

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 5

*Reinhard Busse, Annette Zentner,
Sophia Schlette (Hrsg.)*

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 5

Im Blickpunkt: Privatisierungstrends,
Patientensicherheit, Lebensstil

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

© 2006 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: *Sophia Schlette*

Lektorat: *Michael Kühlen*

Herstellung: *Sabine Reimann*

Umschlagabbildung: *Aperto, Berlin*

Satz: *digitron GmbH, Bielefeld*

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

ISBN 3-89204-872-X

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	7
Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik	11
Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung	12
Auswahlkriterien	13
Politikbewertung	15
Projektmanagement	16
Finanzierung und Privatisierung	18
USA: Krankenversicherungspflicht für alle	31
Schweiz: Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämiensystem	33
Frankreich: »Hôpital 2007«	37
Frankreich: Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen	40
Arzneimittelpolitik und Arzneimittelbewertung	44
Australien: Reform der Arzneimittelbewertung wegen Freihandelsabkommens mit den USA	50
USA: Evidenzbasierte Arzneimittellisten	53
Finnland: Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen	56
Spanien: Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem	58

Patientensicherheit und Fehlerprävention	62
USA: Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung	66
Kanada: Institut für Patientensicherheit	69
USA: »Hospital Compare«	71
Australien: HealthConnect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte	74
Public Health und Prävention	76
Strategien für Bevölkerungsgesundheit	76
Frankreich: Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet	82
Israel: Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern	84
Neuseeland: Aktionsplan für den Kampf gegen Krebs	87
Großbritannien: Nationales Screening-Programm für Darmkrebs	89
Japan: Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung	91
Gesundheit und Lebensstil	93
Kalifornien: Kampf gegen die Übergewichtsepidemie	99
Finnland: Senkung der Alkoholsteuer als Folge des EU-Beitritts	102
Spanien: Schwaches Anti-Tabak-Gesetz	105
Südkorea: Tabaksteuer und Gesundheitsförderung	107
Neuseeland: Zu 100 Prozent rauchfrei	108
Dänemark: Mehr Schilder statt weniger Rauch	110
Weitere Nachrichten	112
Israel: Palliative Versorgung im Leistungskatalog	112
Singapur: Transparenz im Web drückt Krankenhaustarife	116
Finnland: Forschung in Primärversorgungszentren	117
Reformverzeichnis	120

Vorwort

Wie kann die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung gesichert werden? Dieser Frage geht die vorliegende fünfte Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« anhand von Reformansätzen in Prävention und Arzneimittelpolitik und anhand von Privatisierungsbestrebungen in Finanzierung und Versorgung nach.

Während in Deutschland die Einnahmen der Krankenkassen stagnieren oder schrumpfen – Folge der strukturell bedingten, anhaltend hohen Arbeitslosigkeit – und die Ausgaben vor allem durch höhere Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse in Schach gehalten werden, wächst der Druck, das Gesundheitssystem in bisher nicht gekanntem Umfang zu reformieren. Auch die Nachbarländer haben mit Finanzierungslücken für die Gesundheitsversorgung zu kämpfen.

Reformansätze auf der Einnahmeseite überzeugen bislang wenig. Angesichts des demographischen Wandels und der angebotsinduzierten Mengenausweitung können einnahmeseitige Finanzierungsreformen höchstens eine kurz- bis mittelfristige, jedoch keine langfristige fiskalische Erleichterung verschaffen. Dies gilt auch für die beiden in Deutschland diskutierten Modelle Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Beide Modelle rufen zudem verfassungsrechtliche und praktische Bedenken hervor; beide sind politisch kaum umsetzbar. Schließlich ist beiden Konzepten die opportunistische Vereinnahmung durch das jeweilige Lager gemeinsam.

Bleiben also Reform- und Korrekturoptionen auf der Ausgabe-seite, um Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, Eigenverantwortung zu stärken und zugleich Zugangsgerechtigkeit zu gewährleisten. Dabei könnte sich Deutsch-

land nach erfolgter Richtungswahl einer Vielzahl von Lösungsansätzen bedienen: Ein Blick ins Ausland zeigt, dass alle Industrienationen ähnliche Probleme bei der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme zu bewältigen haben. Auch anderswo stellt sich in Anbetracht von Mengenausweitungen und Ausgabensteigerungen die Frage, ob die schwindende finanzielle Basis durch eine stärkere Belastung der Kranken, der Versicherten oder der Steuerzahler ausgeglichen werden soll. Überall müssen Gesundheitspolitiker die Frage nach intelligenter Ressourcensteuerung für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in Zeiten zunehmend knapper werdender Mittel beantworten.

Beispielhaft beleuchten wir in dieser Ausgabe die Entwicklungen der Ausgabenseite im Arzneimittelbereich und die Steuerungsoptionen, die die Politik dort hat, sowie die finanziellen und gesellschaftlichen Kosten von Behandlungsfehlern. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Bandes liegt auf der Betrachtung der Verhinderung von Krankheiten und damit von Behandlungskosten durch geeignete Präventionsmaßnahmen.

**Privatisierung als
Allheilmittel?**

In der Tendenz zeigt sich, dass der privatwirtschaftliche Sektor in der Gesundheitsversorgung in allen Industrieländern an Größe und Bedeutung zugenommen hat, während die öffentliche Finanzierung zurückgefahren wird. In Deutschland werden unwirtschaftliche kommunale Krankenhäuser verkauft; bereits heute haben private Betreiber rund ein Viertel der Krankenhäuser übernommen. Privatisierung umfasst allerdings auch die Ausgrenzung von Versicherungsleistungen: ob private Zusatzversicherungen oder Zuzahlungen – in allen Industrienationen werden hier Steigerungen verzeichnet.

**Erfindungsreiche
Pharmaindustrie**

Zwar stagnieren die Einnahmen der Kassen, davon unberührt fällt der Arzneimittelbereich jedoch seit Jahren durch seinen überproportional hohen Anteil an den Ausgabensteigerungen auf. Kosten treibend sind nicht nur die wirklich innovativen Medikamente, sondern vor allem vergleichsweise einfach nachgebaute Analogpräparate. Diese auch als Scheininnovationen bezeichneten Stoffe werden durch staatliche Kontrolle auf ihre Wirksamkeit überprüft und gegebenenfalls zugelassen. Da für die Marktzulassung eines Medikaments durch staatliche Agenturen oder die Europäische Arzneimittelbehörde lediglich Sicherheit, Wirksamkeit und pharmazeutische Qualität als Kriterien

herangezogen werden, haben viele Länder zusätzlich eine Nutzenbewertung des Arzneimittels im Vergleich zu anderen Medikamenten oder einer nicht-pharmakologischen Standardtherapie eingeführt.

Komplikationen und Todesfälle durch medizinische Fehler verursachen immaterielle und finanzielle Kosten. Aus ethischen Gründen ist es geboten, durch den Einsatz leistungsfähiger Informationssysteme die Möglichkeit zu nutzen, Fehler und Beinahefehler lückenlos zu dokumentieren und neue Strategien zu ihrer Vermeidung zu entwickeln. Die Vorreiter USA und Australien zeigen auf, dass dabei der Erfolg solcher Fehlersammlungen vor allem davon abhängig ist, dass Ärzte sanktionsfrei über Missstände im Arbeitsleben berichten dürfen.

Patientensicherheit als Kostenfaktor

In Europa hat die Schweiz das »Critical Incidence Report System« etabliert. Nach ihrem Vorbild werden seit diesem Jahr in Deutschland im ambulanten und im stationären Bereich ähnliche Dokumentationssysteme aufgebaut. Legt man internationale Vergleichszahlen zugrunde, kann man in Deutschland für das Jahr 2001 bei 16,5 Millionen Krankenhausfällen von bis zu 83 000 Todesfällen durch unerwünschte Folgen medizinischer Interventionen ausgehen. Angesichts dieser Zahlen und der daraus entstehenden Kosten sehen alle Akteure des Gesundheitswesens dringenden Handlungsbedarf.

Prävention chronischer Erkrankungen

Gerade chronische Erkrankungen könnten oft durch Präventionsmaßnahmen verhindert oder zumindest abgemildert werden. Deshalb versuchen viele Länder, durch gezielte Präventionsprogramme chronische Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen. Sie setzen dafür auf eine Kombination von verhältnispräventiven (auf Strukturen ausgerichteten) Maßnahmen und verhaltenspräventiven (auf Verhalten ausgerichteten) bevölkerungsorientierten Maßnahmen. Dazu zählen vielfältige Kampagnen, um die Bevölkerung auf die Gefahren beispielsweise durch Alkohol- und Tabakkonsum, falsche Ernährung, überhöhte Geschwindigkeit beim Autofahren oder ungeschützten Geschlechtsverkehr hinzuweisen.

Eine »Verfassung« für das Gesundheitssystem

In letzter Zeit hat die Formulierung von Gesundheitszielen als politischem Instrument dazu geführt, dass der Bedeutung von Prävention mehr Beachtung zuteil wurde. Die WHO formulierte 1980 erstmals Prävention als Auftrag von Gesundheitspolitik,

deren vorrangiges Ziel es sei, ungleiche Gesundheitschancen zu reduzieren, Mortalität und Morbidität bestimmter Krankheiten zu vermindern, die Gesundheit von einzelnen Bevölkerungsgruppen zu verbessern und Augenmerk auf die unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit zu richten. Um diesen Auftrag zu erfüllen, können Gesundheitsziele ein effektives Instrument sein, sofern sie konkret, messbar und realistisch formuliert werden. Außerdem müssen, wie Neuseelands Strategie gegen Krebs belegt, regionale Strukturen geschaffen werden, um entsprechende Ziele und Programme umzusetzen.

Rechtzeitig zur neuen Legislaturperiode, so hoffen die Herausgeber, liefert diese Ausgabe 5 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« Stoff für gesundheitspolitische Diskussionen und mögliche Lösungen – mittels dezentraler Strukturen für Präventionsmaßnahmen in den jeweiligen Lebenswelten, Steuerungsoptionen auf der Ausgabenseite oder der Wirkung von Privatisierung und Selbstbeteiligung auf der Finanzierungsseite.

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten im Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik Experten aus inzwischen 17 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten. Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik zu verringern, mit halbjährlichen Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewegt und bewährt hat – und was nicht.

Kriterium für die Auswahl der Länder für die systematische Betrachtung im Rahmen des Netzwerks sind gesundheitspolitische Reformerfahrungen oder Innovationen, die die deutsche Debatte bereichern könnten.

Netzwerkpartner sind Fach- und Forschungsinstitutionen mit ausgewiesener Expertise in Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement oder Public Health. Das Netzwerk ist somit interdisziplinär; die Experten und Expertinnen sind Ökonomen, Politikwissenschaftler, Mediziner und Juristen. Viele von ihnen haben Erfahrung als Politikberater, andere solche in international vergleichender Gesundheitssystemforschung.

Australien	Centre for Health Economics, Research and Evaluation (CHERE), University of Technology, Sydney
Dänemark	Institute of Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark, Odense
Deutschland	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
Finnland	National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Helsinki

Frankreich	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris
Großbritannien	LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science
Israel	Smokler Center for Health Policy Research, The Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem
Japan	National Institute of Population and Social Security Research (IPSS), Tokyo
Kanada	Canadian Policy Research Networks (CPRN), Ottawa
Niederlande	Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam
Neuseeland	Centre for Health Services, Research and Policy, University of Auckland
Österreich	Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Republik Korea (Südkorea)	Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University
Schweiz	Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore (NUS)
Spanien	Research Centre for Health and Economics (Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES), University Pompeu Fabra, Barcelona
USA	The Commonwealth Fund, New York; Institute for Global Health (IGH), University of California, Berkeley/San Francisco

Vorbereitung und Vorgehen der Berichterstattung

Für die Berichterstattung wurden Politikfelder, in denen Reformen dringend nötig sind, identifiziert und diese in die folgenden Gruppen eingeordnet:

- nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen (Hauptfinanzierungsquelle und Verteilung von Finanzmitteln, Vergütung der Leistungsanbieter)
- Fachkräfteentwicklung
- Qualität der Gesundheitsversorgung

- Leistungskatalog und Prioritätensetzung
- Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Nutzerorientierung des Systems und Stärkung der Patienten
- politischer Kontext, Dezentralisierung und öffentliche Verwaltung
- Organisation des Gesundheitssystems und integrierte Versorgung
- Pflege chronisch Kranker und älterer Menschen
- Rolle der Privatwirtschaft
- neue Technologien
- Arzneimittelpolitik
- Prävention
- Public Health

Auswahlkriterien

Für jede der halbjährlichen Erhebungen berichten die Netzwerkpartner über bis zu fünf aktuelle gesundheitspolitische Reformthemen. Kriterien für die Wahl der Berichtsthemen sind:

- Bedeutung und Reichweite
- Auswirkung auf den Status quo
- Innovationsgrad (im nationalen und internationalen Vergleich)
- Medienpräsenz/öffentliche Aufmerksamkeit

Zu jedem Thema füllen die Partner einen Fragebogen aus, um die Reformidee oder -politik sowie den Entwicklungsprozess zu beschreiben und zu bewerten. Abschließend geben die Berichtersteller zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen der Reform ihre Einschätzung ab und beurteilen die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit bzw. Übertragbarkeit auf andere Systeme.

Eine kleine Grafik illustriert die Entwicklungsstufen des Reformprozesses.

Eine Reformidee oder -politik muss nicht notwendigerweise alle Stadien durchlaufen. Je nach Dynamik des Prozesses kann eine Reformentwicklung innerhalb des Beobachtungszeitraumes auch einzelne Phasen überspringen.



- Unter »Idee« werden neue oder erneut aufgegriffene Ansätze gefasst, die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen diskutiert werden. Hierunter fallen auch »Ideen« in einem noch sehr frühen Stadium – fernab von Politik oder formaler Einführung. Auf diese Weise entsteht eine Art »gesundheitspolitischer Ideenspeicher«, der es erlaubt, die Dynamik von Reformideen von ihrer Entstehung bis zu ihrer Umsetzung, ihrem Verschwinden oder ihrer Ablehnung über die Zeit und über Regionen hinweg zu beobachten.
- »Pilotprojekt« steht für Neuerungen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden.
- »Strategiepapier« umfasst formale politische Statements (Eckpunkte, Weiß- oder Grünbücher) oder Stellungnahmen. Hierunter verstehen wir auch die Phase wachsender Akzeptanz von Ideen in einschlägigen Fachkreisen, wie z. B. der Ärzteschaft.
- Der Begriff »Gesetzgebung« steht hier für alle Stufen der Gesetzgebung – vom Einbringen eines Gesetzentwurfes über die parlamentarische Debatte nebst Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider und Interessengruppen und sonstiger treibender Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.
- »Umsetzung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Implementierung und praktischen Anwendung der Reform. Diese Phase setzt nicht notwendigerweise eine vorangegangene Gesetzesänderung voraus, sie kann auch Ergebnis eines erfolgreichen Modell- oder Pilotprojektes im Sinne der Anwendung von »best practice« sein.
- »Bewertung« benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes evaluiert werden. Hier beschriebene Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussequalierung erfolgen.

- »Wandel« schließlich kann die Folge einer Evaluation oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

Politikbewertung

Für den vorliegenden Bericht wurden drei von fünf Bewertungskriterien exemplarisch ausgewählt: Medienpräsenz, strukturelle Wirkung und Übertragbarkeit. Gemäß der Bewertung und Expertenmeinung unserer Berichterstatter wird die Ausprägung dieser Merkmale jeweils auf einer Skala von fünf Stufen grafisch dargestellt und dient als Anhaltspunkt für detaillierte Analysen:

- »Medienpräsenz«: Hier wird bewertet, welchen Stellenwert ein gesundheitspolitisches Reformthema hatte bzw. wie viel Aufmerksamkeit ihm zuteil wurde und welche Rolle Presse, Rundfunk oder Internet in der öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung dabei gespielt haben. Die Skala reicht von »sehr niedrig« (links) bis »sehr hoch« (rechts).
- »Strukturelle Wirkung«: Dieses Kriterium beschreibt den strukturell-systemischen Aspekt und die Bedeutsamkeit der Reform. Die Endpunkte der Skala sind mit »marginal« (links) bzw. »fundamental« (rechts) bezeichnet.
- »Übertragbarkeit«: Dieses Merkmal zeigt an, inwieweit eine Reform in einen anderen Kontext übertragbar ist. Die Bewertung unserer Experten erfolgt als Einschätzung zwischen den Extremen »stark systemabhängig« (links) und »systemneutral« (rechts).

Die folgende Grafik illustriert beispielhaft eine Reform, deren Struktureffekt der Experte für allenfalls marginal hält, was mit einer nur geringen Medienpräsenz einhergeht, die er jedoch für bedingt übertragbar auf andere Gesundheitssysteme hält:



Projektmanagement

Das Themenfeld Gesundheit der Bertelsmann Stiftung organisiert und koordiniert die halbjährlichen Erhebungen des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik und entwickelte den halbstandardisierten Fragebogen. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht. Daniel Rühmkorf (Medizinjournalist) danken wir für sein Kollectorat und Ines Galla (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei der Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Die Ergebnisse der fünften halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum November 2004 bis April 2005 umfasst, werden in diesem Band dargestellt. Von den 65 Reformmeldungen wurden 26 für den vorliegenden Bericht ausgewählt.

Ab dieser Ausgabe von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« setzen wir den Schwerpunkt auf eine länderübergreifende Analyse von Reformentwicklungen. Die Einführung der Kapitel zu jedem Thema bietet einen umfassenden Überblick über gemeinsame oder gegenläufige Trends. Dies ermöglicht die Einordnung der im Anschluss berichteten Reformentwicklungen in einzelnen Ländern.

Die fünfte Ausgabe befasst sich mit vier gesundheitspolitischen Reformthemen, die in verschiedenen Industrieländern ähnlich wie in Deutschland von hoher politischer Relevanz sind:

- Finanzierung und Privatisierung
- Arzneimittelpolitik und Arzneimittelbewertung
- Patientensicherheit und Fehlervermeidung
- Public Health und Prävention

Das letzte Kapitel, »Weitere Nachrichten«, berichtet über Reformen zur Palliativversorgung in Israel, zur Kostentransparenz in Krankenhäusern Singapurs und zur Forschungsförderung in finnischen Primärversorgungszentren.

Sämtliche Reformberichte der fünf Befragungsrunden können auf der Website des Netzwerks, www.healthpolicymonitor.org, recherchiert und eingesehen werden. Dort ist auch der erste Teil von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«, der nicht gedruckt

wurde, als Download erhältlich. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Website als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebögen und geben nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung wieder.

Unser Dank gilt allen Experten aus den Partnerinstitutionen und ihren externen Koautoren:

Autoren: Rob Anderson, Michael O. Appel, Toni Ashton, Alek Aviram, Gabi Ben Nun, Netta Bentur, Frankki Bevins, Shuli Brammli-Greenberg, David Cantarero, Karine Chevreul, Terkel Christiansen, André den Exter, Kees van Gool, Revital Gross, Marion Haas, Jos Holland, Sirpa-Liisa Hovi, Phuong Trang Huynh, Annakaisa Iivari, Neva Kaye, Ilmo Keskimäki, Reuven Kogan, Luca Crivelli, Soonman Kwon, Marjukka Mäkelä, Esther Martínez García, Tom McIntosh, Carol Medlin, Lim Meng Kin, Julien Mousqués, Anja Noro, Adam Oliver, Zeynep Or, Valérie Paris, Dominique Polton, Jaume Puig-Junoy, Bruce Rosen, Masayo Sato, Renée Torgerson, Christoffer Tigerstedt, Lauri Vuorenkoski, Sarah Weston und Jonathan Wittenberg.

Kommentatoren/Reviewer: Anne-Marie Audet, Iva Bolgiani, Jennifer Edwards und Mary Ries.

Kommentare und Anregungen zum fünften Halbjahresbericht sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Wir freuen uns über alle Verbesserungsvorschläge.

Reinhard Busse, Annette Zentner, Sophia Schlette

Finanzierung und Privatisierung

Seit Jahrzehnten ist das Gleichgewicht zwischen Staat und Markt, zwischen Regulierung und Wettbewerb im In- und Ausland ein kontroverses gesundheitspolitisches Thema. Die Auseinandersetzung mit der angemessenen Mischung aus »öffentlich« und »privat«, in der englischsprachigen Literatur als »public-private mix« bezeichnet, zieht sich durch alle Industrienationen und spiegelt Machtverhältnisse und Interessenkonflikte ebenso wider wie unterschiedliche Ideologien und divergierende Erwartungen zur Leistungsfähigkeit beider Konzepte.

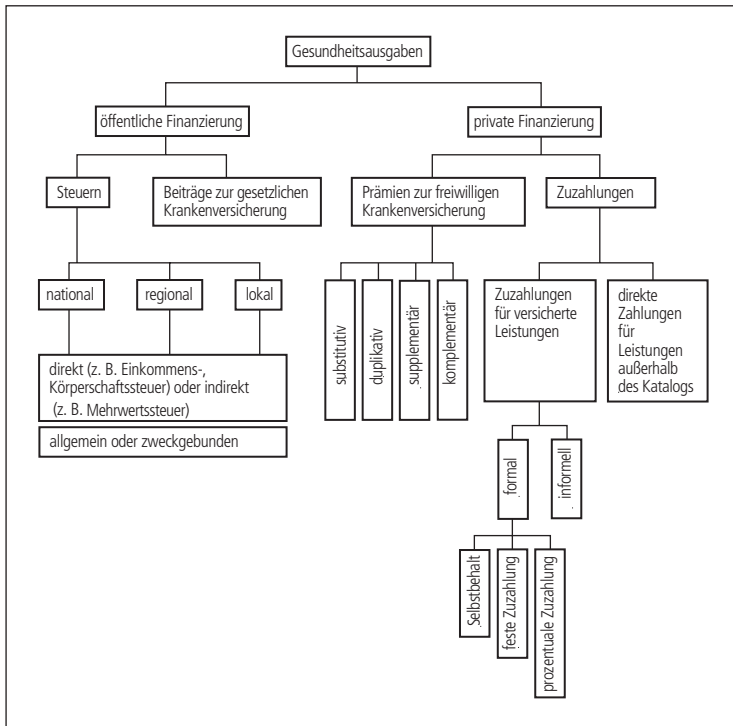
Manche verbinden mit »Staat« Bürokratie und Ineffizienz und mit »Markt« Wirtschaftlichkeit und Innovation – und vertreten die Auffassung, die öffentliche Regulierung solle auf ein Minimum beschränkt werden. Andere dagegen haben ein positives Bild von der öffentlichen Hand und sehen Wettbewerb und Deregulierung als Ursache für Qualitätsdefizite, Kostensteigerungen und soziale Ungerechtigkeit. Privatisierung führt in den Augen der Marktskeptiker unvermeidlich zu einer Erosion des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, vor allem für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Die Fallberichte dieses Kapitels zu Reformen in den USA (siehe S. 31), Frankreich (siehe S. 37 und 40) und der Schweiz (siehe S. 33) illustrieren anschaulich einen Ausschnitt aus dieser Debatte.

Viele europäische und außereuropäische Länder suchen den politischen Disput durch einen Kompromiss zu lösen, der die Rolle des Staates im Gesundheitswesen mit der streng geregelten Einbindung des Privatsektors in Umsetzung von gesundheitspolitischen Strategien und Public-Health-Programmen verbindet. Hinter dem Schlagwort Privatisierung verbergen sich jedoch weder ein einheitliches Konzept noch ein einheitlicher Trend. So

umfasst Privatisierung veränderte Finanzierungsmodelle durch Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen und/oder einen größeren privaten Versicherungsmarkt ebenso wie Veränderungen in der Trägerschaft von Krankenhäusern oder die öffentliche Vertragsnahme von privaten Leistungserbringern. Im internationalen Vergleich sind die Ansätze, den »public-private mix« neu zu gestalten, so unterschiedlich wie die Gesundheitssysteme.

Im Folgenden sollen dennoch einige grundsätzliche Reformentwicklungen dargestellt werden, die sich länderübergreifend abzeichnen scheinen.

Abb. 1: Öffentliche und private Finanzierung des Gesundheitssystems



Quelle: modifiziert nach OECD 2004a; Busse, Schreyögg und Gericke 2005

**»Public-private
mix«**

Betrachtet man die Finanzierung von Gesundheitssystemen, unterscheiden sich Länder im internationalen Vergleich nicht nur darin, wie sie öffentliche Quellen, das heißt Steuern und Beiträge aus Sozialversicherungen, kombinieren, sondern auch in der Kombination privater Mittel (Abb. 1). Letztere setzen sich aus Prämien für private Krankenversicherungen und aus unmittelbaren Geldzahlungen bei Leistungserbringung, so genannten »out-of-pocket payments«, zusammen. Nicht immer sind dies formelle Zuzahlungen für Leistungen des gesetzlichen oder vertraglichen Katalogs. In osteuropäischen Ländern und Ländern der ehemaligen Sowjetunion nehmen sie oft die Form von Schmiergeldzahlungen an (engl. »informal payments«). Abzugrenzen sind schließlich direkte Zahlungen an Leistungserbringer außerhalb des Systems der staatlichen oder vertraglichen Leistungen (z. B. zur Umgehung von Wartezeiten).

**Privatisierung ist
weltweiter Trend**

Abb. 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen des öffentlichen und privaten Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den vergangenen 30 Jahren. Auch wenn die Daten vor dem Hintergrund der oft eingeschränkten Güte internationaler Vergleiche interpretiert werden sollten, so zeigen sie doch, dass sich das Verhältnis von öffentlicher und privater Finanzierung in fast allen Industrieländern zugunsten der privaten Finanzierung verschoben hat.

Der steigende Anteil von freiwilligen Krankenversicherungen an den Gesundheitsausgaben zeigt, dass Privatisierung in Versicherungsform bzw. die Förderung individueller Risikoabsicherung sich über alle Typen von Gesundheitssystemen hinweg zu einem bevorzugten Instrument entwickelt hat, um die öffentlichen Haushalte zu entlasten (Abb. 3).

Diese Entwicklung scheint zudem für alle Typen von Privatversicherungen zuzutreffen, seien sie substitutiv (Alternative zu gesetzlichen oder staatlichen Versicherungen wie in Deutschland, in den Niederlanden oder in den Vereinigten Staaten) oder duplikativ (Alternative zum gesetzlichen Schutz in bestimmten Leistungsbereichen wie in Neuseeland, z. B. um Wartelisten zu umgehen), komplementär (Deckung von hohen gesetzlichen Zuzahlungen wie in Frankreich und den Vereinigten Staaten) oder supplementär (Leistungen außerhalb des gesetzlichen Katalogs wie in Kanada).

Als zweite private Finanzierungsquelle erfreuen sich Zuzahlungen bei politischen Entscheidern großer Beliebtheit. Ihr Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben ist in den vergangenen Jahren in den meisten Industrieländern gestiegen. Allerdings zeichnen sich auch gegenläufige Entwicklungen ab – etwa in Irland, den Niederlanden, den USA, Südkorea und der Schweiz. Südkorea und die Schweiz führen dennoch unverändert die Liste der Länder mit der höchsten Belastung privater Haushalte an.

**Zuzahlungen
im Trend**

Gemischt ist das internationale Bild auch, wenn man betrachtet, wofür (ärztliche, zahnärztliche, stationäre Leistungen, Arzneimittel etc.) und wie (Selbstbehalt, Festbetrag oder prozentualer Anteil) Zuzahlungen erhoben werden. Mit Blick auf die einzelnen Länder ist zu beobachten, dass gesundheitspolitische Entscheidungen eher von politischer Opportunität als durch Argumente der technischen Effizienz geleitet zu sein scheinen.

Trotz des sich in Westeuropa abzeichnenden Trends, öffentliche Finanzierungsquellen durch Verlagerung auf private Ressourcen zu entlasten, liegt – mit Ausnahme vor allem der Schweiz und Griechenlands – der Anteil öffentlicher Ausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben weiterhin über der 70-Prozent-Marke (Tab. 1).

