999 auf. Der Labour Ansatz basiert auf Kooperation und Partnerschaft, wobei die Käufer-Verkäufer-Trennung erhalten bleibt. Die Käufer haben weiterhin die Möglichkeit, den Anbieter zu wechseln, aber als eine Art letzten Ausweg.¹⁹³ Zusätzlich wird die Gesundheitsversorgung und Leistungserstellung der lokalen Verantwortung übergeben, da die Ärzte und Krankenschwestern am Besten über die Bedürfnisse der Patienten Bescheid wissen, so Argumentation der Regierung. Die Förderung der Effizienz, eine schlankere Bürokratie sowie der Fokus auf die Qualität der Pflege sind weitere Kernanliegen von Labour. Letztendlich zielt der neue Ansatz darauf ab, die Leistungsstandards durch Leistungsvergleiche und Best Practice zu erhöhen, um somit Qualitätsunterschiede und Ungerechtigkeiten zu vermeiden.¹⁹⁴

5.1. Erstversorgung

Im Detail bedeutet dies zunächst, dass die Fonds-Praxen der Allgemeinärzte abgeschafft wurden. Anstatt dessen müssen sich alle Ärzte einer sogenannten Erstversorgungsgruppe („*Primary Care Groups [PCGs]*“) anschließen. Die PCGs sind nach geografischen Gesichtspunkten unterteilt und für eine Bevölkerung von 30.000 bis zu 250.000 Menschen zuständig. Eine durchschnittliche Erstversorgungsgruppe umfasst rund 50 Allgemeinärzte, womit Größensparnisse erzielt werden sollen.¹⁹⁵ Innerhalb einer Erstversorgungsgruppe müssen die Allgemeinärzte mit den Krankenschwestern der Lokalverwaltungen zusammenarbeiten, um die Gesundheit der lokalen Bevölkerung zu verbessern. Die Hauptfunktionen der Erstversorgungsgruppen sind folgendermaßen definiert:

- Einerseits besteht eine Aufgabe darin, einen Beitrag zu dem neuen Programm zur Gesundheitsverbesserung („*Health Improvement Programme [HIP]*“) der Gesundheitsbehörden (siehe 7.2.7.) zu leisten und
- Andererseits erhalten sie die Verantwortung, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die lokalen Bedürfnisse abzudecken, die Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung einzukaufen sowie Qualität und Effizienz zu wahren.¹⁹⁶

Die Erbringung von Primär- und Sekundärversorgung erfolgt durch den Abschluss von Mehrjahreskontrakten der Erstversorgungsgruppen mit freiberuflichen Allgemeinärzten, Zahnmedizinern, Optikern, Apothekern und Krankenhäusern („*NHS Trusts*“) sowie mit den Gesundheitsbehörden.¹⁹⁷ Die Erstversorgungsgruppen sind folglich für die Erfüllung ihrer Funktionen, für die Finanzgebarung, die Einhaltung nationaler Standards und der Zielsetzungen des HIP der Gesundheitsbehörde gegenüber verantwortlich. Die Leistungsvereinbarungen zwischen den Erstversorgungsgruppen und Gesundheitsbehörden setzen zusätzlich Ziele für bessere und kostengünstigere Leistungen.¹⁹⁸

¹⁹² Vgl. Online im Internet URL: <http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1999/19990008.htm> (Download: 19.10.2004)

¹⁹³ Vgl. Koen V., 2000, S. 15

¹⁹⁴ Vgl. NHS Executive, 1998, S. 2

¹⁹⁵ Vgl. Koen V., 2000, S. 15

¹⁹⁶ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm> (Download: 06.08.2004)

¹⁹⁷ Vgl. Baur et al., 2003, S. 61

¹⁹⁸ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm> (Download: 06.08.2004)

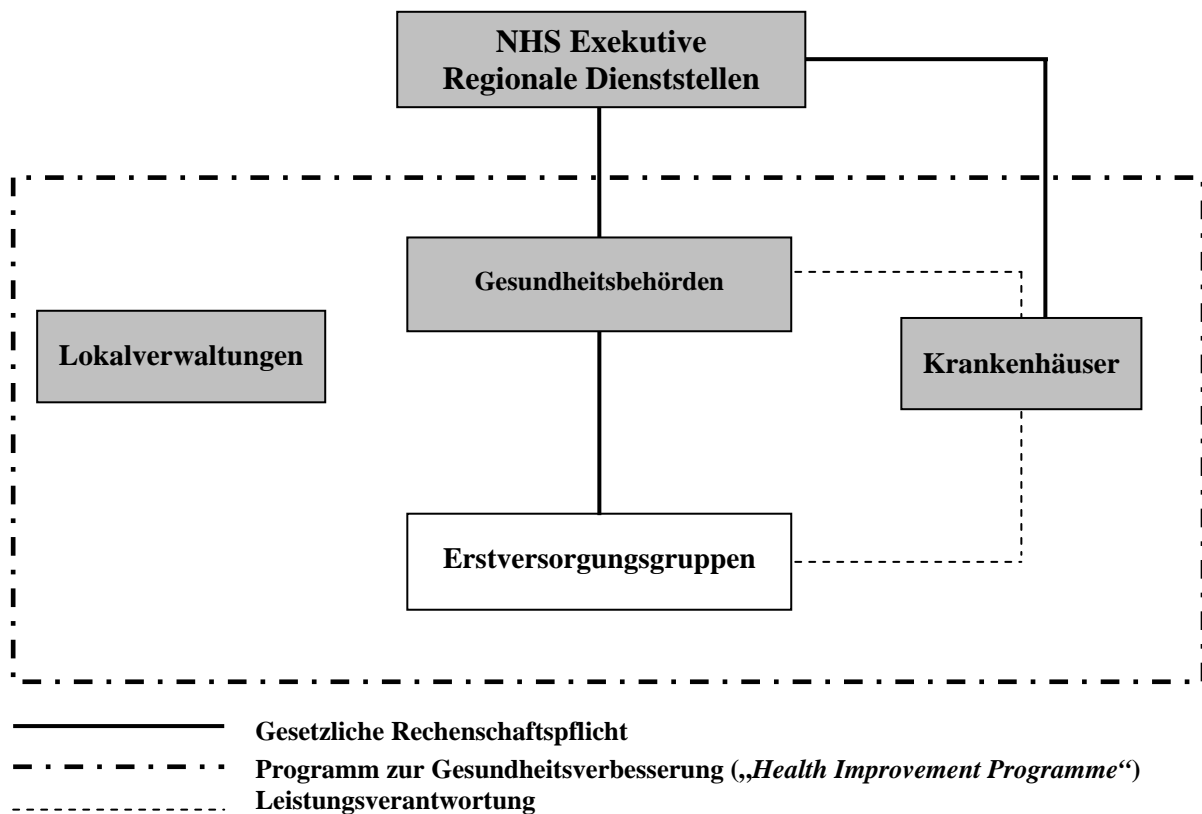


Abb.10. Struktur des NHS seit 1998¹⁹⁹

5.1.1. Von der Erstversorgungsgruppe zum Erstversorgungsfonds

Die Erstversorgungsgruppen können vier verschiedene Ausprägungsformen mit steigendem Verantwortungsgrad annehmen und letztendlich in den Status eines „Erstversorgungsfonds“ („Primary Care Trusts [PCTs]“) übergehen, wobei die Ärzte auswählen können, auf welcher Ebene sie einsteigen (siehe **Abb.11.**):

1. Die erste Phase sieht vor, dass die Erstversorgungsgruppen die Gesundheitsbehörden bei der Vergabe von Versorgungskontrakten für die Bevölkerung zumindest in einer Art beratenden Funktion unterstützen.
2. Die zweite Ebene umfasst zusätzlich die Verantwortung für das Management des Gesamtbudgets für die medizinische Versorgung des Gebietes, eine Aufgabe die vorher bei den Gesundheitsbehörden lag.
3. Die dritte Stufe lässt die Erstversorgungsfonds als selbstständige Körperschaften Versorgungskontrakte abschließen, wobei sie den Gesundheitsbehörden noch rechenschaftspflichtig sind.
4. Die vierte und letzte Phase erweitert deren Verantwortung noch um die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen der Lokalverwaltungen²⁰⁰ für die Bevölkerung.

¹⁹⁹ Vgl. European Observatory on Health Care Systems, 1999, S. 20

²⁰⁰ Mit den Gesundheitsleistungen der Lokalverwaltungen sind diverse Leistungen in den Schulen, Kliniken oder

Die Intention dahinter ist, dass ein Entwicklungsprozess stattfinden soll, sodass alle Erstversorgungsgruppen in Zukunft größere Verantwortung übernehmen.²⁰¹ Heute verwalten die Erstversorgungsgruppen/Erstversorgungsfonds bereits 75% des Budgets für Gesundheitsleistungen.²⁰² Die Grundlage für die Ressourcenplanung bilden die von den Gesundheitsbehörden bekannt gegebenen Pläne zur Gesundheitsverbesserung der Bevölkerung („*Health Improvement Plans/Programmes [HIPs]*“), in denen der medizinische Bedarf der Bevölkerung identifiziert sowie das notwendige Leistungsspektrum und das Investitionsvolumen festgelegt wird.²⁰³ Im Falle eines Budgetdefizits müssen die Erstversorgungsgruppen ihre Finanzen im darauf folgenden (Finanz-)Jahr ausgleichen. Wenn aber Überschüsse erwirtschaftet werden, ist es den Erstversorgungsgruppen/Erstversorgungsfonds erlaubt, diese zu behalten und zu reinvestieren, wodurch eine größere finanzielle Unabhängigkeit gegenüber den übergeordneten Organisationseinheiten angestrebt wird. Die Vergütung der Allgemeinärzte basiert auf Kopfpauschalen und erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Patienten. Zusätzlich gibt es Einzelleistungsvergütungen, Sonderzuschüsse beim Erreichen bestimmter Vorgaben, zweckgebundene Beträge für die Ausstattung der Praxen und Zuschüsse bei der Errichtung von Gemeinschaftspraxen.²⁰⁴

im Eigenheim gemeint wie etwa Krankenpflege in den Schulen und Distrikten, Sprachtherapie, psychiatrische Pflege und Physiotherapie. Ziel ist es vor allem eine Betreuung der Menschen mit einer kurz- oder langfristigen Krankheit oder Invalidität im eigenen Heim zu gewährleisten. (Vgl. Online im Internet URL: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm> (Download: 06.08.2004))

²⁰¹ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm> (Download: 06.08.2004)

²⁰² Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/pct/default.aspx> (Download: 06.09.2004)

²⁰³ Vgl. Baur et al., 2003, S. 64

²⁰⁴ Ebenda, S. 65

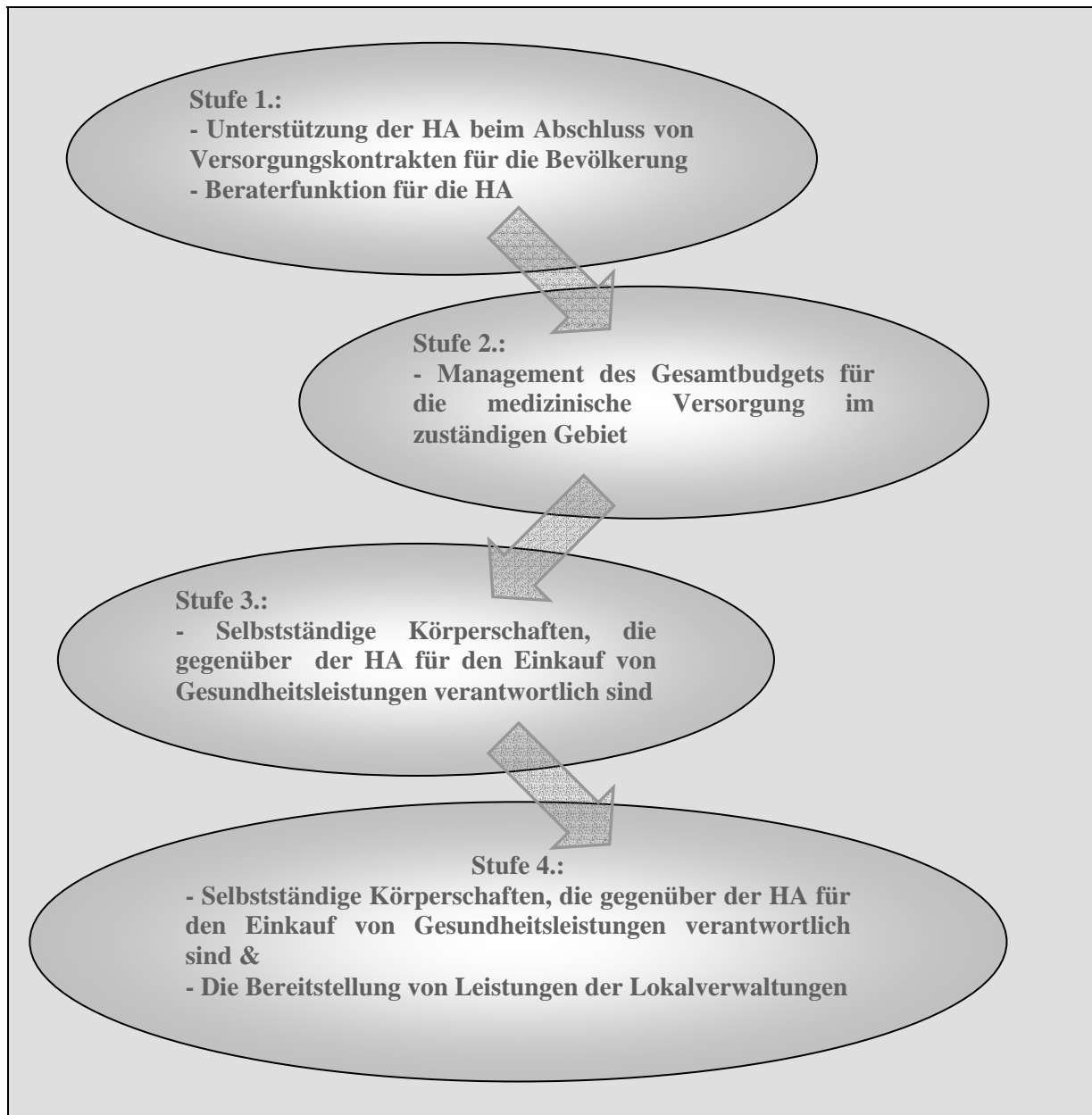


Abb.11. Entwicklungsstufen der Erstversorgungsgruppen/-fonds²⁰⁵

5.1.2. Globalbudgets

Die früheren Fonds der Allgemeinärzte waren gleichzeitig Anbieter von Erstversorgung und Nachfrager fachärztlicher und therapeutischer Leistungen. Dadurch erhofften sich die Konservativen, die Behandlungsverläufe von Patienten zu integrieren, und dadurch sowohl die Qualität zu erhöhen als auch die Kosten zu senken. Labour modifiziert diesen Ansatz und löst die Arztpraxen von dem Einkäuferstatus und der damit verbundenen Budgetverantwortung, indem beides auf die Erstversorgungsgruppen übertragen wird.²⁰⁶ Die Fonds der Allgemeinärzte hatten getrennte Budgets, wodurch ihr Spielraum, die finanziellen Mittel zu bewegen, begrenzt war. Die von Labour initiierte Abwandlung der Ressourcenallokation teilt den Erstversorgungsgruppen Globalbudgets zu und ermöglicht

²⁰⁵ Vgl. European Observatory on Health Care Systems, 1999, S. 21

²⁰⁶ Vgl. Baur et al., 2003, S. 66

somit die lokale Abstimmung auf die Bedürfnisse der Patienten.²⁰⁷ Durch die Einführung einheitlicher Budgets soll die klinische und finanzielle Verantwortung miteinander verknüpft werden, um effizientere und bessere Leistungen für die Patienten bereitstellen zu können. Das Budget ist für drei Verwendungszwecke bestimmt:

1. die Finanzierung von Krankenhausleistungen und Gesundheitsleistungen der Lokalverwaltungen
2. Zur Abdeckung der Medikamentenkosten und
3. der Infrastruktur für allgemeine medizinische Leistungen wie Personalkosten, Räumlichkeiten und Computerausstattung.²⁰⁸

Die Erstversorgungsgruppen erhalten dadurch erstmals die Gelegenheit, einen der drei Budgetteile zulasten eines anderen Haushaltspostens aufzustocken und somit einen größeren Handlungsspielraum, um auf die Bedürfnisse der Patienten bei der Leistungserstellung eingehen zu können.²⁰⁹ Einer der ausschlaggebenden Gründe zur Einführung von Globalbudgets war die Beseitigung der entstandenen Ungerechtigkeiten, die sich aus den Unterschieden beim Ressourcenverbrauch zwischen den Praxen ergeben hatten.²¹⁰

Die Hauptbereiche der Ausgaben für PCGs:

- Einweisung in ein Krankenhaus
- Einweisung in ein Krankenhaus in Notfällen
- Überweisung in eine Ambulanz
- Bereitschaftsdienste in der Notaufnahme
- Kosten für die Verschreibung von Medikamenten der Allgemeinärzte
- Allgemeine medizinische Leistungen
- Gesundheitsleistungen der Lokalverwaltungen
- Diagnostik

Tabelle 13. Hauptbereiche der Ausgaben für die Erstversorgungsgruppen²¹¹

Die Allgemeinärzte erhalten durch die Einführung von Globalbudgets einerseits die Möglichkeit, die lokalen Gesundheitsleistungen stärker zu gestalten, andererseits ist aber eine bessere Überwachung der Medikamentenkosten, der Überweisungen und der Aufnahmen notwendig. Daher ist die Zusammenarbeit zwischen den Praxen bei der Umsetzung ein wichtiger Faktor und „*clinical governance*“ (siehe 5.5.) soll zusätzlich die Aufgabe übernehmen, die Veränderungen nicht allein von finanziellen Aspekten vorantreiben zu lassen, sondern von der Qualität der Pflege und Leistungen.²¹²

²⁰⁷ Vgl. Koen V., 2000, S. 21

²⁰⁸ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm> (Download: 06.08.2004)

²⁰⁹ Vgl. Baur et al., 2003, S. 68

²¹⁰ Vgl. Majeed A. und Malcolm L., 1999, S.773

²¹¹ Vgl. Majeed A. und Malcolm L., 1999, S. 773

²¹² Ebenda, S. 772f

5.2. Zweitversorgung

Im stationären Bereich ist es die Aufgabe der Krankenhäuser („*NHS Trusts*“ oder „*Acute Trusts*“) ihr Leistungsangebot entsprechend den Bedürfnissen der Patienten zu gestalten, sowie die Personalplanung und -kosten mit den bereitgestellten Mitteln zu organisieren.²¹³ Die Leistungen der Lokalverwaltungen, die vorher von den Krankenhäusern angeboten wurden, sollen in Zukunft von den Erstversorgungsfonds bereitgestellt werden.²¹⁴ Die Tätigkeiten der Krankenhäuser werden in der untenstehenden Abbildung kurz erläutert.

