



*Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse (Hrsg.)*

# Gesundheitspolitik in Industrieländern 13

- Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise
- Wettbewerb und Regulierung
- Evaluation im Gesundheitswesen

*Sophia Schlette, Kerstin Blum,  
Reinhard Busse (Hrsg.)*

# **Gesundheitspolitik in Industrieländern 13**

Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik in Zeiten  
der Krise, Wettbewerb und Regulierung,  
Evaluation im Gesundheitswesen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 E-Book-Ausgabe (PDF)

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Dr. Arno Kappler, Soest*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlaggestaltung: *Nadine Humann*

Umschlagabbildung: *Aperto AG, Berlin*

Satz und Druck: *Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld*

ISBN 978-3-86793-096-3

[www.bertelsmann-stiftung.de/verlag](http://www.bertelsmann-stiftung.de/verlag)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>Krise oder Chance? Gesundheitspolitik und Finanzdebakel</b> ...	13
<i>Estland</i> : Finanzkrise führt zu Einschnitten im Gesundheitswesen .....	23
<i>Österreich</i> : Die Krise als Chance .....	26
<i>USA</i> : Obamas »Genesungspaket« fördert Informations- technologien und vergleichende Nutzenbewertung .....	29
<i>USA</i> : Wird Medicare universellen Kranken- versicherungsschutz bieten? .....	33
<b>Wettbewerb und Regulierung:</b>	
<b>Wie das Gleichgewicht finden?</b> .....	37
<i>Niederlande</i> : Erste Ergebnisse des »gesteuerten Wettbewerbs« .....	41
<i>Singapur</i> : Arzthonorare werden wieder reguliert .....	46
<i>USA</i> : Licht ins Dunkel um Pharmaindustrie und Ärzte .....	48
<b>Evaluierung: Immer noch das Stiefkind</b> .....	53
<i>Kanada</i> : Evaluierung legt mehr integrierte Versorgung nahe .....	58
<i>Neuseeland</i> : Primärversorgungsreform wertet Pflegekräfte auf .....	61
<i>USA</i> : Verbessern günstigere Pflegeschlüssel die Qualität? ...	64
<i>Frankreich</i> : Evaluierung des Krebsplans zeigt Schwächen auf .....	68
<i>Israel</i> : Aufsuchende Primärversorgung bringt mehr Qualität .....	71

<b>Krankenhäuser: Wie mit dem Umfeld verknüpfen?</b> .....	75
<i>Kanada</i> : Kürzere Wartezeit in der Notaufnahme .....	81
<i>Neuseeland</i> : Maximal sechs Stunden in der Notaufnahme ...	83
<i>Südkorea</i> : Gemeinnützige Kliniken versorgen sich am Kapitalmarkt .....	86
<i>Dänemark</i> : Krankenhausprivatisierung und Langzeitreform .....	88
<i>Polen</i> : Turbulenter Streit um die »Privatisierung« von Krankenhäusern .....	90
<i>Australien</i> : Krankenhausreform in nur einem Bundesstaat ...	92
<b>Prävention? Na klar. Bloß wie?</b> .....	95
<i>Dänemark</i> : Längere Lebenserwartung durch Prävention ....	101
<i>Großbritannien</i> : Gesünderes Verhalten wird gefördert .....	103
<i>Finnland</i> : Schärfere Antitabakgesetze .....	106
Israel: Rauchen aufhören mit dem Computer .....	108
<b>Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Lippenbekenntnis oder mehr?</b> .....	111
<i>Singapur</i> : Legaler Handel mit menschlichen Organen? ....	115
<i>Großbritannien</i> : Neustart für den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheit .....	117
<i>Frankreich</i> : Urbane Gesundheitsnetzwerke für gerechte Gesundheitschancen .....	119
<i>Südkorea</i> : Differenzierte Deckelung für Zuzahlungen .....	122
<b>Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik</b> .....	125
Vorbereitung und Vorgehen bei der Berichterstattung .....	127
Auswahlkriterien .....	127
Politikbewertung .....	129
Projektmanagement .....	130
<b>Reformverzeichnis nach Ländern</b> .....	131
<b>Reformverzeichnis nach Themen</b> .....	149

# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Herbst 2009, während dieser Band entsteht, scheint die Weltwirtschaft sich gerade von der größten Krise seit der Großen Depression der 30er Jahre zu erholen. Die Stabilisierung, die sich abzeichnet, scheint allerdings noch nicht allzu robust, und glaubt man dem World Economic Outlook des Weltwährungsfonds vom Oktober 2009, wird die versprochene Erholung äußerst schleppend verlaufen.

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise ist das Thema des 13. Bandes von *Gesundheitspolitik in Industrieländern*. Der vorliegende Band zeigt die Probleme und Gefahren auf, in die die Krise so manches Gesundheitswesen gestürzt hat, fragt aber auch nach Reformchancen, die sich in dieser Lage bieten. Bei der Analyse dieser Situation muss die Währungsentwicklung eine Rolle spielen, denn ein schwacher Wechselkurs verteuert gerade in produktionschwachen Ländern, die auf Importe von Arzneimitteln und Medizintechnik angewiesen sind, Gesundheitsleistungen enorm. Vor allem aber stehen krisenbedingt allen Gesundheitssystemen der Welt weniger Mittel zur Verfügung, sei es wegen sinkender Steuereinnahmen oder wegen steigender Arbeitslosigkeit.

Bei den Reaktionen auf die Krise zeichnen sich in den Ländern unseres Netzwerks zwei Muster ab. Manche Länder fahren ihre Gesundheitshaushalte zurück. In Estland etwa hat die Regierung der nationalen Krankenversicherung enorme Einschnitte zugemutet. In anderen Ländern dagegen, etwa in Österreich und den USA, wo die Krise jahrzehntealte, hausgemachte Probleme verschärft hat, haben die Regierungen mit einer Ausweitung ihrer Ausgaben reagiert. In Österreich, wo steigende Arbeitslosigkeit

**Gesundheitspolitik  
in Zeiten der Krise**

**Den Haushalt  
kürzen oder  
ausweiten?**

keit die Einnahmen der Kassen sinken lässt, ruft die Regierung einen neuen, steuerfinanzierten Gesundheitsfonds ins Leben. In den USA versucht Präsident Barack Obama, den Kampf gegen die Krise für eine große Gesundheitsreform zu nutzen. Das »Genesungsgesetz«, im Februar 2009 verabschiedet, stellt Mittel für erhebliche Investitionen in die Gesundheits-Informationstechnologie und die vergleichende Effektivitätsforschung bereit. Gegen immer heftigere, teils wütende Opposition seitens der Republikaner und in den eigenen Reihen setzt Obama sich auch weiterhin für eine allgemeine Krankenversicherung ein.

**Wettbewerb und  
Regulierung im  
rechten Verhältnis**

Die Einführung von Marktmechanismen steht derzeit in der öffentlichen Debatte zwar eher gering im Kurs. Dennoch gehört es bei vielen Beobachtern und Politikern zum nicht weiter hinterfragten Grundwissen, dass mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, sei es zwischen Anbietern oder zwischen Versicherern, zu mehr Wahlfreiheit für informierte Verbraucher und zu effizienterer Ressourcennutzung führe – erst diesen Sommer wieder im Papier »Effiziente und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähigere Finanzpolitik in Deutschland« von Rürup und Kollegen für das Bundesfinanzministerium nachzulesen. Zugleich stellt mehr Wettbewerb eine große Herausforderung dar: Lässt eine Regierung mehr Marktmechanismen zu, wird ihre eigene Regulierungsfunktion gleichzeitig komplexer. Denn mehr Markt bedeutet immer zugleich auch mehr Staat. Die Kunst erfolgreicher Steuerung besteht dann darin, die (hoffentlich) positiven Wirkungen des Wettbewerbs als eines von diversen Steuerungsinstrumenten zu nutzen und unerwünschte Wirkungen abzumildern. Kapitel 2 zeigt, wie so unterschiedliche Gesundheitssysteme wie das deutsche oder das niederländische auf der einen und das der USA und Singapurs auf der anderen Seite mit dem Problem umgehen.

