

Die Gesundheitspolitik der neuen Regierung in Großbritannien

Auch die neue konservativ-liberale Regierung unter David Cameron wird an den grundsätzlichen Prinzipien des britischen Gesundheitswesens festhalten. Laut Koalitionsvertrag bleibt der National Health Service (NHS) weiterhin „free at the point of need, and available to everyone based on need, not the ability to pay“. Die Konzeption eines staatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitssystems, das allen Bürgern unabhängig von Nationalität und Herkunft grundsätzlich kostenlosen Zugang zu ärztlicher Behandlung bietet, bleibt damit weiterhin bestehen.

Doch vor dem Hintergrund des rigiden Sparkurses der Koalition hat der konservative Gesundheitsminister Andrew Lansley überraschend weitreichende Veränderungen angekündigt. Unter dem Titel Equity and excellence: Liberating the NHS veröffentlichte er im Juli ein White Paper und löste damit eine äußerst kontroverse Debatte über die künftigen Strukturen des NHS aus. Im Mittelpunkt steht das Vorhaben, die Bedarfsplanung und Beauftragung von Gesundheitsdienstleistungen (commissioning) innerhalb des NHS weitgehend auf Hausärzte zu übertragen und die bisher zuständigen örtlichen und regionalen NHS-Behörden (Primary Care Trusts, Strategic Health Authorities) abzuschaffen. Gesundheitsminister Andrew Lansley will damit „die Macht der Regierung im Gesundheitswesen begrenzen und auf Patienten und Mediziner übertragen“. Auch wenn noch nicht alle Einzelheiten klar sind, wäre dies laut Experten der umfassendste organisatorische Umbau des NHS seit seiner Gründung. Viele befürchten zumindest vorübergehend eine Verschlechterung der Patientenversorgung.

■ Susanne Gasde

1. „Liberating the NHS“: Weniger Staat – mehr Sachverstand

Bereits im Wahlkampf hatten die Tories den überbordenden (Wohlfahrts-)Staat Labours als das wichtigste Übel identifiziert, das es zu überwinden gelte. Die Vision einer Zivilgesellschaft, die auf Eigeninitiative, lokaler Verantwortung und sozialen Unternehmen beruht und nicht durch Whitehall und No.10 gegängelt wird, bezeichnete Cameron von Anfang an als das wichtigste Vermächtnis seiner konservativ-liberalen Regierung.

Für die Gesundheitspolitik beschreibt Minister Andrew Lansley den neuen Kurs so: keine tagespolitische Einmischung mehr in die Geschäfte des NHS, Verzicht auf Regierungsmacht zugunsten medizinisch-fachlicher Entscheidungen, weg von zentralen politischen Vorgaben hin zu lokaler Verantwortung, Abbau von Bürokratie und Verwaltung, Qualitätssicherung durch freie Wahl des Patienten. Aus Sicht Lansleys greift das Gesundheitsministerium gegenwärtig zu sehr in die örtliche Planung und Auftrags-

vergabe der Primary Care Trusts (PCTs) ein und beeinflusst damit die konkreten Behandlungsprozesse. Staatliche Vorgaben hätten dazu geführt, dass Management und Personal des NHS sich nicht im gewünschten Ausmaß auf qualitativ gute Ergebnisse konzentrierten. Diese Struktur müsse überwunden und das (staatliche) Management durch den klinischen Sachverstand der Hausärzte ersetzt werden.

Tatsächlich bestimmt die Regierung bislang weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung. Die verbindlichen Zielvorgaben des Gesundheitsministeriums werden an die regionalen Strategic Health Authorities weitergegeben, die wiederum deren Umsetzung durch die örtlichen Primary Care Trusts kontrollieren. So soll beispielsweise niemand in England länger als 18 Wochen auf eine geplante Operation warten, ein Hausarzt Termine innerhalb von 48 Stunden vergeben, die Notaufnahmen Patienten spätestens nach vier Stunden behandeln. Krankenhäuser, die bestimmte Normen erfüllen, belohnt das Gesundheitsministerium mit mehr finanzieller Unabhängigkeit. Schon immer wurde die „target culture“ zwiespältig gesehen. Einerseits führt man Fortschritte wie etwa bei den Wartezeiten auf ihre Existenz zurück, andererseits bemängeln Kritiker, Manager