Die Aufgaben der Krankenhäuser („<i>NHS Trusts</i>“):
- Neue Rolle als Planungshilfe für die lokalen Gesundheitsleistungen
- Verantwortlich für das operative Management
- Neue gesetzlich verankerte Verpflichtung zu Qualität und Kooperation
- Neuer Schwerpunkt der Mitarbeiterführung

Tabelle 14. Aufgaben der Krankenhäuser²¹⁵

Im neuen nationalen Gesundheitsdienst ist Wettbewerb kein zentrales Thema mehr. NHS Trusts erhalten Planungs- und Strategieentwicklungskompetenzen, die sich insbesondere in der Mitgestaltung des lokalen Gesundheitsverbesserungsprogramms (*HIP*) unter der Führung der Gesundheitsbehörden widerspiegeln.²¹⁶ Das *HIP* setzt den Rahmen für das Leistungsangebot der Krankenhäuser und die spezifischen Leistungsvereinbarungen mit den Erstversorgungsgruppen. Die Verpflichtung zur Partnerschaft mit anderen NHS Organisationen ist sogar gesetzlich verankert. Außerdem müssen die Krankenhäuser jährliche Betriebspläne und regelmäßige Berichte über deren Fortschritte an die Gesundheitsbehörden und die Erstversorgungsgruppen abgeben. Neue Qualitätsstandards sowie neue Effizienzindikatoren sind in die lokalen Leistungsvereinbarungen zwischen den Gesundheitsbehörden, Erstversorgungsgruppen und NHS Trusts integriert. Ärzte, Krankenschwestern und andere medizinische Berufsstände werden in den Gestaltungsprozess der Kontraktspezifikationen wie auch beim Angleichen der klinischen und finanziellen Prioritäten der NHS Trusts miteinbezogen. Außerdem müssen Maßnahmen zur Einführung eines Qualitätsmanagements in jedem NHS Trust vorgesehen werden, um den Fokus auf Qualität zu gewährleisten.²¹⁷

5.3. Gesundheitsbehörden

Die Gesundheitsbehörden sollen vor allem die strategische Führung im neuen NHS übernehmen. Die Beurteilung der Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung, und die Entwicklung einer Strategie zur Bedarfserfüllung in der Form eines Programms zur Gesundheitsverbesserung („*Health Improvement Programme [HIP]*“) zählen zu den

²¹³ Vgl. Baur et al., 2003, S. 66

²¹⁴ Vgl. Le Grand J., 2002 a, S. 116

²¹⁵ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper6.htm> (Download: 06.08.2004)

²¹⁶ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper6.htm> (Download: 06.08.2004)

²¹⁷ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper6.htm> (Download: 06.08.2004)

Hauptaufgaben der Gesundheitsbehörden.²¹⁸ Ein zusätzlicher Bestandteil des HIPs ist die Entscheidung der Gesundheitsbehörde über das Angebot, den Ort und das Investitionsvolumen der bereitgestellten Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung. Weiters übernehmen die Gesundheitsbehörden die Tätigkeit, lokale Standards und Ziele festzulegen, sowie auch nationale Prioritäten mit der Hilfe des Programms zur Gesundheitsverbesserung in die Tat umzusetzen. Außerdem sollen die Gesundheitsbehörden die Entwicklung der Erstversorgungsgruppen unterstützen, deren Ressourcenallokation vornehmen und diese beaufsichtigen. Schließlich überwachen die Gesundheitsbehörden auch die Implementierung des Programms zur Gesundheitsverbesserung in den Krankenhäusern und Erstversorgungsgruppen.²¹⁹ Ihre Funktionen - Leistungen einzukaufen und Versorgungskontrakte abzuschließen - müssen die Gesundheitsbehörden jedoch mit der Ausnahme für bestimmte spezialisierte Leistungen allmählich an die Erstversorgungsgruppen/-fonds abgeben.²²⁰ Auf diese Weise sollen die strategischen Fähigkeiten der Gesundheitsbehörden und das innovative Potential der Einkäufer von Erstversorgungsleistungen (PCGs/PCTs) zum Vorteil der Patienten nutzbar werden.²²¹

5.4. NHS Direkt und Walk-in centres

Weiters gibt es den NHS Direkt, ein 24 Stunden Telefonservice, der einen schnellen Zugang für medizinische Hilfe ermöglicht. Die telefonische Beratung erfolgt durch Krankenschwestern, die Ratschläge zur Selbstbehandlung erteilen oder auf die geeigneten Stellen verweisen.²²²

Eine Innovation der Labour Regierung sind die „Walk-in centres“ als Ergänzung zu den Leistungen der Allgemeinärzte. Diese Einrichtungen sind 7 Tage die Woche von morgens bis nachts geöffnet. Sie werden von Krankenschwestern geführt, die Rat erteilen, Auskünfte über die Dienst-Habenden-Allgemeinärzte, Zahnärzte, lokale Apotheken und lokalen Gesundheitsleistungen geben sowie kleinere Beschwerden ohne Anmeldung behandeln.²²³

5.5. Performance Management

5.5.1. Neues Qualitätsmanagement

Die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen unter dem Titel „clinical governance“ ist eines der Hauptanliegen der Labour Regierung und wird in dem Weißbuch „The new NHS“ als ein zehnjähriges Programm vorgestellt.²²⁴ Das Programm baut auf drei Eckpfeilern (siehe **Abb.12.**) auf, welche garantieren sollen, dass ein neues Qualitätsmanagements in alle Bereiche des NHS integriert wird:

²¹⁸ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper4.htm> (Download: 06.08.2004)

²¹⁹ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper4.htm> (Download: 06.08.2004)

²²⁰ Vgl. Koen V., 2000, S. 15

²²¹ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper4.htm> (Download: 06.08.2004)

²²² Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/default.cmsx> (Download: 06.09.2004)

²²³ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/default.cmsx> (Download: 06.09.2004)

²²⁴ Vgl. Baur et al., 2003, S.69

1. Erstens werden unter der Federführung des Ministeriums Behandlungsstandards und -leitfäden entwickelt.
 - 1.a. Einerseits handelt es dabei sich um ein Programm der nationalen Leistungsrahmen („*National Service Frameworks [NSFs]*“), die dazu dienen, einen einheitlichen Zugang zu allen Leistungen sowie bestimmte Qualitätsstandards zu garantieren.²²⁵ Die nationalen Leistungsrahmen legen somit fest, was sich die Patienten von bestimmten Gesundheitsleistungen erwarten können.²²⁶ (siehe 5.5.3.)
 - 1.b. Andererseits hat das neu geschaffene nationale Institut für klinische Exzellenz („*National Institute for Clinical Excellence [NICE]*“) die Aufgabe, Informationen über die klinische Effektivität und Kosteneffektivität für die Leistungserbringung zu sammeln. Das NICE soll damit neue klinische Richtlinien und Überweisungsprotokolle erstellen, und diese innerhalb des NHS verbreiten. (siehe 5.5.2.)
2. Zweitens ist die Definition lokaler Leistungsindikatoren in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Erstversorgungsgruppen, den Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern vorgesehen, welche in Einklang mit den nationalen Standards und Zielen sein sollen.²²⁷
3. Drittens wird eine neue Organisationseinheit geschaffen, um Mängel aufzudecken. Diese Kontrollinstanz der Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde anfangs als Kommission für Gesundheitsverbesserung („*Commission for Health Improvement [CHI]*“) und wird heute als Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes („*Commission for Healthcare Audit and Inspection [CHAI]*“) bezeichnet.²²⁸ (siehe 5.5.4. und 5.8.2.)

²²⁵ Vgl. Online im Internet URL:

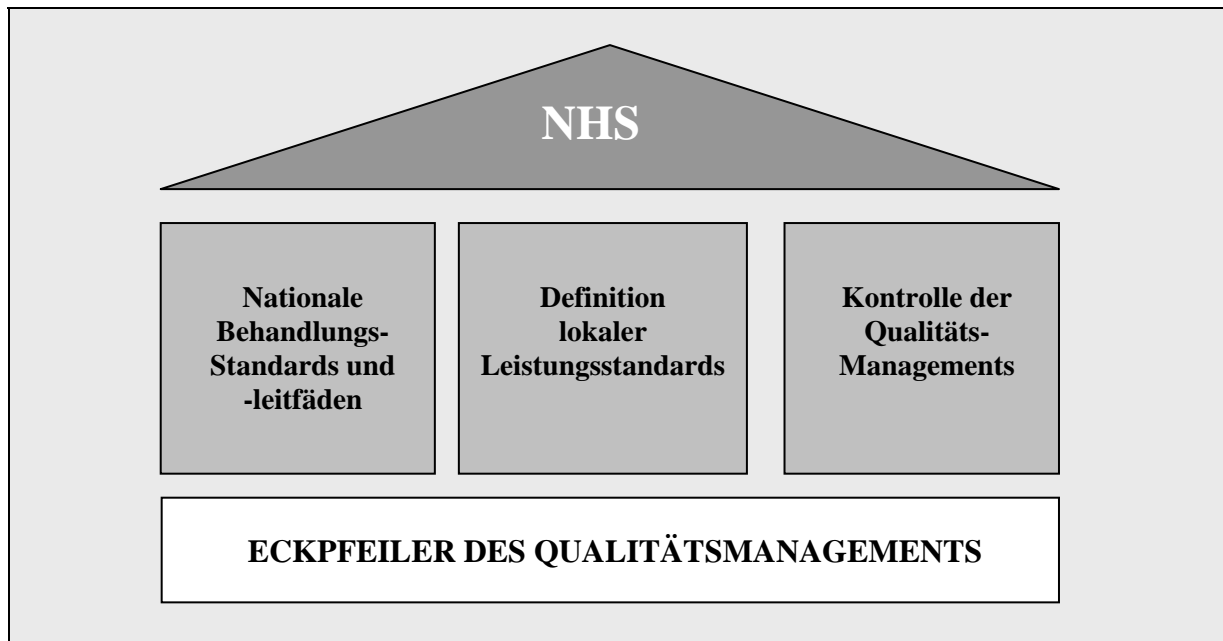
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper3.htm> (Download: 06.08.2004)

²²⁶ Vgl. DoH, 1998, S. 13f

²²⁷ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper3.htm> (Download: 06.08.2004)

²²⁸ Vgl. Baur et al., 2003, S. 69



*Abb.12. Eckpfeiler des Qualitätsmanagements*²²⁹

Die Regierung ist um eine hohe Qualität der NHS Leistungen für alle Patienten unabhängig vom Wohnort bemüht. Klinische Entscheidungen sind auf der Grundlage von Forschungsergebnissen und medizinischem Fachwissen über klinische Effektivität zu treffen. Das Schlagwort lautet Qualität, aber auch Effizienz spielt weiterhin eine wesentliche Rolle.²³⁰ Die Intention der Einführung von NICE und den nationalen Leistungsrahmen ist die Beseitigung von Gerechtigkeitsproblemen, die sich aus der unterschiedlichen Medikamenten- und Behandlungswahl der jeweiligen Gesundheitsbehörde ergibt. Dieses Phänomen wird in der Literatur als sogenanntes „*postcode prescribing*“ oder „*lottery of care*“ bezeichnet.²³¹

Was das Qualitätsmanagement für die Patienten bedeutet, wird in **Abb.13.** dargestellt. Die einzelnen Organisationseinheiten und Elemente werden im Anschluss erörtert.

²²⁹ Eigene Darstellung

²³⁰ Vgl. DoH, 1998, S. 2f

²³¹ Vgl. Koen V., 2000, S. 17

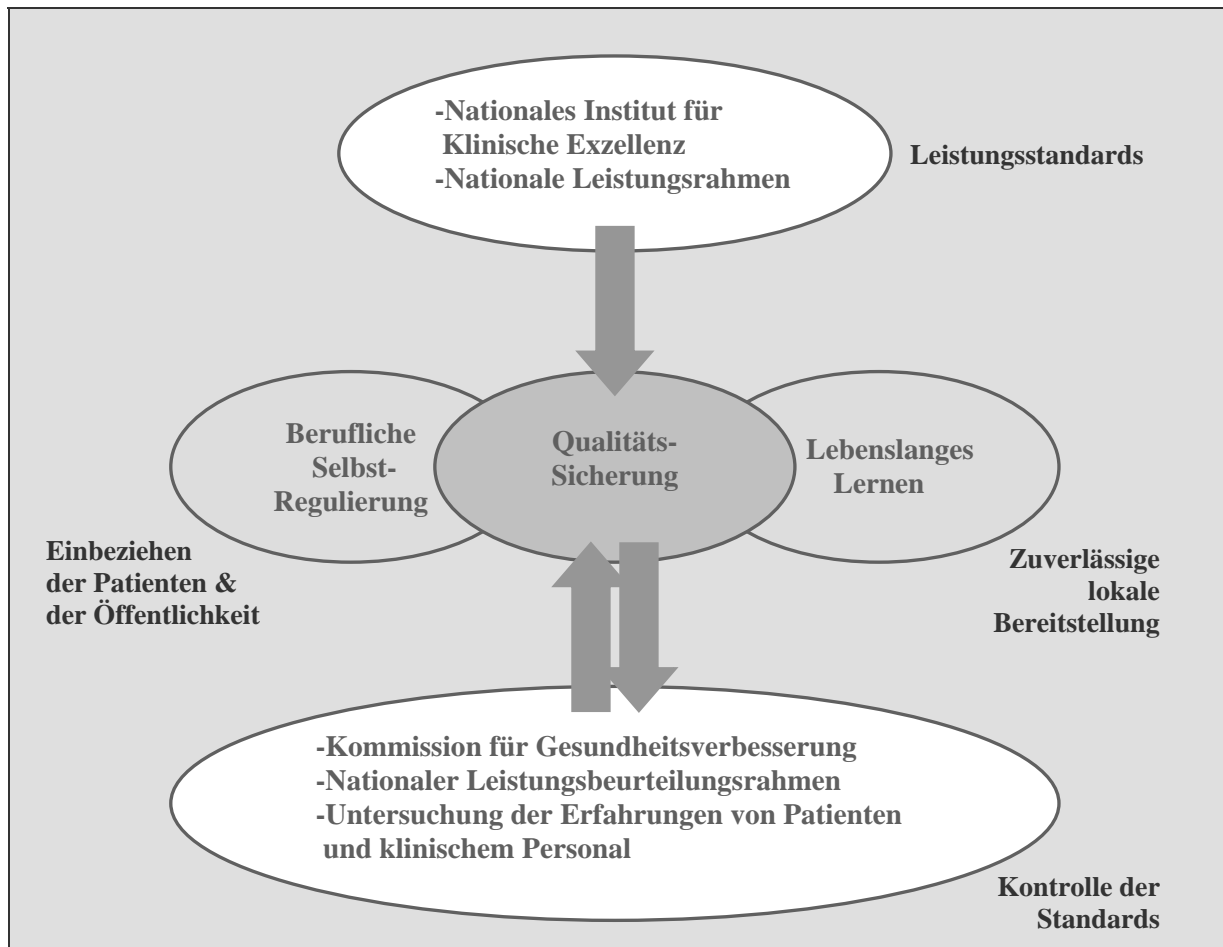


Abb.13. Elemente des neuen Qualitätsmanagements²³²

5.5.2. NICE

Das nationale Institut für klinische Exzellenz („NICE“) begutachtet neue Behandlungsmethoden und Technologien und vergleicht diese miteinander. Auf diese Art sammelt NICE Informationen über klinische Effektivität und Kosteneffektivität, um die besten klinischen Verfahrensweisen zu identifizieren und Leitfäden zu erstellen.²³³ Diese nationalen Leitfäden sind maßgeblich, um klare klinische Standards innerhalb des NHS einzuführen. Dieser Ansatz umfasst sechs Stufen:

- 1. Identifikation:** Die Identifikationsstufe dient dem Untersuchen („Scannen“²³⁴) neuer Gesundheitseingriffe und neuer Produkte, die sich noch in der Entwicklungsphase oder kurz vor Markteintritt befinden, um die Bedeutung für den NHS abschätzen zu können. In diesem Schritt werden aber auch bereits eingesetzte Methoden untersucht, um allfällige Mängel zu identifizieren.

