

„Die Ärzteschaft im Spannungsfeld der Gesundheitspolitik – Gefahren, Optionen und Strategien“

Artur Wechselberger
Verein unabhängiger Tiroler Ärzte
05.02.2011 Hall in Tirol

Inhalt

- Gesundheitspolitik
 - Gesundheitssystem - Gesundheitspolitik
 - Problemfelder
 - Reformpapiere
- Ärztliche Standespolitik
 - Handlungsfelder und Herausforderungen
- Strategieentwicklung

Das Österr. Gesundheitssystem

- **Gesundheitssystem**
 - umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist.
 - 200 000 Beschäftigte
 - 267 Krankenanstalten
 - 64.300 Betten (davon 52.200 zur Akutversorgung)
 - 80.000 Personen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe davon 75% Pflegekräfte
 - 21.000 Ärztinnen und Ärzte, davon 6 700 in Ausbildung
 - 800 Ambulatorien
 - 55 Rehabilitationszentren
 - 817 Alten- und Pflegeheime
 - 29 geriatrische Tageszentren
 - 9 Hospize
 - 1 252 Öffentliche Apotheken
 - 19 000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen
- Gesundheitspolitik ist der Politikbereich, der sich mit der Gestaltung des Gesundheitssystems beschäftigt.

Das Österr. Gesundheitssystem

- Leistungen
 - 2,7 Millionen stationäre Aufenthalte
 - 6,1 Betten je 1 000 Einwohner (OECD 3,8)
 - über 100 000 000 ambulante Patientenkontakte
 - 3,8 niedergelassenen Ärzte pro 1 000 EW (OECD 3,1)
 - 17,2 CT- und MR-Geräte pro 1 Million EW (OECD 11)
 - Säuglingssterblichkeit 3,7 pro 1 000 Lebendgeborenen (OECD 4,9)
 - Lebenserwartung 80,1 Jahre (OECD 79)
- Patientenzufriedenheit
 - 95 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher bewerten die Qualität der nationalen Gesundheitsversorgung für sehr gut oder ziemlich gut (zweithöchster Wert nach Belgien im Eurobarometer 2010)
- Internationale Bewertung
 - Erste Stelle im Euro health consumer Index 2007
 - Dritte Stelle im Euro health consumer Index 2008
 - Vierte Stelle im Euro health consumer Index 2009

Das Österr. Gesundheitssystem

Organisation der österreichischen Sozialversicherung

HAUPTVERBAND DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

PENSIONSVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG

UNFALLVERSICHERUNG

**Pensions-
versicherungsanstalt**

**9 Gebiets-
krankenkassen**

**6 Betriebs-
krankenkassen**

**Allgemeine
Unfallversicherungsanstalt**

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

**Versicherungsanstalt des
österreichischen Notariats**

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Quelle: Österreichisches Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum im Auftrag des HVB 2008

Das Österr. Gesundheitssystem

- Leistungen der Sozialversicherung
 - Stationäre und ambulante Versorgung in Krankenanstalten
 - Allgemein- und fachärztliche Therapien bei Vertragsärzten der Krankenversicherungsträger (sogenannte Kassenärzte)
 - Mutterschaftsleistungen
 - Psychotherapie
 - Röntgen- und labormedizinische Leistungen
 - Leistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (z. B.: Heilmassagen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie)
 - Zahnbasisbehandlung
 - Medikamente
 - Medizinprodukte wie Gehhilfen, Rollstühle oder Blutzuckermessstreifen
 - Kranken- und Rettungstransporte
 - Hauskrankenpflege
 - Präventions- und Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen oder Screening-Untersuchungen
 - Rehabilitationsmaßnahmen
 - Langzeitpflege
 - Behindertenbetreuung

Das Österr. Gesundheitssystem

Ausgaben

2007

27,9 Mrd.

(10,3 Prozent des BIP,
3.360 Euro pro Kopf)