Susanne Gasde, Sozialreferentin, Botschaft London

schauten mehr auf die Zielerfüllung als auf das Wohl der Patienten. Letztere fühlen sich vor allem dann bestätigt, wenn wieder einmal ein neuer Skandal in einem Krankenhaus öffentlich wird, wie etwa 2009 in Mid Staffordshire. Dort hatten Personalkürzungen, schlecht ausgebildete Krankenschwestern sowie mangelhafte Hygiene zu vermeidbaren Todesfällen geführt.

Im Weißbuch der Regierung werden nun weitreichende Veränderungen angekündigt, die die bisherigen Strukturen quasi auf den Kopf stellen und den Einfluss des Ministeriums deutlich verringern:

- Das Gesundheitsministerium soll künftig eine mehr strategische Rolle einnehmen, den (gesetzlichen) Rahmen für den NHS setzen, aber sich nicht mehr ins Mikromanagement einmischen. Es bleibt dem Parlament gegenüber rechenschaftspflichtig und hat die letzte Verantwortung für das Budget. Darüber hinaus wird es sich auf Prävention, öffentliche Gesundheit sowie die Pflege älterer Menschen konzentrieren. Bis Ende des Jahres will die Regierung darlegen, wie sie diese künftig finanzieren will und wie eine Pflegeversicherung aussehen soll. Geplant ist, die Finanzströme von Gesundheits- und Pflegediensten enger zu verflechten. Bislang werden in England staatliche Pflegeleistungen nur bei Bedürftigkeit gewährt.
- Alle 152 staatlichen Primary Care Trusts sowie die 10 Strategic Health Authorities sollen bis 2013 abgeschafft werden. Die Bedarfsplanung für medizinische Dienstleistungen und das gesamte Auftragswesen werden stattdessen weitgehend in die Hände der Hausärzte (General Practitioner, GP) gelegt. Diese sind nicht Beschäftigte des öffentlichen Dienstes, sondern agieren als privatrechtliche Unternehmer. 60.000 Beschäftigte des NHS würden damit schrittweise überflüssig und könnten ihren Job im öffentlichen Dienst verlieren. Ziel ist, die Verwaltungskosten um knapp die Hälfte zu reduzieren.
- Mit dem sog. NHS Commissioning Board wird ab 2011/12 eine neue Behörde geschaffen, die zentrale Zuständigkeiten des Ministeriums und der Strategic Health Authorities erhält. Wahrscheinlich wird dafür ein Teil des Gesundheitsministeriums ausgegliedert. Sie soll die Auftragsvergabe insgesamt koordinieren und optimieren und dabei mit den Hausärzten kooperieren. Dazu wird sie Richtlinien und Qualitätsstandards erlassen sowie Modellverträge entwerfen. Sie bleibt direkt verantwortlich für die Beauftragung von Haus-, Zahn- und Augenarztpraxen, kommunalen Apotheken, Geburtshilfe sowie einigen regionalen und nationalen Serviceangeboten. Ferner verteilt und verantwortet das NHS Commissioning Board das Budget, gestaltet das Honorierungssystem, gibt in Zusammenarbeit mit dem National Institute for Clinical Excellence (NICE) Qualitäts- und Leistungsstandards für Gesundheits- und Pflegedienste vor und stärkt die Beteiligung von Patienten. Ausdrückliche Aufgabe soll auch sein, bestehende Ungleichheiten im Gesundheitswesen (health inequalities) abzubauen. Auch wenn das NHS Commissioning Board möglichst unabhängig von der Regierung wirken soll, bleibt es mit seinem Budgetmanagement gegenüber dem Gesundheitsministerium verantwortlich.