²³² Vgl. DoH, 1998, S. 12

²³³ Vgl. DoH, 1998, S. 14

²³⁴ Dieser Prozess der Informationssuche wird als „Horizon Scanning“ bezeichnet. Die Durchführung obliegt dem „Scanning“-Zentrum („Horizon Scanning Centre [HSC]“) der Universität Birmingham in Verbindung mit dem nationalen Zentrum für Medikamentenverbrauch („National Prescribing Centre“) und der Gruppe für Informationen über Arzneimittel („Drug Information Pharmacists Group“). Die Forschungsergebnisse des NHS F&E Programms und anderer Quellen dienen zusätzlich zur Datenerfassung. (Vgl. DoH, 1998, S.15)

2. **Informationssammlung:** Während der Informationssammelungsphase werden Forschungen durchgeführt, um Ergebnisse über die klinische Effektivität und die Kosteneffektivität medizinischer Verfahren zu erhalten.
3. **Bewertung und Anleitung:** Danach erfolgt die Bewertungs- und Anleitungsstufe, in der NICE die gewonnenen Informationen über die Verfahrensweisen und deren klinischer Effektivität und Kosteneffektivität bewertet und einen Leitfaden verfasst, um die einheitliche Aufnahme von Behandlungsmethoden zu unterstützen.
4. **Verbreitung:** Anschließend verbreitet NICE den Leitfaden innerhalb des NHS.
5. **Implementierung:** Die Implementierung erfolgt dann auf lokaler Ebene, hauptsächlich durch klinisches Qualitätsmanagement und andere Ansätze.
6. **Überprüfung:** Die Überprüfung beinhaltet letztlich die Aufgabe, die Auswirkungen der Leitfäden zu prüfen und die Anleitung zu bewerten.²³⁵ NICE spielt in dieser Phase allerdings nur mehr eine indirekte Rolle, denn das „Monitoring“ übernehmen diverse Initiativen wie der nationale Leistungsbeurteilungsrahmen („*National Framework for Assessing Performance*“) mit dem Fokus auf Standards und Wirkungen, die Kommission für Gesundheitsverbesserung und die nationale Untersuchung der Erfahrungen von Patienten und medizinischem Personal („*National Survey of Patient and User Experience*“). Das nationale Institut für klinische Exzellenz erhält dann Feedback über die Ergebnisse der Überprüfungen.²³⁶ (siehe **Abb.14.**)

²³⁵ Vgl. DoH, 1998, S. 15f

²³⁶ Vgl. DoH, 1998, S. 22

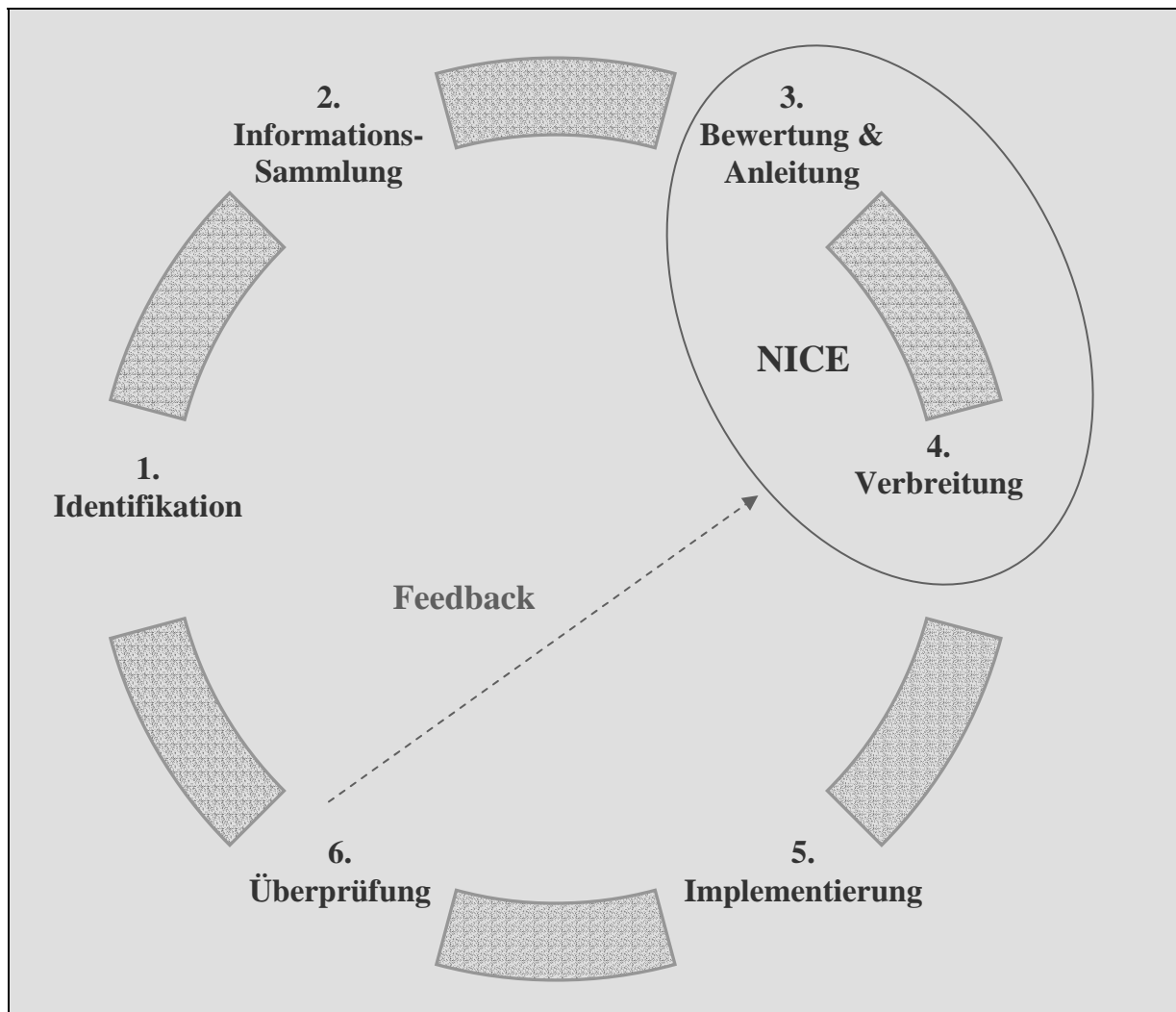


Abb.14. Rolle des nationalen Instituts für klinische Exzellenz²³⁷

5.5.3. Nationale Leistungsrahmen

Als Bestandteil des neuen Qualitätsmanagements gibt es ein Programm, in dem die Entwicklungsschritte eines nationalen Leistungsrahmens skizziert werden. Jeder Leistungsrahmen (NFSs) wird von einer nationalen Expertenreferenzgruppe („*expert reference group*“) erarbeitet, wobei die Ansichten von Gesundheitsexperten, Patienten, medizinischen Personal, Managern und anderen relevanten Gruppen einfließen sollen.²³⁸ Das nationale Institut für klinische Exzellenz unterstützt diese Fachgruppen.²³⁹ Das Arbeitsprogramm begann mit der Erstellung von Leitlinien für die Behandlung von Krebs- und Herzerkrankungen sowie psychischen Leiden. Mit der Veröffentlichung dieser Leistungsrahmen im Jahre 1999 fiel der Startschuss für die Gesundheitsbehörden mit ihren Partnern, die Implementierung der NFSs durch ein Gesundheitsverbesserungsprogramm („*Health Improvement Programme [HIP]*“) zu übernehmen. Künftige Fachgruppen sollen mehr als einen neuen Bereich pro Jahr behandeln.²⁴⁰

²³⁷ Vgl. DoH, 1998, S. 15

²³⁸ Vgl. DoH, 1998, S. 27

²³⁹ Vgl. Baur et al., 2003, S. 69

²⁴⁰ Vgl. DoH, 1998, S. 29f

Jeder nationaler Leistungsrahmen sollte folgendes inkludieren:	
1.	Definition des Umfangs
2.	Informationsgrundlage: Bewertung der Bedürfnisse, derzeitige Leistung, Informationen über klinische Effektivität und Kosteneffektivität, signifikante Lücken
3.	Nationale Standards, Zeitrahmen für die Umsetzung
4.	Kerneingriffe und Kosten
5.	Forschungen zur Unterstützung der Implementierung: geeignete F&E – unter anderem durch die NHS F&E Programme, Bewertungen, Benchmarks, Wirkungsindikatoren
6.	Unterstützende Programme: Personalplanung, Aus- und Weiterbildung, Personal und Organisationsentwicklung, Informationsentwicklung
7.	Performance Managementrahmen

Tabelle 15. Bestandteile eines nationalen Leistungsrahmens ²⁴¹

Das nationale Institut für klinische Exzellenz liefert den NHS Mitarbeitern Zugang zu den nötigen Informationen, um klinische Verfahren zu verbessern.²⁴² Die nationalen Leistungsrahmen versorgen den NHS mit expliziten Standards und Prinzipien für das Leistungsdesign und Leistungsniveau. Außerdem sollen die NSFs Leistungsindikatoren entwickeln, um eine Beurteilung des Fortschritts und Leistungsvergleiche zu ermöglichen. Diese Überprüfung erfolgt durch den neuen nationalen Leistungsbewertungsrahmen („*National Framework for Assessing Performance*“), anhand der stellenweisen Prüfungen der Erstversorgungsgruppen und NHS Trusts durch die Kommission für Gesundheitsverbesserung und deren systematischen Leistungsberichte sowie durch die nationale Untersuchung der Erfahrungen von Patienten und medizinischem Personal.²⁴³

5.5.4. *Kommission für Gesundheitsverbesserung*

Um die Einhaltung und Implementierung der Standards, die von den nationalen Leistungsrahmen und dem nationalen Institut für klinische Exzellenz gesetzt werden, zu kontrollieren, gibt es eine neue Organisationseinheit, die Kommission für Gesundheitsverbesserung („*Commission for Health Improvement [CHI]*“) beziehungsweise seit April 2004 die Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes (siehe 5.8.2.). Eine Überprüfung der lokalen Gesundheitsorganisationen erfolgt alle 3-4 Jahre und die Kommission kann auch von dem Gesundheitsminister entsandt werden, um Lösungen für klinische Probleme zu finden, oder um Sorgen der lokalen Bevölkerung nachzugehen.²⁴⁴

5.5.5. *Nationale Leistungsbewertungsrahmen*

Als Ergänzung zu den Qualitätsbewertungen durch die Kommission für Gesundheitsverbesserung schafft Labour den nationalen Leistungsbeurteilungsrahmen („*National Performance Framework [PAF]*“). Der PAF komplimentiert die Rolle der Kommission und passt die Leistungsbeurteilungen an die neuen Bedingungen an. Der Leistungsbeurteilungsrahmen besteht aus 6 Dimensionen (siehe **Tabelle 16.**):

1. Gesundheitsverbesserung
2. fairer Zugang
3. effektive Gesundheitsversorgung

²⁴¹ Vgl. DoH, 1998, S. 27

²⁴² Vgl. DoH, 1998, S. 25

²⁴³ Vgl. DoH, 1998, S. 29

²⁴⁴ Vgl. Koen V., 2000, S. 17

4. Effizienz
5. Erfahrungen von Patienten und medizinischem Personal und
6. Gesundheitswirkungen der NHS Pflege.²⁴⁵

Der Leistungsbeurteilungsrahmen soll eine Basis schaffen, um Ergebnisse von Bewertungen jeder NHS Organisation zu veröffentlichen.²⁴⁶ Der PAF soll dabei helfen, hohe Qualitätsstandards zu erreichen, indem die Beurteilungen besonders auf eine effiziente, adäquate und rechtzeitige Leistungserbringung achten. Die Leistungsbeurteilungsrahmen sind ein wesentlicher Bestandteil der Management- und Planungsvereinbarungen innerhalb des NHS wie zum Beispiel der Leistungsvereinbarungen zwischen Erstversorgungsgruppen und Krankenhäusern oder zwischen Gesundheitsbehörden und regionalen Dienststellen, um zu garantieren, dass der NHS auch für Effizienz- und Qualitätsziele verantwortlich ist.²⁴⁷

GEBIET	ASPEKTE DER LEISTUNG
1. Gesundheitsverbesserung	Die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung, die soziale und umwelttechnische Faktoren, individuelles Verhalten sowie die vom NHS und von anderen Agenturen bereitgestellten Leistungen widerspiegelt.
2. Fairer Zugang	Die Fairness der Leistungsbereitstellung im Verhältnis zu den Bedürfnissen verschiedenster Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geografisch ➤ Sozio-ökonomisch ➤ Demografisch (Alter, Geschlecht) ➤ Leistungsgruppen (z.B. Menschen mit Lernschwächen)
3. Effektive Gesundheitsversorgung	Das Ausmaß, indem die Leistungen folgendes sind: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinisch effektiv (Versorgung und Leistungspakete basieren auf den besten und aktuellsten medizinischen Informationen) ➤ Adäquat in Bezug auf die Bedürfnisse ➤ Rechtzeitig ➤ In Einklang mit den vereinbarten Standards ➤ Bereitgestellt in Anlehnung einer Best Practice Service Organisation ➤ Bereitgestellt von qualifiziertem Personal
4. Effizienz	Das Ausmaß, indem der NHS effiziente Leistungen erbringt. Beinhaltet folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kosten pro Leistungseinheit/Wirkung ➤ Produktivität des Kapitals ➤ Arbeitsproduktivität

²⁴⁵ Vgl. DoH, 1998, S. 63f

²⁴⁶ Vgl. DoH, 1998, S. 66

²⁴⁷ Vgl. DoH, 1998, S. 64

5. Erfahrungen von Patienten und medizinischem Personal	Die Wahrnehmung von Patienten und medizinischem Personal die Leistungserstellung betreffend. Beinhaltet folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsivität hinsichtlich individueller Bedürfnisse und Präferenzen ➤ Die Qualifikation, die Betreuung und die Kontinuität ➤ Einbeziehen der Patienten, gute Information und Auswahlmöglichkeit ➤ Wartezeit und Zugänglichkeit ➤ Die physische Umgebung: die Organisation und die Verbindlichkeit der administrativen Vereinbarungen
6. Gesundheitswirkungen der NHS Leistungen	NHS Erfolg bei der Nutzung der Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzierung der Risikofaktoren ➤ Reduzierung von Krankheiten, Verschlechterung und Komplikationen bei Behandlungen ➤ Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und des medizinischen Personals ➤ Reduzierung von Todesfällen

Tabelle 16. Nationale Leistungsbeurteilungsrahmen ²⁴⁸

5.6. Strukturreformen ab 2000

Die organisatorischen Eckpunkte, die im Weißbuch „Der NHS Plan 2000“ („*The NHS Plan*“) beschrieben werden, sind in dem Gesundheits- und Sozialdienst Gesetz 2001 („*Health and Social Act 2001*“) verankert. Dabei wird an die begonnene Vorgehensweise angeknüpft und bereits implementierte Initiativen ausgebaut. Im NHS Plan befinden sich aber auch Neuheiten wie die Schaffung einer Modernisierungsagentur („*Modernisation Agency*“) zur Verbesserung der Leistungsabläufe und zur Verbreitung von Best Practice. Weiters sollen finanzielle Anreize geschaffen werden, um das Leistungsniveau zu erhöhen und anzugleichen. Im Zuge dessen wird ein nationaler Leistungsfonds („*National Performance Fund*“) vorgeschlagen, der ein Budget von rund € 714 Millionen erhalten soll, um gute Leistungen entsprechend belohnen zu können. Das Weißbuch spiegelt das von Labour propagierte Konzept der „*Earned Autonomy*“ wider. Darunter ist das Festlegen von nationalen sowie regionalen Standards und Leistungsindikatoren sowie deren regelmäßige Überprüfung zu verstehen, wobei finanzielle Zuschüsse und größere Autonomie bei Erreichung der Zielvorgaben gewährt werden sollen. Diese Übertragung von Kompetenzen an die lokalen Ärzte, Gesundheitsexperten oder neuen Institutionen soll auf alle NHS Ebenen ausgeweitet werden, um das Gesundheitsministerium zu entlasten und höhere Transparenz und Unabhängigkeit zu gewähren.²⁴⁹ Weiters sind neue Maßnahmen geplant, um die Ressourcen des NHS und die der Sozialleistungen zusammenzuführen. Daher werden neue Pflegefonds („*New Care Trusts*“) geschaffen, durch die Gesundheits- und Sozialdienst zusammenarbeiten sollen und für den Einkauf der notwendigen Leistungen verantwortlich sind.²⁵⁰

²⁴⁸ Vgl. DoH, 1998, S. 65

²⁴⁹ Vgl. DoH, 2000, S. 56f

²⁵⁰ Vgl. Britische Botschaft Berlin, 2003, S. 4

Die Patienten stehen im Mittelpunkt des Reformprogramms und sollen einen stärkeren Einfluss auf die Abläufe des NHS erhalten. Zum Beispiel ist geplant, eine Kopie der Dokumentation der Patientengeschichte an die betroffene Person weiterzugeben und bessere Informationen für die Auswahlmöglichkeiten eines Allgemeinarztes zu gewährleisten. In den Krankenhäusern müssen Patientenanwälte und -berater eingestellt werden, eine Entschädigung im Falle der Streichung eines Operationstermins an dem vereinbarten Tag ist vorgesehen und Patientenbefragungen sowie Foren sind geplant, um die Leistungen den Bedürfnissen der Patienten anzupassen.²⁵¹ Diese weitreichenden Reformen sollen laut Gesundheitsminister direkte Verbesserungen für jeden einzelnen Patienten bedeuten, wie etwa eine Verkürzung der Wartezeiten auf maximal 3 Monate für ambulante und 6 Monate für stationäre Behandlungen bis Ende 2005.²⁵²

5.6.1. Dezentralisierung

Das „top-down“ Model der konservativen Regierung führte in den Augen von Tony Blair zur Fragmentierung des Gesundheitssystems, zu Unterschieden bei der Behandlung von Patienten sowie zu mehr Bürokratie als zu Anreizen. Daher setzt Labour auf lokale Innovation und sieht ein neues Verhältnis zwischen nationaler, regionaler und lokaler Ebene vor. Die nationalen Aufgaben beschränken sich aufgrund der Übertragung von Kompetenzen auf die lokalen Ärzte darauf, die finanziellen Mittel für lokale Leistungen zu verteilen, nationale Standards zu setzen, ein Managementsystem sowie Rahmenbedingungen zur Förderung der Zielvorgaben zu schaffen, die Leistungen zu überprüfen, und nur dort einzugreifen, wo es unbedingt notwendig ist. Die zentrale Kontrolle soll kontinuierlich reduziert und der Dezentralisierungsgrad mit steigenden Standards erhöht werden.²⁵³ Das Weißbuch „*The new NHS*“ bereitet den Weg dafür und dieser Ansatz soll weiter ausgebaut werden.