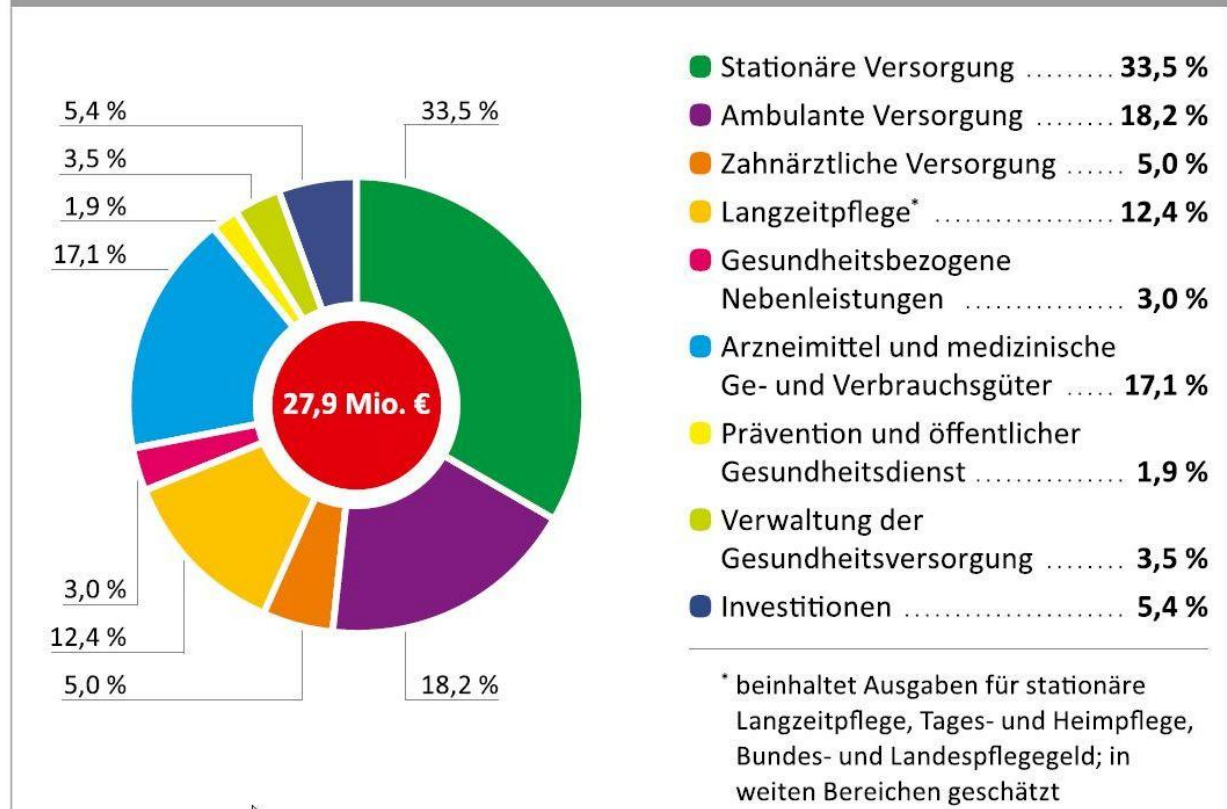
Verteilung der Ausgaben

½ Sozialversicherung

¼ öffentliche Hand

¼ Privatausgaben

Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren, 2007



Das Österr. Gesundheitssystem

- **Ökonomische Effekte der getätigten Ausgaben**
(IHS 2010)
 - Wertschöpfungseffekte
 - Beschäftigungseffekte
 - Fiskalische Effekte
(Steuern und Sozialabgaben)
 - Kaufkrafteffekte
- 22,5 Milliarden Euro oder 9,7 Prozent der gesamtösterreichischen Wertschöpfung im Jahr 2006
- 445 000 Arbeitsplätze
- 10,4 Milliarden Euro in Form von Steuern und Abgaben an die öffentliche Hand
- 6,7 Mrd. Euro an privaten Ausgaben

Das Österr. Gesundheitssystem

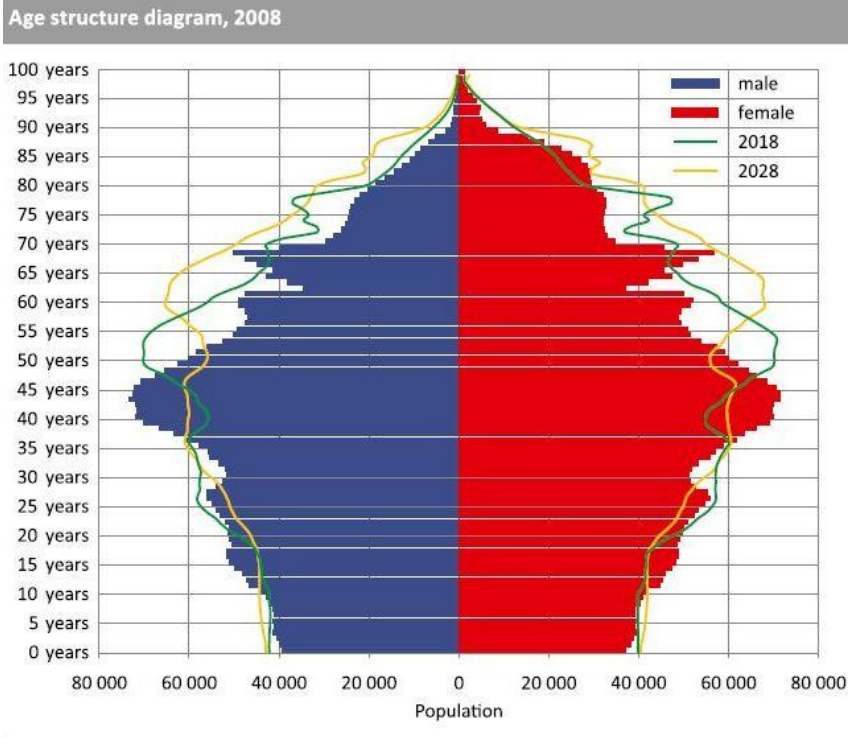
- Player im österr. Gesundheitssystem
 - Bund (Parlament, Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit)
 - Einrichtungen des Bundes (Bundesgesundheitskommission, GÖG, ÖBIG, BIQG, Fonds ges. Ö., ELGA-GmbH)
 - Länder (Landtage, Landesregierungen, Gesundheitsressorts)
 - Einrichtungen der Länder (Landesgesundheitsplattformen)
 - Sozialversicherungen (Hauptverband, Versicherungsträger)
 - Privatversicherungen (Versicherungsverband)
 - Sozialpartner (WKÖ, AK, ÖGB, LWK)
 - Ärztekammer
 - Apothekerkammer
 - Politische Parteien
 - Industriellenvereinigung
 - Pharmig