- Monitor, bisher eine unabhängige Einrichtung, die bislang die eigenständig wirtschaftenden Foundation Trusts reguliert hat, soll künftig als umfassender Finanzregulator wirken. Monitor soll unter anderem die Preise für alle Behandlungen und Dienstleistungen festlegen (pricing) und einen fairen Wettbewerb zwischen den Dienstleistern gewährleisten. Einzelheiten werden noch festgelegt.
- Die Verantwortung für Fragen der öffentlichen Gesundheit, Prävention und Pflege soll bei den kommunalen Behörden (local authorities) liegen. Sie erhalten dafür vom Ministerium ein zweckgebundenes Budget. Bis 2012 soll ein nationaler Public Health Service eingerichtet werden, der mit den Kommunen kooperiert. Weitere Details werden demnächst in einem Weißbuch dargelegt.
- Alle Krankenhäuser des NHS sollen Teil eines Foundation Trust werden. Diese wurden unter der Labour-Regierung eingeführt mit dem Ziel, lokale Verantwortung zu stärken. Foundation Trusts wirtschaften und planen unabhängig vom Ministerium und den Strategic Health Authorities. Sie sind Teil des NHS, bekommen ihr Budget aber nicht von der Zentrale zugeteilt. Je nach Kapazität können sie sich auch selbst Kapital beschaffen und Überschüsse neu investieren. Rechtlich gesehen agieren sie als unabhängige juristische Personen (Public Benefit Corporations) und müssen sich u.a. gegenüber einem Board of Governors verantworten, in dem Vertreter von Patienten, Personal und Kommune sitzen. Foundation Trusts soll zudem erlaubt werden, künftig unbeschränkt Privatpatienten zu behandeln. Unter der Labour-Regierung durften die meisten nicht mehr als 2% der Einnahmen aus privaten Quellen erlangen.
- Patienten sollen mehr an Entscheidungen beteiligt werden. Zentrales Instrument dafür ist die flächendeckende Patientenbefragung vor und nach Behandlungen, die später veröffentlicht wird. Bereits die Labour-Regierung hatte diese unter dem Stichwort Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) eingeführt und in Piloten getestet, um auf diese Weise die Qualität von Behandlungen zu bewerten. Die Bevölkerung soll per Internet Zugang zu Daten bekommen, mit denen alle Einrichtungen in punkto Patientensicherheit, Effektivität und Patientenerfahrung verglichen werden.
- Verbindliche Vorgaben des Ministeriums, die nicht rein medizinisch begründet sind, werden abgebaut oder in unverbindliche Richtlinien umgewandelt. Das gilt etwa für die Wartezeiten. Die Qualität soll vielmehr durch größere Wahlfreiheit des Patienten bei Ärzten und Therapien sowie durch ein gezieltes Auftragswesen gesteigert werden. NHS-Einrichtungen werden angehalten, sich mehr für Behandlungsergebnisse und nicht mehr für Behandlungsprozesse zu rechtfertigen. Das Gesundheitsministerium will eine Konsultation starten, um nationale Standards (national outcome goals) zu setzen,