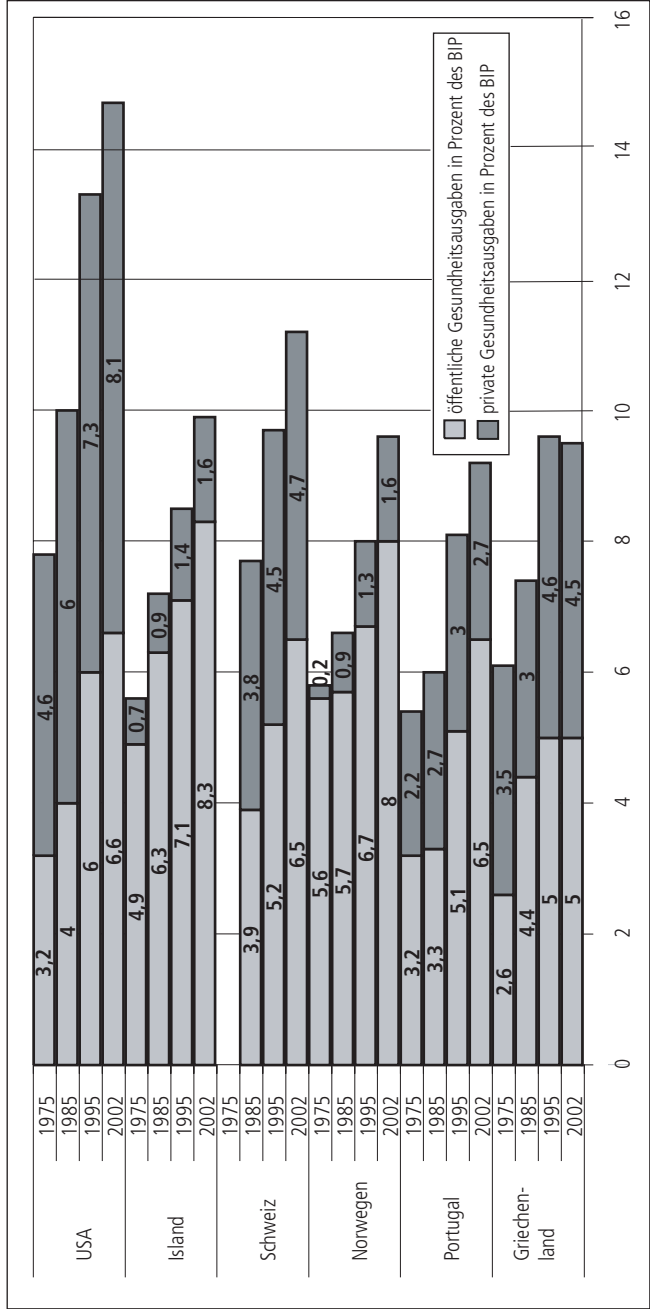
**Begrenzte Belastung
der privaten
Haushalte in
Westeuropa**

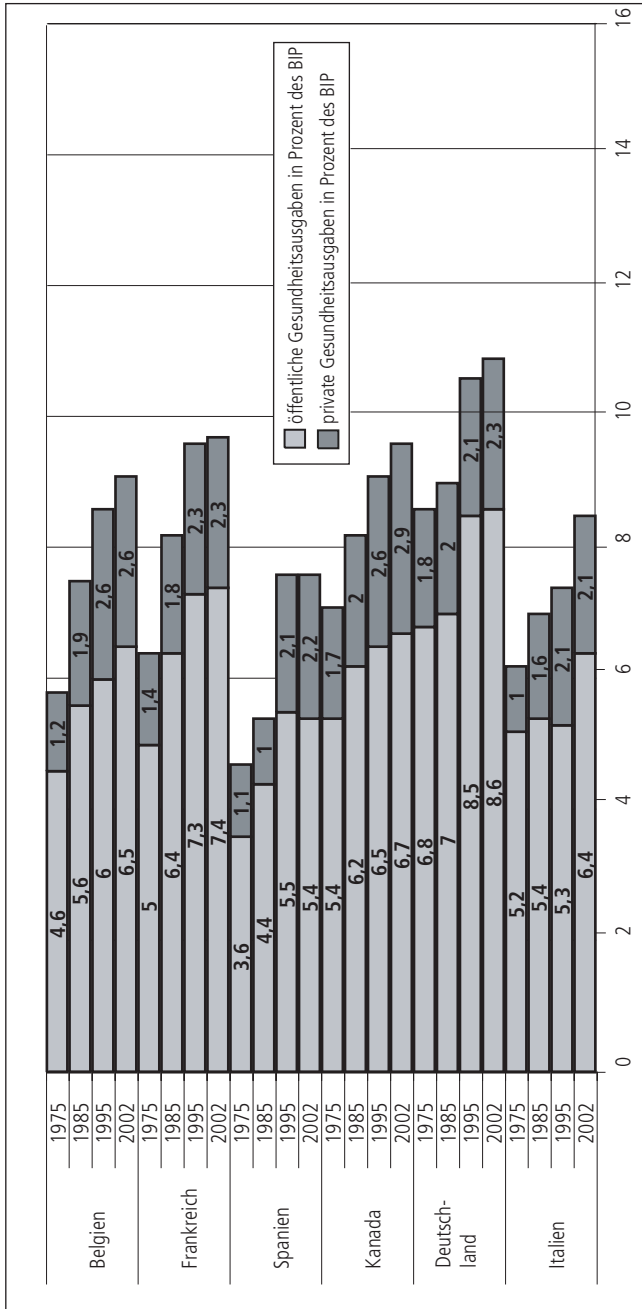
Dass die meisten Gesundheitssysteme, ob steuer- oder beitragsatzfinanziert, einer über zwei Jahrhunderte gewachsenen staatlichen Rolle nach wie vor so eine große Bedeutung zumessen, demonstriert die unangefochtene Stärke des Solidaritätsgedankens in der Finanzierung europäischer Gesundheitssysteme. Struktur allein ist jedoch kein Garant für öffentliche Verantwortung, denn in den Sozialversicherungssystemen Osteuropas führt die starke Verbreitung von Schmiergeldzahlungen, über deren Ausmaß es nur Mutmaßungen gibt, zu einer tendenziell grob unterschätzten Belastung privater Haushalte.

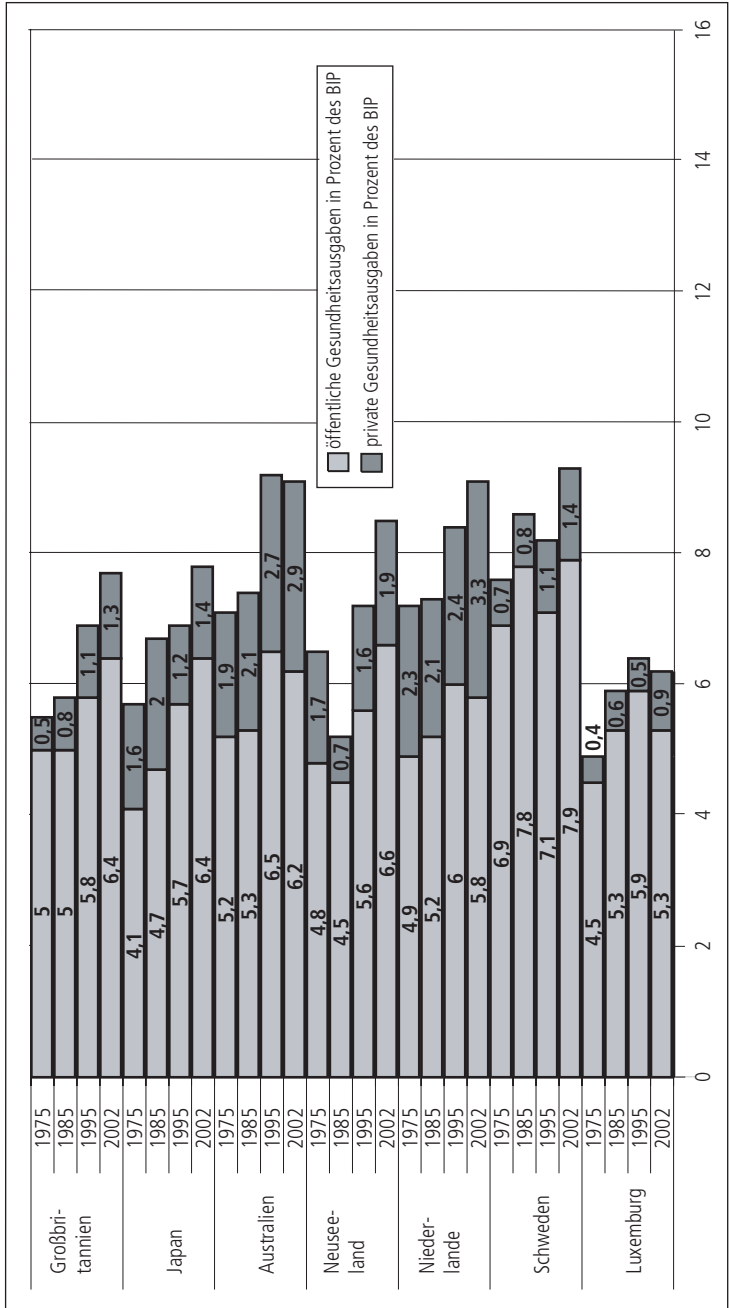
Singapur und die USA bleiben ihrer Tradition treu, das finanzielle Risiko für Krankheit dem Individuum zu überlassen. In beiden Ländern stammt mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben aus Prämien für freiwillige Krankenversicherungen und aus Out-of-pocket-Zahlungen. Der Trend, die Ressourcen im Unterschied zu Steuerzahlungen und Krankenversicherungsbeiträgen nicht umzuverteilen, scheint sich ungebrochen fortzusetzen (etwa in den USA, S. 31).

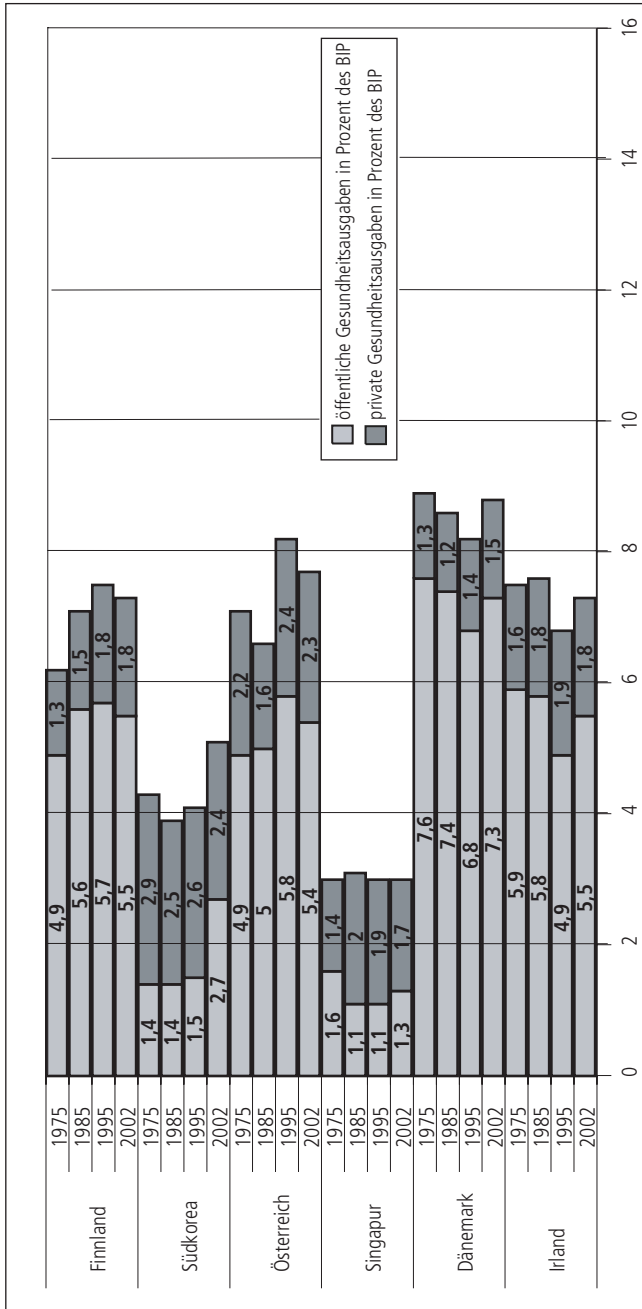
**USA goes
Singapore:
Medical Savings
Accounts groß
in Mode**

Abb. 2. Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (1975–2002) in Prozent des Bruttoinlandsprodukts



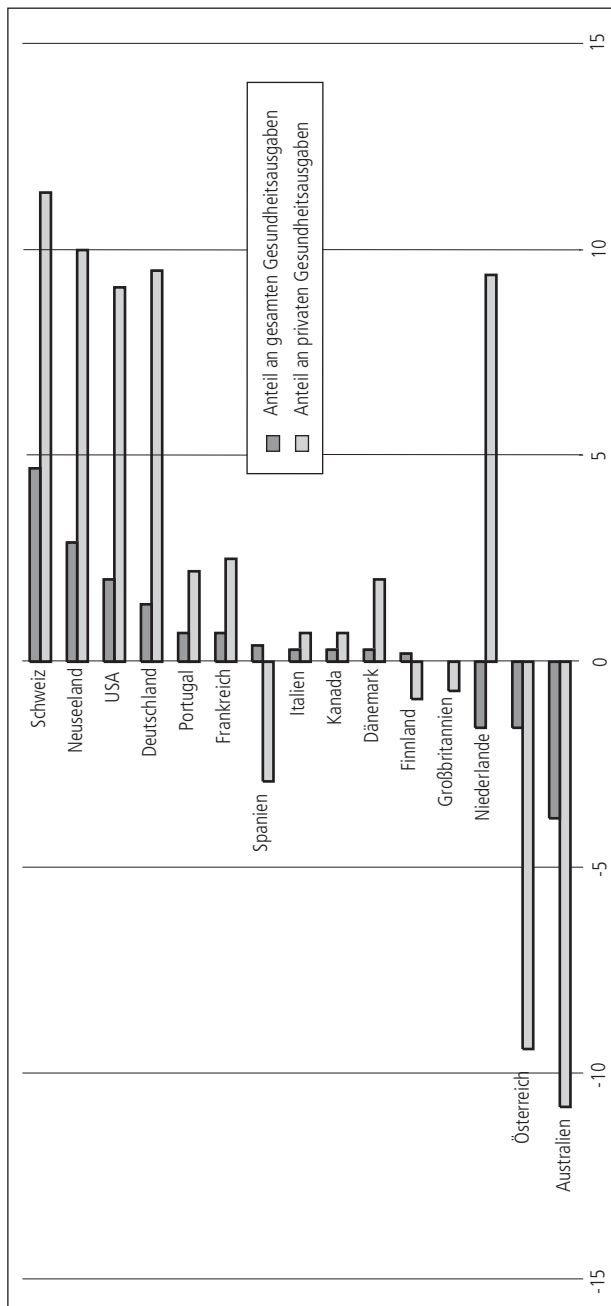






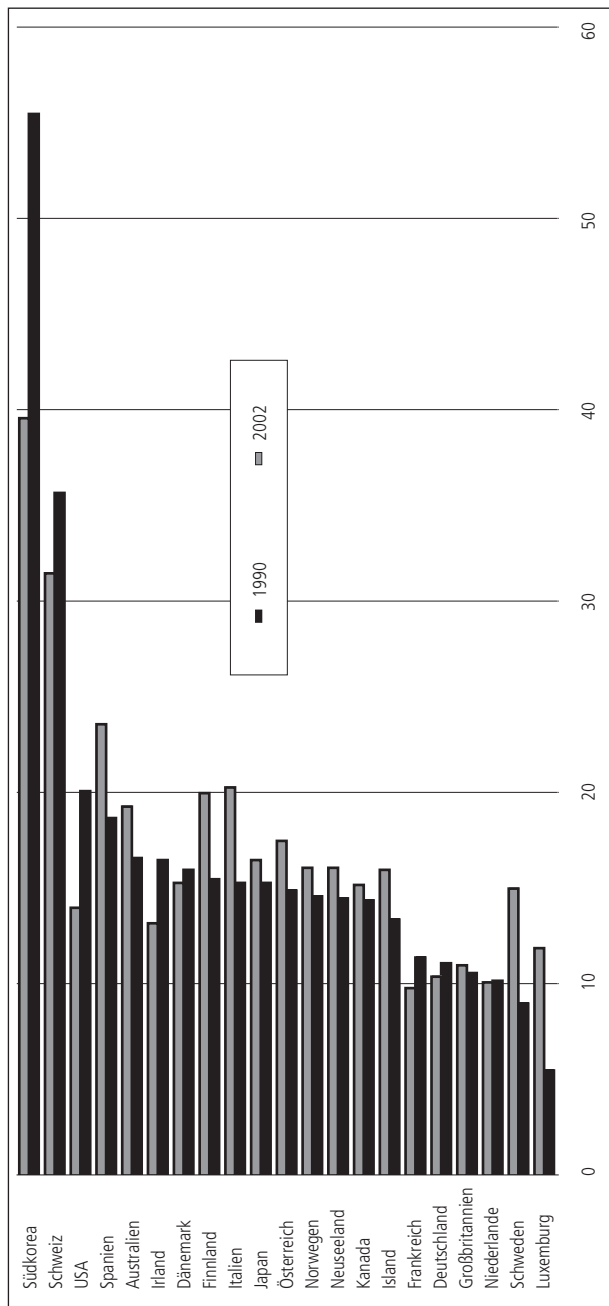
Quelle: Busse, Schreyögg und Gericke 2005

Abb. 3: Privatversicherungen als Anteil der gesamten und der privaten Gesundheitsausgaben, Veränderung zwischen 1990 und 2002 in Prozentpunkten



Quelle: OECD 2004b; Busse, Schreyögg und Gericke 2005

Abb. 4: Zuzahlungen als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben (1990 und 2002) in Prozent



Quelle: OECD 2004b; Busse, Schreyögg und Gericke 2005

Tab. 1: Ländergruppierung nach Finanzierungsmechanismus im Jahr 2002

<i>Systeme mit überwiegender Finanzierung aus Steuern</i>	<i>Systeme mit überwiegender Finanzierung aus Sozialversicherungsbeiträgen</i>	<i>Systeme mit überwiegender privater Finanzierung</i>
<i>hoher öffentlicher Anteil (> 70 Prozent)</i>		
Dänemark Finnland Großbritannien Island Irland Italien Neuseeland Norwegen Spanien Schweden	Belgien Deutschland Frankreich Japan Luxemburg Niederlande Polen Slowakische Republik Tschechische Republik Ungarn	
<i>niedriger öffentlicher Anteil (< 70 Prozent)</i>		
Australien Kanada Portugal	Österreich Schweiz Südkorea	Griechenland Singapur USA

Quelle: OECD 2004b; Busse, Schreyögg und Gericke 2005

So entstanden in Singapur in den 80er Jahren die so genannten Medical Savings Accounts, individuelle, zweckgebundene Sparkonten, die die Bürger eröffnen müssen, um daraus Kosten im Krankheitsfall zu bezahlen. Mitte der 90er haben die Vereinigten Staaten diese neue private Finanzierungsform in Pilotprojekten zu adaptieren begonnen. Nach dem Willen der Bush-Regierung sollen Steuervergünstigungen die US-Amerikaner davon überzeugen, Medical Savings Accounts als alternative Gesundheitsvorsorge für das Alter anzulegen.

Die Vorstellung ist, dass Versicherte von Medicare, der US-Versicherung für über 65-Jährige, aus den Sparkonten Leistungen bezahlen, die nicht oder nicht ausreichend vom staatlichen Programm gedeckt sind (beispielsweise ambulante Arzthonorare, Arzneimittel).

Die länderübergreifende Analyse des »public-private mix« auf der Vergütungsseite des Gesundheitssystems gestaltet sich noch

facettenreicher als die der Finanzierung, da in keinem Land Leistungen ausschließlich öffentlich oder privat erbracht werden.

Krankenhäuser sind weltweit mehrheitlich in der Hand öffentlicher Träger. Zu beobachten ist allerdings ein Trend, den Häusern z.B. durch leistungsbezogene Vergütung (etwa in Frankreich, S. 37) oder neue Vertragsformen (z. B. in Dänemark, Großbritannien und Schweden) eine größere Unabhängigkeit zu verschaffen, gutes Management zu belohnen und die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber dem privaten Sektor zu erhöhen.

In Europa wie auch in den USA arbeiten die meisten privaten Krankenhäuser auf Not-for-profit-Basis (in den Niederlanden ist der gesamte stationäre Bereich freigemeinnützig). Die Zahl gewinnorientierter Privatkliniken nimmt nur in einigen Ländern zu. Massiv ist der Anstieg in Deutschland, wo sich mit Beendigung der meist kommunalen Trägerschaft seit 1991 der Anteil der privaten Krankenhausbetten von 4,0 Prozent im Jahr 1991 auf 9,4 Prozent im Jahr 2003 erhöht hat.

In den USA lässt sich eine ähnliche, gleichwohl weniger einschneidende Entwicklung beobachten. So gab es im Jahr 2002 mit einem Gesamtanteil von 13,2 Prozent rund ein Viertel mehr For-profit-Privatbetten als noch Anfang der 80er Jahre. In Frankreich hat der Privatsektor als Konkurrenz zum öffentlichen Sektor traditionell eine große Bedeutung (siehe S. 37). Rund 40 Prozent der Häuser sind For-profit-Unternehmen, die mit 20 Prozent aller Krankenhausbetten ein Gutteil der chirurgischen und gynäkologischen Versorgung stellen. Der Anteil privater Betten blieb allerdings über die Jahre konstant.

Der Blick in andere Länder zeigt allerdings auch, dass nicht überall eine stärkere Profitorientierung in der Versorgung Einzug gehalten hat. So ist z. B. in Dänemark die stationäre Versorgung nahezu unverändert in öffentlicher Trägerschaft; in den Niederlanden und Japan ist sie in freigemeinnütziger Hand. In Schweden wurde der Versuch, die ambulante Versorgung stärker zu privatisieren, nach kurzer Zeit unter sozialdemokratischer Führung wieder aufgegeben. Niedergelassene Ärzte sind dort nach wie vor die Ausnahme.

In der Pflege und in der Versorgung älterer Menschen verzeichnet der kommerzielle Sektor nahezu überall den stärksten Anstieg mit den größten Gewinnspannen. So nahm z.B. in

**Privatisierung von
Krankenhäusern**

**Krankenhäuser
in öffentlicher Hand**

**Profitable
Geschäfte mit
der Pflege-
bedürftigkeit**

Frankreich in diesem Bereich die Zahl der privaten For-profit-Unternehmen in öffentlichem Auftrag im vergangenen Jahrzehnt kontinuierlich zu und erreichte im Jahre 2000 knapp neun Prozent. Auch hier fällt Deutschland ins Auge. Die 1996 eingeführte Pflegeversicherung bedeutet nicht nur eine größere Zahl pflegender Fachkräfte. Vielmehr führte sie auch zu einer Ausweitung des privaten Sektors, der mit Not-for-profit-Unternehmen (56 Prozent) und gewinnorientierten Einrichtungen (36 Prozent) die kommunalen Träger von Pflegeeinrichtungen verdrängt hat (Stand 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen: In allen Ländern haben Reformkonzepte und Instrumente der »Privatisierung« wie mehr Eigenbeteiligung, mehr individuelle Verantwortung für alle Beteiligten, mehr Wettbewerb mit neuen Vertrags- und Vergütungsstrukturen und Verlagerung der Trägerschaft vom öffentlichen zum privaten Sektor Fuß gefasst. In den letzten Jahren hat sich damit das Verhältnis von öffentlichen und privaten Elementen im Gesundheitswesen grundlegend verändert. Zu erwarten ist, dass auch in Zukunft die Debatte zur »richtigen Mischung« zwischen öffentlich und privat im Spannungsfeld der unterschiedlichen Ziele eines Gesundheitssystems – qualitativ hochwertige Versorgung, verbesserte Gesundheit, zufriedene Bürger, gerechte Lastenverteilung und hohe Effizienz – nicht weniger kontrovers als bisher geführt werden wird.

Literatur und Links:

Busse, Reinhard, Jonas Schreyögg und Christian Gericke. Health Financing Challenges in High Income Countries. HNP Discussion Paper Series. Washington, D.C.: Worldbank 2005 (in Bearbeitung).

Maarse, Hans (Hrsg.). *Privatisation in European Health Care. A comparative analysis in eight countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2004.

OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries*. Paris: OECD 2004a.

OECD. *Gesundheitsdaten 2004. Vergleichende Analyse von 30 Ländern*. Paris: OECD 2004b.

Thomson, Sarah, Elias Mossialos und Nadia Jemai. Cost

sharing for health services in the European Union. Bericht an die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten. Kopenhagen und London: European Observatory on Health Care Systems und London School of Economics and Political Science 2003.

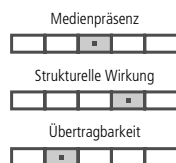
Wörz, Markus. Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten. Unveröffentlichtes Dissertationsmanuskript. Berlin.

USA: Krankenversicherungspflicht für alle



Kalifornien unternimmt einen neuerlichen Versuch, die Pflicht zur Krankenversicherung gesetzlich zu verankern. Nachdem im November 2004 eine Volksabstimmung die Arbeitgeber – mit einer äußerst knappen Mehrheit von einem Prozentpunkt – davon entbunden hat, Arbeitnehmer gegen Krankheit pflichtzuversichern (siehe Ausgaben 2 und 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«), soll nun jeder Bürger individuell in die Verantwortung genommen werden.

Nach einem von Demokraten und Republikanern gemeinsam eingebrachten Gesetzesvorschlag vom Februar 2005 muss in Zukunft jeder Kalifornier per Steuererklärung belegen, dass er und seine Angehörigen entweder über den Arbeitgeber, über staatliche Versicherungsprogramme oder privat abgesichert sind. Personen ohne Nachweis werden automatisch in ein öffentliches Versicherungsprogramm auf Kreisebene aufgenommen und die Prämien mit der Einkommenssteuer verrechnet, das heißt, z. B. von etwaigen Steuerrückzahlungen abgezogen.



**Kranken-
versicherung ist
Bürgerpflicht**

**Lückenhafter,
unausgeglichener
Gesetzesentwurf**

In einer Zeit polarisierter Politik in den USA ist ein parteiübergreifender Vorstoß ungewöhnlich. Der Gesetzesvorschlag hat nach Meinung von Experten z.B. des Institute for Global Health an der University of San Francisco/Berkeley kaum Aussicht auf Erfolg. Viele kalifornische Politiker, vor allem in den Reihen der Demokraten, halten das Gesetz für nicht ausgeift. Sie haben wenig Vertrauen, dass das Ziel eines universellen Krankenversicherungsschutzes erreicht werden kann, solange es u. a. für Personen ohne Einkommenssteuererklärung (wie Studenten, illegale Einwanderer und Personen unterhalb der Steuerbemessungsgrenze) keine Regelung gibt.

Auch andernorts findet der Vorschlag wenig Unterstützung. Bürgerliche Interessengruppen wehren sich dagegen, die derzeit 6,4 Millionen unversicherten Kalifornier zu diskriminieren. Dies sind nicht etwa nur einkommensschwache, bedürftige und ältere Menschen. Die größte Untergruppe ist mit 42 Prozent die Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen, die weder über ihren Arbeitgeber noch privat versichert sind, deren Einkünfte aber zu hoch sind, um sich für die staatlichen Programme für Bedürftige zu qualifizieren. Bürgerrechtler befürchten, dass Einzelpersonen gegenüber Versicherungsgesellschaften eine zu schwache Verhandlungsposition haben, um sinnvolle und erschwingliche Policen aushandeln zu können. Tatsächlich legt das Gesetz nur sehr grobe Rahmenbedingungen fest, z. B. dass für präventive Leistungen kein Selbstbehalt erhoben werden, und dieser für alle anderen Behandlungen nicht über 5000 Dollar (4100 Euro) pro Jahr liegen darf.

**Prämien nicht
mehr steuerlich
subventioniert**

Auch Krankenversicherungsunternehmen haben vehementen Widerstand angekündigt. Denn um Geringverdiener, die sich keine Versicherung leisten können, aus Staatsgeldern zu unterstützen, will die Gesetzesinitiative – wie in anderen Versicherungszweigen – Steuern auf Krankenversicherungsprämien erheben. Auch für Arbeitgeber steht ein Steuerprivileg zur Disposition, um den Subventionspool für finanziell Schwache zu füllen. Unternehmen werden die Ausgaben für Krankenversicherungen nur noch bis zu einer gewissen Grenze steuerlich absetzen können. Im Gegenzug will die Reform jedoch Zuschüsse gewähren, wenn Arbeitgeber für besonders bedürftige Arbeitnehmer, das heißt mit einem Einkommen unter der doppelten Armutsgrenze, eine Versicherung abschließen.

US-weit ist der kalifornische Vorschlag der erste ernstzunehmende Versuch, den Krankenversicherungsschutz per Gesetz für Einzelpersonen vorzuschreiben, auch wenn dieses Modell von Zeit zu Zeit in anderen Bundesstaaten diskutiert wurde. Das Konzept des Bundesstaates liegt auf einer Linie mit der Politik der Bush-Administration, die mehr Eigenverantwortung proklamiert. Paradebeispiel für die Strategie der Republikaner auf nationaler Ebene sind die intensiv beworbenen und steuerbegünstigten Medical Savings Accounts, d.h. personenbezogene Sparkonten, aus denen jeder Einzelne etwaige Krankheitskosten bezahlt und somit das finanzielle Risiko selbst trägt. Den Ansätzen ist gemein, dass statt des Versicherungskollektivs oder der Regierung das Individuum in die Verantwortung für das Risiko Krankheit genommen wird.

**US-weiter Trend:
Abwälzung
des Krankheits-
risikos auf
das Individuum**

Literatur und Links:

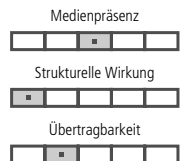
Nation, Joe, und Keith Richman. A Bipartisan Solution to Comprehensive Healthcare Reform. <http://republican.assembly.ca.gov/pdf/RichmanHealthcare0205.pdf>.

Schweiz: Soziale Gerechtigkeit im Kopfprämiensystem



Ab Januar 2007 werden Schweizer Familien mit geringem und mittlerem Einkommen für ihre Kinder nur noch die Hälfte der Krankenversicherungsprämie bezahlen.

Die im März 2005 vom schweizerischen Parlament verabschiedete Gesetzesänderung beendet einen langwierigen Reformprozess, durch den Familien und Geringverdiener im schweizerischen Kopfprämiensystem stärker entlastet werden sollen. Das ursprüngliche Ziel, die unterschiedlichen Prämienverbilligungssysteme in den 26 Kantonen zu vereinheitlichen und



die soziale Ungerechtigkeit der Gesundheitsfinanzierung entscheidend abzumildern, ist jedoch nicht erreicht worden.

Kopfprämien belasten Mittelschicht und Familien

In der Schweiz sind die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung seit 1996 für jeden Versicherten einer Kasse gleich hoch, unabhängig von Haushaltseinkommen, individuellem Krankheitsrisiko und Alter. Allerdings hängt die Prämienhöhe einer Versicherung bei identischem Leistungskatalog von den Kosten der Versorgung am jeweiligen Wohnort ab und variiert daher sowohl zwischen den Kantonen als auch zwischen den miteinander konkurrierenden Versicherungen z. T. erheblich.

Auch die steuerfinanzierten Zuschüsse, die die Kantone Haushalten mit niedrigerem Einkommen und Familien gewähren, unterscheiden sich stark von Kanton zu Kanton. So gab im Jahr 2003 eine vierköpfige Familie mit einem Bruttojahreseinkommen von umgerechnet 45 000 Euro bei erfolgter Prämienverbilligung im Kanton Wallis im Mittel noch 1,5 Prozent, im Kanton Genf dagegen 14 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenversicherungsprämien aus. Da in den letzten Jahren die Kopfprämien als Folge steigender Gesundheitsausgaben kontinuierlich in die Höhe klettern, beklagt mittlerweile auch der schweizerische Mittelstand die große finanzielle Bürde durch Krankenversicherungsbeiträge.

Sozialverträgliche Nachbesserungen sind schwierig

Im Lichte der deutschen Diskussion um die Finanzreform der Kranken- und Pflegeversicherung im Allgemeinen und um das Unionskonzept der so genannten Gesundheitsprämie im Besonderen ist der Reformprozess in der Schweiz besonders spannend. Schweizer Experten beobachten, dass es in Zeiten kontinuierlich ansteigender Gesundheitsausgaben auf der einen und immer größerer Haushaltslöcher auf der anderen Seite äußerst schwierig sein kann, im Nachhinein einen sozialen Ausgleich für Einkommensschwache herzustellen und frappierende Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen auszugleichen.