Problemfelder

- Gesetzliche Regelung, Bundesverfassung (Art. X Gesundheit, Art.12 KA, Art. 15 A Vereinbarungen)
- Finanzierung (viele Hände, Teilung ng. – KA-Bereich, Bedeckung, Entwicklung)
- Strukturen (Sozialversicherungen, Leistungserbringer, extramural, intramural)
- Schnittstellen
- Integration / Kommunikation
- Gesundheitsreform als permanenter Prozess
- Planung – Steuerung – Finanzierung
- Regionale – zentrale Notwendigkeiten
- Interessengruppen / Konkurrenz / Lobbyismus / Vielzahl an Konzepten
- Versorgungspyramide
- Patienten
- demografische Entwicklung
- medizinischer Fortschritt
- Prävention
- Zweiklassenmedizin
- Leistungserbringer
- Zusammenarbeitsformen
- Patientensicherheit
- Qualität

Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

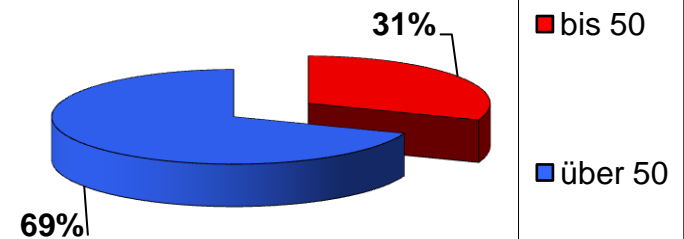
Demografische Entwicklung



Source: Statistics Austria 2010

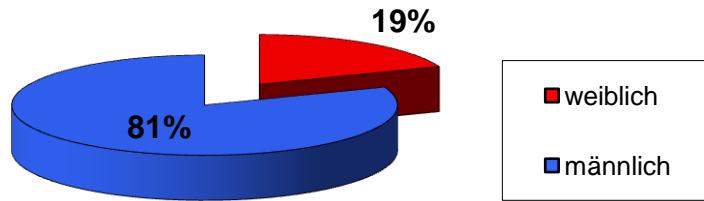
Altersstruktur der Ärzteschaft

§ 2 Kassenvertragsärzte

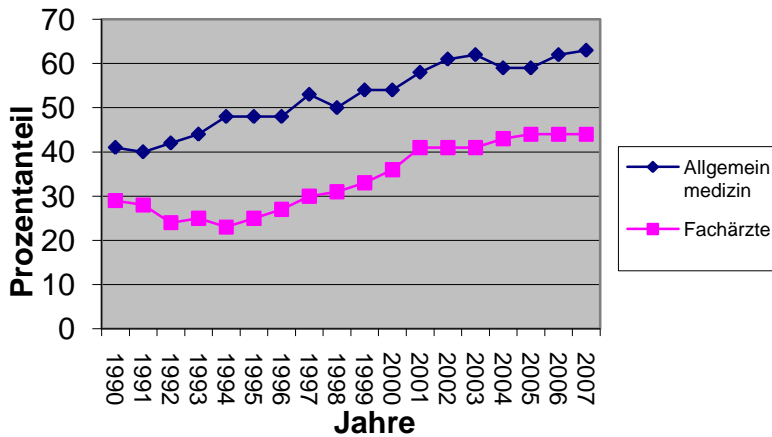


Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

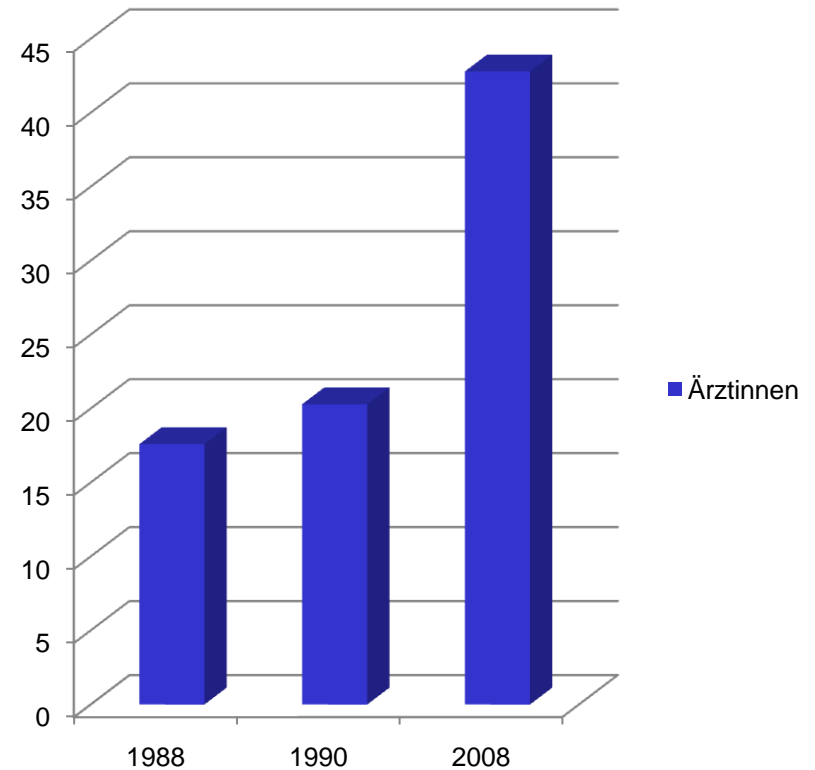
Geschlechterverteilung der > 50-jährigen



Ärztinnenanteil an der Gesamtärzteschaft

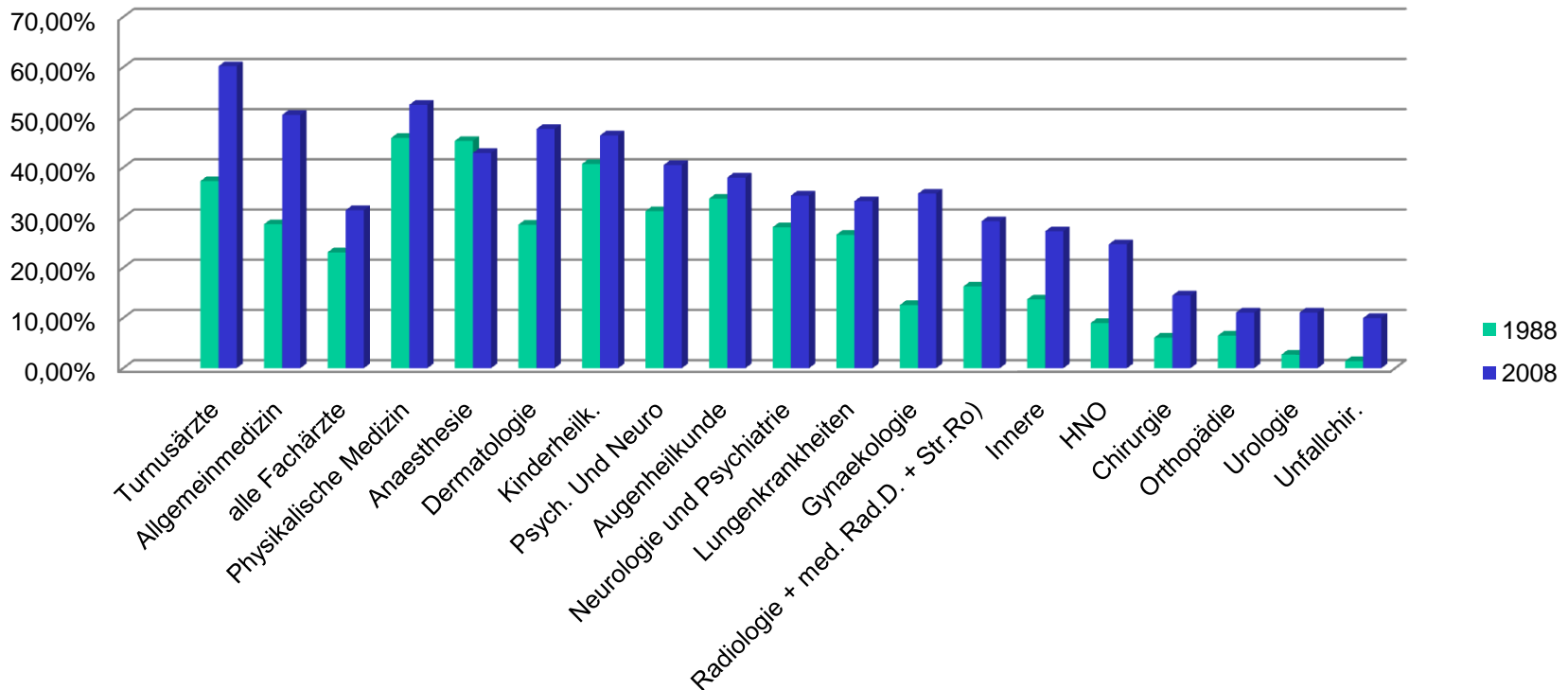


Ärztinnenanteil



Allgemeinmedizin in Österreich

Entwicklung des Frauenanteils



71,88 % aller AllgemeinmedizinerInnen mit § 2 Kassenvertrag sind älter als 50 Jahre