die wiederum in Einklang mit den vom Institut NICE entwickelten Qualitätsstandards stehen. Bereits jetzt sind alle Einrichtungen gesetzlich verpflichtet, regelmäßig ihre „quality accounts“ abzuliefern, ähnlich dem jährlichen Finanzbericht. Krankenhäuser müssen dann etwa berichten, wie viele Patienten nach Operationen gestorben sind, welche Methoden erfolgreich und ob die Patienten zufrieden waren. Das soll ausgeweitet und später bei der Festlegung der Honorare berücksichtigt werden.

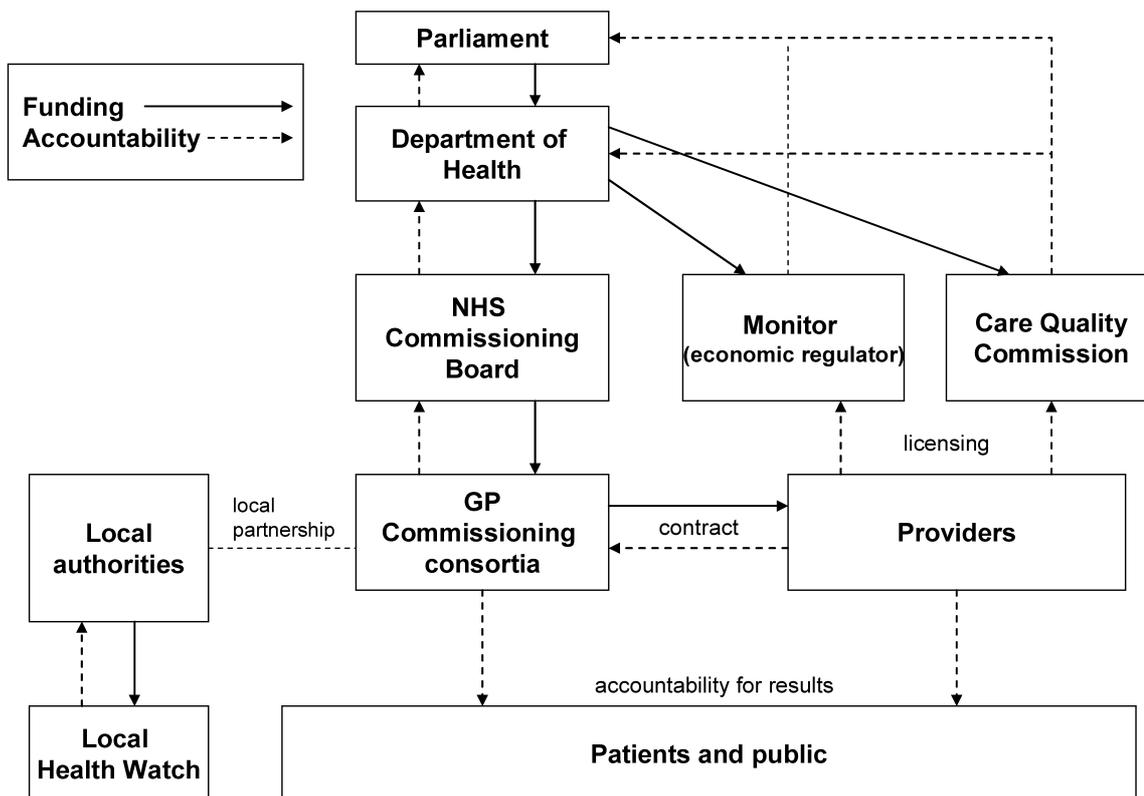
2. Die bisherige Rolle der Primary Care Trusts und der Strategic Health Authorities

Bislang nehmen die PCTs im englischen NHS eine zentrale Rolle ein. Sie bewirtschaften rund 80% des gesamten NHS-Budgets – also rund 90 Mrd. GBP – und sind somit die Ebene, die die Leistungsfähigkeit und das finanzielle Management des gesamten Systems bestimmen. Sie ermitteln den Bedarf an ambulanten und stationären Leistungen vor Ort und kaufen sie gemäß ihrer Prioritätensetzung und nationalen Vorgaben ein. Dazu schließen sie mit

den einzelnen Dienstleistern wie Hausärzten, Zahnärzten oder Krankenhäusern (NHS-Trusts) Verträge ab. Durchschnittlich sind sie für die Versorgung und die präventive Betreuung von rund 330.000 Menschen verantwortlich. Erst 2005 hatte es eine umfängliche Neuorganisation gegeben. Damals wurde die Zahl der PCTs von 303 auf 152 reduziert und ihr Einzugsgebiet weitgehend an das der kommunalen Behörden angepasst. Diese enge Verbindung ist insbesondere bei der Bedarfsplanung und Datenerhebung vorteilhaft und erleichtert die Kooperation zwischen den Gesundheits- und Pflegediensten, denn die Pflege alter Menschen liegt in Händen der Kommunen.