**Evaluation statt  
Springprozeession**

In der Politik schaut man meist lieber in die Zukunft als zurück. Aber wer etwa die Sicherheit von Patienten verbessern und dem Einzelnen und der Gesellschaft die beste Gesundheitsversorgung angedeihen lassen will, kommt ohne den Blick zurück nicht aus. In der Medizin gewinnt die evidenzbasierte Versorgung immer mehr an Akzeptanz. Instrumente wie die Gesundheitsfolgenabschätzung und die vergleichende Effektivitätsforschung verbreiten sich von Land zu Land. Gleichzeitig setzt sich die Erkenntnis

durch, wie nützlich es wäre, auch politische Entscheidungen einer evidenzbasierten Evaluierung zu unterziehen. Obwohl sich aus vergangenen gesundheitspolitischen Reformen – gern in Form der Echternachschen Springprozedur – viele Lehren ziehen lassen könnten, wird der Versuch kaum unternommen. Und selbst wenn wir uns die Zeit nehmen, die Wirkung einer Gesundheitsreform zu studieren, tun wir es oft nachlässig. Kapitel 3 beschreibt Evaluierungen aus fünf Ländern, einige erfolgreich, andere weniger, und ihre jeweiligen Erkenntnisse und Konsequenzen.

Schließlich bieten wir Einblick in andere wichtige Felder der Gesundheitspolitik, die in den Zeiten der Krise noch an Bedeutung gewinnen. Wie lässt sich stationäre Versorgung mit anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung koordinieren – und das möglichst effizient und patientenorientiert? Können wir den Trend zum ungesunden Leben in Industrieländern umkehren? Wie lässt sich die wachsende Besorgnis über gesundheitliche Ungleichheit in Politik umsetzen? Die Kapitel 4, 5 und 6 geben einige Antworten.

Quellen dieses Buches waren die Expertenberichte des Internationalen Netzwerks für Gesundheitspolitik und -reform sowie weitere Materialien, die am Ende jedes Kapitels angeführt sind. Der vorliegende Band stellt die Ergebnisse der dreizehnten halbjährlichen Berichtsrunde vor und umfasst den Zeitraum von Oktober 2008 bis April 2009. Unser Dank gilt Norbert Mappes-Niediek, Autor und freier Journalist, für seine Hilfe bei der Erstellung des deutschsprachigen Manuskripts sowie allen Experten der Partnerorganisationen und ihren Ko-Autoren: Ain Aaviksoo, Gerard Anderson, Toni Ashton, Miriam Blümel, Jean-Luc Brame, Chantal Cases, Terkel Christiansen, Elena Conis, S. Fleishman, Margalit Goldfracht, Revital Gross, Marion Haas, Maria M. Hofmarcher, Jessica Holzer, Nathan Kahan, C. Key, Eliezer Kitai, Iwona Kowalska, Soonman Kwon, Siret Läänelaid, Niki Liberman, Lim Meng Kin, Véronique Lucas, Hans Maarse, Margaret MacAdam, Allon Margalit, Eran Matz, Kjeld Møller Pedersen, Diana Ognyanova, Adam Oliver, Zeynep Or, Tanaz Petigara, Laura Schang, Jytte Seested Nielsen, Tim Tenbensen, Daniel Vardy, Lauri Vuorenkoski und O. Jakobson.