Reformpapiere

- Gesundheitspolitische Konzepte
 - *Gesundheitsreform 2005*
 - *Gesundheitsreform 2008*
 - *Regierungsprogramm (2008)*
 - *Das gesundheitspolitische Konzept der Österreichischen Ärztekammer* (November 2008)
 - *Gesundheit 2020* Das IV-Konzept für ein exzellentes und nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen (2008)
 - *Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung* (Sozialpartnerpapier von ÖGB und WK 2008)
 - *Gebietskrankenkassen finanziell absichern - Gesundheitsversorgung für alle garantieren*
Gesundheitsminister Alois Stöger (Sillian, 9. Februar 2009)
 - *Masterplan des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger* (2010)

Reformpapiere

- Masterplan des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (2010)
 - Kostenentwicklung
 - Lt. IHS werden die Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2030 auf über 12,5 % des BIP steigen
 - Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung sektorenübergreifend
 - soziodemografische Veränderungen
 - Zunahme der Chronische Krankheiten
 - Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung
 - Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen
 - mangelnde sektorenübergreifende Planung
 - Qualitätskontrolle
 - bundesweite Gesundheitsziele definieren
 - Transparenz und Beteiligung zur Förderung der Identifikation der Bevölkerung
 - verstärkte Prozessorientierung im österreichischen Gesundheitswesen

Reformpapiere

- Masterplan des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (2010)
 - Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene
 - Abschied vom derzeitigen ÖSG als Planungsgrundlage
 - für den Bereich der niedergelassen Ärztinnen, Ärzte und der Spitalsambulanzen eine verpflichtende Diagnose-Codierung
 - Schaffung einer objektiven Datengrundlage zur Ermittlung eines evidenz-basierten Bedarfs
 - ein gemeinsames Datawarehouse für das österreichische Gesundheitswesen
 - die Bedarfsplanung erfolgt in Zukunft ohne Anbieter
 - der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte
 - Versicherte sollen sich zeitnahe über die konsumierten Leistungen informieren können
 - Qualitätsberichte für die Bereiche der Primärversorgung, Krankenanstalten und für die eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung
 - Instrumente für eine verstärkte Teilnahme und das Empowerment der Patientinnen und Patienten an Modellen zur integrierten Versorgung schaffen
 - das Sachleistungsprinzip ist auch im Falle eines vertragslosen Zustandes sicher stellen
 - Kompetenzen der Patientenadvokatur gesetzlich um den niedergelassenen Bereich erweitern
 - neuen Kommunikationsformen und Einsatz der e-health Technologien

Reformpapiere

- Masterplan des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (2010)
 - Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene
 - Entwicklung strukturierter Programme zur Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten
 - Gesundheitsdienstleister, die an Disease Management Programmen teilnehmen, sind durch die Sozialversicherung zu zertifizieren
 - der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin müssen im Rahmen von Disease Management Programmen die Funktion eines verantwortlichen Gesundheitskoordinators übernehmen
 - der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin der Zukunft haben die Aufgabe, den Patientinnen und Patienten den optimalen Behandlungsweg verständlich und überschaubar zu machen.
 - Ausbildung von Case-Managern und -Managerinnen
 - neue Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Patientenorientierung
 - Integrierte Versorgung
 - Pauschalvergütungen für umfassende Dienstleistungen und Krankheitsepisoden
 - Öffnungszeiten müssen an den Bedarf der Patientinnen und Patienten
 - Ausbildung der Gesundheitsberufe ist an die Anforderungen der integrierten Versorgung anzupassen
 - die Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe muss in qualitativer und quantitativer Hinsicht verstärkt werden. Künftig sollen diese entsprechend ihrer Qualifikation auch Aufgaben wahrnehmen, die derzeit ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind.
 - Apotheker sollen entsprechend ihrer Qualifikation mehr Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen (Polypharmazie).
 - Neue Berufsbilder müssen geschaffen werden (z.B. community nurses).