Sozialziel gescheitert

Das so genannte Sozialziel, mit dem Schweizer, die mehr als acht Prozent ihres zu versteuernden Jahreseinkommens für Krankenkassenprämien aufwenden, Anspruch auf staatliche Unterstützung gehabt hätten, wurde ebenso verworfen wie ein zweites, vom Standpunkt der sozialen Gerechtigkeit her noch ehrgeizigeres Vorhaben von 2003. Mit diesem wollte der Bundesrat, die Schweizer Regierung, die Höhe der Prämienverbilligung

in fünf Stufen regressiv vom Einkommen abhängig machen, doch der Vorstoß scheiterte im Dezember 2003 als Teil eines großen Reformpakets, der zweiten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (siehe Ausgaben 2 und 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

Es verwundert nicht, dass die Kantone zu den Kerngegnern landesweit einheitlicher Einkommensgrenzen für den Anspruch auf staatliche Unterstützung durch das Prämienverbilligungssystem gehören. Schätzungen gehen davon aus, dass die Anzahl der Anspruchsberechtigten sich im Schnitt drastisch und die finanzielle Belastung der Kantone um 7,2 Prozent pro Jahr erhöhen würde. Gegenwärtig übernehmen die Kantone zur Finanzierung der Unterstützung rund ein Drittel aus dem eigenen Etat. Die restlichen zwei Drittel stammen aus Transferzahlungen vom Bund, die sich 2004 auf 2,05 Milliarden Franken beliefen und jährlich um 1,5 Prozent steigen. Die derzeit diskutierte Revision des Finanzausgleichs zwischen Kantonen und der Eidgenossenschaft wird den nationalen Beitrag jedoch voraussichtlich ab 2008 auf 25 Prozent der Krankenversicherungsausgaben für 30 Prozent der Bevölkerung einfrieren. Der neue Verteilungsschlüssel überlässt es damit den Kantonshaushalten, etwaige finanzielle Lücken zu schließen.

Im Juni 2004 präsentierte die Konferenz der Kantonsregierungen ihren Gegenvorschlag, lediglich Kinder von Prämien zu befreien, jungen Erwachsenen unter 25 Jahren die Hälfte der Prämien abzuverlangen und damit in erster Linie eine größere Solidarität zwischen Jung und Alt herzustellen. Doch der Vorstoß fand im Parlament keine ausreichende Mehrheit, unter anderem deshalb, weil wohlhabende und ärmere Familien gleichermaßen profitiert hätten und damit keine Umverteilung zwischen Reich und Arm erreicht worden wäre.

Ein weiterer Vorschlag vom September 2004 aus den Reihen der Christdemokraten, der die Modelle des Bundesrats und der Kantone zu kombinieren versuchte, war ebenso wenig mehrheitsfähig. Nach diesem Konzept hätten Familien mit niedrigem Einkommen (d.h. bis zum Vierfachen der staatlichen Mindestrente) keine, Familien mit mittlerem Einkommen (bis zum Sechsfachen der staatlichen Mindestrente) nur die Hälfte der Prämien für ihre Kinder zahlen müssen.

**Kantone wehren
sich gegen die
Rolle des
finanziellen
Verlierers**

**Solidarität
zwischen Jung und
Alt oder zwischen
Reich und Arm?**

Kompromiss auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner

Nach dreijähriger Debatte zeichnete sich Ende 2004 ein Kompromiss zwischen Kantonen und Bund zur Prämienregelung ab. Da die Einkommensgrenzen nicht mehr ausdrücklich per Gesetz festgelegt wurden, sahen die Kantone ihr per Verfassung verbrieftes Recht auf Autonomie in sozialen Fragen ausreichend gewahrt. Mit der nun gültigen Fassung haben die Kantone erstens freie Hand, die Grenzen für niedrige oder mittlere Einkommen, bei deren Unterschreiten ein Anspruch auf Prämienverbilligung für Kinder besteht, festzulegen. Sie bestimmen zweitens selbst, ob das für die Bundessteuer maßgebende, das für die kantonale Steuer maßgebende Einkommen oder das verfügbare Einkommen als Bemessungsgrundlage dient. Schließlich legen sie eigenständig die genaue Höhe der Subvention der Kinderprämien fest, die 50, 60 oder 70 Prozent betragen kann.

Im europäischen Vergleich geringste Verteilungsgerechtigkeit

Die Prämienverbilligungssysteme einiger Kantone erfüllen bereits jetzt die gesetzlichen Anforderungen, während die Haushalte anderer Kantone dagegen finanziell unter hohem Druck stehen. Die gegenwärtige Situation legt die Vermutung nahe, dass sich die Regelungen von Kanton zu Kanton auch weiterhin deutlich unterscheiden werden. Die Reform ist daher aus Sicht vertikaler und territorialer Verteilungsgerechtigkeit nur ein Tropfen auf den heißen Stein und weder familienpolitisch noch sozialpolitisch ein Durchbruch. Die Schweiz, die zu den reichsten Industrienationen zählt, wird daher auch in Zukunft das Gesundheitssystem mit der geringsten finanziellen Gerechtigkeit unter den westeuropäischen Ländern haben.

Literatur und Links:

Balthasar, Andreas, Oliver Bierr und Franziska Müller. Monitoring 2004. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/2Monitoring_2005_d.pdf.

Bundesamt für Gesundheit. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003. www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/2005/KV_2003_DE_v030205.pdf.

Dürr, Markus. Für die Abschaffung der Kinderprämien. Entlastung der Familien – administrative Vereinfachung. *Neue Zürcher Zeitung* vom 28.10.2004.

Schweizerischer Bundesrat. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) und zum Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung. www.admin.ch/ch/d/ff/2004/4327.pdf.

Ständerat. Debatte über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. 15. Dezember 2004. www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4706/116943/d_s_4706_116943_116968.htm.

Ständerat. Debatte über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Zweitrat. 3. März 2005. www.parlament.ch/ab/frameset/d/n/4707/119514/d%5Fn%5F4707%5F119514%5F119515.htm.

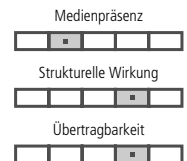
Wagstaff, Adam, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* (18) 1999: 263–290.

Frankreich: »Hôpital 2007«



Mit dem Ziel, die Vergütungsstruktur für öffentliche und private Krankenhäuser zu vereinheitlichen und Anreize für mehr Effizienz zu setzen, stellt Frankreich die Krankenhausfinanzierung seit 2004 auf ein prospektives System mit »diagnosis-related groups« um. Mit der Veröffentlichung der Entgelte und Sonderentgelte für 2005 droht der anfängliche Konsens zwischen öffentlichen und privaten Krankenhausträgern aufzubrechen, die die Regierung bisher gemeinschaftlich in diesem Kurs unterstützten.

Bis dato werden in Frankreich alle öffentlichen und privaten Not-for-profit-Krankenhäuser über ein Globalbudget finanziert, das vom Gesundheitsministerium festgelegt und zwischen den Regionen nach Größe, Altersstruktur und Morbidität der jeweili-



Unterschiede in der Vergütung öffentlicher und privater Krankenhäuser	<p>gen Bevölkerung aufgeteilt wird. Die regionalen Krankenhaus-agenturen (»agences régionales de l'hospitalisation«) legen das individuelle Budget jedes Krankenhauses vorrangig auf Basis der historischen Kosten fest. Die Möglichkeit, den Etat des Krankenhauses durch eine fallpauschalenbasierte Vergütung von der Leistung abhängig zu machen, wurde bisher wenig genutzt.</p> <p>Private For-profit-Krankenhäuser dagegen, die 40 Prozent aller Häuser und rund ein Drittel der gynäkologischen bzw. die Hälfte der chirurgischen Betten in Frankreich stellen, werden nach einem Mischsystem vergütet, das sich aus einer Tagespauschale für Unterkunft, Pflege, medizinische Routinemaßnahmen, Arzneimittel etc. und – in Abhängigkeit von der technischen Ausstattung – einer separaten Bezahlung für diagnostische und therapeutische Prozeduren zusammensetzt.</p>
Casemix bietet Vorteile für alle	<p>Selten hat in Frankreich eine Reform von öffentlicher wie privater Seite so starke Unterstützung erfahren wie die Neuordnung und Harmonisierung der Krankenhausfinanzierung. Aus Sicht der öffentlichen Häuser war das bisherige Globalbudget ein Instrument der Rationierung, das die leistungsfähigsten Häuser bestrafte und keinen Raum ließ, auf den Bedarf der Bevölkerung zu reagieren. Von der Reform erhoffen sie sich deutlich mehr Autonomie.</p> <p>Private Krankenhäuser sehen in der neuen Vergütungsstruktur eine Möglichkeit, ihren Marktanteil zu erhöhen. Sie sind überzeugt, nun belegen zu können, dass sie günstiger und effizienter arbeiten und deshalb als Vertragspartner für den Staat an Attraktivität gewinnen. Gemessen an Indikatoren wie Anzahl der Prozeduren pro Arzt oder Belegung der Operationssäle, stehen die Privaten bereits jetzt tatsächlich besser da.</p>
Fallpauschalen und neues Management	<p>Das französische Fallpauschalensystem (»groupes homogènes de séjours«), das landesweit für alle medizinischen Leistungsbe-reiche (ausgenommen sind Psychiatrie und Langzeitpflege) bis 2012 als einziges Vergütungssystem eingeführt werden soll, ist eines von zwei Säulen der Reform »Hôpital 2007« der französischen Regierung. Zwar lautet der offizielle Sprachgebrauch der Reform »Gleichstellung« von öffentlichen und privaten Krankenhäusern, tatsächlich ist es aber der gesteigerte Wettbewerb, von dem sich die Regierung höhere Effizienz, Produktivität und Transparenz im öffentlichen Sektor erhofft. Die zweite Säule der</p>

Reform, ein »neues Management«, soll die Krankenhausverwaltung der öffentlichen Häuser modernisieren und ihre Fähigkeit zur Selbststeuerung stärken.

Derweil beginnt die anfänglich breite Unterstützung für das neue Vergütungssystem jedoch zu bröckeln. Öffentliche wie private Krankenhäuser monieren, dass sich die Regierung nicht an den angekündigten Zeitplan hält und den Institutionen nicht ausreichend Spielraum für Vorbereitungen lässt. So wurden die Entgelte des privaten Sektors für 2005 erst Anfang des Jahres bekannt gegeben. Auch die Höhe von Zusatzentgelten für besonders teure Medikamente und Medizinprodukte wurde erst spät veröffentlicht.

Aus Sicht der Krankenhäuser mangelt es der Kostenkalkulation – Aufgabe des Gesundheitsministeriums – an Transparenz. Sie kritisieren außerdem, dass die Entgelte für die »diagnosis-related groups« die realen Kosten nicht ausreichend berücksichtigen. Da schließlich unklar bleibt, ob die Einführung der Fallpauschalen von Budgetkürzungen begleitet sein wird, können die Krankenhäuser ihre finanzielle Situation nur schwer einschätzen.

Uneinig sind sich private und öffentliche Häuser über die Höhe des Extradudgets, das den öffentlichen Krankenhäusern zur Erfüllung ihrer gesellschaftlichen Funktionen zusteht (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC). Darunter fallen Forschung und Lehre an Universitätskliniken ebenso wie Leistungen, die im Zusammenhang mit nationalen oder regionalen Gesundheitszielen (z. B. Prävention oder Versorgung von gefährdeten Bevölkerungsgruppen) stehen. Der private Sektor fürchtet, dass diese Gelder verwendet werden, um die Defizite der öffentlichen Krankenhäuser auszugleichen und die medizinischen Leistungen querzufinanzieren. Letztere äußern dagegen die Sorge, dass ihr öffentlicher Auftrag unterbewertet wird. Noch gibt es kein abschließendes Ergebnis, wie hoch das Ministerium das MIGAC-Budget veranschlagen wird.

Strittig ist schließlich, dass sich die Regierung mit zwei getrennten Entgeltlisten von dem kühneren Szenario eines einheitlichen DRG-Systems verabschiedet hat. Denn in die Berechnung der Basisfallwerte bei öffentlichen Häusern gehen fixe und variable Kosten ein, wohingegen Gehälter und medizintechnische Leistungen bei den Privaten außen vor bleiben.

**Zögerliche
Umsetzung löst
Unmut aus**

**Streit um
Sonderbudgets**

Unterm Strich wird sich – bei allen Harmonisierungsbestrebungen – das Vergütungssystem für öffentliche und private Krankenhäuser in Frankreich weiterhin wesentlich unterscheiden.

Literatur und Links:

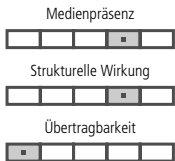
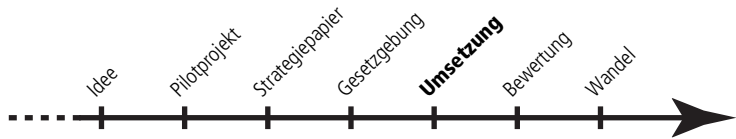
Hôpital 2007: www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Groupe projet tarification à l'activité. Bulletin d'informations générales N°1 2003. www.ameli.fr/dl/Infos_TAA_0403.pdf.

Ministère de la Santé et des Solidarités. La tarification à l'activité. www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm.

Union Régionale des Médecin libéraux d'Ile de France. Actes colloque national T2A. 16 Juin 2004. www.urml-idf.org/urml/T2A/T2A0408.pdf.

Frankreich: Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen



Im Januar 2005 haben die französischen Ärzteverbände und die Spitzenorganisation der Krankenversicherungen UNCAM (Union nationale des Caisses d'assurance maladie) einen nationalen Vertrag zur ambulanten Vergütung unterzeichnet und damit nach langjähriger Debatte den Weg geebnet, landesweit das Hausarztssystem einzuführen und die ambulante Vergütung zu reformieren. Die jüngste Krankenversicherungsreform verlagerte den Schwerpunkt auf Anreize für Patienten und damit auf die Nachfrageseite. Dass sie nur mit gewissen Restriktionen für die

Ärzterschaft verknüpft wurde, ermöglichte den Konsens mit den Kassen.

Gatekeeping ist eines der Kernziele der französischen Gesundheitsreform von 2004, mit dem die französische Regierung den medizinischen Versorgungsprozess besser koordinieren und das Gesundheitswesen rationalisieren will. Ähnlich wie in Deutschland konnten Patienten in Frankreich niedergelassene Haus- und Fachärzte bislang ohne Einschränkungen aufsuchen. In Zukunft bleiben jedoch denjenigen Franzosen, die sich von einem Arzt ihrer Wahl (»médecin traitant«) an den Spezialisten überweisen lassen, Privathonorare erspart. Patienten müssen in Frankreich nach dem Kostenerstattungsprinzip zunächst alle ambulanten Leistungen selbst bezahlen. Seit der Reform können alle Fachärzte privat bis zu 17,5 Prozent höhere Gebühren pro Besuch oder Prozedur erheben, sofern der Patient nicht vom »médecin traitant«, der der Hausarzt, aber auch ein Facharzt sein kann, überwiesen wurde.

Das Privileg, zusätzlich privat abzurechnen, hatten bisher nur rund 30 Prozent der Fachärzte und zehn Prozent der Hausärzte, was – nicht nur unter Medizinern – immer wieder Anlass zu Kontroversen gab. Der Grund hierfür ist eine französische Besonderheit, nach der sich seit 1980 niedergelassene Ärzte zwischen zwei Vertragstypen mit den Kassen entscheiden konnten: Nach dem ersten Modell dürfen Ärzte den Patienten nur die offiziellen Kassenpreise berechnen, bekommen aber im Gegenzug einen Teil ihrer eigenen Sozialversicherungsbeiträge bezahlt. Für Ärzte, die zusätzlich in festgelegten Grenzen Privatgebühren erheben wollen (das zweite Modell), entfällt dieser Vorteil.

Dieses zweiteilige Vertragswerk erschien zunächst attraktiv, denn es ermöglichte, die Vergütung der Ärzte aufzubessern, ohne die öffentlichen Kassen zu belasten. Die Bedenken, dass damit finanziell schwächere Bevölkerungsgruppen ungleich belastet und gewisse Ärzte gegenüber anderen bevorzugt würden, nahmen jedoch kontinuierlich zu. Da das Konzept von der ansteigenden Zahl privat abrechnender Fachärzte vehement verteidigt wurde, stellte es sich als wenig steuerbar und veränderbar heraus.

Der im Januar 2005 geschlossene Vertrag zur ambulanten Vergütung zwischen dem größten französischen Ärzterverband (Confédération des syndicats médicaux français) und der neu

Gatekeeping

**Private
Abrechnung
politisch nicht
steuerbar**

geschaffenen Spitzenorganisation der Krankenversicherungen UNCAM ist nicht nur strukturell eine einschneidende Veränderung. Die Neuordnung der ambulanten Versorgung hat auch einen hohen symbolischen Wert, da seit 1996 sämtliche Verhandlungen mit den Fachärzten zu neuen Vergütungsstrukturen gescheitert waren (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

**Durchbruch mit
konsensfähigem
Bonus- und
Anreizsystem**

Resultat der langjährigen Verhandlungen ist nun ein kompliziertes Bonus- und Anreizsystem, mit dem Hausärzte gestärkt wurden, Fachärzte sich aber trotzdem einverstanden erklären konnten. So erhalten Primärärzte für den administrativen Aufwand ihrer Lotsenfunktion eine jährliche Pauschale von 40 Euro pro Patienten. Fachärzte werden für Patienten mit Überweisung beim ersten Besuch doppelt so hoch vergütet wie für Besuche ohne Überweisung. Wenn der Patient jedoch mehrmals innerhalb eines halben Jahres zum Spezialisten geht, erhält dieser bis auf einen geringen Betrag für den Aufwand, den überweisenden Arzt zu informieren, kein zusätzliches Honorar. Die Motivation, sich am Hausarztssystem zu beteiligen, soll für Fachärzte darin bestehen, dass auch ihre Beiträge zur Sozialversicherung übernommen werden. Bestimmte Leistungen bei Augenärzten, Gynäkologen und Psychiatern sind allerdings vom Gatekeeping-Prinzip ausgenommen.

**Gatekeeping
nicht verbindlich**

In Frankreich ist Gatekeeping damit insgesamt kein obligatorischer Mechanismus – im Gegensatz z. B. zu den Niederlanden. Obwohl in verschiedenen französischen Pilotprojekten seit Mitte der 90er Jahre nur zwölf Prozent der Allgemeinärzte und ein Prozent der Bevölkerung auf freiwilliger Basis an Ärztenetzen oder Hausarztssystemen teilgenommen hatten, setzt das französische Konzept auf die nunmehr stärkeren finanziellen Anreize, um das Gut der freien Arztwahl, das wie in Deutschland sehr geschätzt wird, prinzipiell zu erhalten.

**Private
Versicherungen
sind Zünglein
an der Waage**

Ob sich der Hausarzt als Lotse in Frankreich etablieren kann, wird jedoch entscheidend vom privaten Versicherungsmarkt abhängen. Mehr als 90 Prozent der Bevölkerung haben selbst oder über den Arbeitgeber freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen, um die hohen Zahlungen für Arzthonorare, Arzneimittel u. a. abzudecken. Auch wenn möglicherweise langfristig die Prämien für die in Frankreich so populären Zusatzversiche-

rungen steigen, droht der unmittelbare Kernanreiz der französischen Strategie verloren zu gehen.

Für die konkurrierenden Privatversicherer besteht aus Marketing-Gründen derzeit kein Anlass, die privaten Arztrechnungen aus ihrem Leistungsspektrum auszuschließen. Mit Spannung wird daher ein Dekret erwartet, das festlegen soll, ob Privatgebühren für Facharztleistungen ohne Überweisung Versicherungsleistung sein dürfen oder per Gesetz – nach dem Vorbild der 2004 zusätzlich zur prozentualen Zuzahlung eingeführten Praxisgebühr von einem Euro – als private Versicherungsleistung ausgeschlossen sind.

Literatur und Links:

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille:
www.assurancemaladie.sante.gouv.fr

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. www.medsyn.fr/mgfrance/juridique/pdf/convention2005.pdf.

Arzneimittelpolitik und Arzneimittelbewertung

In vielen Industrieländern steigen die Ausgaben für Arzneimittel im Vergleich zu den Ausgaben für ärztliche und stationäre Behandlung überproportional. Umstritten sind dabei besonders die Kosten von Analogwirkstoffen. Bei diesen auch als »me too«-Präparate oder Scheininnovationen bezeichneten Medikamenten handelt es sich zwar um neue Präparate, jedoch haben sie keinen oder nur einen sehr geringen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits im Markt befindlichen Arzneimitteln.

**Analogpräparate
als Kostentreiber**

In Deutschland werden nach der Klassifikation von Fricke und Klaus (vgl. Fricke und Schwabe 2004) 53 Prozent der in den Jahren 1992 bis 2003 eingeführten neuen Substanzen dieser Gruppe zugerechnet. Nicht nur hierzulande wird der Anspruch auf freie Preisgestaltung solcher Arzneimittel oder zumindest die volle Erstattung ihrer Kosten seit längerem in Frage gestellt.

**Marktzulassung
ohne Mehrnutzen**

Da bei der Marktzulassung eines pharmazeutischen Produkts durch staatliche Agenturen oder die Europäische Arzneimittelbehörde EMEA lediglich Sicherheit, Wirksamkeit und pharmazeutische Qualität überprüft werden, haben viele Länder eine weitere wissenschaftliche Begutachtung des Arzneimittels im Vergleich zu anderen Medikamenten oder einer nichtpharmakologischen Standardtherapie eingeführt. Die vergleichende Bewertung bildet die Grundlage für Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit und Preisregulierung und für Therapieempfehlungen.

**Zunehmend
öffentliche
Nutzenbewertung**

Diese Begutachtung übernehmen öffentliche Institutionen, deren Anzahl international im letzten Jahrzehnt kontinuierlich gewachsen ist (Tab. 2). In Deutschland ist die Nutzenbewertung von Behandlungsverfahren, Medizinprodukten und Arzneimitteln erst seit 2004 gesetzlich als Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verankert.

Tab. 2: Länder mit den jeweiligen evaluierenden Institutionen und ihren beratenden Fachgremien

Land	Institution, Fachgremium	Vergleichende Bewertung von Arzneimitteln seit
Australien	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, Economic Sub-Committee	1987
Kanada (Preisbildung)	Patented Medicine Prices Review Board, Human and Veterinary Drug Advisory Panels	1994
Schweiz	Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Arzneimittelkommission	1994
Niederlande	College voor zorgverzekeringen (Kollegium für Krankenversicherungen), Commissie Farmaceutische Hulp (Kommission für pharmazeutische Hilfe)	1996
England und Wales	National Institute for Clinical Excellence	1999
Finnland	Lääkkeiden hintalautakunta (englischer Eigenname: Pharmaceuticals Pricing Board)	1999
Frankreich	Comité économique des produits de santé, Commission de Transparence	1999
Neuseeland	Pharmaceutical Management Agency, Pharmacology and Therapeutic Advisory Committee	2000
Norwegen	Statens Legemiddelverk (englischer Eigenname: Norwegian Medicines Agency), Abteilung für Pharmakoökonomie	2002
Schweden	Läkemedelsförmånsnämnden (englischer Eigenname: Pharmaceutical Benefits Board), Komitee/Projektgruppe	2002
Kanada (Erstattungsfähigkeit)	Canadian Expert Drug Advisory Committee, Common Drug Review Directorate (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment)	2003

Österreich	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Heilmittel-Evaluierungs-Kommission	2003
Deutschland	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	2004

Quelle: Zentner, Velasco-Garrido und Busse 2005

**Eher
Einschränkungen
als Ausschluss**

In den meisten Ländern folgt der Arzneimittelevaluation keine endgültige Entscheidung wie Aufnahme oder Ausschluss des Arzneimittels aus dem Leistungskatalog oder eine allgemeingültige Behandlungsempfehlung. Der Trend geht vielmehr dahin, die Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels oder entsprechende Therapieempfehlungen einzuschränken, wenn die wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit unzureichend ist oder nur für Subgruppen vorliegt (z. B. in Australien, Finnland, Großbritannien, Neuseeland, Österreich, Schweden und der Schweiz).

**Genehmigungspflicht
und Kontrollen**

Die Einschränkungen können sich auf bestimmte Indikationen, auf bestimmte Ausprägungen oder Schweregrade einer Erkrankung, auf bestimmte Patientenpopulationen (z. B. Alter und Geschlecht), Behandlungsstrategien oder -situationen beziehen. Gängige Steuerungsinstrumente sind die Genehmigungspflicht oder Einhaltungskontrolle durch den Kostenträger (in Australien und Österreich) und die Verschreibungs- bzw. Bescheinigungspflicht durch Fachärzte (in Finnland und Neuseeland) bzw. durch speziell autorisierte Ärzte (in Österreich, siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). Die Einschränkungen sollen dazu dienen, Ressourcen gezielt zu verwenden und Kosten bei teuren Produkten zu begrenzen.

**Kriterium
Kosteneffektivität
weltweit
anerkannt, ...**

Der Bericht aus Finnland (siehe S. 56) schildert in diesem Zusammenhang, welchen Konflikt hohe Kosten für eine Arzneimitteltherapie mit Unklarheit hinsichtlich langfristiger Wirksamkeit und Nebenwirkungen verursachen. Nach der so genannten »rule of rescue« ist die Gesellschaft oftmals bereit, für Patienten in Lebensgefahr oder ohne bisherige Behandlungsmöglichkeit sehr viel Geld auszugeben.

Zwar zeichnet sich – beginnend 1993 mit Australien – auf der ganzen Welt die Tendenz ab, Kosteneffektivität als weiteres Erfolgskriterium zu etablieren (siehe Bericht aus Dänemark in Ausgabe 2). Die Frage eines angemessenen Verhältnisses der

Mehrkosten in Relation zum Mehrnutzen wird jedoch politisch und im gesellschaftlichen Kontext beantwortet, wobei eine Reihe weiterer – von Land zu Land sehr unterschiedlicher – Kriterien berücksichtigt werden. Dazu zählen die Verfügbarkeit von Behandlungsalternativen, soziale und ethische Aspekte wie Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität ebenso wie Auswirkungen auf das Gesundheitsbudget, auf die Bevölkerungsgesundheit und auf Organisationen, Strukturen und Fachkräfte des Gesundheitswesens. Berücksichtigt werden zudem der Bedarf der Gesellschaft, Kosten der Hersteller für Forschung und Entwicklung sowie die Prioritäten der nationalen Regierung.

... aber im
gesellschaftlichen
Kontext gewichtet

Trotz alledem sind abschlägige Entscheidungen immer wieder Anlass für Kritik der Pharmaindustrie am zeitaufwändigen Evaluationsverfahren und an der Güte der evidenzbasierten Begutachtung. Nicht selten werden Entscheidungen erfolgreich auf juristischem Weg angefochten (siehe Bericht aus Frankreich in Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«).

Konflikte mit
globalem Markt

Der Bericht aus Australien in dieser Ausgabe demonstriert zudem (siehe S. 50), dass die vielfältigen und unterschiedlichen nationalen Regelungen zur öffentlichen Arzneimittelbewertung und -regulierung zunehmend mit den Erfordernissen eines globalen Marktes in Konflikt geraten. So zwingt das Freihandelsabkommen mit den USA Australien dazu, negative Bescheide seines staatlichen Arzneimittelberatungskomitees der Revision durch einen unabhängigen Gutachter zu unterziehen.

Arzneimittel-
innovationen
belohnen durch ...

Industrieländer stehen jedoch nicht nur vor der Herausforderung, zu klären, ob ein neues Arzneimittel als therapeutischer Fortschritt gewertet werden soll, sondern auch, wie wertvolle Innovationen belohnt und Anreize für Hersteller gesetzt werden können, in Forschung und Entwicklung zu investieren.

... volle Erstat-
tung, Positivlisten
und ...

Die Variationsmöglichkeiten bei der Erstattungsfähigkeit und Preisregulierung sind vielfältig. So garantieren einige Länder innovativen Produkten eine vollständige Kostenübernahme durch die öffentliche Hand oder durch die Krankenversicherungen. Instrumente der Innovationsförderung, die in europäischen wie nichteuropäischen Ländern zunehmend angewandt werden, sind zum einen die Aufnahme auf Positivlisten oder auf Listen bevorzugt zu verschreibender Arzneimittel (siehe Berichte aus USA und Spanien, S. 53 bzw. 58), ggf. verknüpft mit einer Befreiung von

Zuzahlungen für Patienten. Alternativ soll eine komplette öffentliche Kostenübernahme für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutischem Mehrwert garantiert werden, indem sie wie in Deutschland von einer Festbetragsregelung entbunden werden.

... hohe Preise

Da in praktisch allen Industrieländern die Preisbildung wesentlich stärker durch staatliche Eingriffe geprägt ist als in Deutschland, kann diese dort als überaus wirkungsvoller Anreizmechanismus für Hersteller genutzt werden, in Forschung und Entwicklung zu investieren. Denn nachweislich innovative Produkte können höhere oder sogar freie Preise erzielen (siehe Bericht aus Frankreich in Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). In vielen Ländern kommt dabei ein staatlicher Mechanismus der Preisfestsetzung zum Tragen (Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz und Spanien), in anderen Ländern eine Verhandlungslösung auf nationaler Ebene (Frankreich, Irland, Italien, Neuseeland und Österreich) oder eine staatliche Gewinnkontrolle der Unternehmen wie in Großbritannien.

Internationale
Konsistenz und
Transparenz
erforderlich

Ein Argument von Industrie und Verbrauchern gegen evidenzbasierte Arzneimittelpolitik ist, dass sie im internationalen Vergleich nicht zu konsistenten Entscheidungen führe. So werden in einem Land die Kosten voll übernommen, in einem anderen wird dasselbe Produkt aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Aufgrund der vielfältigen einzelstaatlichen Lösungen in der Arzneimittelregulierung kann ein und dasselbe Medikament zudem im internationalen Vergleich unterschiedlichste Preise erzielen.