Was 2003 als schmale Broschüre begann, hat sich über die Jahre zu einer ansehnlichen Halbjahrespublikation ausgewach-

**Krankenhäuser,  
Prävention und  
gesundheitliche  
Ungleichheit**

**Berichtszeitraum:  
Herbst 2008 bis  
Frühjahr 2009**

**Zurück und nach  
vorne schauen**



sen. Zweimal im Jahr haben wir Sie mit aktuellen gesundheitspolitischen Trends und Analysen aus 20 Industrieländern auf der ganzen Welt versorgt. Wir haben nicht nur Neuigkeiten von allen Feldern der Gesundheitspolitik gesammelt. Mit thematischen Einführungen haben wir darüber hinaus versucht, die Neuigkeiten und Erfahrungen aus dem Ausland für die Reformdiskussionen in Deutschland nutzbar zu machen.

**Buchserie läuft  
aus**

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und hoffen, dass die Lektüre unserer Bücher für Sie so informativ und anregend ist, wie die Produktion es für uns war. Nach sechs Jahren haben wir uns nun entschlossen, bei der Verbreitung der Erkenntnisse des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik neue Wege zu gehen.

**Neue Formate  
in Arbeit**

Wir werden uns Zeit nehmen, um zu erarbeiten, wie wir am besten auf den Stärken unserer Bücher aufbauen und welche neuen Wege der modernen Kommunikation wir beschreiten wollen, um Ihnen weiterhin zeitnah eine zuverlässige und umfassende Informationsquelle zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in Industrieländern zu bieten. Ihre Anregungen und Ideen für Formate und Schwerpunkte sind uns herzlich willkommen.

**Gesundheitspolitik,  
mehr als Ökonomie  
und Medizin**

Unsere Arbeit mit dem Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik geht selbstverständlich weiter. In den letzten sieben Jahren haben wir erfolgreich eine Nische zwischen Gesundheitsökonomie und Public Health erobert, in der wir die Gesundheitspolitik weltweit, mit ihren Chancen für Reformen, ihrer Komplexität angesichts eines sich ständig verändernden Umfelds – Fortschritt, Forschung, Demographie – und daher beweglichen politischen Zielen mit wechselnden Allianzen auf der Suche nach besserer Versorgung (oder höherem Gewinn) aufmerksam im Auge behalten haben. Das Interesse an klugen Lösungen aus dem Ausland, die sich – entsprechend angepasst – übertragen lassen, und das Interesse an unserem besonderen, internationalen *und* politischen Blickwinkel ist ständig gewachsen, und wir haben allen Grund, in unserer gar nicht so kleinen Nische zu verweilen.

Wie bisher wird unsere Website, der HealthPolicyMonitor ([www.hpm.org](http://www.hpm.org)), Ihnen kostenlosen Zugang zu den halbjährlichen Expertenberichten und allen Publikationen und Informationen unseres Projekts bieten. Wir werden Sie auch weiterhin über unsere Arbeit auf nationalen und internationalen Konferenzen auf

dem Laufenden halten. Wir sind für Präsentationen, Interviews und Networking erreichbar und versorgen Sie gern mit Hintergründen zu gesundheitspolitischen Debatten.

Wir hoffen auf informative Lektüre und freuen uns wie immer über Rückmeldungen und Vorschläge.

*Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse*

# Krise oder Chance?

## Gesundheitspolitik und Finanzdebakel

*»Gerade als der Bedarf an staatlicher Kontrolle wuchs,  
wurde die Staatsaufsicht gemindert.  
Das musste in die Katastrophe führen.«*  
Nobelpreisträger Amartya Sen, März 2009