Reformpapiere

- Masterplan des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (2010)
 - Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene
 - Qualität messbar machen
 - Sektorenübergreifende Qualitätsparameter für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind vom Bund zu erarbeiten
 - Für spezielle kassenärztliche Leistungen sind verpflichtende Ausbildungen und Fortbildungen vorzusehen.
 - Leitlinien, vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, sind verbindlich anzuwenden und bei Nichtanwendung zu sanktionieren.
 - Die Ausbildung der Gesundheitsberufe ist um die Themenfelder Kommunikation, Krankheitsmanagement, Public Health und Gesundheitsökonomie zu erweitern.
 - Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten soll durch Verstärkung zeitadäquater Inhalte im Studium, Zielorientierung der Spitalsausbildung sowie durch verpflichtende Weiterbildung modernisiert werden.
 - Eine verpflichtende einjährige Lehrpraxis ist zu implementieren. Lehrpraxen sind durch die Sozialversicherung zu zertifizieren.
 - Restrukturierung der Spitäler
 - die Spitäler müssen durch neue Angebotsformen zu modern organisierten Gesundheitszentren weiterentwickelt werden
 - Spitzenversorgung in Schwerpunktkrankenanstalten
 - Finanzierung
 - Konsolidierungskurs im Spitalswesen analog zur Krankenversicherung gefordert

Ärztliche Standespolitik

- **§ 66. Die Ärztekammern in den Bundesländern sind berufen,**
- 1. die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Ärzte einschließlich Gruppen von Ärzten sowie von Gruppenpraxen wahrzunehmen und zu fördern sowie
- 2. für die Wahrung des ärztlichen Berufs- und Standesansehens und der ärztlichen Berufs- und Standespflichten zu sorgen.
- **§ 117a. (1) Die Österreichische Ärztekammer ist berufen,**
- 1. alle Angelegenheiten, die die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Kammerangehörigen von zwei oder mehr Ärztekammern berühren, zu besorgen,
- 2. über den Wirkungsbereich der Ärztekammern in den Bundesländern hinausgehende gesetzlich vorgesehene Rechtsakte für Kammerangehörige der Ärztekammern in den Bundesländern zu setzen und
- 3. für die Wahrung des ärztlichen Berufs- und Standesansehens und der ärztlichen Berufs- und Standespflichten zu sorgen.
- (2) Der Wirkungskreis gemäß Abs. 1 gliedert sich in einen eigenen und einen übertragenen Wirkungsbereich.

Ärztliche Landespolitik

- Handlungsfelder und Herausforderungen (allgemeine Tendenzen)
 - Studium (Diplomstudium, PHD, Bolognaprozess)
 - Abschluss der ärztlichen Grundausbildung (jus migrandi, Approbation)
 - Postpromotionelle Ausbildung (Lehrpraxis, Additivfächer, Spezialisierungen, Facharzt für Allgemeinmedizin)
 - Ausbildungskonkurrenz durch Angebot nichtmedizinischer Universitäten (postgraduelle Hochschulkurse, Masterstudienlehrgänge)
 - Work-Life-Balance
 - Arbeitsverhältnisse
 - Ärztenachwuchs - Versorgung – Versorgungsmodelle – managed care (Hausarztmodell)
 - Migration der Ärzteschaft
 - Kompetenzverschiebungen zwischen Bund und Ländern
 - Aufgabenverschiebung zwischen niedergelassener Bereich und Krankenhäusern
 - Verlagerung der Leistungserbringung zwischen den Gesundheitsberufen (Entprofessionalisierung von Gesundheitsberufen) - Konkurrenz gewerblicher Leistungserbringer
 - Gesundheitswirtschaft
 - Verschiebung der Entscheidungskompetenzen vom medizinischen Bereich zum politischen, administrativen und ökonomischen Bereich
 - Kontrolle über Qualitätsnormen
 - Transparenz durch Berichtswesen
 - Steuerung über Finanzmittel
 - Verlagerung von Leistungen durch elektronische Vernetzung
 - Patientenrechte, Patientenmigration
 - Haftungsrecht
 - Auswirkung von wirtschaftlichen Veränderungen auf die Versorgungswerke

Veränderungen - Tendenzen

- Handlungsfelder und Herausforderungen (spezielle Themenbereiche)
 - Regionale Strukturplanung
 - Zusammenarbeit niedergelassener Bereich und Spitalsbereich
 - Integrierte Versorgung
 - Finanzierung – Kostendiskussion – Ärztteeinkommen
 - Krankenanstaltengesetzdiskussion
 - Art. 15 A – Vereinbarung (neue Vereinbarung ab 2013)
 - Gruppenpraxisgesetz, Praxisübergaben,
 - MAB – Gesetz
 - ELGA – Gesetz (Gesundheitstelekommunikationsgesetz)
 - Tirol
 - Gemeindesanitätsdienstgesetz
 - Bereitschaftsdienste
 - Notarztversorgung