Doch immer wieder gerieten die Primary Care Trusts in die Kritik. Der Grund: Es gelang ihnen nicht, im erwarteten Umfang Patienten wohnortnah und außerhalb von Krankenhäusern zu behandeln. Die große Mehrheit ambulanter Behandlungen findet immer noch in Krankenhäusern statt. Als ursächlich gelten nicht nur die für Patienten ungünstigen Öffnungszeiten der Hausarztpraxen, sondern auch fehlende Vorsorgeuntersuchungen sowie die unzureichende Betreuung chronisch Kranker. Rund 15 Millionen Menschen gehören in England dazu. Sie machen etwa 55% der Hausarztbesuche aus, 68% der Besucher in den Notauf-

Die neue Struktur des NHS



Quelle: Department of Health

nahmestellen der Krankenhäuser (A&E attendances) sowie 77% der Krankenhausbelegungen. Würden sie besser und konstant von einem Arzt begleitet, könnte in vielen Fällen die Einweisung in ein Krankenhaus vermieden werden.

Schon die Labour-Regierung hatte vielfältige Initiativen gestartet, um die Bedarfsermittlung und Auftragsvergabe durch die PCTs zu professionalisieren und ihre analytischen und planerischen Fähigkeiten zu steigern. Mit mäßigem Erfolg. Dies führen Experten auch auf die vielen Verwaltungsreformen zurück, die den Strategic Health Authorities und den Primary Care Trusts immer wieder neue Einzugsbereiche bescherten.

Zu den jüngeren Initiativen gehört das sog. Practice Based Commissioning, womit seit 2005 versucht wird, Hausärzte mit in den Ausschreibungs- und Vergabeprozess einzubinden. Ein entsprechendes zusätzliches Budget soll sie anspornen, Überweisungen effektiver zu managen und mit zu helfen, örtliche Angebote kostengünstiger zu gestalten. Doch die Mehrheit der Ärzte lässt sich bislang noch nicht auf diese Doppelrolle als Anbieter (provider) und Einkäufer (commissioner) ein. Künftig werden sie nun nicht mehr gefragt, sondern gesetzlich dazu verpflichtet, und die PCTs werden abgeschafft.

3. Noch mehr Macht: Die neue Rolle der Hausärzte

Bereits heute sind Hausärzte im englischen Gesundheitssystem Dreh- und Angelpunkt. Wer krank wird, landet zunächst beim General Practitioner, GP. Ohne ihn läuft gar nichts, selbst wenn man privat versichert ist. Vor allem entscheidet er, ob man einen Spezialisten (consultant) bzw. ein Krankenhaus aufsuchen darf oder nicht. Dies macht bislang vielen Engländern zu schaffen. Einerseits müssen sie einen Arzt im eigenen Wohngebiet aufsuchen, andererseits sind die Öffnungszeiten oft nicht mit den Arbeits- und Anfahrtszeiten vereinbar. Auch das trägt dazu bei, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser gerade an Wochenenden so überlaufen sind. Die Labour-Regierung hatte deshalb den Primary Care Trusts mehr Mittel zur Verfügung gestellt und ihnen erlaubt, auch private Anbieter wie etwa Drogerie- und Supermarktketten mit Praxisdiensten zu beauftragen. Außerdem sollte das Recht des Patienten, sich das Krankenhaus frei zu wählen, auch schrittweise bei Hausärzten Anwendung finden. Letzteres will Lansley jetzt beschleunigen, so dass jeder Engländer sich in Kürze unabhängig von seinem Wohnort seinen Hausarzt aussuchen kann.

In Zukunft muss dieser aber nicht nur das medizinische Wohl seines Patienten im Blick haben, sondern auch die Kosten der Behandlung. Das Gesundheitsministerium wird in den nächsten drei Jahren sukzessive einen großen Teil seiner Budgetverantwortung an die rund 40.000 Hausärzte in England abgeben. Diese werden dann mit 60 – 80 Mrd. GBP den Löwenanteil des Budgets managen und das Gesicht des englischen NHS prägen.

Nach den Plänen Lansleys sollen sich alle Hausarztpraxen zu größeren Konsortien zusammenschließen. Die Rede ist von etwa 500, wobei die Wahl der Größe den GPs selber überlassen bleibt. Jedes Konsortium erhält ab 2013 sein Budget vom NHS-Commissioning Board und muss einen „accountable officer“ ernennen, der dem Commissioning Board über die Budgetverwaltung Rechenschaft gibt. Die Konsortien wiederum verwalten die Auftragsbudgets der einzelnen Hausarztpraxen, die ihnen angeschlossen sind. Sie können frei entscheiden, welche Dienstleistungen sie sich von wem – ob vom öffentlichen oder privaten Sektor – für ihre Tätigkeit als commissioner einkaufen und sollen eng mit den kommunalen Behörden und anderen Dienstleistern zusammenarbeiten.