Das Desaster blieb nicht aus. Nachdem im September 2008 in den USA der Hypothekenmarkt zusammengebrochen war und innerhalb von Monaten weltweit mehrere Billionen Dollar von den Guthaben verschwanden, nahm die Finanzkrise Millionen Menschen die Arbeit und trieb viele andere in die Reihen der »working poor«, derjenigen also, die von den Erträgen ihrer Arbeit nicht mehr leben können. Hoch entwickelte Volkswirtschaften erlebten im letzten Quartal 2008 eine nie da gewesene Rezession mit einem Rückgang von 7,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts – und mehr. Für 2009 wird in Ländern, die zusammen drei Viertel der Weltwirtschaftsleistung erbringen, die Rezession mit hoher Wahrscheinlichkeit anhalten (IWF 2009a), und obwohl die weltweite Wirtschaft im Herbst 2009 die Talsohle durchschritten zu haben scheint, bleiben die Wachstumsaussichten auch für die kommenden Jahre unsicher (IWF 2009b). Das Zusammentreffen von ausbleibenden Steuereinnahmen und steigenden Ausgaben für Hilfs- und Rettungspakete hat der Krise zusätzlich Nahrung gegeben. In vielen Ländern verschärfen Währungsverfall, Dominoeffekte in der Wirtschaft und rapide Preissteigerungen die Probleme der Menschen und ihrer Regierungen.

Dass die Krise in Ländern mit hohem Einkommen die wichtigsten Gesundheitsindikatoren wie die Sterblichkeit und die Lebenserwartung negativ beeinflussen könnte, gilt nach einer ersten Untersuchung vom April 2009 als eher unwahrscheinlich. Stattdessen könnten diese – sehr allgemeinen – Parameter sich trotz Krise unter dem Strich noch verbessern (Suhrcke und Stuckler 2009). Während viele Industriezweige Arbeit abbauen, bleibt im Gesundheitssektor der Beschäftigungsstand interessanterweise stabil, und manche westeuropäischen Länder verzeichne-

**Die programmierte  
Katastrophe**

**Krise und  
Gesundheit:  
Gemischte  
Auswirkungen**

ten für das Jahr 2008 sogar noch ein Beschäftigungswachstum (WHO 2009). Die am stärksten von der wachsenden Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen dagegen, besonders die Arbeitslosen, werden voraussichtlich sowohl absolut als auch im Verhältnis zu den Wohlhabenden gesundheitliche Einbußen erleiden. So vorläufig sie sind, werden diese Schätzungen doch von anderen Forschern bekräftigt. In einem Aufsatz für das *British Medical Journal* zu den möglichen Folgen der Krise für die Gesundheit verweisen Michael Marmot und Ruth Bell auf Studien, die bei Arbeitslosen von einer um 20 bis 25 Prozent höheren Mortalitätsrate als bei Angehörigen vergleichbarer sozialökonomischer Gruppen ausgehen (Marmot und Bell 2009).

**Sinkender  
Wechselkurs,  
steigende Kosten**

Jede Abschätzung, was die Krise für die Gesundheitspolitik bedeutet, muss auch die Auswirkungen von Wechselkursschwankungen und, damit verbunden, Preissteigerungen für gesundheitsbezogene Waren und Dienstleistungen berücksichtigen. Nach den Zahlen des Weltwährungsfonds (IWF) sind US-Dollar, Euro und Yen seit September 2008 stärker geworden, ebenso die an den Dollar gebundenen chinesischen Währungen. Gleichzeitig haben sich die Kurse der meisten Währungen von Entwicklungs- und Transformationsländern deutlich abgeschwächt (IWF 2009). Zwischen Sommer 2008 und Frühjahr 2009 hatte der polnische Zloty gegen den Dollar mehr als ein Drittel seines Werts verloren, der ukrainische Rubel sogar fast zwei Drittel, und die Arzneimittelpreise waren in der Folge etwa in der Ukraine um bis zu 30 Prozent gestiegen (WHO 2009).