Zu den zukünftigen Herausforderungen der Arzneimittelpolitik gehört es daher, internationale Standards und einheitliche Methoden einer vergleichenden Arzneimittelevaluation zu entwickeln und die Transparenz der Verfahren und Entscheidungen zu erhöhen.

Literatur und Links:

Fricke, Uwe, und Ulrich Schwabe. *Neue Arzneimittel. Arzneiverordnungs-Report 2004*. Hrsg. Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath. Berlin, Heidelberg und New York: Springer 2004. 24–87.

Glaeske, Gert, Jürgen Klauber, Christoph Lankers und Gisbert Selke. *Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003.

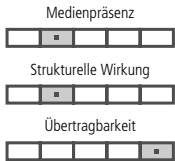
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten 2002/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. Baden-Baden: Nomos 2001.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005*. Bundestags-Drucksache 15-5670. www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Langfassung2.pdf.

Schwabe, Ulrich, und Dieter Paffrath (Hrsg.). *Arzneiverordnungs-Report 2004*. Berlin, Heidelberg und New York: Springer 2004.

Zentner, Annette, Marcial Velasco-Garrido und Reinhard Busse. *Methoden zur vergleichenden Bewertung pharmazeutischer Produkte*. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information 2005.

Australien: Reform der Arzneimittelbewertung wegen Freihandelsabkommens mit den USA



Als Folge des im Mai 2004 unterzeichneten Freihandelsabkommens mit den USA hat Australien seinen Arzneimittelbewertungsprozess reformiert, mit dem es über die öffentliche Kostenübernahme von neuen Medikamenten entscheidet. Wenn sich das Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC), ein unabhängiges wissenschaftliches Beratungskomitee der Regierung, gegen die Aufnahme eines Produkts in das öffentliche Arzneimittelprogramm ausgesprochen hat, können pharmazeutische Unternehmen nunmehr eine Revision des Verfahrens verlangen.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Neu zugelassene, verschreibungspflichtige Medikamente werden in Australien vom staatlich-föderalen Versicherungsprogramm Pharmaceutical Benefits Scheme lediglich finanziert, wenn sie in einer Positivliste, dem Pharmaceutical Benefits Schedule, geführt sind. Hersteller müssen dazu beim PBAC einen Antrag stellen, aber auch andere Interessenten, wie z.B. Patientenverbände, können ein Bewertungsverfahren einleiten.

Die Anträge entsprechen umfassenden Berichten, die die wichtigsten Studien zu Wirksamkeit und Kosten des Arzneimittels im Vergleich zu bereits erhältlichen Behandlungsoptionen zusammenführen und den vom Hersteller geforderten Preis für das Arzneimittel rechtfertigen sollen. Das PBAC, ein zehnköpfiges Gremium, das sich aus ministeriell berufenen Ärzten, Pharmakologen, Apothekern und Vertretern von Verbraucherverbänden zusammensetzt und seinerseits von Ökonomen, Epidemiologen und Statistikern beraten wird, begutachtet die wissenschaftliche Evidenz zum klinischen Nutzen und zur Kosteneffektivität des Arzneimittels.

Nur Medikamente, für die das PBAC eine positive Empfehlung ausspricht, können vom Gesundheitsministerium in die

Liste erstattungsfähiger Arzneimittel aufgenommen werden. In einem zweiten Schritt empfiehlt eine staatliche Preisbehörde, die Pharmaceutical Benefits Pricing Authority, auf Grundlage der Empfehlung des PBAC einen erstattungsfähigen Preis, und das Gesundheitsministerium verhandelt diesen mit dem Hersteller. In Australien ist damit die Beratung durch das PBAC die wichtigste Grundlage bei der Kostenübernahme und Preisregulierung von neu zugelassenen Medikamenten.

PBAC-Empfehlungen sind maßgeblich

Neu in diesem Prozess ist seit Februar 2005, dass Hersteller, auch amerikanische Firmen, im Falle einer negativen Empfehlung des PBAC Revision einlegen können. Denn im bilateralen Freihandelsabkommen AUFSTA zur Liberalisierung des Handels, das Anfang Januar 2005 in Kraft getreten ist, hat sich Australien dazu verpflichtet, die Arzneimittelregulierung transparent zu gestalten und die pharmazeutische Industrie stärker in den Bewertungsprozess ihrer Produkte einzubeziehen.

Einspruchsmöglichkeiten der Arzneimittelhersteller

Wenn ein Hersteller Widerspruch gegen die Empfehlung des PBAC einlegt, beauftragt eine Schiedsstelle nach dem neuen Modell einen Gutachter aus einem Pool unabhängiger Experten. Der Zweitgutachter kann auf Basis der eingereichten Studien und Daten kontroverse Aspekte mit den Herstellern, dem PBAC oder dem Ministerium klären und die Beweislage neu bewerten; er darf aber keine neuen Informationen einbeziehen. Das PBAC entscheidet, ob die Ergebnisse des Gutachtens eine Änderung seiner Empfehlung rechtfertigen. Die Entscheidung muss in einer Stellungnahme gegenüber dem Ministerium erläutert werden.

Seit langem sieht sich das PBAC von Seiten australischer Verbraucher dem Vorwurf ausgesetzt, dass seine Entscheidungen größtenteils undurchsichtig bleiben, um vertrauliche Informationen zum jeweiligen Produkt des Pharmaunternehmens zu schützen. Das PBAC selbst verweist auf den Kompromiss mit der Industrie, seit 2003 alle ablehnenden Bescheide einschließlich der jeweiligen Begründungen zu publizieren. Mit dem nunmehr reformierten Bewertungsprozess müssen alle Schiedsgutachten veröffentlicht werden. Da so Daten der Hersteller, aber auch von PBAC offen gelegt werden, erwarten Experten, dass die staatliche Arzneimittelregulierung in Australien an Transparenz gewinnt.

Transparenz durch Offenlegung aller Bescheide

Unklar ist, was passiert, wenn die endgültige Empfehlung von PBAC und Zweitgutachten im Konflikt stehen. In dieser Situation bleibt es dem Ministerium und damit der Politik überlassen, auf der Basis sich widersprechender wissenschaftlicher Empfehlungen eine Entscheidung zu fällen. Schon einmal setzte sich der Gesundheitsminister in der Vergangenheit über das wichtigste Beratungsgremium im australischen Arzneimittelsektor hinweg: Trotz negativer Empfehlung des PBAC ermöglichte die Regierung 2001 die Kostenerstattung eines Brustkrebsmedikaments, indem sie die Finanzierung außerhalb des staatlichen Arzneimittelprogramms übernahm.

Es bleibt abzuwarten, ob sich das PBAC durch die australischen Verfahren zur Bewertung von Arzneimitteln in seiner Autorität untergraben sieht. Denn das Ministerium könnte sich in Konfliktsituationen unter dem Druck der Hersteller in Zukunft leichter über das PBAC hinwegsetzen und Medikamente über den beschriebenen alternativen Weg in die öffentliche Finanzierung aufnehmen.

Literatur und Links:

Abbott, Tony. Australia-United States Free Trade Agreement and the Pharmaceutical Benefits Scheme. 4. Februar 2005. www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-mediarel-yr2005-ta-abb008.htm.

Burton, Kate, und Jacob Varghese. The PBS and the Australia-US Free Trade Agreement. Research Note 2004-05 No. 3 vom 21. Juli 2004, Parliamentary Library. www.aph.gov.au/library/pubs/rn/2004-05/05rn03.pdf.

Department of Foreign Affairs and Trade. Australia-United States Free Trade Agreement – fact sheets. www.dfat.gov.au/trade/negotiations/us_fta/outcomes/index.html.

Department of Foreign Affairs and Trade. Australia-United States Free Trade Agreement Chapter 2 – Annex 2C. www.dfat.gov.au/trade/negotiations/us_fta/final-text/chapter_2.html.

Joint Parliamentary Committee on Treaties. Report 61 – Australia-United States Free Trade Agreement. www.aph.gov.au/house/committee/jsct/usaftra/report.htm.

USA: Evidenzbasierte Arzneimittellisten



Rund 40 Prozent der US-amerikanischen Staaten haben in den letzten zwei Jahren Listen mit Arzneimitteln eingeführt, die Ärzte den Patienten des staatlichen Versicherungsprogramms Medicaid bevorzugt verschreiben sollen. Mit den so genannten »preferred-drug lists« wollen Bundesstaaten wie Michigan, Florida, Georgia, Illinois, Kentucky, Louisiana, Maryland und Oregon die staatlichen Ausgaben für Medikamente senken und zugleich die Versorgung mit therapeutisch sinnvollen Produkten fördern. Die Aufnahme eines Arzneimittels in die Liste stützt sich dabei auf wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit sowie auf die Kosten im Vergleich zu anderen Produkten derselben therapeutischen Klasse.

Für die Bundesstaaten, in deren Verantwortung Medicaid liegt, das staatliche, steuerfinanzierte Krankenversicherungsprogramm für Geringverdiener, gehören die kontinuierlich steigenden Arzneimittelausgaben zu den bedeutsamsten finanziellen Belastungen, die durch eine schwache Wirtschaft mit weniger Einnahmen und mehr Anspruchsberechtigten noch verschärft werden. Landesweit stiegen die öffentlichen Ausgaben für verschreibungspflichtige Arzneimittel zwischen 1990 und 2001 von rund 40 Milliarden Dollar (33 Milliarden Euro) auf 140 Milliarden Dollar (115 Milliarden Euro) und damit um 250 Prozent an. Medicaid gab allein im Jahr 2001 24 Milliarden Dollar (20 Milliarden Euro) für verschreibungspflichtige Arzneimittel aus, was elf Prozent seiner gesamten Gesundheitsausgaben entsprach.

Mit dem Ziel, zugleich eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Arzneimittelversorgung zu fördern, sind Listen erstattungsfähiger Arzneimittel in den USA ein beliebtes und weit verbreitetes gesundheitspolitisches Instrument. »Preferred-drug lists« sind keine Positivlisten im strengen Sinne. Unter der nationalen Rahmengesetzgebung für das Medicaid-Programm kön-



Arzneimittel-
ausgaben: Anstieg
um 250 Prozent
in zehn Jahren

»Preferred-drug
lists«

nen die Bundesstaaten einzelne Arzneimittel nicht vollständig aus der öffentlichen Finanzierung ausschließen. Viele Regierungen setzen stattdessen auf administrative Hürden für Ärzte und Patienten bei nicht gelisteten Produkten und auf finanzielle Anreize für Hersteller und Apotheker.

**Genehmigte
Ausnahmen**

So müssen Ärzte z.B. in Michigan zunächst eine Genehmigung bei den Medicaid-Behörden einholen, bevor sie ein nicht gelistetes Medikament verschreiben oder aber – wie in Oregon – ausdrücklich auf dem Rezept angeben, dass der Patient ein Mittel außerhalb der Liste erhalten soll. Apotheker werden für nicht gelistete Arzneimittel nur vergütet, wenn Ausnahmegenehmigungen vorliegen.

Herstellerrabatte

Pharmazeutische Hersteller schließlich können die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ihr Produkt aus einer Anzahl vergleichbar wirksamer Medikamente ausgewählt wird, wenn sie Medicaid einen Rabatt auf den Arzneimittelpreis anbieten und damit die Behandlungskosten senken.

**Anfänglicher
Widerstand ...**

Zunächst sahen sich die Initiatoren der Arzneimittellisten – Regierungen und Medicaid-Behörden – einer erheblichen Opposition von Pharmaindustrie, Leistungserbringern und Patientengruppen gegenüber, die sich der höheren Barriere für nicht gelistete Arzneimittel widersetzen und eine angemessene Patientenversorgung gefährdet sahen.

Die Hersteller klagten in mehreren Staaten gegen die Einführung der Vorzugslisten, die 2003 jedoch im Präzedenzfall Michigan für mit föderalem Recht vereinbar erklärt wurden, ebenso wie Herstellerrabatte und Genehmigungsverfahren für nicht gelistete Produkte.

**... weicht
kalkulierter
Kooperation**

Mittlerweile sind die meisten Arzneimittelhersteller mit von der Partie. Sie können den Marktanteil ihres Produkts erhöhen, wenn sie es für Medicaid günstiger als die Konkurrenz anbieten und das Präparat damit in die Liste aufgenommen wird. Die Tatsache, dass die Entscheidungen zu den Arzneimittellisten ausdrücklich auf wissenschaftlicher Evidenz basieren, half auf lange Sicht, Vorbehalte bei Ärzten und Patienten abzubauen.

So zeigt die Erfahrung in den USA, dass anfänglich umstrittene evidenzbasierte Arzneimittellisten nach einiger Zeit bei den meisten Interessengruppen auf Akzeptanz stoßen können.

Literatur und Links:

Drug Effectiveness Review Project. www.ohsu.edu/drug-effectiveness/description/index.htm

Bernasek, Cathy, Catherine Harrington, Dan Mendelson und Ryan Padrex. Oregon's Medicaid PDL: Will an Evidence-Based Formulary with Voluntary Compliance Set a Precedent for Medicaid? Bericht für die Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Januar 2004. www.kff.org/medicaid/4173.cfm.

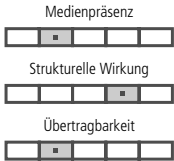
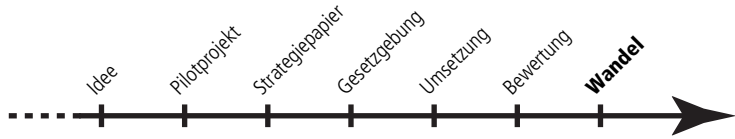
Centers for Medicare & Medicaid Services Office. National Health Accounts. Health Expenditure Projections 2002-2012. www.cms.hhs.gov/statistics/nhe.

Crowley, Jeffrey S., Deb Ashner und Linda Elam. Medicaid Outpatient Prescription Drug Benefits: Findings from a National Survey, 2003. Bericht für die Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Dezember 2003. www.kff.org/medicaid/4164.cfm.

Kaye, Neva. Affording Prescription Drugs: State Initiatives to Contain Cost and Improve Access. National Academy for State Health Policy 2002. www.nashp.org/_docdisp_page.cfm?LID=666CB5DC-7948-11D6-BD1700A0CC76FF4C.

Neumann, Peter. Evidence-Based and Value-Based Formulary Guidelines. *Health Affairs* (23) 1 2004: 124–134.

Finnland: Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen



**Erleichterte
Zulassung von
»orphan drugs«**

Im Februar 2005 erklärte die parlamentarische Ombudsfrau Finnlands, dass sich Krankenhäuser rechtswidrig verhalten, wenn sie Patienten mit seltenen Erbkrankheiten eine Arzneimittelbehandlung aufgrund hoher Kosten vorenthalten.

Für eine Reihe von bis dahin nicht therapierbaren genetischen Enzymmangelkrankungen (Morbus Fabry, Morbus Gaucher und Morbus Hurler-Schleie) wurden 2001 erstmals Medikamente von der europäischen Arzneimittelbehörde EMA zugelassen. Mit dem Ziel, die Forschung zu Arzneimitteln für seltene Krankheiten mit einer Prävalenz unter 5/10000 zu fördern und den betroffenen Patienten so genannte »orphan drugs« (Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten) schneller zur Verfügung zu stellen, legt das beschleunigte zentrale Marktzulassungsverfahren im Vergleich zu anderen Arzneimitteln weniger strenge Kriterien an den Wirksamkeitsnachweis an.

**Kaum Evidenz für
Therapie seltener
Krankheiten**

So zeigten die wenigen placebokontrollierten Studien zur Enzyersatztherapie lysosomaler Speicherkrankheiten, die ausschließlich von den herstellenden pharmazeutischen Unternehmen durchgeführt wurden, zwar einen Nutzen für betroffene Patienten, z. B. weniger Schmerzen, eine verbesserte Nierenfunktion und einen Rückgang der für diese Erkrankung typischen Speicherprodukte in den Organen. Doch sind Langzeitwirkungen größtenteils unbekannt.

Diese wenig überzeugende Evidenzlage ist aus Kostenträgerperspektive, das heißt für die finnischen Gemeinden und Krankenhausdistrikte, ein ernsthaftes Problem. Denn die lebenslange stationäre Enzymsubstitution mittels Infusionen verursacht z. B. bei der Fabry-Erkrankung, an der in Finnland rund 30 Patienten erkrankt sind, Kosten in Höhe von 200000 bis 300000 Euro pro Patient und Jahr.

Zwei Jahre lang stellte der Hersteller 13 Fabry-Patienten die

Therapie im Rahmen einer Anwendungsstudie kostenfrei zur Verfügung. Nach deren Abschluss 2004 lehnten jedoch viele Krankenhäuser die Behandlung mit dem Argument ab, die Kosten seien angesichts der unklaren langfristigen Effekte der Behandlung zu hoch. Der Versuch der Gemeinden, die Regierung in Helsinki in die Verantwortung für die Finanzierung zu nehmen, scheiterte.

**Betroffene
machen Druck**

Unterstützt von pharmazeutischen Unternehmen und von einigen Ärzten legte daraufhin die finnische Fabry-Selbsthilfegruppe Beschwerde bei der parlamentarischen Ombudsfrau, Riitta-Leena Paunio, ein, u. a. mit der Begründung, dass in vielen anderen europäischen Ländern, z. B. in Deutschland, die Kosten für eine Enzymersatztherapie übernommen würden.

**Unheilbare
Erkrankungen
dürfen kosten**

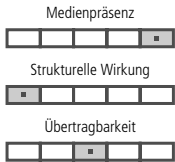
Aus Sicht von Paunio, deren Aufgabe es ist, öffentliche Maßnahmen unparteiisch zu überprüfen und eine ungerechte Behandlung von Personengruppen zu verhindern, haben finnische Fabry-Patienten laut Gesetzeslage einen Anspruch auf eine Enzymersatztherapie. Denn wie sie Anfang des Jahres erklärte, dürften Priorisierungsentscheidungen nicht dazu führen, die notwendige Behandlung aufgrund von Kosten zu verweigern. Priorisierungsentscheidungen sollten lediglich auf Basis des Bedarfs des Patienten, der Art der Erkrankung und der Wirksamkeit der Behandlung gefällt werden. Aus ihrer Sicht würde die Berücksichtigung ökonomischer Aspekte eine Gesetzesänderung erforderlich machen.

**Nutzen um jeden
Preis?**

Experten betonen dagegen, dass es in Finnland üblich und auch gerechtfertigt sei, Kosten von Arzneimitteln in Relation zur Wirksamkeit zu berücksichtigen. Als Reaktion auf die Erklärung der parlamentarischen Fürsprecherin bieten einige Krankenhausdistrikte die kostspielige Behandlung für Fabry-Patienten mittlerweile wieder an.

Bisher ist unklar, ob sich das Statement der Ombudsfrau auch bei anderen Erkrankungen darauf auswirken wird, welches Gewicht der klinischen Evidenz und der Kosteneffektivität bei Priorisierungsentscheidungen zukommt. Da zu erwarten ist, dass die Anzahl teurer Medikamente, die gezielt für kleine Patientenpopulationen entwickelt werden, zunimmt, ist Finnland nunmehr aufgefordert, den Widerspruch zwischen Gesetz und tatsächlicher Praxis sorgfältig zu prüfen und aufzulösen.

Spanien: Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem



Bis Ende 2006 will die spanische Zentralregierung mit einem umfassenden Arzneimittelreformpaket 304 Millionen Euro im Gesundheitswesen einsparen und erreichen, dass Medikamente rationaler verordnet und angewendet werden. Die 67 Einzelmaßnahmen des Programms, das das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz im November 2004 veröffentlichte, setzen an den wesentlichen Problembereichen des spanischen Arzneimittelsektors an.

Beschleunigter Zugang, ...

So soll das nationale Marktzulassungsverfahren beschleunigt und davon unabhängig ein Evaluationskomitee eingerichtet werden, das den therapeutischen Zusatznutzen neuer Produkte wissenschaftlich bewertet. Arzneimittel mit einem hohen Mehrwert sollen ohne große Verzögerung zur Verfügung stehen und in den öffentlichen Leistungskatalog aufgenommen werden. Dazu hat das spanische Gesundheitsministerium noch für dieses Jahr eine Positivliste angekündigt.

... bessere Qualität, ...

Das Programm will auch die Qualität der Arzneimittelversorgung fördern. Die Regierung plant die Förderung von Projekten und Studien, die unerwünschte Effekte von Medikamententherapien systematisch identifizieren und verhindern helfen. Sie will die Debatte über Vor- und Nachteile von kommerzieller bzw. unabhängiger Arzneimittelinformation für Patienten und verschreibende Ärzte anstoßen sowie Modelle für das elektronische Rezept voranbringen. Zu all diesen Programmpunkten liegen bisher jedoch kaum Einzelheiten vor.

Im Vordergrund steht für die Regierung, durch Eingriffe in die Arzneimitteldistribution und Preisregulierung den Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel zu bremsen, der in Spanien – wie in vielen anderen Industrieländern – im Vergleich zu anderen Gesundheitssektoren überproportional ist.

... geringere
Kosten

Zum einen wurde bereits im Jahr 2005 die Gewinnmarge der Apotheken von 9,6 auf 8,6 Prozent gesenkt. 2006 soll sie um einen weiteren Prozentpunkt fallen. Zum zweiten wurden Arzneimittelhersteller zu einem Rabatt auf den öffentlichen Umsatz von zwei Prozent verpflichtet, gegen den vehementen Widerstand der pharmazeutischen Unternehmen. Diese sehen darin eine verfassungswidrige Umsatzsteuererhöhung, auch wenn die Regierung ankündigte, dass die Abschläge für Firmen mit hohen Ausgaben für Forschung und Entwicklung niedriger ausfallen sollten. Die Publikumspreise müssen Pharmafirmen in diesem Jahr um 4,2 Prozent und um weitere zwei Prozent im März 2006 senken – es sei denn, ihre Produkte wurden im letzten Jahr zugelassen oder unterliegen dem Festbetragssystem.

Das Festbetragssystem ist der eigentliche Kern der aktuellen arzneimittelpolitischen Debatte in Spanien. Als Bestandteil ihres Arzneimittelprogramms hat die sozialistische Regierung für 2007 bereits eine umfassende Reform des Festbetragssystems angekündigt – allerdings ohne Details bekannt zu geben. Festgelegt wurde lediglich, dass die momentane Regelung bis zur Umsetzung der Reform keinerlei Veränderungen mehr erfahren wird. Das bedeutet, dass in den nächsten zwei Jahren weder die Höhe der Festbeträge modifiziert wird noch neue Produkte, für die der Patentschutz abgelaufen ist, in das System aufgenommen werden.

Unmut bei
Regionen und
Pharmaindustrie

An dieser Aussetzung des Festbetragssystems, das im Jahr 2000 unter der damaligen konservativen Regierung eingeführt wurde und das als eine der Hauptinnovationen der spanischen Arzneimittelpolitik der vergangenen zehn Jahre gilt (siehe Ausgabe 2 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«), entzündet sich scharfe Kritik von Seiten der spanischen Regionalregierungen. Sie bemängeln, dass Firmen, deren Produkte den Patentschutz in der Übergangsperiode verlieren, künstlich und ungegerechtfertigt vom Festbetragssystem ausgeschlossen sind – zu Lasten der öffentlichen Kostenträger, der Patienten und der Generikahersteller.

Vorgehalten wird der PSOE-Regierung vor allem, dass die Regionalregierungen zu wenig in die Entstehung des zentralstaatlichen Reformkonzepts einbezogen sind, obwohl sie für die Finanzierung der Arzneimittelversorgung zuständig sind. Insbesondere Regionen unter Führung der konservativen Volkspartei Partido Popular sehen darin den Versuch Madrids, trotz der 2002 vollendeten Dezentralisierung des spanischen Gesundheitssystems (siehe Ausgabe 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«) in gewissen gesundheitspolitischen Bereichen die Kontrolle zu behalten und eine Rezentralisierung vorzubereiten.

Die pharmazeutischen Firmen dagegen beanstanden, dass die geplante Festbetragsreform in Kombination mit dem ebenfalls noch nicht weiter präzisierten zusätzlichen Evaluationsverfahren für neue Arzneimittel lediglich zu Verunsicherung bei Herstellern und Verbrauchern führe.

Unklarheit über Festbetragsgruppen

Tatsächlich hat das Gesundheitsministerium bisher nicht dargelegt, nach welchen Kriterien Arzneimittel in Zukunft in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst werden. Vorsorglich warnt Farmaindustria, der wichtigste spanische Arzneimittelverband, davor, die Äquivalenzkriterien von Arzneimitteln überhaupt zu verändern, die in Spanien bisher nur die chemische Struktur und nicht die pharmakologische oder therapeutische Vergleichbarkeit (wie z. B. in Deutschland) berücksichtigen.

Definiert werden muss ebenfalls, mit welchen Kriterien und Methoden der zusätzliche Nutzen neuer Arzneimittel bewertet werden soll, ob die Beurteilung von Kosteneffektivität Bestandteil des neuen Bewertungsverfahrens sein wird und ob und wie die Begutachtung mit der Reform der Festbetragsregelung verknüpft wird.

Insgesamt ist unter Experten unbestritten, dass in Spanien mit der Zielsetzung einer besseren und günstigeren Arzneimittelversorgung ein übergreifender gesundheitspolitischer Ansatz Not tut und – in der Theorie – der Plan des Gesundheitsministeriums einen solchen darstellt. Bisher jedoch ist ein Großteil des Programms weder ausgearbeitet noch vom Parlament verabschiedet, geschweige denn ist der dafür notwendige Konsens mit den Regionalregierungen erreicht.

Literatur und Links:

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud. November 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. Boletín Oficial del Estado vom 31. Dezember 2004.

Consejo de Estado. Dictamen del Consejo de Estado sobre el proyecto de Real decreto que desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, del Medicamento, y que suspende los precios de referencia.

Patientensicherheit und Fehlerprävention

Ausgelöst durch den bahnbrechenden Bericht »To Err is Human« des US-amerikanischen Institute of Medicine im Jahr 1999 haben Fehlerprävention und Patientensicherheit Bedeutung auf der gesundheitspolitischen Agenda vieler Industrieländer erlangt. In Deutschland ist das Thema spätestens 2003, als der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten Fehlervermeidungsstrategien ein ganzes Kapitel widmete, stark in den Vordergrund gerückt.

**Was sind
Behandlungs-
fehler?**

International gibt es keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definitionen von Fehlern in der Medizin. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat in diesem Jahr ein Glossar veröffentlicht, das die national und international gebräuchlichen Begriffe aus dem Bereich Patientensicherheit zusammenführt und erläutert. Vom Oberbegriff Behandlungsschaden sind Ereignisse abzugrenzen, die beispielsweise durch Sorgfaltsregeln hätten verhindert werden können, so genannte Behandlungsfehler.

**Internationale
Daten zu Behand-
lungsfehlern**

Auf Basis erster Zahlen zum Ausmaß von Behandlungsfehlern in den Vereinigten Staaten schätzte das Institute of Medicine die Anzahl vermeidbarer Todesfälle bei stationären Patienten auf 44000 bis 98000 pro Jahr. Eine Reihe weiterer Studien aus den USA, aus Australien und anderen Ländern förderte zu Tage, dass Behandlungsfehler mit erheblichen Folgekosten verbunden sind und höhere Mortalitätsraten als Verkehrsunfälle oder Brustkrebs verzeichnen. Als Hauptkostenfaktor gilt die verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer. Deutlich wurde auch, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Komplikationen diagnostischer und therapeutischer Interventionen bei älteren Patienten und bei Angehörigen unterer sozialer Schichten häufiger auftreten.

Die Mehrzahl registrierter Fehlervorwürfe betrifft stationäre Einrichtungen bzw. Krankenhausärzte und die operativ tätigen ärztlichen Disziplinen einschließlich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Fehlerhafte operative Behandlungsverläufe scheinen für den Laien somit einfacher erkennbar als konservative Therapieverfahren.

**Mehr Fehler in
Kliniken?**

In Deutschland liegen über Häufigkeit, Ursachen, Ausmaß und Folgen von Behandlungsfehlern bislang nur unzureichende Daten vor. Die Zahl der vermuteten und angezeigten Behandlungsfehler wird gegenwärtig auf ca. 40000 pro Jahr und die der anerkannten Schadensersatzansprüche auf rund 12000 geschätzt. Der Sachverständigenrat berechnete mittels Übertragung internationaler Daten, dass in Deutschland im Jahr 2001 bei 16,5 Millionen Krankenhausfällen zwischen 31600 und 83000 Todesfälle auf unerwünschte Folgen medizinischer Interventionen zurückgeführt werden können.

**Dunkelziffer in
Deutschland
ist hoch**

Behandlungsfehler entstehen im Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren. Dazu zählen organisatorische Unzulänglichkeiten in Institutionen und technische Hindernisse im Ablauf ebenso wie unzureichende Kommunikation und Dokumentation. In Krankenhäusern manifestieren sich Defizite insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung. Einfluss haben zudem der Ausbildungsstand des Personals, die unmittelbare Arbeitsumgebung und die persönlichen Eigenschaften des einzelnen Mitarbeiters.

**Struktur- und
prozessbedingte
Fehlerursachen**

Mittlerweile beginnt sich auch auf politischer Ebene die Sichtweise durchzusetzen, dass Bemühungen zur Fehlervermeidung im Gesundheitswesen besonders dann erfolgreich sind, wenn Veränderungen auf der Ebene des Gesamtsystems vorgenommen werden (vgl. den Bericht aus Kanada, S. 69). Es ist erkannt worden, dass alle Akteure im Gesundheitswesen zu einer geänderten Einstellung gegenüber Fehlern in der Medizin gelangen müssen. Dies bedeutet zum Beispiel, dass auf die Bestrafung einzelner Personen weitgehend verzichtet wird.

**Fehleranalyse
als Chance**

Als Reaktion auf die zahlreichen Studien zu gesundheitlichen Schäden durch Behandlungsfehler haben mehrere Industrieländer Strategien zur Optimierung der Patientensicherheit entwickelt. Vorreiter sind die USA und Australien, die derzeit Empfehlungen des US-amerikanischen Institute of Medicine und der

australischen National Advisory Group on Safety and Quality in die Tat umsetzen (siehe S. 66, 71 und 74).