Lansley verspricht sich von dieser neuen Konstruktion, dass die Betreuung der Patienten und die Gestaltung der lokalen Gesundheitsdienstleistungen rein nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgen. Während bisher in den PCTs Verwaltungsleute über Behandlungsprozesse und –formen entschieden hätten, säße nun der Fachverstand im „driver’s seat“: „It will bring together responsibility for clinical decisions and for the financial consequences of these decisions“. Künftig habe der Hausarzt bei jeder Krankenhausüberweisung, bei jedem Rezept, bei der Behandlung chronisch Kranker und auch bei seinen Öffnungszeiten immer das zur Verfügung stehende Budget im Kopf. Dies werde zu Effizienzinsparungen nach rein klinischen Gesichtspunkten führen und die Ärzte von der Bevormundung durch die Regierung befreien.

Die Kehrseite allerdings ist, dass mit der neuen Freiheit eine völlig neue Art von Verantwortung auf die Hausärzte und ihre Konsortien zukommt. Denn wer sich verkalkuliert, muss künftig selber dafür einstehen. Im Weißbuch heißt es: „We are very clear that there will be no bail-outs for organisations which overspend public budgets...It will not just be the responsibility of government, but of every commissioner, every healthcare provider and every GP practice to ensure that taxpayers’ money is used to achieve the best possible outcomes for patients.“ Nimmt man das wörtlich, müssen Hausarztpraxen oder Kliniken oder andere Gesundheitsdienstleister schließen, wenn sie ihr Minus nicht mehr ausgleichen können, unabhängig davon, was das für den Patienten bedeutet. Ob das wirklich so kommt, wird man sehen.

4. Sparpolitik und ihre Auswirkungen

Bis Oktober müssen alle Minister der neuen Regierung ihre Haushalte durchforsten, um zu schauen, auf welche Projekte sie künftig am ehesten verzichten können. Denn die Regierung will sparen: bis 2014/15 sollen die Schulden der öffentlichen Haushalte um 120 Mrd. GBP reduziert werden. Deshalb ist die Vorgabe des Finanzministers an die Ressorts hart. Sie müssen ihre Ausgaben bis 2013/14 um 25% zu kürzen. Die Summe ist deshalb so hoch, weil das Gesundheitsministerium mit seinem jetzigen Budget von 119 Mrd. GBP ausgeklammert wird. Die Konservativen

wollten vor der Wahl alle Befürchtungen zerstreuen, sie könnten wieder wie zu Thatchers Zeiten den NHS sträflich vernachlässigen und garantierten jährlich reale Budgetsteigerung, um insbesondere „frontline services“ zu schützen. Doch die satten Zuwächse der vergangenen Jahre von bis zu 7% sind vorbei, und das kommt einer Kürzung gleich. So muss auch der NHS effizienter werden, will er mit der technologischen Entwicklung Schritt halten und den wachsenden Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden. In seinem Weißbuch hat Gesundheitsminister Lansley die Zielmarke vorgegeben: 20 Mrd. GBP bis 2014. Und das, so Lansley, soll vor allem durch Kürzungen bei der Verwaltung erbracht werden und nicht die Qualität der Versorgung mindern.

