

## **Die Organisation des englischen Gesundheitswesens**

### ***Allgemeine Strukturen***

Das britische System der sozialen Sicherung ist im wesentlichen dreigeteilt:

1. Die allgemeine Sozialversicherung (**National Insurance** seit 1948). Diese umfaßt die Renten- Arbeitslosen- und Unfallversicherung sowie Kranken - und Mutterschaftsgeld.
2. Das Sozialhilfegesetz (**National Assistance Act** seit 1948) umfaßt verschiedene Formen der Mindestsicherung.
3. Den nationalen Gesundheitsdienst (**National Health Service** seit 1948), der den größten Part in der medizinischen Versorgung einnimmt (vgl. Schmidt 1996 Kap.6).

Diese drei Gesetze bilden die sogenannten Eckpfeiler des britischen Systems der sozialen Sicherung und haben bis heute Bestand.

### ***Geschichtliche Entwicklung***

Seit der Entstehung des NHS hat es immer wieder Veränderungen und Reformen innerhalb des Systems gegeben. So hat z.B. die Sparpolitik während der Thatcher-Ära fast ein Ende des Wohlfahrtsstaates eingeläutet. Insgesamt lassen sich folgende fünf Phasen der Nachkriegsentwicklung unterscheiden:

- 1948-1959 Status-quo-Politik auf der Basis wachsender Budgets
- 1960-1969 gezielter Ausbau des Krankenhaussektors und der Gemeindedienste
- 1970-1975 Verstrickung in Einkommenskonflikte mit dem Gesundheitspersonal und Bemühen um eine organisatorische Reform
- 1976-1979 Kampf um Kostenkontrolle und die Reduzierung der Privatmedizin
- 1979-1991 Kostenkontrolle gepaart mit tiefgreifenden Strukturreformen und Privatisierungsbestrebungen

(vgl. Alber und Bernadi-Schenkluhn 1992: 542)

Mitte der 80er Jahre steckte das NHS in großen finanziellen Schwierigkeiten und es fehlte an Betten sowie qualifiziertem Personal. Ein Mangel an Kinderkrankenschwestern führte 1987 schließlich zu einer Unterversorgung kranker Kinder, infolgedessen einige Säuglinge starben. Nach diesem Vorfall kam es noch unter Premierministerin Margaret Thatcher zu umfassender Prüfung und

Reformierung des nationalen Gesundheitsdienstes, der in Form des 'National Health Service and Community Care Act 1990' begann und bis 1993 stufenweise umgesetzt wurde. Diese Reform beinhaltete die Trennung von Bereitstellung und Einkauf der Gesundheitsleistungen. Sie führte zu marktwirtschaftlichen Ansätzen und Veränderungen im Management des nationalen Gesundheitsdienstes, welche die Effizienz innerhalb der Organisation steigern sollten (vgl. Schmidt, 1996, Kap.6).

Unter Premierminister John Major wurden die Reformen fortgesetzt. Eine immer noch unzureichende Versorgung hinsichtlich Betten und Personal, sowie immens lange Wartezeiten auf Operationstermine zwangen die jetzige Labour Regierung unter Tony Blair zu einer weiteren Reform und Umstrukturierung des Gesundheitsdienstes. Diese jüngste Reform ('The New National Health Service') wurde stufenweise bis ins Jahr 2000 mit einem von der Regierung erstellten Programm (White Paper) umgesetzt, welches unter anderem nachstehende Punkte umfaßt:

- Ø klare Trennung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich
- Ø flachere Hierarchien innerhalb des NHS und Dezentralisierung der Verantwortlichkeit im Managementbereich
- Ø Verantwortlichkeit der Kommunen für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen
- Ø Verbesserung der Qualität durch die Festlegung von Standards

Seit 2000 gibt es einen sogenannten NHS Plan, der in den nächsten 10 Jahren umgesetzt und zu einer Verbesserung im Gesundheitswesen führen soll. Er umfaßt folgende Punkte:

- Ø mehr Information für PatientInnen
- Ø mehr Krankenhäuser und Krankbetten
- Ø mehr Ärzte und Pflegekräfte
- Ø kürzere Wartezeiten für Termine in Krankenhäuser und bei Ärzten
- Ø sauberere Betten, besseres Essen und sanitäre Anlagen in den Krankenhäusern
- Ø Verbesserte Pflege für ältere Menschen

(vgl. National Health Service 2001: 1)

### ***Organisation des National Health Service (NHS)***

An der Spitze des NHS steht der Secretary of State for Health (Gesundheitsminister), welcher vom Department of Health (Gesundheitsministerium) unterstützt und beraten wird. Gesundheitsminister und Gesundheitsministerium sind gegenüber dem Parlament für die Arbeit und Mittelverwendung des NHS verantwortlich. Sie überwachen die Ausgaben sowie die Leistungen der nachgestellten Verwaltungseinheiten.