**Estland spürt  
die Krise**

Wie in vielen anderen mittel- und osteuropäischen Ländern hat sich auch in den baltischen Staaten das Verhältnis von Staatseinnahmen zu öffentlichen Ausgaben dramatisch verschlechtert (WHO 2009). Estland erwartet für 2009 einen Rückgang des Bruttoinlandsprodukts um 10 bis 15 Prozent (siehe den Bericht zu Estland, S. 23). Der Einbruch folgt hier, ähnlich wie in einigen anderen Übergangsländern, auf eine Phase rapiden Wachstums. In Estland lag das jährliche BIP-Plus zwischen 2000 und 2007 im Durchschnitt bei 8,2 Prozent (Statistics Estonia 2009). Als Antwort auf die Krise hat die estnische Regierung nun eine Reihe von Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung beschlossen. So wurden die Mittel für die nationale Krankenversicherung drastisch beschnitten. Gelitten hatten die Einnahmen der nationalen

Krankenkasse aber schon zuvor durch den Einbruch bei den Löhnen und Gehältern in der Privatwirtschaft, denn Sozialabgaben auf Löhne und Gehälter decken in Estland den größten Anteil der Gesundheitskosten. Weitere unpopuläre Maßnahmen betreff Steuererhöhungen für Arzneimittel, Mehrarbeit ohne Lohnausgleich für einen Teil des Krankenhauspersonals und eine Ausweitung der unbezahlten Karentage im Krankheitsfall.

Auch in Österreich, einem klassischen mitteleuropäischen Sozialversicherungsland, brachte die Krise einen massiven Anstieg der Arbeitslosigkeit und einen spürbaren Rückgang des Bruttoinlandsprodukts, das nach der Schätzung 2009 um 2,7 Prozent einbrechen soll (siehe den Bericht zu Österreich, S. 26). Auch in Österreich wird der Beschäftigungsrückgang die Einnahmen der Krankenkassen belasten. Schon 2008 meldeten die österreichischen Krankenkassen ein Defizit von 1,2 Milliarden Euro, 8,5 Prozent der Jahreseinnahmen. Für 2009 werden noch höhere Zahlen erwartet. Als Antwort sowohl auf das historische Problem der Kassendefizite als auch auf die aktuelle Finanzkrise will die österreichische Regierung einen neuen, steuerfinanzierten Strukturfonds einrichten und mittels neuer Gesetze Kostenerstattungen an Effizienz, Kostendämpfung und eine Reihe anderer Kriterien binden.

Im Kommuniqué der Staats- und Regierungschefs nach ihrem G20-Gipfel im April 2009 heißt es, gravierendes Versagen auf dem Finanzsektor sowie bei der Regulierung und in der Finanzaufsicht sei grundlegend für die Entstehung der Krise gewesen (G20 2009). In seinem ebenfalls im April herausgegebenen World Outlook beschreibt auch der Internationale Währungsfonds (IWF) politisches Versagen als Wurzel des Marktversagens in der gegenwärtigen Krise. Die Regulierung der Finanzmärkte habe nicht ausgereicht, die Konzentration von Risiken und falschen Anreizen hinter dem Boom an finanztechnischen Innovationen anzugehen (IWF 2009a). Die Herausforderung sei nun, so der IWF, die Parameter der Regulierung zu erweitern. Mit ähnlicher Stoßrichtung forderten die Staats- und Regierungschefs der G20 von den Regierungen einen stärkeren Aufsichts- und Regulierungsrahmen. Ob diese neue Hinwendung zu stärkerer Regulierung der Finanzmärkte ihre Auswirkungen auch auf Debatten über die Natur von Gesundheitssystemen haben wird, darf mit Spannung erwartet werden.

**Österreichs  
Kranken-  
versicherung:  
Mehr Kompetenzen  
für die Regierung**

**Schwache  
Regulierung als  
Hauptübel**

**Gesundheit  
ist sozial  
vorherbestimmt**

Exakt zur gleichen Zeit, da die Krise das Marktversagen an den Tag bringt und Forderungen nach strengerer Regulierung Auftrieb gibt, wird in gesundheitspolitischen Debatten immer mehr der Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheit betont. Wenn es um mehr Gesundheit für alle geht, fordern manche Stimmen ein grundsätzliches Umdenken. Ende August 2008, nur Tage, bevor die Finanzmärkte kollabierten, publizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht ihrer Kommission zu sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit. Der Bericht zeigt: Die Umstände, unter denen Menschen geboren werden, unter denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern, bestimmen wesentlich auch ihre Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health 2008). Anfang 2009 prognostizierte der Vorsitzende der WHO-Kommission, Michael Marmot, die Finanzkrise werde die soziale Ungleichheit verschärfen, und warnte vor schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der Menschen, vor allem in Entwicklungsländern.