Doch das wird schwierig. Die Krankenschwestergewerkschaft Royal College of Nursing etwa hat kürzlich 100 der 400 NHS-Einrichtungen in England befragt und herausgefunden, dass dort bereits in den vergangenen sechs Monaten knapp 10.000 Stellen abgebaut bzw. nicht neu besetzt wurden. Dies bestätigen auch Medienberichte. Laut Times plant etwa die Hälfte der Krankenhäuser, Personal zu entlassen. Der Sunday Telegraph berichtete jüngst über angebliche Pläne von „senior health service officials“, quer durch den NHS auch im Operations- und Pflegebetrieb zu sparen. Genannt werden unter anderem Knie- und Hüftoperationen, Palliativpflege, Schließung von „nursing homes“ für Ältere oder die Reduktion von Krankenhausbetten, um Hausärzte davon abzuhalten, Patienten stationär zu überweisen. Der Guardian berichtet, ein Großteil der Foundation Trusts versuche nun, Privatpatienten zu gewinnen, um die Kürzungen zu überbrücken und sieht darin die Gefahr eines kommenden Zweiklassensystems. Patienten mit Geld könnten künftig längere Wartezeiten umgehen. Was auch immer an den Berichten wahr sein mag, klar ist, 20 Mrd. GBP sind nicht einzusparen, ohne die Qualität der Versorgung spürbar zu verringern. Der größte Posten im NHS-Haushalt, nämlich 60%, sind Personalkosten, und da lässt sich am schnellsten sparen.

5. Die Reaktionen auf die Reformpläne

Selbst die Parlamentsabgeordneten der Regierungsparteien wurden von den Plänen Lansleys überrascht. Denn im Koalitionsvertrag zwischen den Konservativen und den Liberaldemokraten wurde noch ganz im vertrauten Ton

gefordert, Labours verordneter Reformpolitik von oben ein Ende zu bereiten: „We will stop the top-down reorganisations of the NHS that have got in the way of patient care“. An anderer Stelle wurde gar noch die künftige Rolle der PCTs erläutert. Auch George Osborne, Parteifreund Lansleys und Finanzminister, schien über die Pläne seines Kollegen genauso überrascht wie verstimmt zu sein. Als Garant eines strikten Sparkurses hegt er ernsthafte Bedenken, zwischen 60-80 Mrd. GBP in die Verfügungsgewalt von Hausärzten zu geben. Doch Lansley besitzt die Rücken- deckung von Premierminister David Cameron.

Einig sind sich alle Politiker und Experten, dass die geplanten Veränderungen radikal sind. Nigel Edwards, Chef der NHS Confederation, die alle NHS-Einrichtungen repräsentiert, meint: „Es ist schwer zu übertreiben, wie radikal die Pläne sind. Der NHS wird künftig mehr dem Gas-, Strom- und Telekom-Markt ähneln als der staatlich-monolithischen Bürokratie, die uns vertraut ist.“ Die Ärztesgewerkschaft British Medical Association begrüßt grundsätzlich die neue Rolle der Hausärzte, fordert allerdings ihre vollständige Einbeziehung in den Reformprozess. Tatsächlich zeigen Untersuchungen, dass längst nicht alle Hausärzte über Lansleys Pläne glücklich sind. Der King's Fund, ein anerkanntes Forschungsinstitut, geht etwa von 40% aus. Man müsse daher überlegen, ob man den Grad der Einbindung in die Auftragsvergabe unterschiedlich gestalte. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass mit Bildung der Konsortien die bisherige Verbindung von PCTs und Kommunen aufgehoben wird. Das könne das Ziel gefährden, die Gesundheits- und Pflegedienstleistungen enger zusammen zu führen. Die Gewerkschaften sind sich einig in ihrer Ablehnung der Reform. Sie kündigen Protest bei möglichen Massenentlassungen an und sehen in Lansleys Plänen „ein ungetestetes, teures Trojanische Pferd für mehr Privatisierung“.

Auch die Labour-Opposition, allen voran der frühere Gesundheitsminister Andy Burnham, kritisiert die Pläne scharf. Der Umbau sei unnötig, teuer, koste Zeit, demotiviere das Personal und werde zu einer „postcode lottery“ mit regional unterschiedlicher Versorgungsqualität führen. Statt alle Aufmerksamkeit auf die bevorstehenden Einsparungen zu konzentrieren, müsse man sich jetzt mit der Neuorganisation beschäftigen. Tatsächlich sieht hier auch der Gesundheitsminister ein großes Risiko, ist aber gleichzeitig von den langfristigen Vorteilen seiner geplanten Reformen überzeugt.