Das Ministerium bestimmt weiterhin in Absprache mit dem NHS Executive die Richtlinien der Gesundheitspolitik und arbeitet den Budgetplan aus, welcher die Verteilung der vom Parlament bewilligten Mittel auf die Regionalbehörden beinhaltet. Das NHS Executive übt zwei Funktionen aus. Zum einen unterrichtet es das Ministerium über die Entscheidungen innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes und zum anderen ist es gemeinsam mit den NHS Regional Offices verantwortlich für das Management und die Mittelverteilung.

Die NHS Regional Offices vertreten den Gesundheitsdienst in den acht Regionen Englands (England ist in acht Regionen unterteilt, die wiederum in Distrikte gegliedert sind). Ihre Aufgabe ist es, die Verwendung der vom NHS Exekutive bewilligten finanziellen Mittel zu koordinieren: das Budget wird von den Regional Offices auf die Health Authorities und die Primary Care Trusts verteilt.

Health Authorities fungieren als Verwalter der Distrikte und stimmen die gesundheitspolitischen Ziele mit den Regional Offices ab. Sie arbeiten zusammen mit Local Authorities, Primary Care Trusts und Primary Care Groups.

Die Primary Care Trusts sind verantwortlich für die Erbringung von Gesundheitsleistungen und werden aufgeteilt in Hospital Trusts, Community Trust (zuständig für Community Services wie Health Visiting und Beratungseinrichtungen) und Trusts, die spezielle Leistungen abdecken, wie z.B. Hospize (vgl. Kollak, Pillen, 1998: S.50). Somit betreiben sie auch staatliche Altenheime, Krankenhäuser und Gesundheitsberatungszentren etc.

Auf kommunaler Ebene gestaltet sich die NHS Organisation wie folgt:

Die NHS Trusts erhalten ihr Budget von der NHS Executive und haben gegenüber ihrem Distrikt, den Health Authorities, eine Serviceverantwortlichkeit. Das heißt sie müssen in ihrem Distrikt die ambulante, medizinische und pflegerische Grundversorgung garantieren.

Die Primary Care Groups setzen sich aus praktischen Ärzten, Krankenpfleger im sozialen Dienst, Hebammen und Gemeindeschwestern des Distriktes zusammen, die ihr eigenes Budget von den Health Authorities zugeteilt bekommen, um es für die ambulante Versorgung der Patienten zu verwenden. Für den Patienten besteht kein direkter Facharztzugang, er muss, egal mit welcher Krankheit, zuerst bei einem praktischen Arzt (general practitioner) vorstellig werden, um überwiesen zu werden. Der 'general practitioner' fungiert somit, ähnlich wie in den Niederlanden, als sogenannter Gatekeeper.

Primary Care Groups und NHS Trusts arbeiten eng zusammen, da beide gesundheitspolitische Auflagen zu erfüllen haben und angehalten sind, die Leistungsangebote an den jeweiligen Bedürfnissen der Bevölkerung zu orientieren.

Local Authorities sind die Stadt- und Gemeindeverwaltungen. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsfürsorge und den Sozialleistungen. So übernehmen sie z.B. einen Großteil der Fürsorge für Kinder, Alte, Familien und Behinderte.

### ***Finanzierung des Gesundheitswesens***

Da die Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes nicht an Beitragszahlungen gebunden ist, erfolgt die Finanzierung zu ca. 80% über Steuergelder.

Die Einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträge werden von allen Erwerbstätigen gezahlt, deren Einkommen nicht unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Etwa die Hälfte der Beiträge zahlt der Arbeitgeber. Ungefähr 16% der Beiträge stammen aus privaten Krankenversicherungen. Die für einige Dienstleistungen und Rezepte vorgesehene private Kostenbeteiligung deckt noch einmal 4% der Ausgaben (vgl. Bagott 1998: 128).