5.6.2. Modernisierungsagentur

Im NHS wird bereits die Art und Weise der Leistungsbereitstellung geändert, indem Patienten befragt und die Abläufe auf deren Bedürfnisse abgestimmt werden. Die Abschaffung unnötiger Arbeitsschritte wird eingeleitet und die „One-Stop“ Philosophie propagiert. Die Einführung klinischer Standardleitfäden und Protokolle für jede Gegebenheit trägt dazu bei, die Vorgangsweise zusätzlich zu verbessern und zu standardisieren.²⁵⁴ Jedoch soll die Verbreitung von Best Practice künftig noch besser und schneller geschehen, um die Neugestaltung und Optimierung der Leistungsabläufe im NHS voranzutreiben. Um dieses Ziels verwirklichen zu können, wird den Organisationseinheiten die Modernisierungsagentur zur Seite gestellt.²⁵⁵ Sie steht den lokalen Verantwortlichen bei der Neuplanung der Leistungen und Leistungsabläufe zur Seite. Die Agentur unterstützt somit die Ärzte und Manager dabei, die Qualität insgesamt zu erhöhen, indem die Leistungen modernisiert und Führungsqualifikationen entwickelt werden sollen.²⁵⁶ Die Agentur soll mit allen Krankenhäusern zusammenarbeiten und auch eine Kooperation mit dem nationalen Institut

²⁵¹ Vgl. DoH, 2000, S. 12

²⁵² Vgl. Britische Botschaft Berlin, 2003, S. 3

²⁵³ Vgl. DoH, 2000, S. 57f

²⁵⁴ Vgl. DoH, 2000, S. 59

²⁵⁵ Vgl. DoH, 2000, S. 60f

²⁵⁶ Vgl. Online im Internet URL:

http://www.dh.gov.uk/AboutUs/ModernisationBoard/AboutModernisationAgency/fs/en?CONTENT_ID=4069606&chk=7BKuVv (Download: 28.10.2004)

für klinische Exzellenz anstreben, um nationale Protokolle für bestimmte Versorgungspfade zu entwickeln und anzuwenden.²⁵⁷

5.6.3. Neue Pflegefonds

Die neuen Pflegefonds („*New Care Trusts*“) sind Organisationen, die die Verantwortung für den Gesundheits- und den Sozialdienst übernehmen. Sie können verschiedene Leistungen, unter anderem Sozialleistungen, Leistungen für psychisch Kranke oder Erstversorgung, anbieten. Diese Form der Pflegefonds kann dann geschaffen werden, wenn der NHS und die Lokalverwaltungen enger zusammenarbeiten wollen und ein Nutzen für die lokale Bevölkerung entsteht.²⁵⁸

5.6.4. Erstversorgungsfonds

Das Weißbuch „*Shifting the balance of power within the NHS*“ wird im Jahr 2001 vom Gesundheitsminister als Erweiterung der Ausführungen des „*NHS Plan*“ veröffentlicht. Das Ziel des Programms ist es die Patienten und Mitarbeiter weiter ins Zentrum der Leistungserstellung zu rücken sowie schnellere, bessere Leistungen mit größeren Auswahlmöglichkeiten für die Benutzer bereitzustellen. Dies soll vor allem durch die Übertragung von Verantwortung auf die lokale Ebene („*Erstversorgungsfonds*“) und den damit einhergehenden Entscheidungsmöglichkeiten für die Patienten und die Mitarbeiter an vorderster Front geschehen.²⁵⁹ Die Erstversorgungsfonds werden daher zu den leitenden NHS Organisationen, die die Bedürfnisse der Bevölkerung beurteilen und alle notwendigen Gesundheitsleistungen planen und sichern. Die Fonds sollen Kooperationen mit den Lokalverwaltungen und mit anderen Partnern eingehen, um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern.²⁶⁰ Da die strategischen Gesundheitsbehörden (siehe 5.6.5.) ihre Käuferrolle durch die Dezentralisierung abgeben müssen, sind die Erstversorgungsfonds für die Bereitstellung sämtlicher lokaler Gesundheitsleistungen, d.h. für Krankenhausleistungen, Gesundheitsleistungen der Lokalverwaltungen, Erstversorgung, zahn-, und augenmedizinische sowie pharmazeutische Leistungen, Gesundheitsleistungen für psychisch Kranke, akute sekundäre (Krankenhaus-) Leistungen, Sozialdienst und die NHS Walk-in Centres, verantwortlich.²⁶¹ Im Zuge dessen bieten die neuen Pflegefonds eine Möglichkeit, die Leistungen des Gesundheits- und Sozialdienstes zu modernisieren und die Responsivität zu erhöhen.²⁶²

5.6.5. Strategische Gesundheitsbehörden

Auf der Grundlage des Weißbuches „*Shifting the balance of power within the NHS*“ werden die bestehenden Gesundheitsbehörden in strategische Gesundheitsbehörden („*Strategic Health Authorities (SHAs)*“), die weiterhin dem Gesundheitsministerium verantwortlich sind, umgewandelt. Die neuen strategischen Gesundheitsbehörden sind für eine größere Bevölkerungszahl, 1,5 Millionen Menschen, zuständig und sollen eine strategische Rolle übernehmen. Die Gewährleistung des lokalen Leistungsangebots ist durch die

²⁵⁷ Vgl. DoH, 2000, S. 60f

²⁵⁸ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/care/default.aspx> (Download: 26.10.2004)

²⁵⁹ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/history/1998toPresent.cmsx> (Download: 06.09.2004)

²⁶⁰ Vgl. DoH, 2001, S. 13

²⁶¹ Vgl. DoH, 2001, S. 38

²⁶² Vgl. DoH, 2001, S. 15

Dezentralisierung nicht mehr die Aufgabe der Gesundheitsbehörden, sondern der Erstversorgungsfonds. Die strategischen Gesundheitsbehörden sind daher für eine strategische Führung verantwortlich, um lokale Leistungsverbesserungen zu fördern und um dabei zu helfen, den Mitarbeitern an vorderster Front Verantwortung zu übertragen. Die Hauptaufgabe ist die Sicherstellung der Zusammenarbeit der diversen NHS Organisationseinheiten, um das Ziel des NHS Plans (2000) moderner, Patienten orientierter Leistungen umzusetzen.²⁶³ Die neuen strategischen Gesundheitsbehörden („SHAs“) sind auch für das Performance Management der lokalen NHS Trusts und Erstversorgungsfonds, die den SHAs diesbezüglich verantwortlich sind, zuständig. Das Gesundheitsministerium und die strategischen Gesundheitsbehörden müssen eine jährliche Vereinbarung über die zu leistenden Fortschritte treffen, welche wiederum auf den Leistungsvereinbarungen mit den individuellen Erstversorgungsfonds und Krankenhäusern basiert.²⁶⁴

5.7. Finanzierungsproblematik

Die Finanzierungsproblematik stellt eines der Kernprobleme des nationalen Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich dar. Die Ausgaben für öffentliche Gesundheit liegen vergleichsweise weit unter dem Durchschnitt anderer OECD Länder. Aus diesem Grund führt die britische Regierung im Juli 2000 auf der Basis des Weißbuchs „*The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform*“ das größte Reform- und Investitionsprogramm in der Geschichte des NHS ein.²⁶⁵ Die Reformen zu Beginn der Labour Regierung stellen bereits einen Versuch dar, das System durch organisatorische Veränderungen und diverse Initiativen qualitativ zu verbessern. Blair will dem Gründungsprinzip der universellen Versorgung weiter Rechnung tragen und dabei gleichzeitig die im Laufe der Zeit entstandenen Ungerechtigkeiten beseitigen.

5.7.1. Investitionen

Im Zuge der Umstrukturierungen sind höhere Budgetressourcen für den nationalen Gesundheitsdienst geplant. Trotz eines kurzen Anstiegs der Gesundheitsausgaben nach der Einführung des internen Marktes in den 80er Jahren sanken die realen Ausgaben. Von 1995 bis 1997/98 beträgt die jährliche Wachstumsrate durchschnittlich 1,5%, signifikant unter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts. Im Jahr 1998/99 steigen die Ausgaben um 2,2% und 1998 wird eine (jährliche) Erhöhung um 4,7% für die nächsten 3 Jahre vorausgesagt. Im März 2000 wird dem NHS eine großzügige mehrjährige Finanzspritze verabreicht. Folglich beläuft sich die Finanzierung auf 7,4% in 2000/2001 und 5,6% in den darauf folgenden 3 Finanzjahren.²⁶⁶ (Siehe **Abb.15.**)

²⁶³ Vgl. DoH, 2001, S. 16

²⁶⁴ Vgl. DoH, 2001, S. 17

²⁶⁵ Vgl. Britische Botschaft Berlin, 2003, S. 2

²⁶⁶ Vgl. Koen V., 2000, S. 18

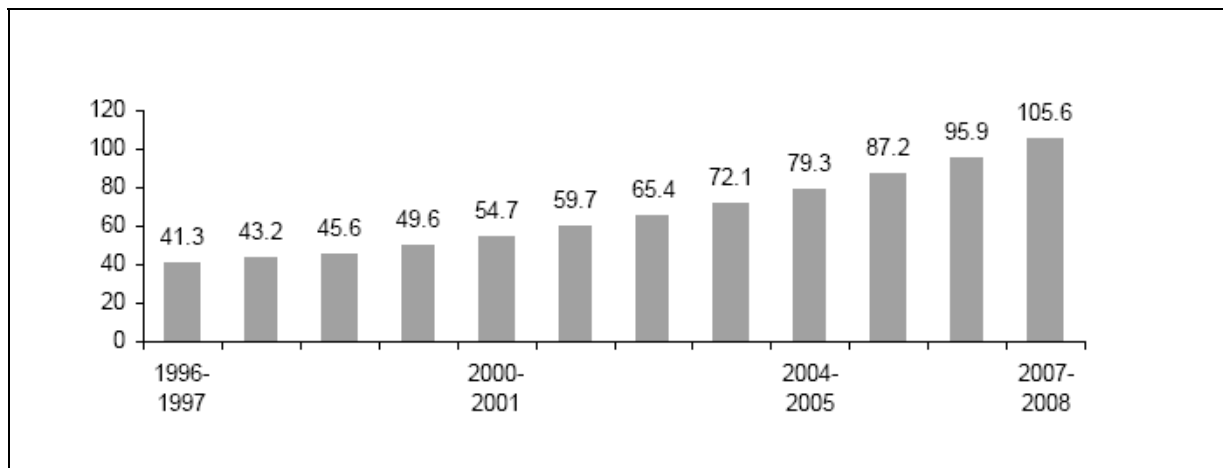


Abb.15. Nettoausgaben für den NHS in Milliarden £ von 1996/97 bis 2007/08²⁶⁷

Die Verwendungszwecke der höheren Mittel sind vielseitig. Die zusätzlichen Ressourcen dienen dazu:

- die Lücken im Bereich der Gehälter des medizinischen Personals zu schließen
- der zusätzlichen Personalbeschaffung
- der Sanierung des Kapitalstocks
- der Verkürzung der übermäßig langen Wartezeiten (siehe **Tabelle 17.**)
- der Erhöhung der Bettenzahl
- der Verringerung unterschiedlicher Leistungsbereitstellung und
- der Deckung der Reorganisationskosten.²⁶⁸

Labour kündigte bereits 1999 Gehaltserhöhungen an, die eine 4,7%-ige Steigerung für Krankenschwestern und Hebammen und eine 3,5%-ige Erhöhung für Krankenhausärzte und Allgemeinärzte vorsahen. Im Jahr 2000 werden weitere Gehaltserhöhungen für NHS Mitarbeiter zwischen 3,25% und 8,4% verlautbart, die nicht stufenweise eingeführt, sondern sofort implementiert werden sollen.²⁶⁹

²⁶⁷ Online im Internet URL:

<http://www.ier.hit-u.ac.jp/pie/Japanese/discussionpaper/dp2002/dp125/text.pdf> (Download: 07.11.2004)

²⁶⁸ Vgl. Koen V., 2000, S. 18

²⁶⁹ Vgl. Koen V., 2000, S. 20

Jahre	1997		1998		1999	
	Patientenzahl	% ²⁷⁰	Patientenzahl	%	Patientenzahl	%
1. TERMIN (Ambulant)						
Überweisungsgesuche von GPs	1.888.560	100	1.894.358	100	1.935.766	100
Wartezeiten/Patienten < 4 Wochen	747.252	40	696.199	37	686.568	35
4-12 Wochen	789.824	42	780.267	41	762.903	39
13-25 Wochen	284.127	15	329.383	17	360.029	19
26 Wochen oder mehr	67.357	4	88.509	5	126.266	7
STATIONÄR²⁷¹						
Stationäre Wartezeiten/Patienten	593.115	100	541.310	100	514.224	100
< 3 Monate	246.379	42	231.271	43	222.702	43
3-5 Monate	143.959	24	132.174	24	125.373	24
6-11 Monate	160.855	27	142.504	26	130.887	25
12 Monate oder mehr	41.922	7	35.361	7	35.262	7
Ambulante Wartezeiten/Patienten	668.800	100	632.288	100	593.782	100
< als 3 Monate	348.977	52	353.033	56	342.105	58
3-5 Monate	155.042	23	141.396	22	132.286	22
6-11 Monate	138.371	21	117.126	19	102.406	17
12 Monate oder mehr	26.410	4	20.733	3	16.885	3

Tabelle 17. Wartelisten und -zeiten (NHS Krankenhäuser in England) ²⁷²

5.7.2. Personal

Die Anzahl der Ärzte pro Kopf im Vereinigten Königreich liegt mit 1,6 pro 1000 Einwohner weit unter dem OECD-Mittelwert. Da die medizinischen Ausbildungsstätten mit ihren Absolventenzahlen kaum mit der steigenden Nachfrage nach Ärzten mithalten können, ist ein hoher Anteil der im Vereinigten Königreich arbeitenden Mediziner aus dem Ausland. (siehe **Tabelle 18.**) Die Konsequenz dieses Personalproblems ist eine negative Beeinträchtigung des Erfolgs des NHS. Als Handlungsmaßnahme erhöht die Regierung die Ausbildungsmittel. ²⁷³ Im Jahre 2002 sind diese um 11% höher als 2001. Die NHS Mitarbeiter profitieren von den Investitionen, da eine Erhöhung der Chefärztezahl um 49% und eine Steigerung der Anzahl der Allgemeinärzte um 10% bis 2009 erfolgen soll. Außerdem werden 20.000 zusätzliche

²⁷⁰ hier: Prozent der Gesamt-Anzahl

²⁷¹ Inkludiert sind alle klinischen Fachgebiete.

²⁷² Vgl. Koen V., 2000, S. 19

²⁷³ Vgl. Koen V., 2000, S. 19

Krankenschwestern eingestellt und über 6.500 Stellen für anderweitig qualifiziertes medizinisches Personal geschaffen.²⁷⁴

Jahre	1991	1998
In UK ausgebildete Ärzte	56.800	64.160
Im Ausland ausgebildete Ärzte	17.880	24.070
Gesamt	74.680	88.230

Tabelle 18. Anzahl der in England tätigen NHS Ärzte aus UK und dem Ausland²⁷⁵

5.8. Aktuelle Entwicklungen ab 2003

Im folgenden Abschnitt werden aktuelle Entwicklungen im nationalen Gesundheitsdienst beschrieben: die Einführung einer leistungsabhängigen Entlohnung, die Umwandlung der Kommission zur Gesundheitsverbesserung in die neue Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes, die Schaffung der Kommission zur Inspektion des Sozialdienstes und sogenannter „NHS Foundation Trusts“.

5.8.1. Leistungsorientierte Finanzierung

Der NHS beginnt phasenweise mit der Einführung einer leistungsorientierten Finanzierung für Krankenhäuser im Jahr 2003. Der Finanzstrom von der Zentralregierung zu den Erstversorgungsfonds basiert weiterhin auf einer Pro-Kopf-Grundlage. Die Erstversorgungsfonds bezahlen jedoch die Krankenhäuser nicht mehr nach ihren Erfahrungswerten hinsichtlich des Preisniveaus und mittels Blockkontrakten, sondern die Finanzierung für die einzelnen NHS Trusts erfolgt leistungsorientiert. In den Leistungsvereinbarungen, den sogenannten „*Service Level Agreements [SLAs]*“ zwischen Erstversorgungsfonds und Krankenhäusern, setzen die Fonds eine Obergrenze für die maximale Leistungsmenge fest.²⁷⁶ Die Erstversorgungsfonds kaufen das notwendige Leistungsvolumen – angepasst für jeden „case-mix“ (die Mischung aus Patiententyp und/oder Zahl der Behandlungen²⁷⁷) – von mehreren Anbietern basierend auf einem nationalen Standardpreistarif ein. Derzeit konzentriert sich der Ansatz auf Kontrakte zwischen Erstversorgungsfonds und Krankenhäusern, aber es soll bis 2008 auf alle Finanztransaktionen ausgedehnt werden.²⁷⁸

5.8.2. Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes

Als Folge des Gesundheits- und Pflegedienst Gesetzes 2003²⁷⁹ („*Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003*“) stellt die Kommission zur Gesundheitsverbesserung („*Commission for Health Improvement*“) ihre Arbeit ein und

²⁷⁴ Vgl. Britische Botschaft Berlin, 2003, S. 2

²⁷⁵ Vgl. Koen V., 2000, S. 21

²⁷⁶ Vgl. OECD, 2004, S. 2

²⁷⁷ Jeder Behandlungsfall wird in eine sogenannte „*Healthcare Resource Group*“, je nach Behandlungsart sowie medizinischen Zustand des Patienten, eingeordnet. Für diese Gruppen wird dann jeweils ein fixer Preis bzw. Tarif festgesetzt, der auf den durchschnittlichen nationalen Behandlungskosten in englischen NHS Trusts basiert. (Vgl. Dixon J., 2004, S. 969)