Informationsansätze zur Fehlerprävention

Im Mittelpunkt amerikanischer Konzepte stehen das Testen und die Implementierung von Technologien, Maßnahmen zur Identifizierung und Vermeidung von Fehlern sowie Transparenz für die Öffentlichkeit. Bedeutsam sind die Konzepte der staatlichen Gesundheitsprogramme Medicare und Veterans Health Administration, wo Fehlerabwehrstrategien der Luftfahrtindustrie als Vorbild für medizinische und politische Lösungsansätze dienen.

Das australische Programm integriert Maßnahmen der Fehleridentifizierung und -vermeidung in einen umfassenden Ansatz der Qualitätsförderung bzw. des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Dazu zählt die Erforschung und Entwicklung klinischer oder administrativer Informationssysteme für eine sektorenübergreifende Anwendung.

International sieht man in der Entwicklung, Optimierung und Implementierung von EDV-gestützten Monitoring- und Erinnerungsprogrammen ein hohes Potenzial für Fehleridentifikation und -prävention. Einen wesentlichen Beitrag zur Analyse von Fehlerquellen liefern Meldesysteme, die auch so genannte Beinahefehler erfassen. Diese führen zwar zu keinem Schaden, gleichen aber hinsichtlich Entstehung und Reaktionen der beteiligten Personen tatsächlich aufgetretenen Fehlern. Etablierter Nutzer so genannter Critical Incident Reporting Systeme ist die Schweiz, nach deren Vorbild die Kassenärztliche Bundesvereinigung im April 2005 ein Online-Fehlermeldesystem eingerichtet hat, an dem deutsche Ärzte freiwillig teilnehmen können.

Neue Initiativen in Deutschland

Bislang fehlen in Deutschland bundesweite Programme zur Fehleridentifizierung und -vermeidung, wenngleich die vielen Einzelmaßnahmen als Schritt in die richtige Richtung zu bewerten sind (z.B. externe und interne Qualitätssicherung mit Fehlermanagement, Patienteninformations- und Beschwerdestellen mit Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern).

Der Deutsche Ärztetag, beschäftigte sich in diesem Jahr erstmalig mit dem Thema Fehlermanagement und Patientensicherheit. Einhellig unterstützt der Ärztetag Initiativen zur Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten, die die Patientensi-

cherheit kontinuierlich erhöhen. Gleichzeitig geben die Ärzte zu bedenken, dass Kostendruck und Wettbewerb zu undifferenzierten Einsparungen und in der Konsequenz zur Gefährdung der Patientenversorgung führen könnten.

Im April 2005 wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet, ein Netzwerk aus zahlreichen Arbeitsgruppen und Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit in der Medizin. Die zugehörige Internetplattform »Forum Patientensicherheit« informiert über deutsche, aber auch internationale Aktivitäten zur Patientensicherheit. Es bleibt abzuwarten, ob es dem Bündnis gelingen wird, die Vielzahl deutscher Kampagnen und Projekte zur Fehlerprävention zu koordinieren und zu bündeln.

»Forum
Patientensicherheit«

Literatur und Links:

Aktionsbündnis Patientensicherheit: www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Critical Incident Reporting System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <https://www.cirsmedical.ch/kbv/cirs/cirs.php>.

Forum Patientensicherheit: www.forum-patientensicherheit.de

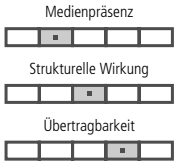
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Projekt Patientensicherheit mit Glossar Patientensicherheit. www.aezq.de/projekte/0index/patientensicherheit/0index/view.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press 1999.

National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care (NHPQ). *Implementing safety and quality enhancement in health care. National actions to support quality and safety improvement in Australian health care*. Canberra: Commonwealth of Australia 1999.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung*. Baden-Baden: Nomos 2003.

USA: Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung



Zentrale Datenbank für Patientensicherheit

Auf der Suche nach der richtigen Balance zwischen dem Informationsrecht für Patienten und der Transparenz von medizinischen Fehlern auf der einen und dem Schutz des einzelnen Arztes vor Schuldzuweisungen auf der anderen Seite debattiert der US-Kongress derzeit das Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung.

Dieses sieht vor, dass Ärzte und anderes medizinisches Personal unerwünschte Ereignisse oder Beinahefehler auf freiwilliger und anonymer Basis an so genannte Organisationen für Patientensicherheit (»patient safety organizations«, PSOs) melden, die dann in einer zentralen Datenbank zur Patientensicherheit zusammengeführt werden.

Die Organisationen für Patientensicherheit in öffentlicher oder privater Trägerschaft unterliegen der Zertifizierung durch das Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) und der Überwachung durch die Agency for Health Care Research and Quality. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers analysieren sie die gemeldeten Daten und berichten die Ergebnisse an die nationalen oder regionalen Institutionen für Qualitätssicherung.

Anonyme Fehlerberichterstattung

Entscheidende und zwischen Republikanern und Demokraten kontrovers diskutierte Komponente des Gesetzes ist, dass die an die Organisationen für Patientensicherheit übermittelten Informationen weder auf die meldende Person Rückschlüsse zulassen noch zum Zwecke zivil- oder strafrechtlicher Verfolgung offen gelegt werden dürfen. Denn negative Konsequenzen für die eigene Karriere und das Risiko hoher finanzieller Haftungsstrafen halten Ärzte und anderes Fachpersonal oftmals von der Berichterstattung über unerwünschte Ereignisse, einschließlich geringfügigen Komplikationen und Beinahefehlern, ab. Erfahrungen aus 21 US-Bundesstaaten, die seit einigen Jahren mit Fehlermel-

desystemen arbeiten, zeigen, dass unzureichende Meldestatistiken Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung z. B. in Krankenhäusern erheblich erschweren, da diese auf Sammlung und Analyse der Fehlerdaten angewiesen sind.

Die Wurzeln des Gesetzes liegen in den Empfehlungen des 1999 publizierten Berichts »To Err is Human«, der mit Daten zu vermeidbaren Todesfällen in US-amerikanischen Krankenhäusern weltweit für Aufsehen sorgte und in vielen Ländern als Geburtshelfer des gesundheitspolitischen Themas Patientensicherheit gilt. Starken Einfluss auf den Gesetzentwurf hatte das gleichfalls vom Institute of Medicine 2001 veröffentlichte Gutachten »Crossing the Quality Chasm«, das die Bedeutung von leistungsfähiger Informationstechnologie für eine sichere, koordinierte und patientenzentrierte Versorgung betonte.

Die US-Regierung plant, IT-gestützte medizinische Dokumentation und Verordnung sowie Warnsysteme für Ärzte und Patienten finanziell zu unterstützen. Landesweit gleiche Standards, auch z. B. für die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept, sollen Sicherheit und Kompatibilität von IT-Lösungen erhöhen.

Vorreiter in Sachen Patientensicherheit und IT-gestützter Qualitätssicherung war in den USA die Veterans Health Administration. Das staatliche Versorgungssystem für aktive und ehemalige Angehörige der amerikanischen Streitkräfte konzipierte sein erfolgreiches Qualitätsprogramm 1997 nach dem Vorbild der Nasa-Luftfahrtssicherheit. Es nutzt ein computerisiertes Patientenaktensystem, das die elektronische Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, eine automatisierte Fehlerwarnung (z. B. bei Medikamentenwechselwirkungen oder erforderlichen Laborkontrollen) und die straffreie, anonyme Berichterstattung von Komplikationen ermöglicht. Nach Aussagen der Veterans Health Administration hat das System zu einer dramatischen Verbesserung der Patientensicherheit geführt, u. a. durch den Anstieg der Fehlermeldungen um das 30-fache.

Die von den Republikanern getragene Fassung des Patientensicherheitsgesetzes (The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005) des Repräsentantenhauses untersagt entsprechend diesen Erfahrungen unter allen Umständen, Fehlermeldungen für anderweitige Zwecke als zur Qualitätssicherung zu verwenden.

**IT-Support,
standardisierte
Dokumentation
und Warnsysteme**

Vorbild Nasa

den. Dass damit der einzelne Arzt vor undifferenzierter Schuldzuweisung geschützt ist, garantiert die Unterstützung durch die großen medizinischen Fachgesellschaften wie die American Medical Association oder American Hospital Association.

Noch scheint das letzte Wort nicht gesprochen. Die Demokraten – traditionell in der Rolle des Advokaten für Patientenrechte – fürchten, dass das Gesetz Schlupflöcher für jene Ärzte und Krankenhäuser bietet, die öffentliche Informationen zur Qualität der Leistungen, z. B. Komplikations- und Mortalitätsraten, zurückhalten wollen. Im Senat konnte die Partei im Juli 2004 durchsetzen, dass die Gerichte zumindest in Anklagefällen mit Hinweisen auf eine vorsätzliche Schädigung des Patienten Berichte aus der Fehlerdatenbank einsehen dürfen.

Nun müssen Repräsentantenhaus und Senat ihre Differenzen überwinden. Größte Herausforderung für eine nationale Strategie für mehr Patientensicherheit wird sein, die Hürden des stark fragmentierten Gesundheitssystems in der Praxis zu bezwingen.

Literatur und Links:

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press 2001.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press 1999.

Jha, Ashish K., Jonathan B. Perlin, Kenneth W. Kizer und R. Adams Dudley. Effect of the transformation of the Veterans Affairs health care system on the quality of care. *The New England Journal of Medicine* (348) 22 2003: 2218–2227.

National Academy for State Health Policy. How States Report Medical Errors to the Public: Issues and Barriers. www.nashp.org/_docdisp_page.cfm?LID=F5F19A94-DB2F-4C5B-B05876BE2038E891.

Kanada: Institut für Patientensicherheit



Mit dem 2003 gegründeten Institut für Patientensicherheit will Kanada erreichen, dass sich die Einstellung zu Behandlungsfehlern seitens der Leistungserbringer grundlegend ändert.

Statt die Schuld für Behandlungsschäden oder vermeidbare Komplikationen individuellen Ärzten oder Schwestern zuzuweisen, ist die kanadische Strategie darauf ausgerichtet, medizinische Misserfolge in einen größeren, systemischen Zusammenhang zu stellen. So baut das Institut nach Vorbildern aus den USA, Australien und Großbritannien darauf, dass das medizinische Personal z. B. in Krankenhäusern eher zu Fehlermeldungen bereit ist, wenn es keine Sanktionen oder negative Auswirkungen auf die persönliche Karriere fürchten muss.

Ähnlich wie in den USA sollen computergestützte, anonymisierte Dokumentationssysteme Hilfestellungen leisten, um unerwünschte Ereignisse oder Beinahe-Behandlungsschäden zu melden. Mit mehr Informationen hofft das Institut, zunächst all jene Faktoren, die zu dem Ereignis geführt haben (z. B. Schnittstellen in der Kommunikation und Organisation, Ausbildungsstand, Arbeitsbelastung und -zeiten des Personals), zu identifizieren, um dann die Schwachstellen des Behandlungsprozesses im Gesamtkontext zu beseitigen.

Der Auftrag des Instituts ist weit gefasst und geht über die Beeinflussung der Fehlerkultur in den medizinischen Einrichtungen hinaus. Es gehört zu seinen Aufgaben, bewährte Verfahren des Risikomanagements und wirksame Interventionen im In- und Ausland zu analysieren, Belege an alle Beteiligten zu kommunizieren und die unterschiedlichen Interessengruppen in Aktivitäten zur Fehlerprävention einzubinden.

Die Entscheidung, in Kanada die Federführung für die Sicherheit von Patienten in die Hand eines zentralen, von der Regierung unabhängigen Instituts zu legen, geht auf die Empfeh-



**Fehlermeldung
ohne Angst vor
Sanktionen**

**Unabhängiges
Institut für Pa-
tientensicherheit**

lung des National Steering Committee on Patient Safety zurück. Dieses 2001 gegründete Komitee aus wissenschaftlichen Experten, Ärzten, Pflegekräften und Pharmazeuten sowie Regierungsvertretern, Gesundheitsverbänden und Nichtregierungsorganisationen rückte das Thema Patientensicherheit ins Zentrum der kanadischen Gesundheitspolitik.

Zuvor hatten die Wissenschaftler Baker und Norton 2001 erstmals Zahlen zur Gefährdung von Patienten in kanadischen Krankenhäusern publiziert. Die Autoren schätzten, dass im Jahr 2000 bei 7,5 Prozent der stationär behandelten Patienten (185 000 Personen) eine Komplikation als Folge der medizinischen Behandlung aufgetreten ist und rund 70 000 dieser Ereignisse potenziell vermeidbar gewesen wären.

Der 2002 veröffentlichte Bericht des Komitees »Building a Safer System« legte den Grundstein für Struktur und Funktion des Canadian Patient Safety Institute, das als Not-for-Organisation im Folgejahr gegründet wurde und von der Regierung neben anderen Innovationen zur Patientensicherheit mit jährlich 10 Millionen kanadischen Dollar (6,7 Millionen Euro) subventioniert wird. Noch ist es für eine Beurteilung zu früh, ob in Kanada nach den Initiativen des Instituts die Anzahl von Behandlungsfehlern und vermeidbaren Komplikationen bereits abgenommen hat.

Literatur und Links:

Canadian Patient Safety Institute: www.cpsi-icsp.ca

Baker, Ross et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* (170) 11 2004: 1678–1686.

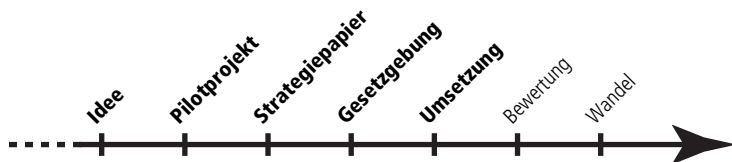
Baker, Ross, und Peter Norton. Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare. *Healthcare Papers* (2) 1 2001: 10–30.

Baker, Ross, und Peter Norton. Patient Safety and Healthcare Error in the Canadian Health Care System. A Systematic Review and Analysis of Leading Practices in Canada with Reference to Key Initiatives Elsewhere. A Report to Health Canada. Ottawa: Health Canada 2002.

National Steering Committee on Patient Safety. Building a

Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. http://tcpsc.medical.org/publications/building_a_safer_system_e.pdf.

USA: »Hospital Compare«



Seit April 2005 veröffentlicht die Website »Hospital Compare« Daten zur Behandlungsqualität bei den Diagnosen Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Lungenentzündung von nahezu allen 4 200 US-amerikanischen Allgemeinkrankenhäusern.

Detailliert führt die Internetseite unter Federführung des staatlichen Versicherungsprogramms Medicare auf, in welchem Ausmaß die jeweiligen Krankenhäuser evidenzbasierte Leitlinien für die drei Erkrankungen befolgen. Ziel ist es, Verbrauchern und Kostenträgern einen Qualitätsvergleich von Krankenhäusern untereinander und mit dem nationalen Durchschnitt zu ermöglichen. Die Transparenz im Netz soll Krankenhäuser motivieren, ihre Versorgung an evidenzbasierten Empfehlungen auszurichten und damit die Behandlungsqualität zu verbessern. Geplant ist, die Leistungsmessung auch auf andere Krankheiten mit hoher Prävalenz und/oder mit hoher Kostenbelastung auszuweiten.

Das Hospital-Compare-Programm greift in erster Linie auf ein nationales Projekt namens »Hospital Quality Alliance: Improving Care through Information« zurück, in dem Krankenhäuser seit 2002 auf freiwilliger Basis Leistungsdaten im Internet publizieren. Entscheidend für dessen Erfolg ist, dass die großen Krankenhausverbände wie die American Hospital Association und die Federation of American Hospitals Mitglieder dieses Qualitätsbündnisses sind. Vorangetrieben wurde Hospital Quality Alliance zudem von Ärzten und Verbraucherverbänden, Arbeitgebern und



**Benchmarking
bei Herz- und
Lungenerkrankungen**

**Verbesserte
Versorgung
durch Information**

Regierungsbehörden. Auch die Hospital-Compare-Website basiert auf der Kooperation von öffentlichem und privatem Sektor, das heißt von Krankenhausunternehmen, Ärzten, Verbrauchergruppen und den Medicare- und Medicaid-Behörden.

»Business Case for Quality«

Wie viele US-amerikanische Maßnahmen wurzelt die Hospital-Compare-Initiative zur Qualitätsverbesserung in den Empfehlungen der Berichte »To Err is Human« und »Crossing the Quality Chasm« des Institute of Medicine. Sie liegt zudem ganz auf dem politischen Kurs der Bush-Regierung, die das Bewusstsein für Kosten und Qualität schärfen will, um Patienten und Verbrauchern eine größere finanzielle und individuelle Verantwortung für ihre Gesundheit zu übertragen (siehe S. 33). Dem Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Wettbewerb, Transparenz und Patientensouveränität Krankenhäuser und Arztpraxen dazu motivieren, dem Qualitätsmanagement hohe Priorität einzuräumen. Dieser Gedanke wird in den USA mit dem Begriff des »business case for quality« zusammengefasst. Der Ansatz ist treibende Kraft für viele andere Qualitätsinitiativen in den USA (z. B. die Nursing Home Compare Website für Leistungsvergleiche von Pflegeeinrichtungen oder The Health Plan Employer Data and Information Set zur Bewertung der Qualität von Krankenversicherungen).

Finanzieller Anreiz zur Herausgabe von Leistungsdaten

Krankenhäuser in den USA gaben der Öffentlichkeit zunächst nur sehr zögerlich Leistungsdaten preis. Erst nachdem der US-Kongress mit dem Medicare Modernization Act von 2003 einen Vergütungszuschlag von 0,4 Prozent zusagte, begannen nahezu alle Allgemeinkrankenhäuser, Daten für die Website Hospital Compare zur Verfügung zu stellen. Bedingung der Krankenhäuser und Ärzte für die Lieferung der Daten war zudem, dass die Informationen nicht für haftungsrechtliche Verfahren herangezogen werden dürfen (siehe S. 67 f).

Mehr Transparenz – mehr Qualität?

Unter US-amerikanischen Experten ist umstritten, ob die Veröffentlichung von Leistungsindikatoren durch Hospital Compare tatsächlich die medizinische Behandlungsqualität in Krankenhäusern verbessern wird. Zwar sprechen Ergebnisse von Studien einiger US-Bundesstaaten, z. B. bei herzchirurgischen Verfahren oder in der Geburtshilfe, dafür. Die Website Hospital Compare veröffentlicht jedoch in erster Linie Prozessdaten. Experten vermissen die Publikation von gesundheitlichen Outcomes, die als

die deutlich verlässlicheren und relevanteren Qualitätsindikatoren gelten. Von Nachteil ist auch, dass die komplexe Website und Datenpräsentation für Laien nur schwer zu verstehen ist.

Literatur und Links:

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS):

www.ncqa.org/Programs/HEDIS

Hospital Compare: www.hospitalcompare.hhs.gov

Hospital Quality Alliance. Improving Care through better Information. Fact Sheet. www.cms.hhs.gov/quality/hospital/HQAFactSheet.pdf.

Medicare/Nursing Home Compare: www.medicare.gov/NHCompare/Static/Related/ImportantInformation.asp?dest=NAV|Home|About|NursingHomeCompare#Tab-Top

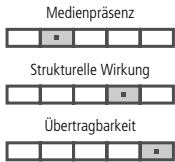
Chassin, Marc R. Achieving and Sustaining Improved Quality: Lessons from New York State and Cardiac Surgery. *Health Affairs* (21) 4 2002: 40–51.

Hibbard, Judith H., Jean Stockard und Martin Tusler. Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? *Health Affairs* (22) 2 2003: 84–94.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chiasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press 2001.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press 1999.

Australien: HealthConnect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte



Patientenakte im Netz: MediConnect

Bis Ende 2005 will Australien mit mehreren regionalen Pilotprojekten Standards für eine sektorenübergreifende, netzwerkbasierete Patientenakte, genannt HealthConnect, entwickeln, die hohe Ansprüche an Technik, medizinischen Inhalt und Datensicherheit erfüllt.

Um Hausärzten, Krankenhäusern und Apothekern gesundheitsrelevante Informationen über ihre Patienten schnell und sicher zugänglich zu machen, erproben derzeit fünf australische Staaten bzw. Territorien (Tasmanien, South Australia, Northern Territory, New South Wales und Queensland) Modelle für IT-Netzwerke, in die mit Einverständnis des Patienten Gesundheitsdaten aufgenommen, archiviert und zwischen den Leistungserbringern ausgetauscht werden können. In das System integriert wurde MediConnect, ein netzwerkbasiertes Dokumentationssystem für Medikamente, das in Australien bereits landesweit verbreitet ist.

Studie »Quality in Australian Health Care«

Bedeutsam für die Entstehung von HealthConnect war die Studie »Quality in Australian Health Care« von 1995, die ähnlich wie später US-amerikanische Untersuchungen berechnete, dass 140000 Krankenhauseinweisungen pro Jahr auf falsche Anwendung und Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen sind. Behandlungsfehler machte sie für 18000 jährliche Todesfälle im Krankenhaus verantwortlich. Eine Möglichkeit, die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung zu verbessern, sieht Australien in der Weiterentwicklung von Informationstechnologien, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und die des medizinischen Fachpersonals untereinander erleichtern.

Nationale IT-Standards

Nach Abschluss der Pilotphase zu netzbasierten Patientenakten, der eine Evaluation 2003 die technische Machbarkeit und Alltagstauglichkeit attestierte, ist es Aufgabe der zweiten Phase,

bis Ende 2005 einen nationalen Standard für die technische Struktur des Systems zu entwickeln, mit dem Datensicherheit und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen gewährleistet werden können.

Das Projekt wird in erster Linie von Politikern und IT-Spezialisten vorangetrieben. Die Erwartung der Regierung, mit HealthConnect die Effizienz der Versorgung zu erhöhen, scheint sich zu erfüllen. So berichtet South Australia von einem Rückgang der Hausarztbesuche und der pathologischen und radiologischen Untersuchungen, was dafür spricht, dass die Doppelung von Leistungen vermieden werden kann. Betrachtet man die hohen Akzeptanzraten in den Studienregionen, scheinen australische Ärzte und Patienten HealthConnect zu unterstützen.

Die langfristigen Outcomes und die Kosteneffizienz von HealthConnect werden schwer zu berechnen bleiben, da Daten zum Gesundheitszustand ebenso wenig Gegenstand der begleitenden Evaluation in den regionalen Studienregionen sind wie die vermutlich hohen Kosten für Investition und Unterhalt der neuen technischen Systeme.

**Hohe Akzeptanz
bei Patienten und
Ärzten**

Literatur und Links:

HealthConnect: www.healthconnect.gov.au

Public Health und Prävention

Rauchen, Alkohol im Übermaß, schnelles Autofahren, ungesundes Essen, ungeschützter Geschlechtsverkehr – dies sind nur einige Verhaltensweisen, die die Gesundheit der Bevölkerung hierzulande und anderswo gefährden. Industrieländer haben eine Vielzahl von Strategien entwickelt, um diesen Herausforderungen zu begegnen. So unterschiedlich die Länder, die Gesundheitssysteme und die einzelnen Reformen sind, so deutlich zeichnet sich doch in manchen Bereichen ein gemeinsamer Trend ab. Diese Reformentwicklungen beleuchtet das nächste Kapitel im Überblick. Das darauffolgende Kapitel analysiert vertiefend Strategien, die zunehmend in den gesundheitspolitischen Blickpunkt gerückt sind und das Ziel haben, individuelles gesundheitsbezogenes Verhalten, z. B. durch Anti-Tabak-Programme, zu verändern.

Strategien für Bevölkerungsgesundheit

Public-Health-Strategien sind in vielen Ländern darauf ausgerichtet, die Lebenserwartung zu erhöhen und die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Die Reformen variieren jedoch in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitssystem und der herrschenden politischen Anschauung. So gewichten einzelne Länder gesellschaftliche oder auf das Individuum bezogene Maßnahmen unterschiedlich stark, je nach kulturell verankerten Ansichten über die Rolle des Staates und die Autonomie des Einzelnen. Die schwedische und die finnische Politik etwa legt großes Gewicht auf klassische Gesundheitsdeterminanten wie Umweltfaktoren oder soziale Bedingungen.

Dagegen stehen auf Risikofaktoren wie Tabak, Alkohol und Ernährung sowie auf Krankheiten wie Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Diabetes und Infektionserkrankungen ausgerichtete Public-Health-Programme in Australien, Dänemark (siehe S. 110), Frankreich (siehe S. 82), Japan (siehe Ausgabe 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern« und S. 91 dieser Ausgabe), Neuseeland (siehe S. 108), Südkorea (siehe Ausgabe 3 und S. 107) und den USA (siehe Ausgabe 3 und S. 99) im Fokus.

In den letzten Jahren zeichnet sich weltweit ein Trend ab, Risikoverhalten und individuelle Verantwortung für Gesundheit in den Mittelpunkt von Reformen zu stellen. So relevant und effektiv diese Maßnahmen sind, so wenig darf Politik jedoch die Ursachen gesundheitsschädigenden Individualverhaltens aus den Augen verlieren und allein den Kranken verantwortlich machen. Public-Health-Maßnahmen müssen weiterhin darauf gerichtet sein, sozioökonomische Strukturen sowie Umwelt- und Lebensbedingungen zu analysieren und zu verbessern.

Gesundheitsziele als politisches Instrument haben in jüngster Zeit an Bedeutung gewonnen. Oft qualitativ und vage formuliert, waren sie jedoch eher Inspirationsquelle denn technisches Instrument für die gesundheitspolitische Planung, Budgetierung oder Umsetzung.

Bedeutsamen Einfluss auf die internationale Reformentwicklung hatten die »Gesundheit für Alle«-Ziele der WHO aus dem Jahre 1980. Die WHO formulierte damals zum ersten Mal, dass es vorrangiges Ziel von Gesundheitspolitik sei, ungleiche Gesundheitschancen zu reduzieren, Mortalität und Morbidität bestimmter Krankheiten zu vermindern, die Gesundheit von einzelnen Bevölkerungsgruppen zu verbessern und Augenmerk auf die verschiedenen Determinanten von Gesundheit zu richten.

Eine Reihe von Ländern profitierte von den Erfahrungen in den USA, die Anfang der 80er Jahre als erstes Land nationale Gesundheitsziele publizierten. Trotz eines entwickelten Monitoringsystems gelang es jedoch in den Vereinigten Staaten nur begrenzt, die 226 Ziele des U.S. Department of Health and Human Services zu verwirklichen. Dafür wurden unzureichende Strukturen und Mechanismen verantwortlich gemacht.

**Von Verhältnis-
prävention zu
Verhaltens-
prävention**

**Von ehrgeizigen
Gesundheitszielen
zu umsetzbaren
Maßnahmen**

**Gesundheitsziele
messbar machen**

Finnland, Dänemark und Neuseeland unternahmen in der Folge bedeutsame Schritte, Gesundheitsziele möglichst spezifisch, quantifizierbar und messbar zu definieren. Dazu gehört beispielsweise, den Anteil der Raucher oder die Krebsmortalität in bestimmten Bevölkerungsgruppen um einen gewissen Prozentsatz zu senken oder ungleiche Gesundheitschancen zu verringern.

Weniger ist mehr?

Auch Frankreichs Public-Health-Gesetz von 2004 hebt die Bedeutung von Gesundheitszielen hervor. Jedoch wird kritisiert, dass so viele Ziele – 100 an der Zahl – kaum effektiv umgesetzt und überwacht werden können (siehe S. 82). In Deutschland wurden im Jahre 2003 im Rahmen von »gesundheitsziele.de« bundesweite Gesundheitsziele formuliert. Dieses Forum wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert.

**Gesundheits-
konferenzen
in NRW**

Bis dato ist Nordrhein-Westfalen das einzige Bundesland, das Gesundheitskonferenzen mit Vertretern der verschiedenen Leistungserbringer, Ausgabenträger und Selbsthilfegruppen gesetzlich verankert hat. Ziel der Gesundheitskonferenzen ist es, Gesundheitsziele in einem umfassenden, systematischen und rationalen Prozess abzustimmen, Leistungen im Feld der Prävention besser zu koordinieren und Verantwortlichkeiten für die beteiligten Institutionen und Gruppen festzulegen.

Auch andere Staaten haben erkannt, wie wichtig die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure auf nationaler Ebene und auf lokaler Ebene ist: Neuseelands Strategie gegen Krebs führt vor, dass es Grundlage jedes Public-Health-Ansatzes sein muss, sektorübergreifende Programme zusammen mit allen Akteuren in Handlungen umzusetzen (siehe S. 87).

Dezentrale Strukturen sind der Kern jeder wirksamen Public-Health-Politik, da sie bevölkerungsnah Konzepte gewährleisten und die Operationalisierung von Reformen erleichtern. Nationale Regierungen und Behörden haben im Bereich Bevölkerungsgesundheit in vielen Ländern nur geringen Einfluss. So haben in Australien, Kanada, Finnland, Dänemark, Spanien und in den Niederlanden die Regionen, Territorien, Teilstaaten, Provinzen, Kreise bzw. Gemeinden beachtliche Autonomie in der Prioritätensetzung und Finanzierung von Public-Health-Maßnahmen. Auch in Deutschland ist die Rolle des Staates angesichts der Zu-

ständigkeit der Bundesländer und Gemeinden vergleichsweise gering.

Dennoch lässt sich weltweit eine Tendenz beobachten, die zentrale Ebene zu stärken. In vielen Staaten zeigen regionale und soziale gesundheitliche Unterschiede die Notwendigkeit an, das fragmentierte System zentral zusammenzuführen, Programme zu koordinieren und übergreifende Strategien zu entwickeln. Mit seinem Public-Health-Gesetz etwa beabsichtigt Frankreich, die Position der nationalen Behörden zu stärken und die Rolle der vielen regionalen Einrichtungen klarer zu definieren (siehe S. 82).

In Australien, wo sechs Teilstaaten und zwei Territorien die Schlüsselfunktionen im Bereich Public Health inne haben, ist seit der Australian National Public Health Partnership von 1996 die nationale Regierung zunehmend beteiligt. Auch in Kanada, wo die Verantwortung für Public Health nahezu ausschließlich bei den Provinzen liegt, diskutiert man die Stärkung der Rolle der Zentralregierung bei der Gestaltung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsprogrammen.

In Deutschland sollte das geplante Präventionsgesetz Zuständigkeiten klären, rechtliche Barrieren reduzieren und die Aktivitäten der Akteure besser koordinieren. Das von der Regierungskoalition initiierte und vom Bundestag im April 2005 verabschiedete Gesetz wurde im Mai 2005 vom Bundesrat mit der Begründung abgelehnt, die vorgesehene Bundesstiftung sei zu bürokratisch.