**Eine neue  
Wirtschafts-  
ordnung?**

Mit Blick auf die nach wie vor dominante Rolle der Märkte kritisierte Marmot den Mangel an Fairness in den weltweiten Wirtschaftsbeziehungen. Er umriss die Notwendigkeit eines neuen Plans, bei dem die Gerechtigkeit im Zentrum stehen müssen, und einer neuen Wirtschaftsordnung, die eine »faire Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen« gewährleisten müsse (Marmot und Bell 2009). Andere Beobachter des komplexen Verhältnisses zwischen Gesundheit und Wohlstand geben freilich andere Antworten.

**Keine  
Notwendigkeit  
für »Kapitalismus  
neu«**

In einer Betrachtung zur aktuellen Krise kommt der Wirtschafts-Nobelpreisträger Amartya Sen zu der Überzeugung, die Zeit rufe nicht nach einem »neuen Kapitalismus«, sondern nach einem neuen Verständnis älterer Gedanken zum Wirtschaftssystem, der bahnbrechenden Ideen etwa eines Adam Smith (Sen 2009). In der Tat sei Umsicht (*prudence*) die Tugend, die dem Individuum am meisten zugute komme, zitiert Sen Adam Smith – ganz entgegen der üblichen Wahrnehmung Smith'scher Grundsätze. Zu Wohl und Wehe der anderen schließlich seien nach Smith Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Großzügigkeit und Sinn für die Allgemeinheit die nützlichsten Tugenden. Die Verfechter des entfesselten Kapitalismus hätten in Wahrheit Adam Smiths Vermächtnis verfälscht. Als Schlussfolgerung eines langen Auf-

satzes vom März 2009 fordert Sen keine neue Wirtschaftsordnung, sondern eine »klarere Wahrnehmung«, wie staatliche Institutionen auf der einen und Märkte auf der anderen Seite dazu beitragen können, eine bessere Wirtschaftswelt zu schaffen.

Als Schlüsselbeispiel für die notwendige Wandlung zu einer besseren Welt verweist Sen besonders auf die Gesundheitssysteme und das generelle Erfordernis eines Krankenversicherungsschutzes (Sen 2009). Das Versagen der US-Marktmechanismen bei der Bereitstellung von Gesundheit für alle ist für Sen ungeheuerlich, ebenso wie die Tatsache, dass die Volksrepublik China 1979 den universellen Krankenversicherungsschutz abschaffte – dies habe dort Fortschritte bei der Verbesserung des Gesundheitsstatus abrupt beendet. Er vergleicht die Situation Chinas mit der im indischen Bundesstaat Kerala, der seit Jahrzehnten eine bezahlbare Gesundheitsversorgung seiner Bürger sicherstelle und China in der Lebenserwartung und der Verminderung der Säuglingssterblichkeit überholt habe. Mit Blick auf Bemühungen von Politikern in China und den USA, den Mangel an universeller Gesundheitsversorgung zu korrigieren, stellt Sen fest: »Diese Korrekturen haben noch einen weiten Weg vor sich. Aber sie sollten ein zentrales Element bei der Bewältigung der Wirtschaftskrise sein« (Sen 2009, eigene Übersetzung).