²⁷⁸ Vgl. DoH, 2002 c, S. 8

²⁷⁹ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.legislation.hms.gov.uk/acts/acts2003/20030043.htm> (Download: 28.10.2004)

dessen Funktionen übernimmt seit 1. April 2004 die neu geschaffene Gesundheitsdienst-Kommission („*Healthcare Commission*“), oder auch Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes²⁸⁰ genannt („*Commission for Healthcare Audit and Inspection [CHAI]*“).²⁸¹ Der Grund für die Einführung einer einzigen, unabhängigen neuen Kommission zur Prüfung und Inspektion des Gesundheitsdienstes ist die Fragmentierung der Struktur von NHS Inspektionen, die unnötige Bürokratie zur Folge hat.²⁸² Die CHAI erhält noch zusätzliche Kompetenzen, da ihr die Funktionen der Kommission für nationale Pflegestandards („*National Care Standards Commission*“) für den gemeinnützigen und privaten Gesundheitssektor sowie die Tätigkeitsbereiche der Prüfungskommission („*Audit Commission*“) für Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistungen übertragen werden.²⁸³ Die neue CHAI soll somit die Überprüfung des privaten, des gemeinnützigen und auch des öffentlichen Gesundheitssektors in einem übernehmen.²⁸⁴

5.8.3. Kommission zur Inspektion des Sozialdienstes

Im Sozialdienst herrscht eine ähnliche Fragmentierung bei der Inspektion der Sozialleistungen.²⁸⁵ Aus diesem Grund wird eine einzige Aufsichtsbehörde, die Kommission zur Inspektion des Sozialdienstes („*The Commission for Social Care Inspection [CSCI]*“), geschaffen, welche die von den Lokalverwaltungen bereitgestellten Sozialleistungen in England überprüfen soll. Dabei kommt es zu einem Zusammenschluss der Aufgaben der Sozialdienst-Aufsichtsbehörde („*Social Services Inspectorate [SSI]*“) und der Kommission für nationale Pflegestandards.²⁸⁶

5.8.4. Leistungsbewertung

Die Gesundheitsdienst-Kommission verfasst Bewertungen über das Qualitätsmanagement und Ursachenanalysen bei Qualitätsproblemen in NHS Organisationen sowie auch Berichte über die Patientenstudien und Mitarbeiterbefragungen in England. Neben diesen Tätigkeiten ist die CHAI auch für die jährliche Veröffentlichung von Leistungsbewertungen, den „*Performance Star Ratings*“, für alle Typen von NHS Trusts in England verantwortlich, die Auskunft darüber geben sollen, wie gut eine NHS Organisation ihre Leistungen erbringt.²⁸⁷ Im Sozialdienst erfolgen die Leistungsbewertungen („*Social Services Performance Star Ratings*“) auf ähnliche Weise wie bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen.²⁸⁸ Die Leistungsstandards liefern Informationen über das Abschneiden der NHS Einheiten in Bezug

²⁸⁰ Die CHAI und CSCI werden als sogenannte „*executive non-departmental public bodies*“, bezeichnet, womit gemeint ist, dass es sich dabei um öffentliche Exekutiv-Institutionen handelt, die aber kein Teil des Ministeriums sind. (Vgl. Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003)

²⁸¹ Vgl. Online im Internet URL:

http://www.healthcarecommission.org.uk/AboutUs/WhatIsTheHealthcareCommission/WhatIs/fs/en?CONTENT_ID=4000066&chk=jP1mIc (Download: 28.10.2004)

²⁸² Vgl. DoH, 2002 b, S. 38

²⁸³ Vgl. Online im Internet URL:

http://www.healthcarecommission.org.uk/AboutUs/WhatIsTheHealthcareCommission/StructureAndHistory/fs/en?CONTENT_ID=4000069&chk=L2mPuk (Download: 28.10.2004)

²⁸⁴ Vgl. DoH, 2002 b, S. 38

²⁸⁵ Vgl. DoH, 2002 b, S. 39

²⁸⁶ Vgl. Online im Internet URL:

<http://www.legislation.hms.gov.uk/acts/acts2003/20030043.htm> (Download: 28.10.2004)

²⁸⁷ Vgl. Online im Internet URL:

http://www.healthcarecommission.org.uk/YourLocalHealthServices/NHSTypeOfReport/fs/en?CONTENT_ID=4000145&chk=ChOPsp (Download: 30.10.2004)

²⁸⁸ Vgl. Online im Internet URL: http://www.csci.gov.uk/council_star_ratings/default.htm (Download: 30.10.2004)

auf nationale Ziele, die von der Regierung gesetzt werden, und andere Indikatoren. Bei den „Performance Ratings“ fließen Untersuchungen über die Mitarbeiter, die Patienten und andere Daten mit ein.²⁸⁹ Bewertet werden die Führung der Organisationseinheit sowie bestimmte Faktoren wie die Verkürzung der Wartezeiten. Die Vergabe von Sternen erfolgt für alle Fondstypen außer den Erstversorgungsgruppen auf der Basis von Leistungsindikatoren, die sich aus folgenden vier Elementen zusammensetzen.²⁹⁰

- 1. Kernzielen:** Die Kernziele umfassen eine Reihe von Faktoren, welche ausschlaggebend sind, um bessere Leistungen für die Patienten zu erbringen wie etwa schnelle Behandlung oder kurze Wartezeiten in der Notaufnahme. Die Kernziele stellen die wichtigsten Indikatoren dar und müssen zum größten Teil erfüllt werden, um eine gute Bewertung zu erhalten. Einige der wichtigsten Kernziele für die Bewertung sind unter anderem:

KERNZIELE:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Wartezeiten über 18 Monaten für stationäre Behandlungen ▪ Verringerung der Wartezeiten über 15 Monaten für stationäre Behandlungen ▪ Keine Wartezeiten über 12 Stunden auf einen Krankenwagen ▪ Weniger als 1% Absagen von Operationen am angesetzten Termin ▪ Keine Wartezeiten länger als 2 Wochen auf einen Termin für Patienten mit Verdacht auf Krebs ▪ Verbesserungen für das Arbeitsleben der Mitarbeiter ▪ Reinlichkeit der Krankenhäuser ▪ Eine zufrieden stellende finanzielle Situation

Tabelle 19. Kernziele für Fonds außer PCG/PCTs²⁹¹

Die Leistung der Organisationseinheiten im Bereich der Kernziele wird folgendermaßen klassifiziert (siehe Anhang):

- Kernziel wurde erreicht (Symbol dafür in der Tabelle: √)
- Kernziel wurde mit teilweise schwachen Leistungen erreicht (Symbol dafür in der Tabelle: -) oder
- Kernziel wurde nicht erreicht (Symbol in der Tabelle: X)

Besorgniserregend ist die Leistung eines Fonds dann, wenn:

- Eine erhebliche Anzahl an Zielen nur mit schwacher Leistung erreicht wird
- Oder eine geringere Anzahl von Zielen nicht erreicht wird
- Oder bei einer Kombination aus beiden Fällen.

Die Indikatoren wurden ausgewählt, um ein Gleichgewicht zwischen dem klinischen, Kapazitäts- und Fähigkeits-, sowie dem Patientenfokus, die im Anschluss erklärt werden, zu schaffen.²⁹²

²⁸⁹ Vgl. Online im Internet URL: <http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/> (Download: 28.10.2004)

²⁹⁰ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/starRatings/default.cmsx> (Download: 28.10.2004)

²⁹¹ Vgl. DoH, 2002 a, S. 2

²⁹² Vgl. DoH, 2002 a, S. 3

2. **Patientenfokus:** Der Patientenfokus konzentriert sich auf die Sichtweise der Patienten über die Organisationseinheiten und auf den Umgang mit Patienten.

PATIENTENFOKUS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wartezeiten weniger als 6 Monate für stationäre Behandlungen ▪ Gesamt-Wartezeiten für stationäre Behandlungen ▪ Ambulante Wartezeiten nicht länger als 3 Wochen ▪ Gesamtzeiten in der Notaufnahme ▪ Abgesagte Operationstermine, die nicht innerhalb eines Monats neu vereinbart wurden ▪ Herzoperationen ▪ Brustkrebs ▪ Verzögerte Entlassungen ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: Koordination der Leistungen ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: Umgebung und Ausstattung ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: Information und Bildung ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: physische und emotionale Bedürfnisse ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: schneller Zugang ▪ Untersuchung der stationären Behandlung: Respekt und Würde

Tabelle 20. Indikatoren mit Patientenfokus²⁹³

3. **Klinischer Fokus:** Der klinische Schwerpunkt prüft die Wirkung der Behandlung, das heißt wie der Gesundheitszustand der Patienten nach der medizinischen Versorgung ist, sowie Behandlungsstandards.

KLINISCHER FOKUS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko klinischer Nachlässigkeit ▪ Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach Zulassung zu einer Operation ▪ Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach einer Herzbybypass-Operation ▪ Wiederaufnahme ins Krankenhaus nach Entlassung ▪ Wiederaufnahme ins Krankenhaus nach einer Behandlung für eine Hüftfraktur ▪ Wiederaufnahme ins Krankenhaus nach Behandlung eines Schlaganfalls

Tabelle 21. Indikatoren mit klinischem Fokus²⁹⁴

4. **Kapazitäts- und Leistungsfokus:** Die Kapazitäts- und Leistungsindikatoren nehmen Bezug auf die Ressourcen, den Umgang mit Mitarbeitern, die Arbeitsbedingungen und die Führung der Aufzeichnungen.²⁹⁵

KAPAZITÄTS- und LEISTUNGSFOKUS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität der Daten gemessen an den Informationen über die stationären Aktivitäten im Krankenhaus

²⁹³ Vgl. DoH, 2002 a, S. 3f

²⁹⁴ Vgl. DoH, 2002 a, S. 3

²⁹⁵ Vgl. Online im Internet URL:

http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_acute.doc
(28.10.2004)

(Download:

- **Mitarbeiterzufriedenheit gemessen an der Untersuchung über die Meinungen der Mitarbeiter**
- **Krankheits-/Abwesenheitsrate der direkt angestellten NHS Mitarbeiter**
- **Einhaltung von Zielen der Vertraulichkeit und der Informationssteuerung**

Tabelle 22. Indikatoren mit klinischem Fokus ²⁹⁶

Für die Erstversorgungsfonds sind es: ²⁹⁷

- **Kernziele** (siehe oben)
- **Zugang zu Qualitätsleistungen:** Bei der Überprüfung des Zugangs zu Qualitätsleistungen geht es vor allem um das notwendige Angebot an Erstversorgung, den Umgang mit den Patienten und um die Qualität der Behandlung.
- **Verbesserung der Gesundheit:** Der Schwerpunkt der Gesundheitsverbesserung überprüft, ob die Erstversorgungsgruppen/-fonds ihre Verantwortung, den Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung zu verbessern, wahrnehmen und beinhaltet zum Beispiel Indikatoren bezüglich der Krankheitsprävention.
- **Bereitstellung von Leistungen:** Der Bestandteil der Leistungsbereitstellung setzt sich mit dem Einkauf der Leistungen der Erstversorgungsgruppen/-fonds auseinander, und ob diese auch den Bedürfnissen der Patienten entsprechen. ²⁹⁸

Die Leistungsbewertungen („*Performance Star Ratings*“) unterteilen sich in vier Kategorien. Die NHS Einheiten, die das höchste Leistungsniveau erreichen, bekommen drei Sterne. Zwei Sterne bedeuten eine gute Gesamtleistung, aber nicht die gleichen konstanten Standards wie die Drei-Sterne-Einheiten. Die Organisationen mit einem Stern geben Anlass zur Sorge in Bezug auf einige Leistungsbereiche, und keinen Stern erhalten jene, die die schlechtesten Leistungen hinsichtlich der Indikatoren erbringen oder bei der Implementierung des Qualitätsmanagements äußerst dürftig abschneiden. ²⁹⁹

Die Leistungsbewertungen sollen Anreize schaffen, die Leistungen zu verbessern. Einerseits sind zusätzliche finanzielle Mittel des nationalen Leistungsfonds für gute Bewertungen vorgesehen. Andererseits soll die Möglichkeit bei einer Drei-Sterne-Bewertung, um den Status eines „NHS Foundation Trusts“ (siehe 7.6.4.) ansuchen zu können, Ansporn sein, bessere Leistungen zu erbringen. ³⁰⁰ Den Institutionen mit keinem Stern wird externe Beratung zur Verfügung gestellt. Außerdem werden diese Einheiten bei der Entwicklung eines Konzepts zur Leistungssteigerung von der Modernisierungsagentur unterstützt. Wenn keine Verbesserungen eintreten oder keine Bestrebungen in diese Richtung erkennbar sind, besteht die Gefahr, dass das Management der Organisationseinheit ausgewechselt wird. ³⁰¹

²⁹⁶ Vgl. DoH, 2002 a, S. 4

²⁹⁷ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/starRatings/default.cmsx> (Download: 28.10.2004)

²⁹⁸ Vgl. Online im Internet URL: http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_acute.doc (Download: 28.10.2004)

²⁹⁹ Vgl. Online im Internet URL: http://rwww.chi.nhs.uk/Indicators_2004/home.asp (Download: 28.10.2004)

³⁰⁰ Vgl. DoH, 2002 a, S. 8

³⁰¹ Vgl. DoH, 2002 a, S. 9

5.8.5. *NHS Foundation Trusts*

Die ersten 20 NHS Foundation Trusts existieren seit 1. April bzw. 1. Juli 2004. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser („*NHS Trusts/Acute Trusts*“), die eine Drei-Sterne-Bewertung erhalten. Den Foundation Trusts werden allerdings im Vergleich zu den anderen NHS Krankenhäusern wesentlich größere Freiheiten, finanzieller und operativer Natur, zugestanden, wobei sie ein Teil des NHS und deren Leistungsüberprüfungssysteme bleiben.³⁰² Einerseits können sie ihr gesamtes Vermögen vollständig kontrollieren oder Gewinne aus Landverkäufen behalten, andererseits können sie ihre Mitarbeiter flexibel entlohnen und eine Reihe neuer Optionen zur Kapitalfinanzierung in Anspruch nehmen.³⁰³ Die Einführung dieser neuen Einheiten untermauert die Dezentralisierungstendenzen der Labour Regierung mit dem Ziel, eine Verbesserung für die Patienten zu erreichen. Die Anwendung wird in der Zukunft auf psychische Anstalten ausgeweitet, die bei den Bewertungen drei Sterne erhalten.³⁰⁴

5.8.6. *Spezielle administrative Einheiten*

Im April 2004 wurde der NHS Direkt Service zu einer speziellen administrativen Einheit („*Special Health Authority*“) umfunktioniert. Spezielle administrative Einheiten sind unabhängige Organisationseinheiten, die eine nationale Leistung für den NHS oder die Öffentlichkeit bereitstellen und nicht nur für eine Lokalverwaltung. Sie unterliegen allerdings ministerieller Anweisung, wie auch andere NHS Einrichtungen. Beispiele sind die nationale Blutbank („*National Blood Authority*“) und der NHS Direkt.³⁰⁵

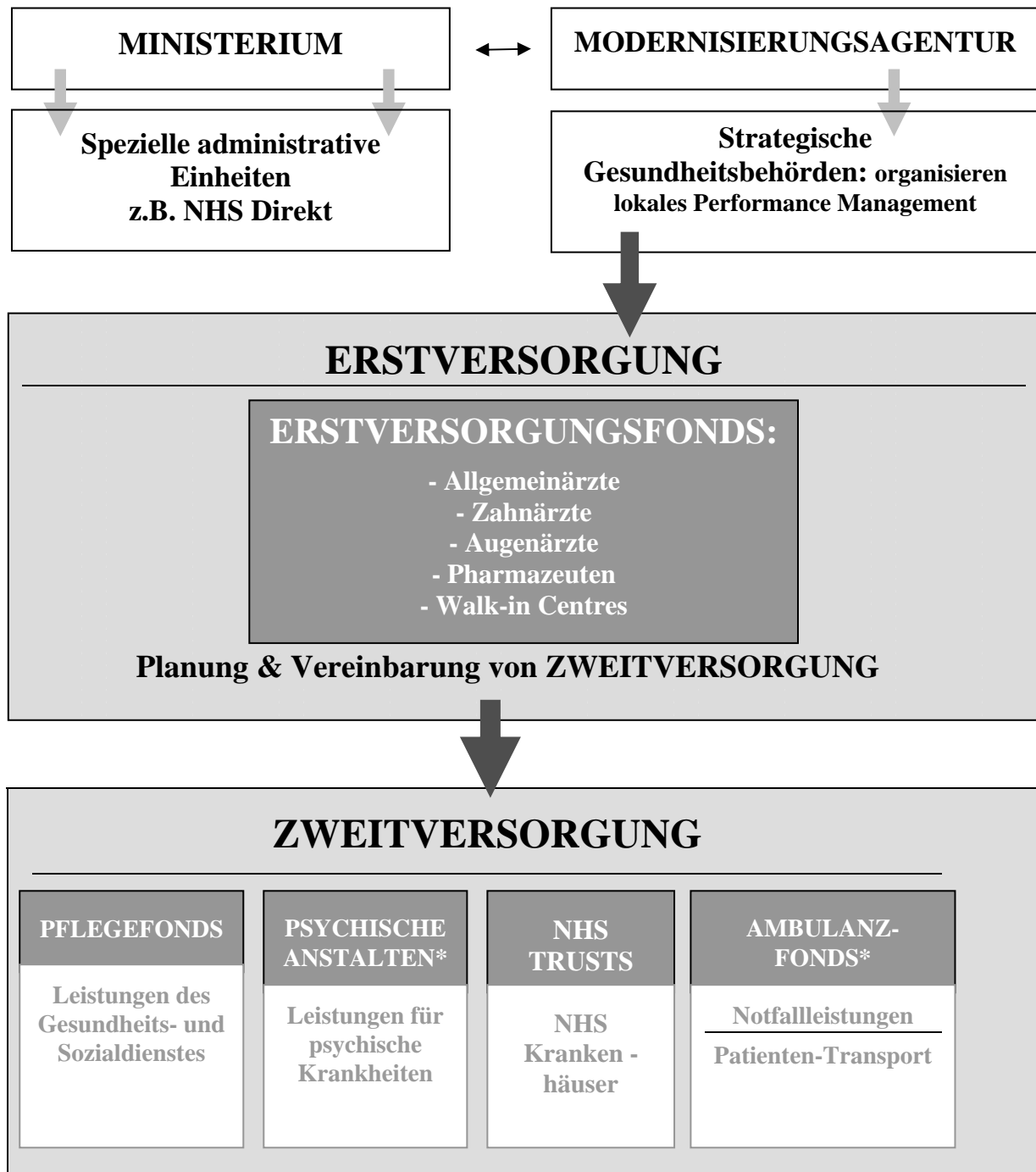
Der NHS lässt sich zusammenfassend in der heutigen Form wie folgt darstellen. (siehe **Abb.16.**)