Veränderungen - Tendenzen

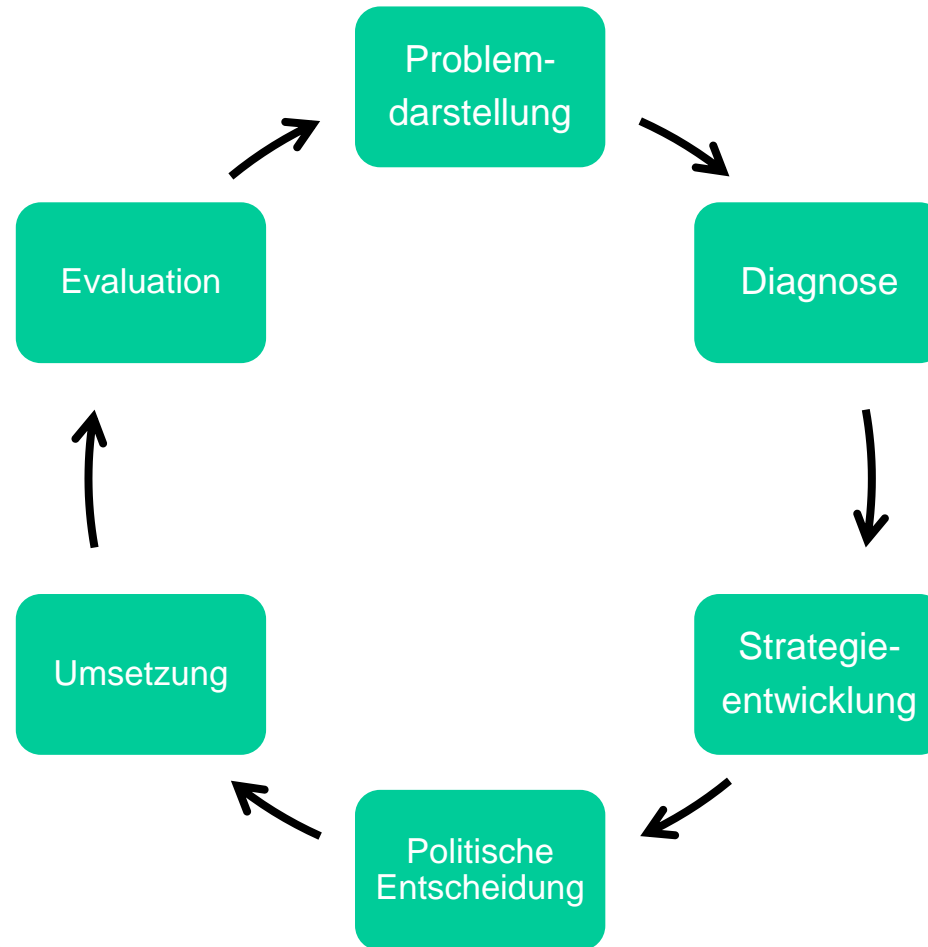
- Handlungsfelder und Herausforderungen (spezielle Themenbereiche)
 - E-Health
 - Praxis und Krankenhausinformationssysteme
 - Dokumentation und interne Kommunikation innerhalb einer Einrichtung
 - ELDA
 - Vertragsarztabrechnung
 - E-card-System
 - ABS
 - VU
 - e-Krankmeldung
 - gerichteter elektronischer Befundaustausch zwischen verschiedenen Einrichtungen
 - Telemedizin
 - Teleradiologie
 - Telepathologie
 - Telemonitoring
 - Telekonsilium
 - Teletherapie / Telechirurgie
 - CIRS
 - ELGA
 - E-Medikation

Politische Analyse und Strategie

- Grundsätzliches

- Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen sind hochpolitische Vorgänge
- deshalb bedürfen sie einer politischen Analyse
- diese Analyse soll
 - politische Inhalte von Reformbestrebungen / Veränderungsprozessen aufzeigen
 - systematisch erfolgen
 - die Effektivität von Veränderungsprozessen erhöhen
 - die Erfolgsaussicht von Veränderungsprozessen erhöhen

Ablauf von Veränderungsprozessen



Politische Analyse und Strategie

- alle Stadien des Veränderungsprozesses sind politische Prozesse
- diese erfordern eine
 - klare Definition der Problemstellung
 - klare Definition der angestrebten Lösungen
 - Klarheit über die Form der Annahme der Vorschläge
 - Klarheit über die Form der Umsetzung der Reformschritte

Politische Analyse und Strategie

- Reformen im Gesundheitsbereich erfordern
 - technische / medizinische / administrative Analyse
 - ethische Analyse
 - politische Analyse
- Reformen im Gesundheitswesen sind schwierig, weil
 - die Kostenträger politisch einflussreiche Gruppierungen sind
 - der Benefit sich unterschiedlich verteilt
 - gesundheitlich an einzelne Personen als Patienten und deren Angehörige ohne politischen Einfluss
 - ökonomisch an einflussreiche Interessensgruppen

Politische Analyse und Strategie

- „Die politische Durchsetzbarkeit ist nicht vorgegeben – sie muss geschaffen werden“
 - Deshalb müssen die Faktoren, welche die Durchsetzbarkeit beeinflussen, bekannt sein. Diese sind z.B.
 - die ökonomische Situation
 - die Stimmung in den eigenen Reihen und außerhalb
 - die politische Rahmenbedingungen
 - die Zukunftstrends
 - die medizinische Entwicklung
 - die typischen Spieler, die in Reformen im Gesundheitswesen involviert sind