Insgesamt sollten der Stiftung 250 Millionen Euro, d.h. zwei Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheitsversorgung, zur Verfügung stehen. Der Entwurf entfachte Kontroversen insbesondere unter Kranken-, Renten- und Unfallkassen, da Bundes- und Länderregierungen an der Stiftung beteiligt sein sollten, ohne zur Finanzierung beizutragen. Kritisch wurde zudem bewertet, dass der deutsche Ansatz zu einer unnötigen Entkopplung der Prävention von der Kuration führt und nicht wie das französische Public-Health-Programm (siehe S. 82) oder die neuseeländische Anti-Krebs-Strategie (siehe S. 87) alle Aspekte der Bevölkerungsgesundheit in einem Konzept integriert. Bei den Koalitionsverhandlungen zwischen CDU und SPD, die Gesundheitsthemen weitgehend ausklammerten, war unklar, ob sich die

Von Dezentralisierung zu stärkerer zentralstaatlicher Rolle

Unterschiedliche Public-Health-Konzepte

Prävention als weitere Säule neben Kuration, Rehabilitation und Pflege im Sozialgesetzbuch und in der Praxis etablieren würde.

**Von einfachen
Verantwortlich-
keiten zu Misch-
modellen**

Ländern mit Sozialversicherungssystemen wie Frankreich, den Niederlanden und Deutschland oder mit marktwirtschaftlichen Systemen wie den USA wird von manchen Autoren unterstellt, dass sie weniger umfangreiche Public-Health-Maßnahmen durchführten als Länder mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen (Allin 2004). Jedoch sind Versicherungen traditionell für eine definierte Bevölkerungsgruppe, nämlich ihre Versicherten, zuständig und nehmen daher genau wie privatwirtschaftlich orientierte Modelle eher eine individuelle Perspektive ein.

**Populations-
bezogene Ansätze:
In staatlichen
Systemen die Regel**

In staatlichen Systemen wie in Großbritannien oder in skandinavischen Ländern sind die Gesundheitsbehörden eher mit dem populationsbezogenen Ansatz vertraut, da sie von jeher für die Bevölkerung einer Region verantwortlich waren. Die demographischen, medizinischen und ökonomischen Herausforderungen an die Gesundheits- und Sozialsysteme im Allgemeinen und an Public-Health-Strategien im Besonderen erfordern neue Modelle, die sich von der traditionellen Rolle von Sozialversicherung und Staat verabschieden. Das Beispiel Israel zeigt, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health in der strategischen Ausrichtung von Krankenversicherungen an Bedeutung gewinnen und die Diskussion über öffentlich versus privat erbrachte Präventionsleistungen erneut entfachen (siehe S. 84).

**Evidenzbasierung
gesundheitspolitischer
Entscheidungen
nimmt zu**

Gesundheitspolitische Reformen werden nur selten von einer umfassenden Evaluation begleitet, auch wenn immer mehr Länder bestrebt sind, politische Entscheidungen auf wissenschaftliche Evidenz zu gründen. In Australien, Finnland, Großbritannien (siehe S. 89) und den Niederlanden werden Interventionen zu Straßensicherheit, Tabakkontrolle, ungleichen Gesundheitschancen sowie Screening-Programme auf ihre Wirksamkeit hin untersucht, seltener bezüglich der Effizienz.

Unklar ist, ob der Grund für fehlende Evaluationen Ausdruck mangelnden politischen Willens oder anderer Hürden ist. Die Interventionen selbst und ihre Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen sind komplex. Die Auswirkungen eines Programms kommen in der Regel erst Jahrzehnte später zum Tragen.

Zudem ist es in vielen Ländern nicht einfach, aussagefähige Daten zu erhalten. Zwar führen die meisten Nationen Krebsre-

gister, doch umfassende Krankheitsregister wie in Dänemark sind die Ausnahme. In Deutschland hat sich die Datenerhebung und -analyse verbessert, z. B. durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, durch das Statistische Bundesamt, durch die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen und durch diverse Prozeduren- und Krankheitsregister. Doch bisher wurden die Daten nicht in einem umfassenden Indikatorensatz zusammengeführt. So sind sie nicht schnell, z. B. im Internet, verfügbar und damit für Forschungsvorhaben und zeitnahe Politikberatung nur schwer zugänglich.

Andererseits existieren bereits viele Informationsquellen zu international vergleichenden Daten. Die WHO unterhält die Datenbank Health for All, mit der ein breites Spektrum an gesundheitspolitisch und epidemiologisch relevanten Daten aus den Mitgliedsländern der europäischen Region im Internet kostenfrei und schnell zugänglich ist.

Der Bedarf, international enger zusammenzuarbeiten und von den Erfahrungen anderer zu lernen, ist ungebrochen.

Literatur und Links:

Health for All: www.euro.who.int/hfad

Allin, Sarah, Elias Mossialos, Martin Mc Kee, und Walter Holland. Making decisions on public health: a review of eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies 2004. www.euro.who.int/Document/E84884.pdf.

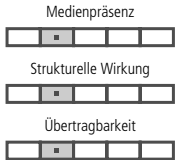
Busse, Reinhard, und Annette Riesberg. Health Care Systems in Transition. Germany. Kopenhagen 2004.

Busse, Reinhard und Matthias Wismar. Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy* (59) 3 2002: 209–221.

Marinker, Marshall. *Health targets in Europe: Policy, Progress and Promise*. London: BMJ 2002.

Wismar, Matthias, und Reinhard Busse. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* (59) 3 2002: 223–241.

Frankreich: Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet



Das ehrgeizige französische Public-Health-Gesetz droht am bürokratischen Aufwand zu scheitern. Ein im Auftrag der Nationalversammlung im März 2005 publizierter Bericht der Kommission für Kultur, Familie und Soziales legt offen, dass das Gesetz voraussichtlich die Ziele im vorgegebenen Zeitrahmen nicht erreichen wird, denn die administrative Umsetzung hat sich bereits in den ersten sechs Monaten erheblich verzögert.

Neue Organisationen, ...

Mit dem im August 2004 verabschiedeten Gesetz (Loi relative à la politique de santé publique) will Frankreich seine Strategie für Bevölkerungsgesundheit weit reichend umgestalten (siehe Ausgabe 1 und 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). Das Gesetz definiert die Rolle des Staates in Public-Health-Belangen und organisiert Zuständigkeiten nationaler und regionaler Behörden, der zahlreichen nichtstaatlichen Institutionen sowie der Krankenkassen neu.

Das Parlament wird alle fünf Jahre über die Ziele der Public-Health-Politik debattieren. Die Umsetzung des Gesetzes wird jährlich überprüft und alle fünf Jahre bewertet. Das Gesetz legt Gesundheitsziele fest und formuliert, mit welchen Prozessen und Instrumenten diese innerhalb von fünf Jahren erreicht werden können. Die neuen »groupements régionaux de santé publique«, Zusammenschlüsse aus staatlicher Verwaltung, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassenverbänden, stehen dafür auf regionaler Ebene in der Verantwortung.

... 100 Gesundheitsziele ...

Der Anhang des Gesetzes listet insgesamt 100 Ziele, die sich über fünf Interventionsbereiche erstrecken: populationsrelevante Erkrankungen, z.B. Krebs, und seltene Krankheiten, gesundheitsschädigendes Verhalten und Umweltbelastungen, soziale Ungleichheit als Ursache geringerer Gesundheitschancen, Versorgungsstrukturen und -prozesse (z.B. Screening-Raten von Brustkrebs, Antibiotikaresistenzen, Schmerzbehandlung) sowie

Gesundheitsmonitoring und Förderung von Public-Health-Expertise.

Für die bisher langsame Umsetzung macht die Kommission der Nationalversammlung zuvorderst den hohen bürokratischen Aufwand verantwortlich. Nur 68 der insgesamt 158 Paragraphen des Gesetzes entfalten unmittelbare Rechtswirksamkeit. Die restlichen 90 Paragraphen müssen erst in 132 Dekrete, ministerielle Anweisungen und Verwaltungsrundschreiben umgesetzt werden. Davon hat das Gesundheitsministerium mit bisher sieben Dokumenten lediglich einen Bruchteil vorgelegt.

Experten fühlen sich in ihren Bedenken bestätigt, dass eine Beschränkung auf einige wenige Ziele oder eine klare Hierarchie der Prioritäten den Prozess beschleunigt hätte. Weiter äußerten sie Kritik daran, dass das Gesetz die jeweiligen Maßnahmen und den finanziellen und personellen Aufwand nicht konkretisiert. Erschwerend kommt hinzu, dass das Public-Health-Gesetz in Konkurrenz zur zeitgleich verabschiedeten Krankenversicherungsreform steht. Dieser räumt der Gesundheitsminister klare Priorität ein.

Da laut Rechnungshof beide Gesetze für das Ministerium einen juristisch-administrativen Aufwand von fünf Jahren nach sich ziehen, ist ernsthaft in Frage gestellt, ob Frankreich die Ziele für die Bevölkerungsgesundheit erreichen kann: Die Regierung muss 2009 vor dem Parlament laut Gesetz über die Auswirkungen des Gesetzes auf die Bevölkerungsgesundheit Rechenschaft ablegen. Trotz des ehrgeizigen Ansatzes der Public-Health-Strategie werden die Franzosen jedoch keine juristischen Rechte ableiten können.

... und
Bürokratie ...

... gefährden
zeitgerechte
Umsetzung

Literatur und Links:

Assemblée nationale. Projet de loi relatif à la politique de santé publique, présenté à l'assemblée par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées déposé le 21 mai 2003. www.assembleenationale.fr/12/projets/pl0877.asp.

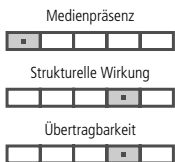
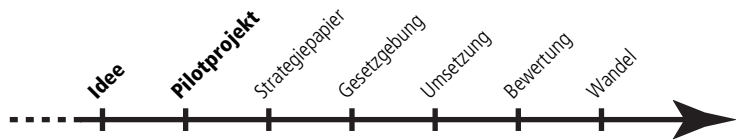
Assemblée nationale. Rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la mise en application de la loi n° 2004-608 du 9 août 2004 relative à

la politique de santé publique. www.assembleenationale.fr/12/rap-info/i2207.asp.

Cour des comptes. Rapport public annuel 2004. www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/rp2004/sommaire-rp_2004.htm. Hier besonders Kapitel 4: L'évolution du rôle de la direction générale de la santé.

Legifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300055L.

Israel: Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern



Ab Mai 2005 übernehmen die Krankenkassen in neun israelischen Städten flächendeckend die Vorsorge für Klein- und Schulkinder. Diese Leistungen fielen früher in die Verantwortung der staatlichen Familiengesundheitszentren.

Hauptinitiator der Reform ist das israelische Finanzministerium, das das Pilotprojekt zum Bestandteil des diesjährigen Gesundheitshaushalts machte. Aufgrund der wirtschaftlichen Krise in Israel und der defizitären Public-Health-Abteilung des Gesundheitsministeriums ist das Kernziel, Staatsausgaben zu senken. Dies soll erreicht werden, indem die Regierung Teile der Gesundheitsvorsorge nicht mehr wie bisher selbst erbringt, sondern lediglich finanziert und überwacht.

Der Reform ging eine zehnjährige Kontroverse voraus. Bereits 1995 sah das Krankenversicherungsgesetz vor, präventive Leistungen aus der Regierungsverantwortung zu nehmen und auf die Krankenkassen zu übertragen. Damit sollten eine kontinuierliche Versorgung und weniger Doppeluntersuchungen, sprich höhere Effizienz und Effektivität erreicht werden. Aufgrund des vehe-

**Zuständigkeit
für Prävention:
Regierung oder
Kassen?**

menten Widerspruchs von Expertengruppen und Verbrauchern wurde diese Passage 1998 wieder aus dem Gesetz gestrichen. Das neuerlich im März 2005 von der Knesset verabschiedete Pilotprojekt ist insofern ein Kompromiss, da nur ein Teil der präventiven staatlichen Leistungen an die Krankenkassen übergeht und – erstmals in Israel – das Gesundheitsministerium dafür Leistungsstandards setzen wird.

Die Bedenken der Reformgegner sind ungebrochen, die lautesten Stimmen kommen trotz formaler Unterstützung aus dem Gesundheitsministerium selbst. Dessen Public-Health-Abteilung sieht angesichts des Erfolgs des derzeitigen Systems keinerlei Notwendigkeit für eine Veränderung. Da die Krankenkassen kurativ ausgerichtet sind und es ihnen an einer bevölkerungsweiten Sicht mangelt, könnten sie beispielsweise die vorbildlichen Immunisierungsraten von 90 bis 92 Prozent bei Kinderkrankheiten nicht aufrecht halten, argumentieren die Gegner. Fehlendes oder unzureichend ausgebildetes Personal und eine ungenügende Ausstattung würde es den Primärversorgungszentren der Kassen nahezu unmöglich machen, ein Screening für Kinder und eine individuelle Gesundheitsberatung für Mütter durchzuführen. Diese negativen Folgen träfen besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, z. B. Personen mit niedrigem Einkommen, für die sich Krankenkassen traditionell zu wenig engagierten. Nicht zuletzt bängen ministerielle Beamte wie auch das Fachpersonal in den staatlichen Mutter-Kind-Zentren um ihre Arbeitsplätze und berufliche Autonomie.

Ein jährlicher Zusatzbonus von 50 Millionen Schekel (neun Millionen Euro) soll die Versorgung auf hohem Niveau garantieren. Um den Bedenken bezüglich der Qualität zu begegnen, wird die Finanzierung der Krankenkassen zum Teil davon abhängen, ob bestimmte Leistungsziele, z. B. Impfungen, Hör- und Seh-tests, Hausbesuche, Mütterberatung oder Untersuchung von Schulkindern, erreicht werden. Damit übernimmt das Gesundheitsministerium erstmals die Funktion, Leistungen der Krankenkassen durch Standards zu überprüfen und zu regulieren.

Die vier nationalen Krankenkassen, allen voran die größte Kasse Clalit Health Services, stehen in den Startlöchern für den Wettbewerb um die Verträge. Es geht darum, den Auftrag für Vorsorgeleistungen für jährlich rund 14.000 Kleinkinder und

**Vorsorge durch
Krankenkassen
ineffektiver?**

**Ministerium
überwacht
Einhaltung von
Qualitäts-
standards**

130000 Schulkinder in 30 Einrichtungen zu erhalten. Durch die Reform werden Leistungen vergütet, die die Kassen in einigen Städten bisher auf freiwilliger Basis und auf eigene Kosten schon erbringen. Die Kassen sehen in der Reform eine Chance, für Familien mit Kindern attraktiver zu werden und einen bevorzugten Versichertenkreis an sich zu binden.

Angesichts des langwierigen Verhandlungsprozesses und der anhaltenden Debatte bestand das Finanzministerium im Konsens mit dem Gesundheitsministerium auf einer umfassenden Evaluation des Vorhabens. Für die Studie liegt bereits ein Entwurf zur Messung von Struktur-, Prozess- und Outcome-Indikatoren des Jerusalemer Myers-JDC-Brookdale-Instituts vor. Eine 2004 von Palti et al. publizierte Untersuchung, die weder signifikante Unterschiede in der Versorgungsqualität noch in der Zufriedenheit bei Müttern nachweisen konnte, legt bereits jetzt nahe, dass die Mutter-Kind-Vorsorge durch Krankenkassen mit der staatlichen Familiengesundheitszentren durchaus vergleichbar ist.

Literatur und Links:

Palti, Hava, Rosa Gofin und Bella Adler. Evaluation der Familiengesundheitszentren: Faktoren, Personal und System. *Harefu'a* (134) 3 2004: 184–188 (auf Hebräisch).
Rosen, Bruce. Entwurf für die Evaluation des Pilotprogramms in der Public-Health-Versorgung. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute 2005 (auf Hebräisch).

Neuseeland: Aktionsplan für den Kampf gegen Krebs



Im März 2005 legte das neuseeländische Gesundheitsministerium einen detaillierten Aktionsplan vor, um Krebserkrankungen, der Haupttodesursache in Neuseeland, den Kampf anzusagen.

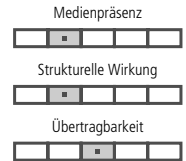
Bösartige Tumore, allen voran Karzinome der Lunge, der Brust, des Darms und der Prostata, sind in Neuseeland mittlerweile für rund 30 Prozent aller Todesfälle verantwortlich und haben kardiovaskuläre Krankheiten als bisher häufigste Todesursache überholt.

Im Jahr 2003 definierte die Regierung mit der »Cancer Control Strategy« sechs Ziele im Kampf gegen Krebs:

1. Primärprävention lebensstilbedingter, infektiöser und berufsbedingter Gesundheitsrisiken für Krebs
2. Sicherstellung von wirksamen Screening-Maßnahmen
3. Gewährleistung effektiver Diagnostik und Behandlung
4. Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten und Familienangehöriger durch soziale Unterstützung, Rehabilitation und palliative Versorgung
5. Verbesserung des Leistungskontinuums
6. Intensivierung von Forschung und Gesundheitsberichterstattung

Eine vom Ministerium einberufene Arbeitsgruppe aus Präventionsexperten, Klinikfachleuten sowie Verbraucher- und Patientengruppen hat nun im »Action Plan 2005–2010« ein anspruchsvolles Handlungsraster entwickelt. Dieses spezifiziert für alle Bereiche jeweils Unterziele, definiert angestrebte Outcomes, legt Handlungsschritte für Akteure und Interessengruppen fest und bestimmt, wann Meilensteine innerhalb der nächsten fünf Jahre erreicht sein sollen.

Im Stil der Labour-geführten Regierungskoalition, die seit 1999 Gesundheitspolitik auf bestimmte Zielpopulationen aus-



Strategie gegen Krebs: Von Vorsorge bis Palliativmedizin

Fokussierung auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen

richtet, zieht sich die besondere Aufmerksamkeit für ethnische Minderheiten wie ein roter Faden durch den Krebsaktionsplan. Ethnische Zugehörigkeit ist neben sozioökonomischem Status, Geschlecht und Wohnort der bedeutsamste Bestimmungsfaktor für den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung eines Neuseeländers.

Für die ungleichen Gesundheitschancen werden unterschiedliche Faktoren verantwortlich gemacht: Auf der Patientenebene sind es Wissen, Überzeugungen und finanzieller Hintergrund, auf Systemebene Erreichbarkeit und Qualität der medizinischen Leistungen. Im Jahr 2000 war die altersstandardisierte Mortalitätsrate für Krebs bei Männern des Maori-Volksstamms um 51 Prozent, bei Maori-Frauen sogar um 82 Prozent höher als bei anderen Neuseeländern. Die Regierung hat sich deswegen etwa zum Ziel gesetzt, die Screening-Rate für Brustkrebs bei Maori-Frauen im Alter von 55 bis 74 Jahren von 45 auf 70 Prozent zu erhöhen.

Ein weiteres wesentliches Charakteristikum der neuseeländischen Anti-Krebs-Strategie ist, ein Versorgungskontinuum über das gesamte gesundheitliche Spektrum zu erreichen. Der Aktionsplan bindet viele staatliche und nichtstaatliche Organisationen von der Primärprävention bis hin zur Palliativmedizin ein. Ein integrierter Ansatz bei Planung, Entwicklung und Erbringung von bestehenden und neuen Maßnahmen soll einerseits Versorgungslücken schließen, andererseits sich überlappende Leistungen reduzieren. Tumornetzwerke, die als einer der ersten Schritte landesweit entstehen sollen, können nach Vorstellung der Regierung Leistungen besser koordinieren und knappe Ressourcen effektiver und effizienter nutzen.

Herausforderung Leistungskontinuum

Nach Expertenmeinung liegen die entscheidenden Hürden des Krebsaktionsplans weniger in seiner strategischen Ausrichtung, die in Neuseeland eine breite Unterstützung erfährt. Vielmehr sind sie in seiner Komplexität und seinen vielen Einzelaspekten zu finden. Der Erfolg der neuseeländischen Strategie wird entscheidend davon abhängen, ob es dem neu etablierten, unabhängigen Krebskontrollrat gelingt, die Vielzahl der Beteiligten – Regierung und Behörden, Patienten und Familien, Planer, Geldgeber und Leistungserbringer – über die Sektoren hinweg zu koordinieren und im Kampf gegen Krebs zu vereinen.

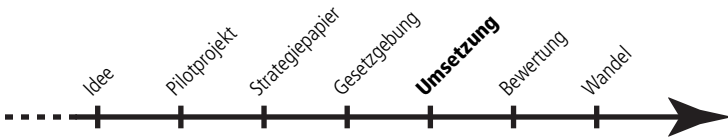
Literatur und Links:

Ministry of Health. The Cancer Control Action Plan. www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/abed0ba681a637e1cc256fbc006f22d7?OpenDocument.

Ministry of Health. The Cancer Control Strategy. www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/3d7504ad140c7ef0cc256d88000e5a16?OpenDocument#cancercontrol.

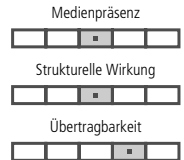
Ministry of Health. The New Zealand Health Strategy. www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/c024d8d149d4c168cc2569b1007679ca?OpenDocument.

Großbritannien: Nationales Screening-Programm für Darmkrebs



Ab April 2006 wird Großbritannien ein nationales Screening-Programm für Dickdarmkrebs einführen. Damit besteht für Männer und Frauen erstmals ein Leistungsanspruch auf regelmäßige Untersuchungen des Stuhls auf okkultes Blut. Eine Sigmoidoskopie (endoskopische Spiegelung des unteren Dickdarmdrittels) alle zehn Jahre ist die zweite Maßnahme. Da das Vorgehen gegen Krebsleiden in Großbritannien landesweit unterstützt wird, ist bei der Umsetzung der Screening-Programme mit wenig inhaltlichem Widerstand zu rechnen.

Ähnlich wie in Neuseeland formulierte die Regierung bereits im Jahr 2000 im »National Cancer Plan« Versorgungsziele und -standards für die häufigsten Tumorarten hinsichtlich Prävention, Kuration und Palliativmedizin. Die Regierung setzt nun ihre darin gesetzte Verpflichtung um, jene populationsbezogenen Screening-Verfahren für Dickdarmkrebs einzuführen, die sich in Pilotstudien als erfolgreich erwiesen haben.



**Darmspiegelung
erst ab 60**

In Großbritannien ist das endoskopische Screening auf kolorektale Tumoren derzeit einmal in zehn Jahren für Personen ab 60 Jahre vorgesehen. Die Studien zur abschließenden Bewertung der Wirksamkeit der Sigmoidoskopie für 50- bis 59-Jährige stehen noch aus. In Deutschland ist die Darmspiegelung entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für Frauen und Männern bereits ab 55 Jahren möglich – mit einer zweiten Untersuchung zehn Jahre später.

**Höhere Darm-
krebsmortalität
im europäischen
Vergleich**

Kolorektale Tumore sind in Großbritannien bei Männern die dritthäufigste und bei Frauen die zweithäufigste Krebsform. Eine Früherkennung des Dickdarmkrebses durch Betroffene und Ärzte ist durch den lange symptomlosen und unspezifischen Verlauf der Erkrankung erschwert. Trotz insgesamt abnehmender Mortalität an malignen Neoplasien verzeichnet das Vereinigte Königreich bei Dickdarmkrebs eine höhere Sterblichkeit als in anderen europäischen Ländern. Die Tumoren werden zudem in vergleichsweise späten Stadien diagnostiziert.

**Unnötig
verzögerte
Diagnostik**

Als Ursache für die späte Diagnosestellung werden in Großbritannien u. a. die langen Wartezeiten auf endoskopische Untersuchungen und die große Verbreitung der weniger sensiblen radiologischen Methode verantwortlich gemacht. Um diese Engpässe zu entschärfen, investiert die britische Regierung den Großteil des Budgets von umgerechnet 55 Millionen Euro, das sie für das Darmkrebs-Screening-Programm zur Verfügung gestellt hat, in die Fortbildung von Ärzten.

**Mangel an
qualifizierten
Ärzten**

Bis Ende 2005 sollen landesweit mindestens 345 zusätzliche Endoskopiker in sieben regionalen und drei nationalen Zentren ausgebildet und damit ausreichend personelle Kapazitäten und fachliche Qualifikationen bereitgestellt werden. Es bleibt abzuwarten, ob in Großbritannien die Mortalitätsrate von kolorektalen Karzinomen mit dem neuen Screening-Programm um 15 Prozent gesenkt werden kann, wie die Studien es in Aussicht stellen.

Literatur und Links:

Department of Health. National Service Frameworks.
www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthAndSocialCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4070951&chk=W3ar/W.

Department of Health. The NHS Cancer Plan. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009609&chk=n4LXTU.

Department of Health. The NHS Plan. www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Modernisation/NHSPlan/fs/en?CONTENT_ID=4082690&chk=/DU1UD.

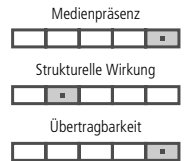
Department of Health. Reid announces new national screening programme to tackle bowel cancer. Pressemitteilung vom 27. Oktober 2004. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4092376&chk=F1jw5w.

Japan: Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung



Als Reaktion auf den ersten nationalen Todesfall, neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK), hat Japan im Mai 2005 ein striktes Blutspendeverbot für Personen verhängt, die sich im europäischen Ausland aufgehalten haben. Der im Dezember 2004 an der übertragbaren spongiformen Enzephalopathie gestorbene Japaner hatte sich möglicherweise 1990 während eines mehrtägigen Aufenthalts in Großbritannien und Frankreich an BSE-verseuchtem Fleisch infiziert.

Die CJK-Variante wurde 1996 erstmals in England beschrieben und betrifft im Unterschied zur herkömmlichen Form der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung besonders junge Menschen. Bis April 2005 waren in Großbritannien 149 und in Frankreich neun Menschen an vCJK tödlich erkrankt. Einzelfälle von vCJK melden



auch Kanada, Irland, Italien und die Vereinigten Staaten. In Deutschland ist bisher noch kein Fall gemeldet worden.

Eine Ansteckung mit dem infektiösen Agens – ein atypisches Eiweiß (Prion), das auch Ursache von BSE ist – scheint nach tierexperimentellen Forschungsergebnissen über Bluttransfusionen möglich. Beim Menschen gibt es bisher keinen bestätigten Fall oder Verdachtsfall einer vCJK-Übertragung durch Blut oder Blutprodukte. Als Vorsichtsmaßnahme müssen dennoch seit 2001 in Deutschland wie in Großbritannien weiße Blutkörperchen aus dem Blut herausgefiltert werden. Da jedoch befürchtet wird, dass auch zellfreies Plasma die Krankheit übertragen kann, haben Australien, Kanada, die Schweiz und die USA Blutspenden von Personen verboten, die sich in der Vergangenheit in Ländern mit hohem BSE-Risiko aufgehalten haben. Entgegen ursprünglichen Plänen empfehlen nun auch deutsche Behörden, die Blutspenden durch eine entsprechende Regelung zu kontrollieren.

**Medienecho setzt
Regierung unter
Zugzwang**

Wenngleich inzwischen das öffentliche Interesse an BSE und vCJK in Europa merklich abgenommen hat, löste in Japan der erste Todesfall ein starkes Echo in den nationalen Medien aus und setzte das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt unter hohen Handlungsdruck.

**Nach BSE-Risiko
abgestuftes
Blutspendeverbot**

Das Ministerium erteilte im Mai 2005 ein strenges Blutspendeverbot für Personen, die sich zwischen 1980 und 1996 länger als einen Tag in Großbritannien und Frankreich aufgehalten haben. Schätzungen gehen davon aus, dass damit zwischen zwei bis sechs Prozent der Spender ausgeschlossen sind. Die Einschränkungen betreffen jedoch auch andere Staaten der europäischen Region. Insgesamt 36 Länder wurden in fünf Restriktionsklassen eingeteilt, für die ein unterschiedlich langer Aufenthaltszeitraum zulässig ist. So dürfen beispielsweise Personen, die sich in den Jahren 1980 bis 2004 länger als ein halbes Jahr in Deutschland, Irland, Italien, den Niederlanden, Spanien, Belgien oder Portugal aufgehalten haben, in Japan kein Blut mehr spenden.

**Akuter Blut-
spendermangel**

Wie von medizinischen Experten, vom Roten Kreuz und von Krankenhäusern befürchtet, kam es in Japan bereits jetzt zu einem bedrohlichen Mangel an Blutspendeprodukten. Es ist fraglich, ob der Appell des Gesundheitsministeriums im April 2005, mehr Blut zu spenden, ausreichen wird, um die mittlerwei-

le auf 80 Prozent des durchschnittlichen nationalen Dreitagebedarfs geschrumpften Reserven wieder aufzustocken. Das Ministerium hat daher angekündigt, notfalls das Spendeverbot für Reisende in Niedrigrisikoländer zu lockern.

Literatur und Links:

WHO. Variant Creutzfeldt Jakob Disease. Factsheet 180.
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs180/en/index.html.

Gesundheit und Lebensstil

Jährlich sterben in Deutschland mindestens 110000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums, weitere 40000 Personen an übermäßigem Alkoholkonsum. Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung verlängern die Liste vermeidbarer lebensstilbedingter Gesundheitsrisiken.

Weltweit ist Fettleibigkeit laut WHO die am meisten unterschätzte und vernachlässigte Gesundheitsstörung unserer Zeit. Sie erhöht das Risiko für Diabetes, Herzerkrankungen und Krebs und ist Schätzungen zufolge für fünf Prozent aller Gesundheitskosten in den Industrieländern verantwortlich. Etwa jeder dritte erwachsene Bundesbürger ist deutlich übergewichtig. In den USA sind mit über 60 Millionen adipösen Menschen bereits epidemische Ausmaße erreicht. Prognosen gehen davon aus, dass in den Vereinigten Staaten die mittlere Lebenserwartung in den kommenden Jahrzehnten sinken wird, wenn es nicht gelingt, der grassierenden Fettsucht Herr zu werden.