Die Regierung setzt ihren Haushaltsplan für einen Zeitraum von drei Jahren fest. Die Minister der einzelnen Ministerien verhandeln dann mit dem Treasury (Schatzmeister) über die Höhe ihres Budgets. Neben dem public funding sector, welcher vom NHS abgedeckt wird, gibt es in England noch den sogenannten private funding sector. Dieser unterhält, zusätzlich zum NHS, Krankenhäuser und sonstige Gesundheitseinrichtungen, die jedem Bürger offenstehen, sofern er die private Dienstleistung im Gesundheitsbereich bezahlen kann. Aufgrund der

permanenten Überlastung des National Health Service nutzen viele Engländer die Angebote des private funding sector und schließen eine private Krankenversicherung ab, damit im Krankheitsfall eine möglichst schnelle medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Die zweite Möglichkeit zur Nutzung des private funding sector ist verbreiteter und wird oft bei günstigeren Formen der medizinischen Versorgung wie z.B. medikamentösen Therapien angewendet.

Die staatlich finanzierten NHS Krankenhäuser haben bedingt durch Betten- und Personalmangel so gut wie keine Kapazitäten zur schnellen Durchführung von Operationen. Sofern es sich nicht um Notfälle handelt, bewegen sich z.B. die Wartezeiten für Miniskusoperationen in einem Zeitraum von zehn bis zwanzig Monaten. In einem privaten Krankenhaus ist die Behandlung sofort möglich. Zur Reduzierung der langen Wartelisten besteht die Möglichkeit, seitens der Health Authorities, Dienstleistungen eines privaten Krankenhauses einzukaufen.

### ***Medizinische Versorgung***

Pro 1.000 Einwohner stehen in ganz Großbritannien 2,8 Krankenhausbetten bereit. Ein Arzt ist für 700 Menschen zuständig und für 1000 Einwohner stehen 0,32 Zahnärzte zur Verfügung. Der NHS beschäftigt 517.428 examinierte Pflegekräfte, wobei es sich hierbei um die beim NHS angestellten Krankenschwestern handelt und nicht das in Privatkliniken arbeitende Personal berücksichtigt.

### ***PatientInnencharta***

Die PatientInnencharta wurde 1991 vom NHS entwickelt, die die Rechte der PatientInnen und den Standard der Versorgung umreißt. Sie hat bis heute Bestand, ist jedoch nicht in jedem Punkt realisiert worden.

Die wichtigsten Punkte der Patientencharta umfassen:

- Ø Gewährleistung medizinischer Versorgung
- Ø Registrierung bei einem Allgemeinarzt (GP)
- Ø Notfallbehandlung zu jeder Zeit
- Ø Überweisung an einen Spezialisten ins Krankenhaus, sofern der GP es für notwendig erachtet.
- Ø Aufklärung über die angestrebte Behandlung samt aller Risiken und Alternativen

- ∅ die Teilnahme an medizinischer Forschung und an der Studentenausbildung ist freiwillig
- ∅ Möglichkeiten des Beschwerdemanagement
- ∅ garantierte Behandlung innerhalb von zwei Jahren auf einer Warteliste

#### **Literatur:**

**Alber, Jens; Bernadi-Schenkluhn, Brigitte** (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, BRD, Schweiz, Frankreich, Großbritannien. Frankfurt am Main: Campus-Verlag

**Baggott, Rob** (1998): Health and Health Care in Britain. London: Macmillan Press LTD

**Department of Health** (2001) About the Department of Health. Online im Internet: <http://www.doh.gov.uk/about/detail/index.html> (Stand 16.7.2001)

**Kollak, Ingrid; Pillen, Angelika (Hrsg.)** (1998): Pflegeausbildung im Gespräch, ein internationaler Vergleich. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag

**Schmidt, Josef** (1996): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistung und Probleme. Frankfurt am Main: Bureau, Leske, Budrich Verlag

**The national Health Service** (2001): The NHS explained. Online im Internet: <http://www.nhs.uk/thenhsexplained/default.asp> (Stand 5.4.2001)

**Via medici online** (2001): Das englische Gesundheitssystem. Online im Internet: <http://www.thieme.de/viamedici/laender/england/gesundheitsystem.html> (Stand 5.6.2001)