³⁰² Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/acute/default.aspx> (Download: 30.10.2004)

³⁰³ Vgl. DoH, 2002 b, S. 30

³⁰⁴ Vgl. Online im Internet, unter URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/acute/default.aspx> (Download: 30.10.2004)

³⁰⁵ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/special/default.aspx> (Download: 14.10.2004)



*Gesundheitsleistungen für psychisch Kranke werden entweder von Allgemeinärzten oder von psychischen Anstalten („Mental Health Trusts“) angeboten.³⁰⁶

*Es gibt 33 Ambulanzfonds („Ambulance Trusts“) in England, die Gesundheitsleistungen im Notfall bereitstellen.³⁰⁷

Abb.16. Die Struktur des NHS 2004³⁰⁸

³⁰⁶ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/mentalhealth/default.aspx> (Download: 30.10.2004)

³⁰⁷ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/default.cmsx> (Download: 30.10.2004)

³⁰⁸ Vgl. Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/default.cmsx> (Download: 06.09.2004)

5.9. Kurze Bewertung der Reformen

Die Wirkung der Strukturreformen und Investitionsschübe auf die Leistung des NHS ist weniger imposant als erwartet. In Bezug auf die Leistung von NHS Trusts kann festgestellt werden, dass die Anzahl der abgeschlossenen Fälle von Fachärzten („*Finished Consultant Episodes [FCEs]*“) - ein Standardindikator für die Leistung eines Krankenhauses³⁰⁹ - von 11,275 Millionen im Jahre 1996/97 auf 12,168 in 1999/00, - eine durchschnittliche Erhöhung von 2,7% pro Jahr - und von 1999/00 auf 2000/01 um 0,8% auf 12,265 ansteigt.³¹⁰ Dieser Trend ist nicht unbeachtlich, aber verglichen mit einer jährlichen Wachstumsrate von 4,4% während der konservativen Regierungszeit von 1989/90 bis 1996/97 eher gering.³¹¹ Hinsichtlich der Erstversorgung weisen die Daten für die ersten Jahre der Regierung keine gravierenden Veränderungen auf, außer einer Verringerung der Anzahl der Arztbesuche. Die gesamte Zahl von Allgemeinarztbesuchen sinkt von 254 Millionen in 1996/97 auf 217 Millionen im Jahr 2001/02.³¹² Insgesamt zieht der höhere Ressourceneinsatz bis jetzt nur marginale Leistungsverbesserungen nach sich. Die Gründe, die zu diesen Entwicklungen führen, sind die Kapazitätsbeschränkungen, respektive der Mangel an medizinischem Personal, sowie die irreführenden und widersprüchlichen Anreize. Die im Weißbuch „*The NHS Plan 2000*“ und „*Delivering the NHS Plan 2002*“ vorgesehenen Personalerhöhungen und Investitionen in die Ausbildung medizinischer Berufe sollen aber künftig zu Verbesserungen führen.³¹³

5.9.1. Wartezeiten und Wartelisten

Zwei Faktoren, auf die Labour von Anfang an viel Wert legt, sind die Verkürzung der Wartelisten sowie der Wartezeiten. Im Allgemeinen erreicht der NHS dieses Ziel, da die Wartelisten von 1,16 Millionen Menschen im März 1997 auf 1,039 Millionen im August 2001 reduziert werden. Im Jahr 2002 wird im Vergleich zum Vorjahr eine Verkürzung der Wartezeiten über 12 Monate um 8,5% und um 13,3% bei Wartezeiten länger als 15 Monate erreicht.³¹⁴ Im Jahr 2003 fallen die Wartezeiten für Operationen, die mehr als ein Jahr beträgt, um 68% von 29.600 auf 9.600 Menschen.³¹⁵

5.9.2. Performance Management

Das Performance Management im NHS kann als eine Reihe betriebswirtschaftlicher Instrumente beschrieben werden, die das Ziel verfolgen, die Optimierung des Gesundheitssystems im Einklang mit den Politikzielen zu gewährleisten.³¹⁶ Das Performance Management wird durch eine Reihe von Initiativen eingeführt, wobei das Weißbuch „*The new NHS*“ und der „*NHS Plan*“ die Grundlage bilden.³¹⁷ Die beiden Hauptinstrumente, um klinische Standards zu setzen, sind das nationale Institut für klinische Exzellenz und die nationalen Leistungsrahmen. Die bisher entwickelten nationalen Leistungsrahmen für Herzkrankheiten, psychische Leiden, Leistungen für ältere Menschen und Diabetes führen zu gemischten Wahrnehmungen. Einerseits werden die Anstrengungen, Best Practice zu

³⁰⁹ Vgl. Le Grand, 2002 a, S. 118

³¹⁰ Vgl. DoH, 2002 d, S. 61

³¹¹ Vgl. Le Grand, 2002 b, S. 140

³¹² Vgl. DoH, 2003, S. 80

³¹³ Vgl. Le Grand J., 2002 b, S. 151

³¹⁴ Vgl. Le Grand J., 2002 a, S. 118f

³¹⁵ Vgl. Klein R., 2004, S. 938

³¹⁶ Vgl. Smith P., 2002, S. 103

³¹⁷ Für Details siehe Weißbuch „*The new NHS*“ 1997 und „*NHS Plan*“ 2000.

definieren, als positiv vermerkt. Andererseits gibt es Kritik hinsichtlich der unzureichenden Grundlage an Informationen und Forschungsergebnissen, auf denen die Empfehlungen getroffen werden. Das nationale Institut für klinische Exzellenz bewertet eine Reihe von medizinischen Methoden und individuellen Techniken und verfasst Anleitungen dazu, aber das zur Verfügung gestellte Budget ist bescheiden, und Fortschritte werden nur langsam und in einzelnen Bereichen erzielt.³¹⁸

Der Nutzen zur Verbesserung der Verfahrensweisen durch die Verbreitung klinischer Leitfäden ist unbestritten, aber der Erstellungsprozess ist in der Praxis des NHS nicht optimal, und die Inhalte liefern oftmals Anlass zu heftigen Debatten. Hinzu kommt, dass der Zugang zu den Informationen für die Krankenhausärzte beschränkt ist. Die Einflechtung des ökonomischen Prinzips der Kosteneffektivität in die von NSFs und NICE verfassten Empfehlungen bleibt noch abzuwarten.³¹⁹ Die teilweise fehlende Kohärenz der einzelnen Zielformulierungen und Indikatoren, wie zwischen PAF Indikatoren und Leistungsbewertungen („*Star Ratings*“), ist ebenfalls ein Problem und kann zu Verwirrungen für das Management, die Krankenhausärzte und die Öffentlichkeit führen. Die Labour Regierung kündigt allerdings an, die Verknüpfung zwischen betriebswirtschaftlichen Indikatoren, „*NHS Plan*“ und „*Star Rating*“-System enger zu gestalten, um Konsistenz zu gewährleisten.³²⁰

5.9.3. *Dezentralisierung*

Mit der Übertragung des staatlichen Versorgungsauftrages an die lokalen Leistungserbringer wurden Elemente eines regulierten Wettbewerbs in den NHS eingebracht. Ob die autonome Bedarfs- und Kapazitätsplanung von den Erstversorgungsgruppen/-fonds und Krankenhäusern, die eigenverantwortliche Verwaltung ihrer Budgets sowie die frei aus zu verhandelnden Kontrakte eine im Vergleich zur zentralen Steuerung effizientere Versorgungsstruktur darstellt, ist allerdings fraglich.³²¹ Dagegen sprechen die enorm gestiegenen Verwaltungs- und Verhandlungskosten der dezentralen Versorgungsstrukturen. Für eine endgültige Bewertung ist es allerdings noch viel zu früh.³²²

5.9.4. *Auswahlmöglichkeit*

Hinsichtlich der Entscheidungsautonomie und der rechtlichen Stellung der Patienten herrschen noch große Mängel, da weder Wahloptionen zur Gestaltung der Absicherung existieren, noch verfügen die NHS-Patienten über nennenswerte einklagbare Rechte. Zusätzlich kann das Recht auf eine freie Arztwahl lediglich im allgemeinmedizinischen Bereich eingelöst werden. Im Falle der fachärztlichen und stationären Behandlung werden die Wahlmöglichkeiten aber durch die immer noch untragbar langen Wartezeiten untergraben.³²³

³¹⁸ Vgl. Smith P., 2002, S. 104

³¹⁹ Ebenda

³²⁰ Vgl. Smith P., 2002, S. 106

³²¹ Vgl. Baur et al., 2003, S. 72

³²² Vgl. Baur et al., 2003, S. 73

³²³ Ebenda

6. Evaluierung der Reformen

In Kapitel 6 wird versucht, die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Reformen in Anlehnung an *Boyne* in die Public Choice Theorie einzuordnen. Anhand dessen soll weiters ein Bewertungsrahmen erstellt werden. Zu Beginn werden die verwendeten Begrifflichkeiten und deren Implikationen für die Einordnung abgeklärt. Im Anschluss sollen die wichtigsten Reformprogramme anhand der Instrumente der Public Choice Theorie (Wettbewerb, Leistungsinformation und Organisationsgröße) mit den zu erzielenden Wirkungen (Effizienz, Responsivität und Gerechtigkeit) in einem Bewertungsrahmen zusammengeführt werden. Dabei findet die Beurteilung aus zwei Perspektiven statt. Einerseits wird ein Raster auf der Basis der geplanten Ergebnisse erstellt. Andererseits soll ein zweiter Rahmen geschaffen werden, welcher die tatsächlichen Wirkungen der implementierten Reformpunkte zu veranschaulichen versucht. Die Resultate ermöglichen einen Vergleich der Reformen der konservativen Regierungen mit denen der Labour Partei.

6.1. Theoriegeleitete Evaluation

Boyne et al. vertreten die Ansicht, dass eine Evaluierung auf Hypothesen über den Zusammenhang einer Reform und ihrer Auswirkungen aufbauen muss. Nur diese Art der Bewertung lässt allgemeine Schlussfolgerungen darüber zu, ob bewusste Struktur- und Prozessveränderungen erfolgreich sein werden oder nicht. In diesem Zusammenhang wird von einer „theoriegeleiteten Evaluierung“ gesprochen. Wenn die Postulate der Theorie anwendbar sind, dann werden die öffentlichen Programme voraussichtlich positive Konsequenzen hervorrufen. Andernfalls werden die Auswirkungen eher neutral oder sogar negativ sein. Im Rahmen einer theoriegeleiteten Evaluation muss festgelegt werden, welche Theorie verwendet werden soll, um die Wirkungen einer Reform vorherzusagen. Das Wechselspiel von konkurrierenden Teilnehmern im politischen Entscheidungsprozess und Ideologien impliziert, dass viele Theorien zur Entwicklung von Reformen beitragen. Die Aufgabe besteht daher in der Identifikation der dominierenden theoretischen Perspektive, die den Reformprogrammen zugrunde liegt. Die wichtigste theoretische Grundlage, die mit den New Public Management Reformprogrammen im Vereinigten Königreich und in vielen anderen Ländern in Verbindung gebracht wird, ist die Public Choice Theorie.³²⁴

6.2. Public Choice Theorie

Die Theorie unterstellt den Bürokraten, dass sie primär aufgrund von Eigeninteresse anstelle von öffentlichem Interesse handeln. Dieses Problem wird durch das Fehlen von geeigneten organisatorischen Strukturen und Prozessen im öffentlichen Sektor weiter verstärkt.³²⁵ Die Public Choice Theorie besagt, dass öffentliche Bürokratien drei Charakteristika aufweisen, die zu einem Mangel an Effizienz und Effektivität führen:

1. Zum einen ist die monopolistische Struktur der öffentlichen Dienstleistungsmärkte eine Ursache für diese Problematik. Staatliche Monopole erbringen schwache Leistungen, weil die Beamten keine Anreize haben, ihre Kosten niedrig zu halten oder in der Leistungserbringung innovativ zu sein.

³²⁴ Vgl. *Boyne et al.*, 2003, S. 5

³²⁵ Vgl. *Boyne et al.*, 2003, S. 6

2. Zum anderen gibt es keine ausreichende Leistungsmessung im öffentlichen Sektor. Daraus resultieren Probleme bei der Evaluierung öffentlicher Verwaltungen und Individuen sowie bei der Beeinflussung des Verhaltens von Mitarbeitern.
3. Schließlich spielt die Größe von öffentlichen Verwaltungen eine wesentliche Rolle. Die negativen Auswirkungen der monopolistischen Marktstruktur und des Fehlens von Leistungsstandards sind durch die Größe vieler Bürokratien bedingt. Die Probleme der Koordination und Kontrolle wachsen mit der organisatorischen Größe unproportional an. Große Bürokratien stellen daher Leistungen mit niedriger Qualität und zu hohen Kosten zur Verfügung.³²⁶

Insgesamt resultieren die Selbstsucht und die Monopolkraft der öffentlichen Bediensteten in einer Vielzahl von nachteiligen Effekten in Bezug auf die Bereitstellung öffentlicher Leistungen. Den Lösungsansatz, den Public Choice für diese Schwierigkeiten der Bürokratie vorschlägt, lässt sich wie folgt kurz zusammenfassen:

- a) Die Struktur des öffentlichen Marktes soll mehr Wettbewerb, Rivalitäten zwischen öffentlichen Einheiten sowie auch zwischen öffentlichen und privaten Anbietern beinhalten.
- b) Öffentliche Einrichtungen müssen gezwungen werden, mehr Informationen bezüglich deren Leistungsfähigkeit zu produzieren, und
- c) Die dritte Empfehlung schlägt eine Zerschlagung der großen Organisationseinheiten in kleinere, selbstständige Einheiten vor.³²⁷

6.3. Bewertungsrahmen

Die bereits vorgenommenen Beurteilungen der Reformen der Konservativen und der Labour Partei in den vorangegangenen Kapiteln fließen bei der Einordnung in die Public Choice Theorie ein. Zuerst werden die Intentionen der Reformprogramme der jeweiligen Regierungen nochmals kurz erklärt, um anschließend die Instrumente der Public Choice Theorie mit den zu erzielenden Wirkungen in einem Bewertungsrahmen in Verbindung zu bringen.

6.3.1. Fokus auf Public Choice Inhalte

Die Konservativen konzentrierten sich stark auf den Wettbewerb, während Labours Doktrin Kooperation und Zusammenarbeit ist. Beide Parteien legten von Beginn an viel Wert auf Leistungsinformation. Die Quantität und die Qualität der Informationen sollte erhöht werden, doch die Indikatoren sind unterschiedlich. Die Organisationsgröße ist problematisch zu beurteilen. Die konservativen Regierungen führten kleinere Organisationseinheiten, wie die Fonds der Allgemeinärzte, ein, während bei Labour die Erstversorgungsgruppen/-fonds wieder größer sind. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Konservativen zwar Public Choice Inhalte in ihren Programmen verwendeten, aber bei der Implementierung aufgrund zahlreicher Veränderungen davon abkamen. Labours Konzepte hingegen folgen nur im Bereich der Leistungsinformation der Public Choice Theorie.³²⁸ Die folgende Übersicht

³²⁶ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 6 ff

³²⁷ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 9

³²⁸ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 68

fasst zusammen, wie stark der Fokus auf Public Choice Inhalte bei den Reformprogrammen der konservativen Partei war und bei der Labour Partei ist.