In Kalifornien zeichnet sich der Trend einer »verfettenden« Bevölkerung am schärfsten ab. Gouverneur Schwarzenegger hat dem Übergewicht den Kampf angesagt und beruft sich auf die Erfolgsgeschichte der Anti-Tabak-Kampagne des US-Staates (siehe S. 99). Mit geringen, aber zielgerichtet eingesetzten Mitteln aus der Tabaksteuer und einer stringenten Umsetzung und Koordination unter staatlicher Führung ist es in den vergangenen 20 Jahren gelungen, die gesellschaftliche Einstellung zum Rauchen und die Umgebungsbedingungen in Kalifornien derart zu

Übergewicht als Gesundheitsrisiko unterschätzt

**Blauer Dunst
weiter Todes-
ursache Nummer
eins**

verändern, dass im Jahr 2003 nur noch 16 Prozent der Bevölkerung rauchten. 1984 waren es noch 25 Prozent gewesen.

Konsum von Tabak ist unverändert die führende vermeidbare Todesursache in den Industrienationen. Der Weltgesundheitsbericht 2002 »Reducing Risks, Promoting Healthy Life« macht den Tabak für 1,6 Millionen Todesfälle jährlich verantwortlich.

Bei Männern sind rund 90 Prozent, bei Frauen 60 Prozent der Lungenkrebs-Todesfälle auf Rauchen zurückzuführen. Bei Rauchern ist das Risiko für eine Reihe weiterer Krebserkrankungen, für Herzkrankheiten, Schlaganfall sowie chronische Erkrankungen der Atemwege erhöht. Nicht zuletzt wurden schichtspezifische Unterschiede bei der Sterblichkeit festgestellt. Bei rauchenden männlichen Erwachsenen mit einem höheren sozioökonomischen Status ist die Sterblichkeit geringer als bei jenen mit niedrigerem sozioökonomischem Status.

Abb. 5: Anteil regelmäßiger Raucher in der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre



Quelle: WHO Regional Office for Europe, Tobacco Control Database

Zwar sank die Raucherquote in den vergangenen 30 Jahren in Europa von 45 auf 30 Prozent. Sie bleibt aber nach neuesten Daten auf einem Niveau von 38 Prozent bei Männern und 23 Prozent bei Frauen nahezu stabil. Nach einem Höhepunkt 1997/

1998 ist der tägliche Tabakkonsum bei Jugendlichen leicht gesunken und hat 2001/2002 im europäischen Durchschnitt 18 Prozent bei 15-jährigen Jungen bzw. 17 Prozent bei Mädchen erreicht. Für Deutschland bestätigt der diesjährige Drogen- und Suchtbericht diesen Abwärtstrend. Demgegenüber steigt die Raucherprävalenz in osteuropäischen Ländern, vor allem in den baltischen Staaten, bei Jugendlichen und bei Frauen kontinuierlich an.

Am 21. Mai 2003 verpflichtete die WHO 168 unterzeichnende Länder im »Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs« zu gemeinsamen Konzepten im Kampf gegen Tabakkonsum. Wirksamste und kosteneffektivste Strategien sind bevölkerungsweite Ansätze wie Erhöhung der Tabaksteuer, Verbot von direkter oder indirekter Tabakwerbung, Rauchverbot in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz und Sensibilisierung der Verbraucher durch auffällige Informationen auf Tabakverpackungen. Eine Schlüsselrolle im Kampf gegen den Tabakkonsum kommt nach Ansicht der WHO den Gesundheitsberufen zu, was als Motto des diesjährigen Welt-Nichtrauchertags am 31. Mai aufgegriffen wurde.

Als erstes Land hat Norwegen am 16. Juni 2003 die WHO-Konvention ratifiziert, ein Land, das mit Tabakwerbeverbot und Nichtraucherschutz in der Öffentlichkeit als gesundheitspolitisches Vorbild gilt. Mittlerweile sind 66 Länder weltweit mit der Ratifizierung des Vertrags gefolgt (Stand Mai 2005), darunter Deutschland am 16. Dezember 2004.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass Preis- bzw. Steuererhöhungen die effektivsten Instrumente sind, um den Genuss von legalen Suchtmitteln zu reduzieren. Laut Weltbank senkt beispielsweise eine Preissteigerung von zehn Prozent pro Packung den Gebrauch von Zigaretten um durchschnittlich vier Prozent. Bei hohem Preisniveau rauchen insbesondere junge Menschen und Personen aus schwächeren Einkommensverhältnissen weniger, somit Bevölkerungsgruppen, die unter besonderem gesundheitlichem Risiko stehen.

Am Beispiel Zigaretten zeigt Tab. 2, dass sich Steuern und Preise im internationalen Vergleich jedoch signifikant unterscheiden und weit von der in der EU angestrebten Harmonisierung entfernt sind.

**WHO Framework
Convention on
Tobacco Control**

**Hohe Preise und
Steuern – weniger
Tabak- und
Alkoholkonsum**

Tab. 2: Tabaksteuer und Zigarettenpreise der meistgefragten Marken im Jahr 2003 in den Ländern der heutigen EU und in den Beitrittsländern

Land	Tabaksteuer in Prozent des Abgabepreises	Packungspreis der beliebtesten Zigarettenmarke in Euro
Lettland ⁽¹⁾	53	0,52
Bulgarien ⁽¹⁾	57	0,62
Rumänien	67	0,64
Litauen	57	0,77
Polen	75	0,88
Estland	65	1,05
Slowakei	59	1,08
Tschechische Rep.	58	1,32
Slowenien	70	1,49
Spanien	72	1,95
Italien	75	2,07
Portugal	78	2,1
Zypern	74	2,22
Luxemburg	68	2,32
Griechenland	73	2,5
Österreich	73	3
Malta	72	3,03
Niederlande	73	3,04
Belgien	74	3,36
<i>Deutschland</i>	75	3,37
Finnland	76	4
Dänemark	74	4,03
Schweden	70	4,11
Frankreich	78	5 ⁽²⁾
Irland	79	6,12
Großbritannien	80	7,18

Quelle: Generaldirektion Steuern und Zollunion der Europäischen Kommission, Dezember 2003 für EU-15 Mitgliedstaaten, Juli 2003 für Beitrittsländer und -kandidaten. (1) Daten für Filterzigaretten; (2) vom Januar 2004

In allen Industriestaaten hat die Tabaksteuer eine erhebliche wirtschaftliche und fiskalische Bedeutung. Mit einem Aufkommen von 13,7 Milliarden Euro (Stand 2004) ist sie in Deutschland nach der Mineralölsteuer die ertragreichste Verbrauchssteuer. Es verwundert nicht, dass der Disput um die dritte Stufe der 2003 beschlossenen Tabaksteuererhöhung mit 40 Cent pro Zigarettenschachtel zum 1. September 2005 zwischen Verbraucherministerin Künast und Finanzminister Eichel erneut aufgeflammt. Der Streitpunkt: Nach den ersten beiden Erhöhungen der Tabakpreise rauchen bereits 7,5 bzw. 7,9 Prozent Deutsche weniger als zuvor, eine Entwicklung, die zu erheblichen Steuermindermaßnahmen geführt hat.

Steuerpolitische Ansätze der Suchtprävention und -bekämpfung stehen regelmäßig im Konflikt mit ökonomischen Interessen der Industrie und mit staatlicher Arbeitsmarkt-, Wirtschafts- und Finanzpolitik. Es gehört zu den negativen Auswirkungen der EU-Osterweiterung, dass Finnland sich aus volkswirtschaftlichen Gründen gezwungen sieht, einen Grundpfeiler der skandinavischen Strategie gegen alkoholbedingte Gesundheitsschäden, Unfälle und Gewalttaten aufzugeben, und die Alkoholsteuern um 30 Prozent senkt (siehe S. 102).

Auch das Beispiel Spanien demonstriert, wie prioritäre Gesundheitsziele und Verbraucherschutz im Wettstreit mit ökonomischen Interessen stehen (siehe S. 105). In Südkorea ist die Regierung mit dem Vorwurf konfrontiert, dass Mehreinnahmen aus der erhöhten Tabaksteuer – entgegen der Absichtserklärung – Anti-Tabak-Initiativen nicht ausreichend unterstützen (siehe S. 107). Laut WHO sollte ein bedeutender Teil der Steuern auf Tabak und Alkohol in nationale Programme der Gesundheitsförderung und Suchtprävention fließen.

Deutschland zählt neben Spanien und Malta europaweit zu den einzigen Ländern, die Werbung in der einheimischen Presse unbeschränkt zulassen. Auch indirekte Werbung wie Sponsoring von Events, Produktplatzierung in Fernseh- und Kinofilmen oder kostenfreie Abgabe von Zigaretten ist nach wie vor möglich. Die Mitgliedsländer der EU waren verpflichtet, zum 31. Juli 2005 die Werbung für Tabakerzeugnisse im Rundfunk, in der Presse, im Internet und beim Sponsoring grundsätzlich zu verbieten. Im Mai 2005 hat die deutsche Regierung daher ein Werbeverbot für

Gesundheit vs. wirtschaftliche Interessen

Werbeverbot im Widerspruch zwischen nationalen und internationalen Vorschriften?

Zigaretten und andere Tabakprodukte beschlossen, gleichzeitig aber – eine wenig aussichtsreiche – Klage gegen die Umsetzung der EU-Richtlinie vor dem Europäischen Gerichtshof in Luxemburg angestrengt.

Der EU fehlt aus Sicht Deutschlands insoweit die Zuständigkeit, als die Richtlinie auch die Werbung in Medien untersagt, die ausschließlich den inländischen Markt bedienen. Die Position der deutschen Regierung ist in den eigenen Reihen umstritten, wird jedoch von der Werbebranche und der Tabakindustrie mit den Argumenten unterstützt, das Werbeverbot gefährde Einnahmen und Arbeitsplätze und fördere den Schwarzmarkt. Das Urteil der Luxemburger Richter wird frühestens für Ende 2005 erwartet. Die EU muss sich allerdings den Vorwurf gefallen lassen, dass ihre eigene Verbraucher- und Gesundheitspolitik im Widerspruch zur Agrarpolitik steht, da sie die Subvention des Tabakanbaus nur schrittweise reduziert.

**Schäden des
Passivrauchens
unbestritten**

In Wissenschaft und Politik sind gesundheitliche Schäden des Passivrauchens unbestritten. Eine steigende Anzahl an Ländern wie Irland, Italien, Malta, Neuseeland, Norwegen, Schweden und Singapur haben daher in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz ein vollständiges Rauchverbot verhängt. Ähnliche Vorschriften sind u. a. in Australien, England, Finnland, Schottland, Spanien, Portugal, Tschechien und Ungarn angekündigt.

**Deutschland
Nachzügler,
Irland Vorreiter**

In Deutschland zeichnet sich der Wandel zur Nichtraucherkultur nur verzögert ab. Nach einer im Mai 2005 veröffentlichten Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa halten 60 Prozent der Bundesbürger die derzeitigen Vorschriften und Gesetze mit Rauchverboten in Schulen, Universitäten, Krankenhäusern, Behörden und öffentlichen Verkehrsmitteln für ausreichend. In Restaurants und Kneipen dagegen setzt das deutsche Gesundheitsministerium auf die Selbstverpflichtung des Hotel- und Gaststättenverbandes, bis 2008 in Speisebetrieben mindestens 50 Prozent des Platzangebotes für Nichtraucher bereitzustellen.

**Keine Einbußen
für Gastgewerbe
durch
Rauchverbote**

Spanien, Neuseeland und Dänemark befürchten, dass Hotellerie und Gastronomie Gäste und Umsatz einbüßen, auch wenn Erfahrungen in anderen Ländern, wie z. B. in Italien und Irland, dies nicht bestätigen. Das Rauchverbot wird also mit sehr unterschiedlichem Erfolg gegen die vielseitigen Widerstände und Interessen in den Ländern durchgesetzt.

Literatur und Links:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht Mai 2005. www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A601.pdf.

WHO. RahmenübereinkommenderWHOzurEindämmung des Tabakgebrauchs 2003. www.bmgs.bund.de/downloads/UEbersetzungEndfassungTabakgebrauch.pdf.

WHO. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. www.who.int/whr/2002/en/index.html.

WHO Regional Office for Europe. Tobacco-free Europe. www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/tob.

WHO Regional Office for Europe. Tobacco Control Database. <http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2402>.

Kalifornien: Kampf gegen die Übergewichtsepidemie

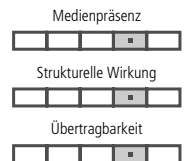


Nach dem Willen von Gouverneur Schwarzenegger soll der kalifornische Staat die Führungsrolle im Kampf gegen die rapide zunehmende Fettleibigkeit in der Bevölkerung übernehmen.

Um das Department of Health Services zum zentralen Koordinator und Finanzier in Sachen Prävention und Behandlung zu machen, kündigte Schwarzenegger im April 2005 eine Investition von sechs Millionen Dollar (fünf Millionen Euro) an.

Möglicherweise durch seine persönliche Philosophie körperlicher Fitness beeinflusst, legt Schwarzeneggers Konzept den Schwerpunkt auf die zwei Kernziele gesunde Ernährung und Bewegung. Über die Hälfte des Budgets der »California Obesity Initiative« soll Projekten auf kommunaler Ebene zukommen.

1,4 Millionen Dollar (1,2 Millionen Euro) will Schwarzenegger in Präventions- und Behandlungsleistungen von Medi-Cal, dem



Schwarzeneggers Konzept: Gesunde Ernährung und Bewegung

kalifornischen Krankenversicherungsprogramm für Arme, investieren. Deutlich geringere Summen sollen mit je 150 000 Dollar (120 000 Euro) in Aufklärungskampagnen und betriebliche Gesundheitsförderung fließen. Eine halbe Million Dollar (400 000 Euro) schließlich sind für öffentliche Forschungsaufträge vorgesehen, um epidemiologische Trends zu analysieren, Auswirkungen der Programminterventionen zu bewerten und zukünftige politische Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Jeder dritte Erwachsene ist zu dick

Der Gouverneur reagiert mit der »California Obesity Initiative« auf das dramatische Ausmaß der »Übergewichtsepidemie« in den USA. Die neuesten Daten des U.S. Center for Health Statistics zeigen, dass 30 Prozent der US-Amerikaner über 20 Jahre, das heißt über 60 Millionen Erwachsene, fettleibig sind.

Folgeerkrankungen

Im Vergleich zu anderen US-amerikanischen Bundesstaaten zeichnet sich der Trend einer »verfettenden« Gesellschaft in Kalifornien am schärfsten ab: Mehr als die Hälfte der Erwachsenen und rund ein Viertel der Kinder sind adipös. Begleit- und Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und kardiale Erkrankungen nehmen zu.

Dick kommt teuer

Fettleibigkeit ist in Kalifornien nicht nur eines der ernsthaftesten Public-Health-Probleme, sondern verursacht auch hohe Folgekosten. Die im April 2004 im Auftrag des kalifornischen Department of Health Services publizierte und in der Presse mit hoher Aufmerksamkeit verfolgte Studie »The Economic Costs of Physical Inactivity, Obesity and Overweight in California Adults« kalkulierte Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste in Höhe von insgesamt 22 Milliarden Dollar (18 Milliarden Euro) pro Jahr für den Staat und prognostizierte für das Jahr 2005 einen weiteren Anstieg auf 28 Milliarden Dollar (23 Milliarden Euro).

Kampf gegen Adipositas ist nationales Gesundheitsziel

Die U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) erklärten bereits im Jahr 2000 als Ziel, die Adipositasprävalenz in den nächsten zehn Jahren auf unter 15 Prozent zu senken. Mit einem Programm, das sowohl bei Ernährung als auch bei körperlicher Betätigung ansetzt, kofinanzieren die CDC mittlerweile Präventionsinitiativen in 28 Bundesstaaten.

Das U.S. Department of Health and Human Services hat Adipositas als Erkrankung anerkannt. Bei der staatlichen Krankenversicherung für Senioren, Medicare, besteht seit Juli 2004 für Betroffene ein Anspruch auf Behandlung.

In Kalifornien dagegen ist der Kampf gegen Fettleibigkeit bisher von zahlreichen, in der Regel voneinander unabhängigen Einzellösungen geprägt. Durch freiwilliges Engagement entstand eine Vielzahl gemeindenaher Organisationen, die in erster Linie durch föderale Zuschüsse oder aus privaten Mitteln finanziert werden. California Endowment, eine private Stiftung, stellte im März 2005 beispielsweise 26 Millionen Dollar (22 Millionen Euro) zur Bekämpfung des Übergewichts bei Kindern in Aussicht.

Die kalifornischen Behörden engagierten sich in der Vergangenheit eher vereinzelt und mit tendenziell unterfinanzierten politischen Maßnahmen (siehe Ausgabe 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«). Bedeutendste Ausnahme ist das Projekt Leaders Encouraging Activity and Nutrition (LEAN), bei dem das Department of Health Services und das gemeinnützige Public Health Institute Aktivitäten in den Gemeinden inhaltlich koordinieren. LEAN leitete die 2000 etablierte Planungskommission zur Entwicklung einer kalifornischen Strategie gegen Adipositas (California Obesity Prevention Initiative), deren Aktionsplan zum Teil die Grundlage für den jetzigen Vorstoß Schwarzeneggers bildet.

Als Teil des heiß debattierten Haushaltsplans 2005–2006 muss Schwarzenegger seine Initiative derzeit vor dem kalifornischen Senat verteidigen. Angesichts der angespannten Haushaltslage stellen einige Senatsmitglieder die Federführung des Staates bei der Finanzierung und Organisation in Frage und kritisieren die Höhe des veranschlagten Anti-Adipositas-Budgets.

Der Gouverneur und andere Befürworter, wie z. B. die Ärzteschaft, verweisen dagegen auf die äußerst erfolgreiche kalifornische Anti-Tabak-Kampagne: Seit 1988 bündelt der Staat aus Tabaksteuern zweckgebunden finanzierte, populationsbezogene Projekte unterschiedlicher Träger und Behörden. So ist in Kalifornien der Anteil der Raucher von 25,8 Prozent im Jahre 1984 auf 16,2 Prozent im Jahre 2003 gesunken.

Nur wenn es auch im Kampf gegen Übergewicht gelingt, das öffentliche Bewusstsein zu schärfen, ein Umdenken in sozialen Normen und individuellen Verhaltensweisen auszulösen und Lebens- und Arbeitsbedingungen nach dem Motto »Make the healthier choice the easier choice« nachhaltig zu verändern, wird sich die kalifornische Erfolgsgeschichte wiederholen.

**Projekt LEAN
koordiniert
Insellösungen**

**Vorzeigebispiel
kalifornische
Anti-Tabak-
Kampagne**

Literatur und Links:

California Obesity Prevention Initiative: www.dhs.ca.gov/ps/cdic/copi/default.htm

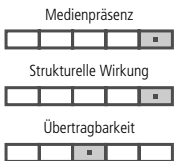
Centers for Disease Control and Prevention, Nutrition and Physical Activity Division: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity

Leaders Encouraging Activity and Nutrition (LEAN): www.californiaprojectlean.org

California Department of Finance. The California Obesity Initiative. http://govbud.dof.ca.gov/BudgetSummary/MAJORPROGRAMAREAS/HealthandHumanServices/section2_4.html.

Chenoweth, David. The Economic Costs of Physical Inactivity, Obesity, and Overweight in California Adults Health Care, Workers Compensation, and Lost Productivity. Studie im Auftrag des California Department of Health Services 2005. www.dhs.ca.gov/ps/cdic/cpns/press/downloads/CostofObesityToplineReport.pdf.

Finland: Senkung der Alkoholsteuer als Folge EU-Beitritts



Finland hat als Folge seines EU-Beitritts die Tradition seiner restriktiven Alkoholpolitik im März 2004 verlassen und die Steuer auf alkoholische Getränke zum Teil massiv herabgesetzt. Mit dem Programm Alkoholprävention 2004–2007 will das finnische Ministerium für Soziales und Gesundheit nun dem erwarteten beträchtlichen Anstieg des Alkoholkonsums gegensteuern.

**Alkoholkonsum
seit EU-Beitritt
stetig gestiegen**

Das finnische Finanzministerium sah sich gezwungen, die Verbrauchssteuer auf Spirituosen, Wein und Bier um 44 Prozent, 32 Prozent bzw. zehn Prozent zu senken, da es die Freizügigkeitsbestimmungen der Europäischen Union unmöglich ma-

chen, die Menge des privat importierten Alkohols zu begrenzen.

Nach einem deutlichen Rückgang des Alkoholverbrauchs Anfang der 90er Jahre, der u. a. als Erfolg der hohen Alkoholsteuer gewertet wird, erreichten die Finnen 2003 mit einem durchschnittlichen Konsum von 7,5 Litern reinen Alkohols wieder den nationalen Höchststand von 1990. Todesfälle nach alkoholbedingten Erkrankungen und Vergiftungen steigen kontinuierlich an.

Die Liberalisierung von Reiseimporten aus baltischen Ländern hat diesen Trend deutlich verschärft. Der EU-Beitritt Estlands, das nur zwei Fahrstunden von Helsinki entfernt ist, ermöglicht seit Mai 2004 den legalen Privatimport großer Mengen Alkoholika zu Preisen, die teilweise unter der Hälfte der Preise in Finnland liegen. Da Alkohol aus Mitgliedstaaten der EU weder von der Einfuhr ausgeschlossen noch steuerlich oder in anderer Weise diskriminiert werden darf, musste Finnland im Januar 2004 die bisher strenge Importbeschränkung von einem Liter Spirituosen und fünf Litern Wein aufheben. Die Übergangsbestimmung, die sich Finnland wie sein Nachbarland Schweden in den Gesprächen zum EU-Beitritt 1995 ausbedingen konnte, lief Ende 2003 aus. Finnen dürfen seitdem aus anderen EU-Ländern bis zu 110 Liter Bier, 90 Liter Wein, 10 Liter Spirituosen und 20 Liter andere alkoholische Getränke steuerfrei einführen.

Nach Ansicht der Regierung war die massive Herabsetzung der finnischen Alkoholpreise die beste aller Optionen. Der Gesetzgeber wollte dadurch sicherstellen, dass der überwiegende Teil der alkoholischen Getränke auch weiterhin in Finnland gekauft und die Einnahmeausfälle bei der Verbrauchssteuer in vertretbaren Grenzen gehalten werden. Gesundheitspolitische Einwände gingen in der Debatte um Steuereinbußen, abnehmende Einzelhandelsumsätze der Alkohol- und Brauereiindustrie und drohenden Arbeitsplatzabbau unter.

Da durch die geringere Verbrauchssteuer die Preise für Hochprozentiges um 36 Prozent und für Wein und Bier um 13 bzw. drei Prozent niedriger sind als noch Anfang 2004, gehen Schätzungen des Ministeriums für Soziales und Gesundheit davon aus, dass der Alkoholkonsum um 15 Prozent steigen wird. Mit dem im April 2004 publizierten Alkoholpräventionsprogramm will das Ministerium diesen Trend umkehren.

Verschärfung des Alkoholproblems durch EU-Beitritt Estlands

Gegensteuern mit Präventionsprogramm

**Prävention durch
Basisengagement**

Um alkoholbedingten gesundheitlichen Schäden, Unfällen und Gewalt vorzubeugen, sollen verschiedene Akteure und Organisationen freiwillige, formale Partnerschaftsvereinbarungen eingehen und sich dem Ziel verpflichten, besonders auf Alkoholprävention bei Kindern und in Familien zu fokussieren. Von einer Koordination und Kombination der Maßnahmen der Gemeinden, der Unternehmen und der Industrie, der Kirchen und Nichtregierungsorganisationen erwartet das Ministerium eine höhere Wirksamkeit als bisher. Unberührt bleibt zudem ein weiterer Grundpfeiler der finnischen Alkoholpolitik: Der staatliche Alkoholmonopolist Alko mit seinen landesweiten Filialen hat weiterhin das Exklusivrecht für den Verkauf von Getränken mit einem Alkoholgehalt über 4,7 Prozent inne.

Anfang 2006 wird das Gesundheitsministerium dem Parlament erste Ergebnisse zu Erfolg oder Misserfolg des Alkoholprogramms vorstellen. Dann wird sich zeigen, ob es Finnland gelingt, den gesundheitspolitisch schwerwiegenden Auswirkungen seines EU-Beitritts gegenzusteuern.

Literatur und Links:

Alcohol Programme 2004–2007: www.alkoholiohjelman.fi
Ministry of Social Affairs and Health: Alcohol Programme 2004–2007. A tool to help prevent the adverse effects of alcohol. Helsinki 2005. Auch online unter www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/03/cd1114507174849/passthru.pdf.

Spanien: Schwaches Anti-Tabak-Gesetz



Das spanische Parlament steht vor der Verabschiedung eines nationalen Anti-Tabak-Gesetzes, das Anfang 2006 in Kraft treten soll. Das Reformbündel ist aus Sicht von Gesundheitsexperten jedoch wenig tauglich, um tabakbedingte Erkrankungen und Folgekosten in Spanien bedeutend zu senken.

Der Gesetzentwurf der sozialistischen Regierung unter Premierminister José Luis Zapatero verbietet auf nationaler Ebene den Verkauf und die kostenfreie Abgabe von Tabakprodukten an Jugendliche unter 18 Jahren. Die unterschiedlichen Regelungen in den spanischen Regionen sollen nun vereinheitlicht werden. Zudem setzt das Gesetz die EU-Richtlinie zum Tabakwerbeverbot in Rundfunk, Presse, Internet und beim Sponsoring in nationales Recht um.

Dritter Grundpfeiler des Gesetzes ist das Rauchverbot am Arbeitsplatz und in Restaurants, Bars und Hotels. Manager von Hotellerie und Gastronomie fürchten, dass der Zigarettenverzicht die Gäste fern hält. Um ihnen entgegenzukommen, hat das Gesetz jedoch nur für Gebäude und Räume Gültigkeit, die größer als 100 Quadratmeter sind. Mit dieser Ausnahmeklausel sind die Besucher in den meisten spanischen Lokalisationen weiterhin dem Passivrauchen ausgesetzt, da keine rauchfreien Zonen zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Regierung schenkte der Tatsache, dass sich ein allgemeines Rauchverbot in anderen Ländern keineswegs negativ auf Umsatz und Wirtschaft ausgewirkt hat, keine Beachtung.

Es gilt als weitere Schwäche des spanischen Vorstoßes, dass eine Erhöhung der Tabaksteuer nicht mehr Bestandteil des Reformpakets ist. Dies überrascht auch deswegen, weil die spanischen Tabakpreise im europäischen Vergleich äußerst niedrig sind (vgl. Tab. 2). Obwohl das jetzige Gesetz einem Entwurf der Vorgängerregierung unter Aznars Partido Popular vom Januar



**Rauchverbot
unwirksam durch
Ausnahmeklausel**

**Keine Tabaksteuer-
erhöhung
trotz niedriger
Preise**

2003 ähnelt, ist die Steuererhöhung, die in das Ressort des Finanzministeriums fällt, ausgeklammert worden. Aus Sicht von gesundheitspolitischen Experten ist dies ein Zugeständnis an die Tabakindustrie und an das Wirtschafts- und Arbeitsministerium. Beide Akteure konnten sich mit Hinweisen auf drohende mögliche Folgen wie Anstieg von Schwarzmarkt und Tabaksmuggel, Umsatz- und Arbeitsplatzverluste sowie Inflationsgefahr durchsetzen.

**Dezentrale
Umsetzung in
autonomen
Regionen**

In der Praxis wird die Reichweite des Gesetzes jedoch davon abhängen, wie es auf regionaler Ebene umgesetzt wird, denn Public-Health-Belange fallen in Spanien in die finanzielle und organisatorische Zuständigkeit der Regionen. Manche autonome Regionalregierung entwickelt bereits Meldesysteme für Bürger und plant Bußgeldauflagen, um die Missachtung des Rauchverbots zu sanktionieren. Die Zentralregierung hat vor kurzem angekündigt, den Regionen zusätzlich 37 Millionen Euro für Gesundheitsprävention zur Verfügung zu stellen, zu denen auch Anti-Tabak-Maßnahmen zählen.

Der Gesetzesvorschlag ist ohne Zweifel ein erster Schritt, mit dem sich Spanien dem Tabakproblem stellt. Dennoch ist aus Sicht vieler Public-Health-Experten und medizinischer Fachgesellschaften der Ansatz zu weich und nicht ehrgeizig genug, da er das Rauchverbot nur unvollständig durchsetzt, die Tabaksteuererhöhung ausspart und keine Kampagnen, Raucherentwöhnungsprogramme oder Schulungen von Fachkräften vorsieht.

Literatur und Links:

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003–2007. Madrid 2003.

Villalbí, Joan. Políticas para reducir el daño que causa el tabaco. *Adicciones* 16, Suppl. 2 2004: 379–390.

Südkorea: Tabaksteuer und Gesundheitsförderung



Die Erhöhung der Tabaksteuer in Südkorea im Januar 2005 zeigt die gewünschte Wirkung, wie erste Zahlen zum Rauchverhalten der Bevölkerung belegen. Einer Studie zufolge hörte knapp ein Prozent der männlichen Bevölkerung in den drei ersten Monaten nach der Erhöhung mit dem Rauchen auf.

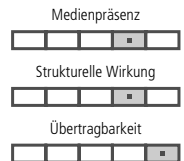
Trotz der geringen langfristigen Aussagekraft dieser Ergebnisse fühlt sich das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt in seiner Präventionsstrategie bestärkt.

Der Vorschlag des Gesundheitsministers, die Tabaksteuer in diesem Jahr erneut anzuheben, wurde vom Ministerium für Finanzen und Wirtschaft bisher erfolgreich abgewehrt. Erst im Dezember 2004 hatten sich die beiden Ministerien nach längerem Disput (siehe Ausgabe 3 von »Gesundheitspolitik in Industrieländern«) auf eine Erhöhung um 0,40 Euro pro Packung Zigaretten einigen können. Ursprünglich hatte der Gesundheitsminister eine Erhöhung um knapp das Vierfache vorgeschlagen – de facto den doppelten Preis pro Schachtel.

Der starke Widerstand des Finanzministeriums gründet auf der Sorge, dass die Kommunen bei sinkenden Raucherzahlen mit deutlichen Einnahmeverlusten konfrontiert wären.

Zehn Prozent der Tabaksteuer fließen zudem zweckgebunden an den staatlichen »Fonds zur Gesundheitsförderung« und sind für die öffentlichen Kassen nicht mehr frei verfügbar.