Die neue US-Regierung fand sich unversehens vor der Aufgabe wieder, gleichzeitig die Finanzkatastrophe und die andauernde Strukturkrise der Gesundheitsversorgung bewältigen zu müssen. Präsident Barack Obama und seinen Demokraten dient dabei der Kampf gegen die Finanzkrise in gewisser Weise als Druckmittel, um grundlegende gesundheitspolitische Reformen voranzubringen. Kurz nach Erscheinen von Sens Artikel veröffentlichte der mächtige Finanzausschuss des US-Senats eine Reihe von Arbeitspapieren zu den verschiedenen Optionen der Gesundheitspolitik, den Krankenversicherungsschutz auszuweiten, Versorgungssysteme zu reformieren und eine umfassende Strukturreform zu finanzieren (Senate Finance Committee 2009a–d). Die Arbeitspapiere sind Teil einer noch viel weitergehenden Debatte und machen zumindest klar, dass die Politiker in den USA sich über das Ausmaß der Krise ihres Gesundheitswesens und über die Dringlichkeit grundlegender Reformen keine Illusionen machen. »Es ist mehr und mehr offensichtlich geworden, dass die

**Chance für ein  
neues US-Gesund-  
heitssystem**

**USA: Krise im  
Finanz- und  
Gesundheitswesen**

Art, wie bei uns Gesundheitsversorgung finanziert wird, nicht immer zur richtigen Versorgung für jeden Patienten zur rechten Zeit führt. Das gegenwärtige Finanzierungssystem belohnt Anbieter oftmals für die Quantität ihrer Leistungen statt für deren Qualität« (Senate Finance Committee 2009a, eigene Übersetzung).

**20 Prozent des BIP  
für Gesundheit**

Die Papiere des Finanzausschusses konstatieren, dass die USA schon heute rund 17 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung aufwenden und dass dieser Anteil im kommenden Jahrzehnt auf 20 Prozent und darüber steigen könnte. Trotzdem sind 47 Millionen Menschen gar nicht und weitere 25 Millionen unterversichert; die USA schneiden auf vielen Versorgungsgebieten schlecht ab (Senate Finance Committee 2009a).

**Gesundheitsreform  
als Teil des  
»Genesungs-  
pakets«**

Was der Finanzausschuss des Senats an Reformen ventiliert und debattiert, geht deutlich hinaus über die Gesundheitsreformen, die im Februar 2009 im »Gesetz zur Genesung der Nation« (ARRA – Recovery Act) enthalten waren (siehe Bericht zu den USA, S. 29). Damit wurden zunächst einige von Obamas Wahlversprechen aus der Vor-Krisen-Zeit eingelöst; das Paket zur wirtschaftlichen Erholung soll darüberhinaus der großen Reform mit Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht wenigstens zuarbeiten. Das »Genesungspaket« stellt unter anderem 19 Milliarden Dollar für eine Ausweitung gesundheitsbezogener Informationstechnologien, inklusive attraktiver finanzieller Anreize für Leistungserbringer, bereit. So können Anbieter von Gesundheitsleistungen für die Installation neuer Informationssysteme im ersten Jahr bis zu 18.000 Dollar erhalten. Zahlreiche Bundesstaaten haben sich bereits beworben, um Boni aus dem Bundestopf für Pilotprojekte zu erhalten (Commonwealth Fund 2009).

**Vergleichende  
Effektivitäts-  
forschung**

Eine andere umstrittene Komponente im »Genesungspaket« ist die vergleichende Nutzenbewertung (»comparative effectiveness research«). Damit soll festgestellt werden, was in der medizinischen Versorgung (besser) funktioniert und was nicht. Während etliche Akteure die evidenzbasierten Vergleiche stark befürworten, interessieren sich die Hersteller von Arzneimitteln und Medizingeräten primär für den Absatzmarkt ihrer Produkte. Im Einzelnen sieht die Reform die Gründung eines Rates vor, der die Forschung fördern und mehr als eine Milliarde Dollar auf in diesem Feld tätige Institutionen verteilen soll. Das Ziel ist, unwirksame oder schädliche Behandlungsmethoden nicht mehr zu