	Wettbewerb	Leistungsinformation	Organisationsgröße
Konservative	Starker Fokus	Starker Fokus	Starker Fokus
Labour	Schwacher Fokus	Starker Fokus	Schwacher Fokus

Tabelle 23. Fokus auf Public Choice Inhalte bei Reformprogrammen³²⁹

6.3.2. Konservative Regierungen

Das Kernstück der Reformen der konservativen Regierungen war die Einführung des internen Marktes 1991 auf der Basis des Weißbuches „*Working for Patients*“. Die Schwerpunkte lagen auf der Erhöhung der Auswahlmöglichkeiten für die Patienten und der Einführung von Wettbewerb. Durch den internen Markt (Käufer-Verkäufer-Trennung) konkurrierten die Anbieter untereinander um den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Käufern. Der Wettbewerb sollte zu effizienten und responsiven Leistungen führen, da die Käufer die Option hatten, den Anbieter zu wechseln. Die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sollte durch die organisatorischen Änderungen und den daraus resultierenden Effizienzsteigerungen gedeckt werden.³³⁰

Zu erzielende Wirkungen	Effizienz	Responsivität	Gerechtigkeit
Instrumente			
Wettbewerb	POSITIV	POSITIV	NEUTRAL
Leistungsinformation	POSITIV	POSITIV	NEUTRAL
Organisationsgröße	POSITIV	POSITIV	NEUTRAL

Tabelle 24. Beurteilungsrahmen der geplanten Wirkungen der Reformen der Konservativen

Die Einführung des internen Marktes erfüllte jedoch weder die Befürchtungen der Gegner noch die Erwartungen der Befürworter. Der Hauptgrund lag in der Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Käufern. Dadurch waren die Anbieter in der bessern Position beim Abschluss der Kontrakte, da es den Käufern an Expertise und nötigen Fähigkeiten fehlte.³³¹ Der sogenannte „*Cost Weighted Activity Index [CWAI]*“ - ein Index, der Aktivitäten nach Kosten gewichtet - gibt Aufschluss über die Entwicklungen der Effizienz während der konservativen Amtszeit. Dieser simple Indikator des Outputs von Gesundheitsleistungen zeigt eine jährliche Wachstumsrate von 2,3% in den Jahren 1980/81 bis 1990/91, aber 4,1% zwischen 1991/92 und 1995/96. Die durchschnittliche Änderung der jährlichen Leistungsfähigkeit beträgt 1,5% vor und 2% nach der Einführung des internen Marktes. Daraus lassen sich Effizienzsteigerungen während der Amtszeit der Konservativen ableiten.³³²

³²⁹ Ebenda, S. 69

³³⁰ Vgl. Klein R., 1998, S. 111

³³¹ Vgl. Klein R., 1998, S. 113

³³² Vgl. Le Grand J., 1999, S. 28

Der interne Markt sollte auch dazu dienen, die Leistungsqualität und die Auswahlmöglichkeiten zu verbessern. Das Ziel, die Auswahl für die Benutzer zu erhöhen, wurde aber nicht realisiert, und auch die Patienten bei der Wahl des Krankenhauses oder des Facharztes mehr einzubinden, gelang nur begrenzt. Die Fonds der Allgemeinärzte konnten aber beispielsweise flexibler auf die Wahl der Patienten reagieren als Nicht-Fonds-inhaber, wodurch sich positive Reformwirkungen auf die Effektivität der Leistungen ableiten lassen.³³³

Die Qualitätsinitiativen unter den Konservativen konzentrierten sich zumeist auf messbare Outputs anstatt auf ebenso wichtige Aspekte der Qualität. Zusätzlich lag der Schwerpunkt auf administrativen Zielsetzungen wie den Wartezeiten und nicht auf klinischen Qualitätsindikatoren wie den Wirkungen auf die Gesundheit. Schließlich müssen quantitative Indikatoren nicht immer ein Zeichen für bessere Servicequalität sein.³³⁴ Im Allgemeinen ließ sich aber feststellen, dass sich das Informationsvolumen, das den Patienten zur Verfügung gestellt wurde, vergrößerte.³³⁵ Die Auswirkungen des internen Marktes auf die Gerechtigkeit abzuschätzen, ist problematisch, da viele unterschiedliche Definitionen dieses Konzepts verwendet werden. Die größte Befürchtung, dass kostengünstige Benutzer den kostenintensiven Patienten vorgezogen würden („*Cream-Skimming*“), blieb sowohl im Falle der Krankenhäuser als auch im Falle der Fonds der Allgemeinärzte unbegründet. Den Nettoeffekt der Reformen fasst *Baggott* als ein geografisches Ungleichgewicht in der Bereitstellung öffentlich finanzierter Leistungen aufgrund der diversen lokalen Unterschiede zusammen.³³⁶ Die folgende Tabelle zeigt nun die Einordnung in die Public Choice Theorie der tatsächlichen Ergebnisse der Reformen, die unter den Konservativen vorgenommen wurden. Im Vergleich zu der ersten Tabelle, die die geplanten Wirkungen der Reformen abbildet, sind starke Unterschiede zu erkennen.

Zu erzielende Wirkungen Instrumente	Effizienz	Responsivität	Gerechtigkeit
Wettbewerb	POSITIV	Schwach POSITIV	NEGATIV
Leistungsinformation	Schwach POSITIV	Schwach POSITIV	NEUTRAL
Organisationsgröße	POSITIV	Schwach POSITIV	NEUTRAL

Tabelle 25. Beurteilungsrahmen der tatsächlichen Reformergebnisse der Konservativen

6.3.3. Labour Regierung

Die Reformen der Labour Partei, die unter Tony Blair im Jahre 1997 an die Macht kam, sind bisher von den Schlagworten „Zusammenarbeit und Kooperation“ gekennzeichnet. Der Wettbewerb wird durch ein System von Partnerschaft ersetzt. Die Käufer-Verkäufer-Trennung bleibt erhalten, die Fonds der Allgemeinärzte werden abgeschafft, und die kurzfristigen Kontrakte durch 3-jährige Leistungsvereinbarungen ersetzt. Die neuen Organisationseinheiten werden als Erstversorgungsgruppen/-fonds bezeichnet. Labour setzt

³³³ Vgl. *Baggott R.*, 1997, S. 291

³³⁴ Ebenda, S. 292

³³⁵ Vgl. *Le Grand J.*, 1999, S. 28

³³⁶ Vgl. *Baggott R.*, 1997, S. 294

die Schwerpunkte verstärkt auf Qualität und Leistungsstandards, obwohl Effizienz nach wie vor eine tragende Rolle spielt. Die nationalen Leistungsrahmen setzen Standards und erstellen Leitlinien für bestimmte Krankheitsgruppen, das nationale Institut für klinische Exzellenz überprüft medizinische Methoden und verfasst klinische Leitfäden, und die Kommission zur Gesundheitsverbesserung überwacht die Leistungsqualität. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Zusammenarbeit des NHS mit den Lokalverwaltungen.³³⁷

Zu erzielende Wirkungen	Effizienz	Responsivität	Gerechtigkeit
Instrumente			
Wettbewerb	NEUTRAL	NEUTRAL	NEUTRAL
Leistungsinformation	POSITIV	POSITIV	POSITIV
Organisationsgröße	POSITIV	POSITIV	POSITIV

Tabelle 26. Beurteilungsrahmen der geplanten Wirkungen der Reformen von Labour

In Bezug auf die Leistung von NHS Trusts kann festgestellt werden, dass die Anzahl der abgeschlossenen Fälle von Fachärzten („FCEs“) - ein Standardindikator für die Leistung eines Krankenhauses³³⁸ - in den Jahren 1996/97 auf 1999/00 durchschnittlich um 2,7% pro Jahr und von 1999/00 auf 2000/01 um 0,8% auf 12,265 Millionen ansteigt.³³⁹ Die Effizienzgewinne flachen 1996/97 auf 0,2% ab und sinken auf -0,8% in den Jahren 1998/99. Es scheint, als ob die Effizienzsteigerungen, die Mitte der 90er Jahre erzielt wurden, eventuell nicht aufrechterhalten werden können.³⁴⁰ Die Rekrutierung von zusätzlichem Personal, Investitionen in die Ausbildung der Ärzte, die Modernisierung der Leistungen für Patienten mit Herzkrankheiten und die Kürzung der Wartezeiten sind allerdings Anzeichen positiver Wirkungen. Schließlich fallen im Jahr 2003 die Wartezeiten für Operationen, die mehr als ein Jahr beträgt, um 68% von 29.600 auf 9.600 Menschen.³⁴¹ Weiters werden die Patienten etwas stärker in die medizinischen Entscheidungen über ihre Gesundheit eingebunden. Die höheren Ausgaben für das Gesundheitssystem sowie die nationalen Standards, basierend auf den nationalen Leistungsrahmen und Leitfäden des NICE oder des Ministeriums, führen daher zu besseren und einheitlicheren Leistungen.³⁴² Laut dem Bericht der Kommission für Gesundheitsverbesserung („CHI“), sind die Verbesserungen der Leistungsbereitstellung allerdings nicht flächendeckend erkennbar. Die Veränderungen werden teilweise noch lückenhaft und inkonsistent implementiert. Wie bereits angedeutet, werden die Patienten stärker in den Leistungsprozess integriert, aber trotzdem gibt es nach wie vor Informationsasymmetrien zwischen dem klinischen Personal und den Patienten, die es zu beseitigen gilt, um der Öffentlichkeit die bestmögliche Nutzung der Leistungen gewähren zu können.³⁴³ Die Labour Strategie, eine Fülle von Zielsetzungen, Überwachungssystemen und nationalen Standards einzuführen, um die Leistungsunterschiede in den Griff zu bekommen, führt zu einer Überflutung mit Indikatoren, die sich als kontraproduktiv erweist. Die geplante

³³⁷ Vgl. Klein R., 1998, S. 112

³³⁸ Vgl. Le Grand, 2002 a, S. 118

³³⁹ Vgl. DoH, 2002 d, S. 61

³⁴⁰ Vgl. Le Grand, 2002 b, S. 141f

³⁴¹ Vgl. Klein R., 2004, S. 938

³⁴² Vgl. CHI, 2003, S. 39

³⁴³ Vgl. CHI, 2003, S. 40

Dezentralisierung soll die Lösung für diese Entwicklung sein. Diese Veränderungen, die Übertragung von Kompetenzen auf die lokale Ebene, die Schaffung von NHS Foundation Trusts und die Einführung von leistungsorientierter Entlohnung, versprechen eine positive Zukunft. Die Entwicklungen hängen aber letztendlich von der Implementierung ab.³⁴⁴ Dennoch bleibt es fraglich, ob die autonome Bedarfs- und Kapazitätsplanung der Erstversorgungsgruppen/-fonds und Krankenhäuser effizient sein wird.³⁴⁵ Ebenso gilt es abzuwarten, ob die Kaufentscheidungen der Erstversorgungsgruppen/-fonds tatsächlich den Bedürfnissen der Patienten entsprechen werden oder nicht.³⁴⁶ Die untenstehende Tabelle zeigt nun die Einordnung in die Public Choice Theorie der (bisherigen) tatsächlichen Ergebnisse der Reformen unter Labour.

Zu erzielende Wirkungen	Effizienz	Responsivität	Gerechtigkeit
Instrumente			
Wettbewerb	Schwach POSITIV	NEUTRAL	NEUTRAL
Leistungsinformation	Schwach POSITIV	POSITIV	Schwach POSITIV
Organisationsgröße	Schwach POSITIV	Schwach POSITIV	NEUTRAL

Tabelle 27. Beurteilungsrahmen der tatsächlichen Reformergebnisse von Labour

6.4. Schlussfolgerung

Aufgrund der Ausführungen kann festgestellt werden, dass die Public Choice Inhalte im Gesundheitsdienst nicht konsistent und kohärent verfolgt wurden. Die Konservativen befürworteten Wettbewerb, Leistungsinformation und kleinere Organisationseinheiten, in der Hoffnung, Effizienzsteigerungen und größere Responsivität zu erreichen. Die Labour Regierung hingegen versucht, den Wettbewerb durch Kooperation und Zusammenarbeit zu ersetzen, bevorzugt größere Einheiten und verfolgt ein ganzes System von Leistungsindikatoren und Leistungsbeurteilungen. Seit 1997 spielen nicht mehr nur Effizienz und Responsivität, sondern auch Gerechtigkeit verstärkt eine tragende Rolle. Die Anwendung der Public Choice Instrumente fand partiell statt, aber einzelne Elemente wurden ignoriert oder standen sogar im Widerspruch zueinander. Daher weichen die tatsächlichen Ergebnisse von den zu erzielenden Wirkungen ab.³⁴⁷ Generell hat es unter den Konservativen Effizienzgewinne gegeben, welche unter Labour abzuflachen scheinen.³⁴⁸ Die Leistungen konnten unter beiden Regierungen responsiver erbracht werden. Der Aspekt der Gerechtigkeit, der unter den Konservativen vernachlässigt wurde, taucht im Konzept von Tony Blair wieder verstärkt auf und zeigt seine Wirkung.³⁴⁹ Es sei noch anzumerken, dass es nur wenige Studien über diese Zusammenhänge gibt. Diese weisen allerdings darauf hin, dass

³⁴⁴ Vgl. Klein R., 2004, S. 941

³⁴⁵ Vgl. Baur et al., 2003, S. 73

³⁴⁶ Vgl. Klein R., 2004, S. 941

³⁴⁷ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 81

³⁴⁸ Vgl. Le Grand, 2002 b, S. 141f

³⁴⁹ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 82

das Fehlen von Daten eine Evaluierung erheblich erschwert und deren Gültigkeit beeinflusst.³⁵⁰

³⁵⁰ Vgl. Boyne et al., 2003, S. 81

Literaturverzeichnis

Ahmed P. K. und Cadenhead L., 1998, Charting developments in the NHS, Health Manpower Management, Vol.24, Nr.6, MCB University Press, S. 222-228

Baggott R., 1997, Evaluating Health Care Reform: The Case of the NHS Internal Market, Public Administration, Vol.75, S. 283-306

Baur et al., 2003, Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, *in*: Böcken, Butzlaff und Esche, Reformen im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 3. überarbeitete Auflage, S. 23-150

Boyne et al., 2003, Evaluating Public Management Reforms – Principles and practice, Open University Press

BRI (Bristol Royal Infirmary) Inquiry, 1999 a, Paper on Commissioning, Purchasing, Contracting and Quality of Care in the NHS Internal Market, S. 1-19

BRI (Bristol Royal Infirmary) Inquiry, 1999 b, BRI Inquiry Paper on Medical and Clinical Audit in the NHS, S. 1- 23

BRI (Bristol Royal Infirmary) Inquiry, 2000, Reforming the NHS: policy changes and their impact on professional and managerial organisation and culture 1984-1995, *in*: The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 - 1995: Learning from Bristol, S. 1-21

Britische Botschaft Berlin, 2003, Das Gesundheitssystem in Großbritannien, S. 1-4

Der **Brockhaus** in drei Bänden, 1995, 2.Band, 2. neu bearbeitete Auflage, Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus 1995

CHI (Commission for Health Improvement), 2003, "Getting better? A report on the NHS", S. 1-44

Corby S., 1999, The National Health Service, *in*: Horton S. und Farnham D., "Public Management in Britain", Palgrave Publishers Ltd., S. 180-193

Dixon A. und Robinson R., 2002, The United Kingdom, *in*: "Health care systems in eight countries: Trends and challenges", commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury, prepared by the European Observatory on Health Care Systems, S. 103-114

Dixon J., 2004, Payment by results-new financial flows in the NHS, British Medical Journal, Vol.328, S. 969-970

DoH (Department of Health), 1998, A First Class Service - Quality in the new NHS, London, S. 1-87

DoH, 2000, The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform, London, S. 1-144

DoH, 2001, Shifting the balance of power within the NHS – Securing delivery, London, S. 1-46

DoH, Juli 2002 a, NHS Performance Ratings – Acute Trust, Specialist Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts 2001/02, London, S. 1-34

- DoH**, April 2002 b, Delivering the NHS Plan - next steps on investment, next steps on reform, London, S. 1-44
- DoH**, Oktober 2002 c, Reforming NHS Financial Flows – Introducing payments by results, London, S. 1-25
- DoH**, Juli 2002 d, The Government's Expenditure Plans 2002-3 to 2003-4: Departmental Report 2002, London, Chapter 7 – S. 61-78
- DoH**, 2003, The Government's Expenditure Plans: Departmental Report 2003, S. 75-92
- Domberger et al. (Domberger S., Meadowcroft S. und Thompson D.)**, 1987, The Impact of Competitive Tendering on the Costs of Hospital Domestic Services, Fiscal Studies, Vol.8, No.4, S. 39-54
- Europäische Kommission**, 2003, Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003, Eurostat, Brüssel, S. 1-209
- Europarat und Eurostat**, 2002, Statistik kurz gefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen, „Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten in Europa für 2002“, Brüssel, S. 1-7
- European Observatory on Health Care Systems**, 1999, Health Care Systems in Transition – United Kingdom, S. 1-117
- Ham C.**, 1997, Health Care Reform – Learning from international experience, Open University Press
- Hood C.**, 1991, A Public Management for all seasons?, Public Administration, Vol.69, S. 3-19
- Ismayr W.**, 1999, Die politischen Systeme Westeuropas, 2., aktualisierte Aufl. – Opladen: Leske und Budrich
- Klein R.**, 1998, Why is Britain reorganising its Health Service – yet again, Health Affairs, Vol.17, Iss.4, S. 111-117
- Klein R.**, 2004, Britain's National Health Service Revisited, The New England Journal of Medicine, Vol.350, No.9, S. 937-942
- Koen V.**, 2000, OECD, Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom, Economics Department Working Papers No.256, S. 1-30
- Laing W.**, 1982, Contracting Out in the National Health Service, Public Money, S. 25-29
- Lapsley I.**, 1994, Market Mechanisms and the Management of Health Care – The UK Model and Experience, International Journal of Public Sector Management, Vol.7, No.6, S. 15-25
- Le Grand J.**, 1991, „Quasi-Markets and Social Policy“, The Economic Journal, No.101 (September 1991), S. 1256-1267
- Le Grand J.**, 1999, „Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service“, Health Affairs, Vol.18, No.3, S. 27-33
- Le Grand J.**, 2002 a, Further tales from the British National Health Service, Health Affairs, Vol.21, No.3, S. 116-122

Le Grand J., 2002 b, The Labour Government and the National Health Service, Oxford Review of Economic Policy, Vol.18, No.2, Oxford University Press and the Oxford Review of Economic Policy Limited, S. 137-153

Majeed A. und Malcolm L., 1999, Unified Budgets for Primary Care Groups, British Medical Journal, S. 772-776

Maxwell G., 1996, Changes in Britain's health care, JAMA, Vol.275, No.10, Health & Medical Complete, S. 789-793

Milne R.G., 1987, Competitive Tendering in the NHS: an economic analysis of the early implementation of HC(83)18, Public Administration, Vol.65, S. 145-160

NHS Executive, 1998, The New NHS – Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance, Consultation Document, S. 1-54

Nohlen D., 1986, Wahlrecht und Parteiensystem, Leske Verlag und Budrich GmbH

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), 1992, Public Management: Profiles 1992 - United Kingdom, Paris: OECD, S. 307-325

OECD, 2003, Health at a Glance – OECD Indicators 2003, Briefing Note (United Kingdom), S. 1-3

OECD, 2004, Economic Survey of the United Kingdom: activity-based funding, incentives and waiting times in health care, S. 1-5

Promberger K., Niederkofler C. und Bernhart J., 1991, Dienstleistungscharter. Was kann sich der Bürger von der öffentlichen Verwaltung erwarten?, Wien, S. 46-101

Powell M.A., 1997, Evaluating the National Health Service, Open University Press

Reichard C. und Röber M., 2001, Konzept und Kritik des New Public Management, *in*: Schröter E. (Hrsg.), Empirische Policy- und Verwaltungsforschung, Opladen 2001, S. 371- 391

Smith P.C., 1987, Performance Indicators in the National Health Service, Public Money, S. 35-39

Smith P.C., 2002, Performance management in British health care: Will it deliver?, Health Affairs, Vol.21, No.3, S. 103-110

Vall-Spinosa A., 1991, Lessons from London: The British Are Reforming Their National Health Service, American Journal of Public Health, Vol.81, No.12, December, S. 1566-1570

West P., 1997, Understanding the National Health Service Reforms – The Creation of Incentives?, Open University Press