Politische Analyse und Strategie

- Die politische Durchsetzbarkeit von Maßnahmen hängt ab von
 - den Playern im politischen Prozess
 - der Macht /dem Einfluss der Player
 - der Position der Player
 - der öffentlichen Wahrnehmung der Maßnahmen

Politische Analyse und Strategie

- Die Macht der Player von deren politischen Ressourcen hängt ab
 - Geld
 - Organisation
 - Unterstützern
 - Stimmen
 - Fähigkeiten
 - Informationsstand bzw. Zugang zu Informationen
 - Zugang zu politischen Entscheidungsträgern
 - Zugang zu den Medien
 - Legitimität
 - Art der öffentlichen Wahrnehmung

Politische Analyse und Strategie

- Die Position der Player hängt ab
 - von den für sie zu erwarteten Konsequenzen
 - finanziell
 - organisatorisch
 - politisch
 - in der öffentlichen Wahrnehmung
 - von den Interessen der involvierten Gruppierungen
 - Werten
 - politischen Zielen
 - ökonomischen Interessen
 - organisatorischen Interessen

Politische Analyse und politische Strategie

- Politische Umsetzbarkeit / politisches Durchsetzungsvermögen ist geprägt durch politische Strategien
 - Machtstrategien
 - um die Macht von Anhängern / Verbündete und Gegnern zu verändern
 - Positionsstrategien
 - um die Position der Anhängern / Verbündete und Gegnern zu ändern
 - Wahrnehmungsstrategien
 - um die Wahrnehmung der Problemstellung und der Umsetzung zu verändern

Politische Analyse und Strategie

- Machtstrategien um Befürworter und Verbündete zu stärken
 - Stärkung ihrer politischen Ressourcen
 - die Legitimität der Befürworter / Verbündeten steigern
 - deren Zugang zu den Entscheidungsträgern verbessern
 - ihre öffentliche Wahrnehmung erhöhen (Medien)
 - ihren Informationsstand heben
 - sie finanziell stärken

Politische Analyse und Strategie

- Machtstrategien um die Stellung des Gegners zu untergraben und seine politischen Ressourcen zu schwächen
 - Zweifel an der Legitimität der Gegner anmelden
 - den Zugang der Gegner zu Entscheidungsträgern behindern
 - die Medienpräsenz des Gegners verringern
 - wichtige Gruppen aus den Reihen der Gegner heraussprengen
 - ihre Motive als unlauter und fragwürdig darstellen

Politische Analyse und Strategie

- Positionsstrategien zur Steigerung des Engagement der Verbündeten oder bisher nicht Eingebundener
 - Kompromiss - Ändern der vorgeschlagenen Strategie anbieten
 - Austausch - ihnen etwas anbieten, das sie wollen (in einem anderen politischen oder Feld)
 - Überzeugen - Erklärung, wie die vorgeschlagene Vorgangsweise ihre Interessen unterstützt

Politische Analyse und Strategie

- Positionsstrategien zum Aufweichen der Festlegung / Haltung der Gegner
 - Kompromiss – Änderung der vorgeschlagenen Vorgangsweise / Forderung anbieten
 - Kompensation- Angebot einer Kompensation für scheinbare oder tatsächliche Verluste
 - überzeugen - Erklärung, wie die vorgeschlagene Vorgangsweise gemeinsame Ziele erreichbar machen würde
 - bedrohen - Androhung rechtlicher oder politischer Aktionen

Politische Analyse und Strategie

- Wahrnehmungsstrategien zur Veränderung der Natur des Problems in der Wahrnehmung
 - Neuformulierung der Aufgabenstellung durch Einführung einer neuen Sprache
 - Verknüpfung der Problemstellung mit positiven Symbolen
 - Unterstützung durch glaubwürdige öffentliche Persönlichkeiten (Organisationen)
 - Verweise auf die möglichen Opfer

Politische Analyse und Strategie

- Grundsätzliches für Verhandlungen
 - Vermeidung wertender Verhandlungen (ich gewinne, Sie verlieren)
 - Suche nach wertschöpfende Verhandlungsergebnissen (win-win Ergebnisse)
 - Konfliktdeeskalation und Aufbau von Vertrauen durch Diskussion auf Basis anerkannten Fakten

Politische Analyse und Strategie

- Zusammenfassung
 - Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen sind zutiefst politische Prozesse während der gesamten Umsetzungsphase
 - Erfolge werden oft erschwert, da sich Reform Teams auf technische und nicht auf politische Schwerpunkte konzentrieren
 - Explizite politische Strategien können die Umsetzbarkeit von Veränderungsprozessen erhöhen