Internetquellen

- Centre for Evidence-Based Medicine, Online im Internet URL: <http://www.cebm.net/glossary.asp> (Download: 09.11.2004)

- Hitiris Theodore, University Of York, 2002, Reforms of the UK's NHS, Online im Internet, unter URL: <http://www.ier.hit-u.ac.jp/pie/Japanese/discussionpaper/dp2002/dp125/text.pdf> (Download: 07.11.2004)

- OENB, Österreichische Nationalbank - Zinssätze und Wechselkurse, Online im Internet URL: http://www2.oenb.at/tridion/referenzkurse/eurokurs.php?contenturl=/de/rund_ums_geld/aktuelle_zinssatze_und_wechselkurse/wechselkurse/euro_referenz_und_wechselkurse.jsp (Download: 12.11.2004)
- Universität Bremen, Online im Internet URL: <http://pflegeprozess.biba.uni-bremen.de/> (Download: 26.02.04)
- WHO, Core Health Indicators, Online im Internet URL: <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=gbr> (Download: 16.02.2004)

Department of Health (DoH):

- DoH, 1997, The new NHS: Modern, Dependable, London, Online im Internet, URL: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/newnhs.htm> (Download: 06.08.2004), Kapitel 3-6:
 - <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper3.htm>
 - <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper4.htm>
 - <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper5.htm>
 - <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper6.htm>
- DoH, Online im Internet URL: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/AboutSocialCare/AboutSocialCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4002079&chk=cz%2BAxP (Download: 25.02.2004)

HMSOnline, Her Majesty`s Stationary Office:

- 1999 Health Act, Online im Internet URL: <http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1999/19990008.htm> (Download: 19.10.2004)
- Social and Health Care (Community Health and Standards) Act 2003, Online im Internet URL: <http://www.legislation.hmso.gov.uk/acts/acts2003/20030043.htm> (Download: 28.10.2004)

NHS Gateway, NHS Information Authority (NHSIA):

- NHS Gateway, Online im Internet URL: http://www.nhs.uk/thenhsexplained/history_1957.asp (Download: 15.12.2003)
- NHS Gateway, Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp> (Download: 25.02.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/pct/default.aspx> (Download: 06.09.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/history/1998toPresent.cmsx> (Download: 06.09.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/default.cmsx> (Download: 06.09.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL: <http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/special/default.aspx> (Download: 14.10.2004)

- NHS Gateway, Online im Internet URL:
<http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/care/default.aspx> (Download: 26.10.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL:
<http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/starRatings/default.cmsx> (Download: 28.10.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet URL:
<http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/mentalhealth/default.aspx> (Download: 30.10.2004)
- NHS Gateway, Online im Internet, unter ULR:
<http://www.nhs.uk/england/authoritiestrusts/acute/default.aspx> (Download: 30.10.2004)

Commission for Health Improvement:

- CHI, Online im Internet URL: http://www.chi.nhs.uk/Indicators_2004/home.asp (Download: 28.10.2004)

Healthcare Commission (CHAI):

- CHAI, Performance Ratings Methodology for 2003/04, Online im Internet URL:
http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_acute.doc
(Download: 28.10.2004)
- CHAI, Online im Internet URL:
http://www.healthcarecommission.org.uk/AboutUs/WhatIsTheHealthcareCommission/WhatIs/fs/en?CONTENT_ID=4000066&chk=jP1mlc (Download: 28.10.2004)
- CHAI, Online im Internet URL: <http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/>
(Download: 28.10.2004)
- CHAI, Online im Internet URL:
http://www.healthcarecommission.org.uk/AboutUs/WhatIsTheHealthcareCommission/StructureAndHistory/fs/en?CONTENT_ID=4000069&chk=L2mPuk (Download: 28.10.2004)
- CHAI, Online im Internet URL:
http://www.healthcarecommission.org.uk/YourLocalHealthServices/NHSTypeOfReport/fs/en?CONTENT_ID=4000145&chk=ChOPsp (Download: 31.10.2004)

Commission for Social Care Inspection (CSCI):

- CSCI, Online im Internet URL: http://www.csci.gov.uk/council_star_ratings/default.htm (Download: 30.10.2004)

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb.1. Struktur des Parlaments in Großbritannien</i>	2
<i>Abb.2. Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP</i>	6
<i>Abb.3. Dreiteilige Struktur des NHS 1948-1974</i>	8
<i>Abb.4. NHS 1974-82</i>	10
<i>Abb.5. Eckpfeiler des britischen Systems der sozialen Sicherung</i>	12
<i>Abb.6. NHS 1982</i>	16
<i>Abb.7. NHS Struktur 1984</i>	18
<i>Abb.8. Neue Struktur des NHS 1995</i>	25
<i>Abb.9. Käufer und Anbieter von Gesundheitsleistungen im internen Markt</i>	27
<i>Abb.10. Struktur des NHS seit 1998</i>	37
<i>Abb.11. Entwicklungsstufen der Erstversorgungsgruppen/-fonds</i>	39
<i>Abb.12. Eckpfeiler des Qualitätsmanagements</i>	44
<i>Abb.13. Elemente des neuen Qualitätsmanagements</i>	45
<i>Abb.14. Rolle des nationalen Instituts für klinische Exzellenz</i>	47
<i>Abb.15. Nettoausgaben für den NHS in Milliarden £ von 1996/97 bis 2007/08</i>	54
<i>Abb.16. Die Struktur des NHS 2004</i>	62

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1. Gesetzgebungsprozess</i>	4
<i>Tabelle 2. Bevölkerungsdaten und Gesundheitsindikatoren, 2001</i>	4
<i>Tabelle 3. Erhöhung der Lebenserwartung zwischen 1960 und 2000, EU-15</i>	5
<i>Tabelle 4. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2001, EU-15</i>	5
<i>Tabelle 5. Aufgaben der einzelnen Ebenen des NHS ab 1973</i>	9
<i>Tabelle 6. Zusammenfassung der Reformen von 1946 bis 1973</i>	11
<i>Tabelle 7. Ausbildung der Allgemeinärzte und Fachärzte</i>	14
<i>Tabelle 8. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1979 bis 1989</i>	19
<i>Tabelle 9. Auslagerung von Leistungen der Krankenhäuser und Lokalverwaltungen, 1980/81</i>	20
<i>Tabelle 10. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1989</i>	29
<i>Tabelle 11. Patients Charter</i>	32
<i>Tabelle 12. Zusammenfassung der Eckpunkte der Reformen von 1989 bis 1997</i>	33
<i>Tabelle 13. Hauptbereiche der Ausgaben für die Erstversorgungsgruppen</i>	40
<i>Tabelle 14. Aufgaben der Krankenhäuser</i>	41
<i>Tabelle 15. Bestandteile eines nationalen Leistungsrahmens</i>	48
<i>Tabelle 16. Nationale Leistungsbeurteilungsrahmen</i>	50
<i>Tabelle 17. Wartelisten und –zeiten (NHS Krankenhäuser in England)</i>	55
<i>Tabelle 18. Anzahl der in England tätigen NHS Ärzte aus UK und dem Ausland</i>	56
<i>Tabelle 19. Kernziele für Fonds außer PCG/PCTs</i>	58
<i>Tabelle 20. Indikatoren mit Patientenfokus</i>	59
<i>Tabelle 21. Indikatoren mit klinischem Fokus</i>	59
<i>Tabelle 22. Indikatoren mit klinischem Fokus</i>	60
<i>Tabelle 23. Fokus auf Public Choice Inhalte bei Reformprogrammen</i>	67
<i>Tabelle 24. Beurteilungsrahmen der geplanten Wirkungen der Reformen der Konservativen</i>	67
<i>Tabelle 25. Beurteilungsrahmen der tatsächlichen Reformergebnisse der Konservativen</i>	68
<i>Tabelle 26. Beurteilungsrahmen der geplanten Wirkungen der Reformen von Labour</i>	69
<i>Tabelle 27. Beurteilungsrahmen der tatsächlichen Reformergebnisse von Labour</i>	70

Anhang

NHS Performance Ratings – Acute Trusts 2001/02

ORGANISATION	RATING	KEY TARGETS										CLINICAL FOCUS						
		Eighteen month inpatient waits	Fifteen month inpatient waits	Twenty six week outpatient waits	Twelve hour trolley waits	Cancelled operations	Two week cancer waits	Improving working lives	Hospital cleanliness	Financial management	Clinical negligence	Death within 30 days of surgery (non-elective admissions)	Death within 30 days of a heart bypass operation	Emergency readmission to hospital following discharge	Emergency readmission to hospital following discharge for children	Emergency readmission to hospital following treatment for a fractured hip	Emergency readmission to hospital following treatment for a stroke	Returning home following hospital treatment for fractured hip
Acute Trusts																		
Addenbrooke's NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	1	1	3	3	3
Aintree Hospitals NHS Trust	***	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	1	n/a	3	3	3
Basildon and Thurrock General Hospitals NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	5	3	3	3	3
Blackburn, Hyndburn and Ribble Valley Health Care NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	1	3	3	3	1
Blackpool Victoria Hospital NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	3	1	3	3	3	3
Bradford Hospitals NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	5	5	3	3	3
Burnley Health Care NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	5	3	n/a	3	1	3	3	1
Calderdale and Huddersfield NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	5	n/a	3	3	3	3	5
City Hospitals Sunderland NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	4	3	n/a	3	5	3	3	3
Countess of Chester Hospital NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	5	3	n/a	5	3	3	3	3
Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	3	3	3	3	5
East Cheshire NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	3	3	3	3	3
East Gloucestershire NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	1	n/a	5	5	3	3	3
Essex Rivers Healthcare NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	1	n/a	5	3	3	3	3
Frimley Park Hospital NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	5	1	n/a	5	3	3	3	3
Gloucestershire Royal NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	5	3	3	1	3
Guy's and St Thomas' NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	4	5	3	3	5	3	3	3
Heatherwood and Wexham Park Hospitals NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1	3	n/a	5	1	3	3	3
Homerton University Hospital NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4	3	n/a	3	3	3	3	3
James Paget Healthcare NHS Trust, Norfolk	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	1	n/a	3	1	3	3	3
King's College Hospital NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	4	3	3	1	5	3	3	3

Coverage
n/a Not applicable a Data not available b Data not provided

Key Targets
✓ Achieved - Underachieved x Significantly underachieved

	PATIENT FOCUS														CAPACITY & CAPABILITY FOCUS					CHI
	Returning home following hospital treatment for stroke	Six month inpatient waits	Total inpatient waits	Thirteen week outpatient waits	Total time in A&E	Cancelled operations not admitted within a month	Heart operation waits	Breast cancer treatment	Delayed discharges	Inpatient survey – Coordination of care	Inpatient survey – Environment and facilities	Inpatient survey – Information and education	Inpatient survey – Physical and emotional needs	Inpatient survey – Prompt access	Inpatient survey – Respect and dignity	Data quality	Staff opinion survey	Junior doctors' hours	Sickness absence rate	
3	3	2	3	3	2	n/a	2	2	3	3	3	4	3	3	2	5	4	4	5	✓✓
3	3	3	3	1	3	n/a	5	3	3	4	4	4	2	4	4	2	3	3	4	n/a
3	4	3	4	1	3	n/a	5	1	2	2	2	2	2	1	5	3	3	3	4	n/a
3	3	3	4	4	3	n/a	5	5	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	n/a
3	3	3	3	4	5	1	2	5	3	4	3	3	3	3	4	a	5	2	3	n/a
3	3	4	4	4	5	n/a	5	5	4	3	2	3	4	3	2	a	3	3	4	✓✓
3	2	2	2	4	3	n/a	5	5	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	2	n/a
3	5	4	3	4	5	n/a	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	3	2	n/a
3	3	3	2	4	3	n/a	5	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	2	5	-
3	1	3	3	3	2	n/a	5	4	3	3	4	4	4	4	2	3	5	3	3	n/a
3	5	4	4	5	3	n/a	5	4	3	4	4	3	4	4	5	3	a	2	4	✓✓
3	4	1	2	3	2	n/a	3	4	4	4	4	3	3	3	5	3	3	2	4	n/a
3	4	3	4	5	3	n/a	5	3	4	3	4	3	4	2	4	5	2	3	3	n/a
1	3	3	2	3	5	n/a	5	4	2	3	3	2	3	2	4	2	3	4	4	n/a
1	3	3	3	3	3	n/a	3	1	3	3	2	3	2	3	3	4	4	5	4	✓✓
3	4	3	3	4	2	n/a	5	3	3	3	4	4	3	3	4	3	2	2	3	n/a
3	2	5	1	2	5	5	2	3	3	2	3	4	3	3	1	3	4	5	3	n/a
3	4	3	4	3	5	n/a	5	2	3	2	3	2	3	2	4	3	2	a	5	n/a
3	5	5	3	3	5	n/a	5	4	1	2	2	1	2	2	2	5	5	3	5	n/a
3	3	1	3	3	5	n/a	3	2	4	4	4	4	5	5	4	3	3	5	3	✓
3	3	3	4	2	3	5	5	3	2	1	2	2	3	2	2	3	4	3	5	n/a

Focus Areas
5 Significantly above average 4 Above average 3 Average 2 Below average 1 Significantly below average

CHI Review
n/a Not applicable ✗ Significant area of weakness - Some strengths ✓ Many strengths ✓✓ Significant strengths

ORGANISATION	RATING	KEY TARGETS				CLINICAL FOCUS		PATIENT FOCUS		CAPACITY & CAPABILITY FOCUS	
		Category A calls meeting 8 min target	Category A calls meeting 14/19 min target	Improving working lives	Financial management	Clinical negligence	Thrombolysis protocols and procedures	Category B/C calls meeting national 14/19 minute target	GP urgent calls meeting national 15 minute target	Staff opinion survey	Sickness absence rate
Ambulance Trusts											
Bedfordshire and Hertfordshire Ambulance and Paramedic Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	a	3	3	3	2
East Anglian Ambulance NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	3	3	4	3
Kent Ambulance NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	3	3	4	2
Lancashire Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	5	5	4	5	4	5
North East Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	3	3	2	3
Royal Berkshire Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	4	2	3	a
Shropshire's Community and Mental Health Services	***	✓	✓	✓	✓	4	a	5	5	a	4
Staffordshire Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	5	4	3	3
Surrey Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	a	3	3	4	4
Two Shires Ambulance NHS Trust, Milton Keynes	***	✓	✓	✓	✓	4	5	5	4	4	4
Warwickshire Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	3	4	3	4
West Midlands metropolitan Ambulance Service NHS Trust	***	✓	✓	✓	✓	4	5	3	2	2	4
Cumbria Ambulance Service NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	2	5	3	5	4	3
East Midlands Ambulance Service NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	4	5	1	2	2	3
Essex Ambulance Service NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	4	5	3	4	2	1
Gloucestershire Ambulance Services NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	2	a	4	4	3	2
Greater Manchester Ambulance Service NHS Trust	**	✓	-	✓	✓	4	5	2	1	3	4
Hereford and Worcester Ambulance Service NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	4	5	4	3	1	3
Isle of Wight Healthcare NHS Trust	**	✓	✓	✓	-		a	5	5	5	5
Lincolnshire Ambulance and Health Transport Service NHS Trust	**	✓	✓	✓	✓	5	5	4	3	a	1
London Ambulance Service NHS Trust	**	✓	-	✓	✓	5	a	1	1	5	3

Coverage
n/a Not applicable a Data not available b Data not provided

Key Targets
✓ Achieved - Underachieved × Significantly underachieved

ORGANISATION	RATING	KEY TARGETS						CLINICAL FOCUS				PATIENT FOCUS	CAPACITY & CAPABILITY FOCUS				
		Assertive outreach teams	CMHT integration	Twenty six week outpatient waits	Improving working lives	Hospital cleanliness	Financial management	Clinical negligence	Psychiatric readmissions	Preventing suicide	CPA systems		Thirteen week outpatient waits	Missed outpatient appointments	Staff opinion survey	Junior doctors' hours	Sickness absence rate
Mental Health Trusts																	
Bamsley Community and Priority Services NHS Trust	★★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	4	5	5	3	2	3	5	4	a
Dorset Health Care NHS Trust	★★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	5	4	5	5	3	3	5	4	a
Guild Community Healthcare NHS Trust, Preston	★★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	5	2	5	5	3	a	5	3	a
South Birmingham Mental Health NHS Trust	★★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	3	3	5	3	2	3	5	5	3
Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust ¹	★★	✓	✓	✓	✓	✓	×	5	4	4	2	5	3	3	1	3	4
Berkshire Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	3	a	5	3	5	a	3	5	a
Black Country Mental Health NHS Trust	★★	×	✓	✓	✓	a	✓	5	3	3	5	4	1	a	5	a	4
Blackpool, Wyre and Fylde Community Health Services NHS Trust	★★	×	✓	✓	✓	✓	✓	5	4	a	a	4	4	2	5	a	a
Bournemouth Community and Mental Health NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	a	✓	5	a	a	5	3	4	a	5	1	a
Bradford Community Health NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	5	4	2	3	4	3	5	4	3
Buckinghamshire Mental Health NHS Trust	★★	×	✓	✓	✓	✓	✓	3	4	4	5	3	3	3	n/a	3	2
Community Health Care Service (North Derbyshire) NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	4	5	2	2	3	3	a	4	a
Community Health Sheffield NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	3	4	5	1	2	5	5	2	a
Corwall Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	×	5	a	a	5	3	3	3	5	3	a
County Durham and Darlington Priority Services NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	5	4	5	3	3	1	5	4	3
Coventry Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	3	2	a	3	2	5	5	2	a
Doncaster and South Humber Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5	2	3	5	5	2	3	a	4	a
Dudley Priority Health NHS Trust	★★	×	✓	✓	✓	✓	✓	5	3	3	5	5	3	a	5	4	a
East Kent Community NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	1	1	5	2	4	2	a	3	a
Eastbourne and County Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	a	a	5	3	4	4	5	4	a
Harrow and Hillingdon Healthcare NHS Trust	★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3	a	a	5	4	1	a	2	a	a

Coverage
n/a Not applicable a Data not available b Data not provided

Key Targets
✓ Achieved - Underachieved × Significantly underachieved