Gegenstand heißer Debatte ist, wie die Mittel des Fonds derzeit verwendet werden. Die koreanische Krankenversicherung ist finanziell in der Krise, Beitragserhöhungen sind nicht in Sicht. Ein Großteil des Gesundheitsfonds muss daher die Budgetlücken der vorrangig kurativ orientierten Krankenkassen füllen. Kritik entzündet sich daran, dass der Fonds mit der Querfinanzierung seine ursprünglichen Ziele verleugnet und gesundheitsfördernde Projekte und Einrichtungen nicht ausreichend unterstützt.



Konflikt zwischen Prävention und Staatskasse setzt sich fort

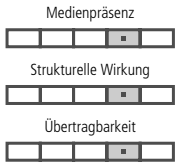
Zweckgebunden ...

... und doch zweckentfremdet

Literatur und Links:

Ministry of Health and Welfare: <http://english.mohw.go.kr/index.jsp>

Neuseeland: Zu 100 Prozent rauchfrei



Als fünftes Land weltweit hat Neuseeland mit Wirkung vom 10. Dezember 2004 ein absolutes Rauchverbot in der Öffentlichkeit verhängt.

Aus Bars, Restaurants, Cafes, Klubs und Casinos, Kaufhäusern, öffentlichen Verkehrsmitteln und Taxis, Büros, Fabriken und anderen Arbeitsstätten soll der blaue Dunst vollständig verbannt werden. Innerhalb einer einjährigen Übergangsfrist müssen sämtliche »Raucherecken« in Gebäuden aufgelöst oder ins Freie verlegt werden. Vom strikten Rauchverbot ausgenommen sind lediglich Räume mit privatem, »häuslichem« Charakter in Hotels, Seniorenwohnungen, Krankenhäusern oder Gefängnissen.

Absolutes Rauchverbot

Steigende Akzeptanz bei Gastronomie und Unterhaltungsgewerbe

Trotz sich verfestigender Belege der gesundheitlichen Folgeschäden des Passivrauchens konnte die neuseeländische Regierung ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit erst nach mehrjähriger Kontroverse durchsetzen. Stärkster Gegner ist das Gastronomie-, Hotellerie- und Unterhaltungsgewerbe. Insbesondere Bar- und Clubbesitzer fürchten ein Ausbleiben der Gäste und rückläufige Umsätze. Einer Umfrage zufolge akzeptieren jedoch 57 Prozent der Barbesitzer das Recht ihrer Angestellten auf eine rauchfreie Umgebung, nur ein Viertel der Manager erwarten langfristige finanzielle Einbußen.

Rauchen: Gesundheitsrisiko Nummer eins

Der Anteil rauchender Neuseeländer ist zwar von 30 Prozent Ende der 80er Jahre auf mittlerweile 25 Prozent gesunken. Jedoch ist die Prävalenz bei Jugendlichen mit 26 Prozent, bei Personen

mit geringerem Einkommen mit 33 Prozent und bei Angehörigen der ethnischen Minderheit der Maori mit 49 Prozent zum Teil bedeutend höher. Tabak trägt damit entscheidend zum schlechteren Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungsgruppen bei.

Mit der strikten Umsetzung des Nichtraucherschutzes setzt Neuseeland seinen Kurs fort, der 1990 mit dem Gesetz für eine rauchfreie Umgebung begann und rauchende Arbeitnehmer in separate Räume verbannte. Seitdem ist auch der Verkauf von Tabak an Minderjährige verboten; Werbung und Marketing für Zigaretten sind eingeschränkt. Tabakunternehmer wurden verpflichtet, die Zusammensetzung und die Zusatzstoffe ihrer Produkte offen zu legen.

**Seit 15 Jahren
Tradition des
Nichtraucher-
schutzes**

In der »New Zealand Health Strategy« aus dem Jahre 2000 erklärt Neuseeland den fortgesetzten Kampf gegen Tabak zu einem von 13 Zielen für das Gesundheitswesen. Das Fünfjahresprogramm Clearing the Smoke will zusätzlich zum Rauchverbot bis 2009 Tabak höher besteuern, das Werbe- und Marketingverbot erweitern, das Verkaufsverbot an Minderjährige unter 18 Jahren strikter umsetzen, den Nikotingehalt in Zigaretten reduzieren sowie Gesundheitsförderung an Schulen und Kampagnen in den Massenmedien forcieren.

**»Clearing the
Smoke«**

Erfolg oder negative Auswirkungen des Programms will die Regierung verfolgen. Aufschlüsse darüber sollen Trends bei Verkaufszahlen für Tabak und für die Alternativdroge Alkohol sowie die Folgen des Rauchverbots auf Tourismus und Beschäftigungszahlen geben. Eine erste, für Anfang 2006 angekündigte Bilanz soll zeigen, in welchem Umfang das Rauchverbot eingehalten und wie es in Meinungsumfragen bewertet wird. Betriebliche Gesundheitsuntersuchungen, z. B. durch Messung des Nikotinabbauprodukts Cotinin im Urin, sollen Hinweise geben, ob sich die Rauchgewohnheiten der Neuseeländer verändern.

**Tabakverbot
wird evaluiert**

Aus Sicht von Experten ist es wahrscheinlich, dass eine rauchfreie Öffentlichkeit in Neuseeland zukünftig die Norm sein wird.

Literatur und Links:

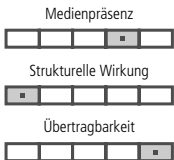
Ministry of Health, Smoke-free Law in New Zealand:
www.moh.govt.nz/smokefreelaw

National Drug Policy New Zealand: www.ndp.govt.nz/tobacco.html

Ministry of Health. Clearing the Smoke: A five-year plan for tobacco control in New Zealand. Wellington 2004. Auch online unter [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/AAFC588B348744B9CC256F39006EB29E/\\$File/clearingthesmoke.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/AAFC588B348744B9CC256F39006EB29E/$File/clearingthesmoke.pdf).

Ministry of Health. The New Zealand National Health Strategy 2000. www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079aef/fb62475d5d911e88cc256d42007bd67e?OpenDocument.

Dänemark: Mehr Schilder statt weniger Rauch



Weit entfernt von einem kompletten Rauchverbot wie in Neuseeland vertraut die dänische Regierung auf die Souveränität der Bürger, einen wirksamen Nichtraucherschutz durchzusetzen.

Laut Gesetzentwurf der rechtsliberalen Regierung vom November 2004 drohen Restaurants und Bars Bußgelder, wenn sie nicht mit Plakaten oder Schildern ausweisen, ob ihre Räume ganz, teilweise oder nicht rauchfrei sind. Bisher müssen sie dies nur auf Anfrage der Besucher bekannt geben.

Nach der klassisch-liberalen Vorstellung der Regierung werden sich die Dänen als souveräne Gäste und informierte Angestellte für die rauchfreie Lokalität entscheiden und so ausreichend Druck auf die Konkurrenz ausüben, ebenfalls Maßnahmen des Nichtraucherschutzes zu ergreifen. Aus Sicht von Public-Health-Experten ist es jedoch unwahrscheinlich, dass der dänische Ansatz entscheidende Wirksamkeit entfaltet. So nutzen Restaurants, die rauchfreie Zonen anbieten, diesen Marktvorteil bereits jetzt, und die nunmehr obligate Beschilderung wird nur

**Wettbewerb
sCHAFFT Nicht-
raucherschutz ...**

wenige Dänen zum Wechsel des Restaurants oder der Kneipe bewegen.

Der Gesetzesvorstoß ist mit vergleichsweise geringem Umfang umzusetzen und gilt auch aus Sicht der Opposition als geeigneter Ausgangspunkt, um die Bevölkerung für das Thema Passivrauchen stärker zu sensibilisieren. Die Sozialdemokraten betonen allerdings schon jetzt, dass sie bei einem Regierungswechsel auf ein Rauchverbot wie in anderen Ländern drängen werden. Da die Dänen die amtierende Regierung in vorgezogenen Neuwahlen im Februar 2005 bestätigt haben, ist ein gesundheitspolitischer Kurswechsel derzeit aber noch unwahrscheinlich.

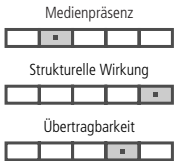
... oder alles beim
Alten?

Literatur und Links:

Ministry of the Interior and Health. Forslag til lov om ændring af lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende. www.im.dk/Index/dokumenter.asp?o=85&n=1&h=19&t=1&d=2394&s=4 (auf Dänisch).

Weitere Nachrichten

Israel: Palliative Versorgung im Leistungskatalog



Im April 2005 entschied das israelische Gesundheitsministerium, palliative Leistungen zum Bestandteil des gesetzlichen Katalogs machen. Dank der Neuerungen haben Schwerstkranke und Sterbende einen Anspruch auf stationäre und ambulante Versorgung in der letzten Phase ihres Lebens.

Expertenkomitee für palliative Versorgung

Das Ministerium folgt damit den Empfehlungen des dafür einberufenen Komitees aus Haus- und Fachärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Wissenschaftlern, Vertretern der Krankenkassen und Nichtregierungsorganisationen. Die Experten für palliative Versorgung hatten Anfang des Jahres in ihrem Konzept das Ziel formuliert, die lindernde Versorgung am Lebensende zu gewährleisten und die Lebensqualität von betroffenen Patienten und ihren Angehörigen zu verbessern.

Unterversorgung an Hospizen und Fachkräften

Israelische Studien verweisen wie in anderen Ländern auf zahlreiche Barrieren für die Umsetzung des modernen, Ende des 20. Jahrhunderts entwickelten Hospizkonzepts, das als »state of the art« zur Versorgung Sterbender gilt. Zu diesen Barrieren zählen das gesellschaftliche und professionelle Tabu gegenüber Sterben und Tod ebenso wie systembedingte Hindernisse.

In Israel erhalten rund 2000 Personen pro Jahr eine palliative Behandlung im Endstadium einer nicht heilbaren Erkrankung –

das entspricht nach Einschätzung von Wissenschaftlern weniger als zehn Prozent der bedürftigen Patienten. Landesweit gibt es drei Hospize und sieben ambulante Einrichtungen in der Trägerschaft von Krankenkassen, von nichtstaatlichen Organisationen oder von Krankenhäusern, die sich größtenteils aus Spendengeldern finanzieren.

Die Betreuung von unheilbar Kranken beruht zumeist auf dem Engagement von Einzelpersonen, die von Notwendigkeit und Sinn einer allumfassenden Hospiz-Idee überzeugt sind. In onkologischen Zentren oder Krankenhäusern steht dagegen oftmals die Kontrolle physischer Symptome, z. B. von Schmerzen, im Vordergrund. Weniger Beachtung findet die psychosoziale und spirituelle Begleitung, wie sie die WHO fordert.

Medizinische Fachgruppen und Advokaten für Palliation beklagen seit längerem, dass Qualifikationen, Strukturen und Ressourcen in Israel fehlen. Das Gesundheitswesen ist auch in diesem Land nicht auf die alternde Bevölkerung und die steigende Anzahl chronisch und progressiv Kranker vorbereitet – Öffentlichkeit und Politik haben dies mittlerweile erkannt. Auf die politische Tagesordnung kam die Palliativversorgung u. a. durch die Diskussion über die Sterbehilfe, die in ein kürzlich von der Knesset verabschiedetes Gesetz mündete. Israel erlaubt damit wie Australien, Belgien, Frankreich, die Niederlande und die Schweiz die passive Sterbehilfe, also das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen.

Das nun vorgeschlagene Programm zur palliativen Versorgung ist ein Angebot für Patienten, die unheilbar sind und im Endstadium an Krebs, kongestiver Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, Niereninsuffizienz, AIDS, Demenz oder degenerativen neurologischen Erkrankungen (z. B. amyotropher Lateralsklerose) leiden. Eine umfassende Begutachtung des Betroffenen definiert den Versorgungsbedarf. Entscheidungen des Patienten und der Familie, z. B. zum Grad einer Sedierung, sollen berücksichtigt werden.

Zwei Ärzte müssen zunächst die verbleibende Lebenszeit auf weniger als sechs Monate prognostizieren. Die rein zeitliche Abgrenzung des Anspruchs auf palliative Leistungen über die geschätzte Restlebenszeit wird kritisch gesehen. Studien zufolge gelingt es nur in einem Drittel der Fälle, die Überlebenszeit kor-

**Wer erhält
palliative
Leistungen?**

rekt einzuschätzen. Des Weiteren widerspricht die Definition dem modernen palliativen Behandlungskonzept, das von Anbeginn einer progredienten Erkrankung die Möglichkeiten kurativer und lindernder Medizin zu kombinieren sucht.

Palliativspezialisten in allen Gesundheitseinrichtungen

Als primäre Ansprechpartner für die Betreuung sind geschulte Hausärzte, Internisten, Onkologen, Kinderärzte und Geriater vorgesehen. Erst in zweiter Linie koordinieren Spezialisten für Palliativmedizin die Versorgung, deren Anzahl durch Weiterbildungsmaßnahmen erhöht werden soll. Letztere sind für Information, fachliche Unterstützung und Weiterbildung der primär versorgenden Kollegen zuständig. Jedes Krankenhaus und jede ambulante Einrichtung wird von einem spezialisierten ärztlich-pflegerischen Palliativteam betreut.

Betroffene Patienten können zwischen palliativer Versorgung zu Hause, im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen wählen, die rund um die Uhr und landesweit in angemessener Erreichbarkeit zur Verfügung stehen soll. Geplant ist, die Anzahl der Palliativbetten – z.B. durch Umwidmung anderer Fachrichtungen – von rund 80 auf 300, das heißt von zwölf auf 45 Betten je Million Einwohner zu erhöhen. Zum Vergleich: In Deutschland liegen 2005 die entsprechenden Zahlen zwischen sieben in Hessen und acht in Brandenburg einerseits und 19 im Saarland und 27 in Bremen andererseits. Zählt man Hospizbetten hinzu, reicht die Spanne von 13 in Baden-Württemberg und 17 in Hessen und Niedersachsen bis zu 38 im Saarland und 40 in Berlin.

Zusätzliche Finanzmittel nötig

Strittig ist die Finanzierung des Programms. Die vier israelischen Krankenkassen widersprechen der Ansicht des Gesundheits- und Finanzministeriums, dass durch eine verbesserte palliative Versorgung die Gesundheitskosten sinken. Auch wenn Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten abnehmen, gehen Experten davon aus, dass das israelische Konzept zur Palliativversorgung nur dann erfolgreich sein kann, wenn zusätzliche finanzielle Ressourcen – in erster Linie für den ambulanten Sektor – eingesetzt werden.

Literatur und Links:

Bentur, Netta, Shirli Resnitzky und Yitshak Shnoor. Palliative Versorgung im israelischen Gesundheitssystem. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute 2005 (auf Hebräisch).

Emanuel, Ezekiel J. Cost savings at the end of life. What do the data show? *Journal of the American Medical Association* (275) 1996: 1907–1914.

Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Zwischenbericht. Bundestagsdrucksache 15/5858. Kurzfassung auch online unter www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte_stellg/05_06_22_zwischenbericht_palliativmedizin_kurzfassung.pdf.

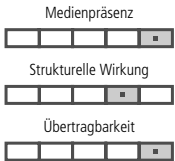
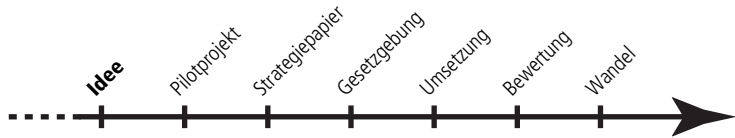
Hughes, Susan L., et al. Impact of home care on hospital days: A meta analysis. *Health Services Research* (32) 1997: 415–432.

Morrison, R. Sean und Diane E. Meier. Palliative care. *New England Journal of Medicine* (350) 2004: 2582–2590.

Smith, Thomas. Adding hospice and palliative care services to the cancer center menu. *Journal of Palliative Medicine* (6) 2003: 641–644.

The SUPPORT principal investigators. Controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatment (SUPPORT). *Journal of the American Medical Association* (274) 1995: 1591–1598.

Singapur: Transparenz im Web drückt Krankenhaustarife



Krankenhaustarife auf ministerieller Website: Transparenz senkt Preise

Das Gesundheitsministerium in Singapur hat mit mehr Kostentransparenz den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern erfolgreich angekurbelt und Preissenkungen für stationäre Leistungen erzielt. Seit Ende 2003 veröffentlicht das Ministerium auf seiner Website Preise, die Krankenhäuser ihren Patienten für 70 häufige medizinische Diagnosen und Prozeduren im Median in Rechnung stellen.

Alle 26 öffentlichen und privaten Krankenhäuser bzw. Fachzentren wurden verpflichtet, Abrechnungsdaten zur Verfügung zu stellen – eine Maßnahme, die zu einem sofortigen und anhaltenden Abwärtstrend der Krankenhausbgebühren führte. So sanken die Preise für Gallenblasenentfernung, Entfernung der Mandeln, für Behandlung von Lungenentzündung und Schlaganfall.

Den deutlichsten preislichen Rückgang verzeichnete die laserchirurgische Korrektur der Kurzsichtigkeit, in Deutschland in der Regel vom Patienten selbst zu tragen. In den zwei führenden Krankenhäusern stürzte der Preis innerhalb von zehn Monaten um 40 Prozent. Manager von Häusern mit höheren Kosten sahen sich gezwungen, entweder ihre Preise zu rechtfertigen oder die Kosten zu senken. Der Preisvergleich verdeutlichte auch, dass private Krankenhäuser für dieselbe Diagnose oder Behandlung zwischen 20 und 120 Prozent mehr berechneten.

Die Hälfte der stationären Einrichtungen ist mit 80 Prozent der 11 798 Betten in Singapur im öffentlichen Besitz. Wie private Häuser legen sie die Preise für medizinische Behandlungen und Prozeduren selbst fest. Die Regierung reguliert in öffentlichen Kliniken lediglich Tarife für stationäre Unterkunft und Verpflegung je nach Versorgungs- bzw. Ausstattungsniveau (Hotelkomponente). Die Folge ist ein ausgeprägter Konkurrenzkampf um Patienten aus dem Vier-Millionen-Stadtstaat und dem umgebenden Ausland.

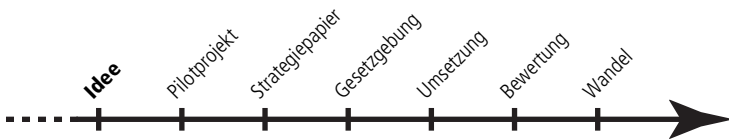
Da bis dato Kostenindikatoren wenig transparent waren, ist die Bevölkerung vom Internet-Preisvergleich und den daraus folgenden niedrigeren Krankenhausrechnungen sehr angetan. Dem amtierenden Gesundheitsminister wird in Umfragen eine steigende Popularität attestiert, doch wird für die Öffentlichkeit die Frage unbeantwortet bleiben, was die hohen Preise so lange gerechtfertigt hat.

**Positive Resonanz
in der
Öffentlichkeit**

Literatur und Links:

Ministry of Health, Hospital Bill Size: www.moh.gov.sg/corp/charges/common/procedures.do

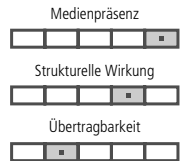
Finnland: Forschung in Primärversorgungszentren



Die finnische Gesundheitsministerin Liisa Hyssälä will die Forschung in den ambulanten Gesundheitszentren der rund 450 Gemeinden stärken und ausbauen.

In Finnland gehen Forschungsmittel der Regierung und des nationalen Forschungsrats größtenteils an Universitätskrankenhäuser. Für gesundheitspolitische Entscheidungen, die auf die Weiterentwicklung der Primärversorgung zielen, bieten die universitären Ergebnisse jedoch wenig Hilfestellung. In der ambulanten Versorgung selbst sind wissenschaftliche Projekte selten und Weiterbildungsprogramme für forschungsinteressierte Primärärzte unterentwickelt. Dies ist eines der Kernmotive für den angestrebten Kurswechsel der Gesundheitsministerin, die selbst Gesundheitswissenschaftlerin und Zahnmedizinerin ist.

Dabei stützt sie sich auf einen Anfang des Jahres publizierten Expertenbericht, der im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Gesundheit den derzeitigen Stand der Forschungsaktivitäten in der Primärversorgung in Finnland analysiert. Das Gutachten



**Forschung in der
Primärversorgung
unterentwickelt**

basiert auf Umfragen bei Forschern und Ärzten in Gesundheitszentren und Universitäten sowie auf einer Synopse zu wissenschaftlichen Publikationen und zu ausländischen Konzepten der Wissenschaftsförderung im ambulanten Sektor. Die Autorinnen machen eine Reihe von Vorschlägen, wie in Finnland wissenschaftliche Studien und Fortbildungen innerhalb der Primärversorgung forciert werden können.

**Übergreifende
Projekte mit
akademischen
Einrichtungen**

In enger Kooperation mit den Universitäten sollen Projekte entstehen, die für die Bevölkerungsgesundheit relevant sind – zu Prävention, zu Qualität, Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Diagnostik und Therapie, zu Rehabilitationsmaßnahmen und zu primärmedizinischen Organisationsstrukturen. Forschende Teams in den Gesundheitszentren sollen durch akademische Fakultäten fortgebildet und supervidiert werden. Die Public-Health-Expertinnen empfehlen, Forschungsstand und -ergebnisse kontinuierlich zu evaluieren und mittels einer offen zugänglichen Datenbank transparent zu machen.

Gesundheitszentren als attraktiverer Arbeitsplatz

Zum Dienstleistungsangebot der Gesundheitszentren, die von den Kommunen organisiert und unterhalten werden, gehören medizinische Grundversorgung, Zahnbehandlung und Mutterchafts- und pädiatrische Leistungen ebenso wie präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie schul- und betriebsmedizinische Maßnahmen. Viele Gesundheitszentren leiden unter Personalmangel, insbesondere bei Ärzten. Dass in Zukunft wissenschaftliche mit praktischer Arbeit besser kombiniert werden kann, indem Forschungs- und Weiterbildungsphasen mit klinischen Perioden abwechseln, soll die Primärmedizin attraktiver machen.

Beratungsergebnisse stehen noch aus

Derzeit berät die Gesundheitsministerin mit anderen Ministerien, Regierungsbehörden, Gemeindeorganisationen, mit Berufsverbänden und Universitäten sowie mit dem Forschungsrat über das Programm und erforderliche gesetzliche und finanzielle Änderungen. Die Position der Interessengruppen, z. B. der Universitäten und Gemeinden, bleibt abzuwarten. Die Gesundheitsministerin hat angekündigt, zur Stärkung der Forschung in der ambulanten Versorgung Steuergelder aus der universitären Forschung in die Primärversorgung umzuleiten. Die Aussicht auf Einigung mit dem Finanzministerium zum jährlich neu verhandelten Gesundheitsbudget scheint jedenfalls größer, wenn

das Ministerium für Soziales und Gesundheit keine zusätzlichen Ressourcen fordert.

Literatur und Links:

Mattila, Jukka, und Marjukka Mäkelä. Tutkimustoiminta terveystieteissä: nykytila ja tulevaisuus. (Forschung in Gesundheitszentren: Gegenwart und Zukunft.) Memorandum der Arbeitsgruppe im Ministerium für Gesundheit und Soziales. Helsinki 2005. www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/03/pr1109252784945/passthru.pdf (auf Finnisch), www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3120/summary_en.htm (englische Zusammenfassung).

Reformverzeichnis

Land, Thema, Titel, Ausgabe, Seite

Australien

Arzneimittelpolitik

Reform der Arzneimittelbewertung wegen Freihandelsabkommens mit den USA; V, 50

Alternde Gesellschaft

Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft; II, 19

Fachkräfteentwicklung

Strategie gegen Pfl egenotstand; II, 79

Finanzierung und Vergütung

Anreizsystem für private Krankenversicherungsverträge; I, 15

Patientensicherheit und Fehlerprävention

HealthConnect – Netzwerkbasierte elektronische Patientenakte; V, 74

Primärversorgung

Vergütung der Hausärzte; IV, 52

Psychische Gesundheit

»beyondblue« – Nationale Initiative gegen Depression; IV, 18

Public Health und Prävention

Krebsinstitut mit hochgesteckten Zielen; II, 77

Versorgung chronisch Kranker

Bilanz zu Pilotstudien in der Versorgung chronisch Kranker; III, 30

Change Management für Hausärzte; III, 32

Dänemark

Alternde Gesellschaft

Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen; II, 27

Arzneimittelpolitik

Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln; II, 54

Finanzierung und Vergütung

Die Suche nach der richtigen Aufgabenteilung – Krankenhäuser, Landkreise und Anreizsysteme; I, 23

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Elektronische Patientenakte in Krankenhäusern; III, 62

Nutzerorientierung und Partizipation

Der Patient zuerst; III, 19

Public Health und Prävention

Mehr Schilder statt weniger Rauch; V, 110

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Neuordnung der Verwaltungsebenen; III, 47

Verwaltungs- und Krankenhausreform unter Dach und Fach; IV, 84

Zugang zum Gesundheitssystem

Säumnisgebühren für unzuverlässige Patienten; IV, 41

Deutschland

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Die Debatte um ein Zentrum für Qualität in der Medizin; I, 28

Finnland

Arzneimittelpolitik

Erfolgreiche Aut-idem-Regelung; II, 59

Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte; II, 62

Einschränkungen für Generika; IV, 82

Teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen; V, 56

Finanzierung und Vergütung

Reform der Krankenhausfinanzierung; I, 24

Reformvorschlag für Managed Care; II, 70

Nutzerorientierung und Partizipation

Wertgutscheine für Gesundheits- und Sozialleistungen; III, 20

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Zentralisierung und Qualität der hochspezialisierten

Versorgung; I, 30

Primärversorgung

Forschung in Primärversorgungszentren; V, 116

Public Health und Prävention

Senkung der Alkoholsteuer als Folge des EU-Beitritts; V, 102

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Das Kainuu-Experiment; III, 48

Zugang zum Gesundheitssystem

Zusatzgebühren für ambulante Krankenhausbehandlung; IV, 37

Frankreich

Alternde Gesellschaft

Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen; II, 38

Arzneimittelpolitik

Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung; II, 47

Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel; II, 54

Finanzierung und Vergütung

Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem; II, 72

»Hôpital 2007«; V, 37

Hausarztssystem in der Mangel von Ärzten und Privatversicherungen; V, 40

Integrierte Versorgung

Reform der häuslichen Krankenpflege; I, 37

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Novelle des Bioethik-Gesetzes; III, 65

Primärversorgung

Verbesserte Koordination der Gesundheitsversorgung; IV, 50

Public Health und Prävention

Fünf-Jahres-Plan Öffentliche Gesundheit; I, 40

Public-Health-Gesetz mit vielen Gesundheitszielen; III, 38

Anspruchsvolles Public-Health-Konzept gefährdet; V, 82

Zugang zum Gesundheitssystem

Diskussion um Reform der Finanzierung; II, 67

Hoher Rat zur Zukunft der Krankenversicherung; III, 80

Krankenversicherungsgutscheine für Bedürftige; IV, 28

Großbritannien

Alternde Gesellschaft

England: Versorgungsstandards für ältere Menschen; II, 25

England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt; II, 29

Arzneimittelpolitik

England und Wales: Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE; II, 52

Finanzierung und Vergütung

England: Alternativen zur staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens; I, 21

England: Stärkung des privaten Sektors; I, 22

England: Neue Formen stationärer Versorgung (NHS Foundation Trusts); I, 25

Nutzerorientierung und Partizipation

England: Wahlfreiheit und Nutzerorientierung im National Health Service; III, 17

Primärversorgung

England und Wales: Neuer Vertrag für Hausärzte; IV, 47

Public Health und Prävention

England: Wanless-Gutachten zu Public-Health-Strategien; III, 39

Nationales Screening-Programm für Darmkrebs; V, 89

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

England: NHS Foundation Trusts; IV, 59

Versorgung chronisch Kranker

England: Disease Management nach amerikanischem Vorbild; III, 28

Zugang zum Gesundheitssystem

Zähneknirschende Patienten; IV, 42

Israel

Organisationsreform

Private Konkurrenz für öffentliche Kassen; IV, 66

Primärversorgung

Qualitätsverbesserung in der Primärversorgung; IV, 55

Zugang zum Gesundheitssystem

Zuzahlungen, Zugang, Gerechtigkeit; IV, 30

Palliative Versorgung

Palliative Versorgung im Leistungskatalog; V, 112

Public Health und Prävention

Krankenkassen übernehmen Verantwortung für Vorsorge bei Kindern; V, 84

Japan

Finanzierung und Vergütung

Anhebung der prozentualen Zuzahlungen; I, 14

Organisationsreform

Plan zur Fusion der Versicherungsträger; IV, 76

Public Health und Prävention

Anstrengungen für ein »Gesundes Japan 21«; III, 41

Blutspendeverbot zum Schutz vor Creutzfeld-Jakob-Erkrankung; V, 91

Kanada

Integrierte Versorgung

Staatlicher Krankenversicherungsschutz umfasst nun auch akute Nachsorge; I, 36

Nutzerorientierung und Partizipation
Gesundheitsrat für öffentliches Verantwortungsbewusstsein; III,
25

Patientensicherheit und Fehlerprävention
Institut für Patientensicherheit; V, 69

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Saskatchewan: Unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung; I, 27
Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik; II, 74
Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

Versorgung chronisch Kranker
Hausarztnetze in Ontario; III, 33

Zugang zum Gesundheitssystem
Verliert die Garantie auf Krankenversorgung an Bedeutung? IV,
39

Neuseeland

Alternde Gesellschaft
Abschaffung der Vermögensprüfung; II, 31

Arzneimittelpolitik
Weiterhin Direktwerbung; II, 63

Finanzierung und Vergütung
Vorauszahlung für allgemeinärztliche Behandlung; I, 14

Primärversorgung
Primary-Health-Organisationen; I, 41
Primärversorgung für besonders bedürftige Patienten; IV, 49

Psychische Gesundheit
Landesweites Konzept für psychische Gesundheit; IV, 20

Public Health und Prävention

Aktionsplan für den Kampf gegen Krebs; V, 87

Zu 100 Prozent rauchfrei; V, 108

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen; II, 75

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Zwischenbilanz nach Rückkehr zur dezentralen Gesundheitsversorgung; III, 58

Niederlande

Alternde Gesellschaft

Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere; II, 22

Ziele für eine Reform der Pflege; II, 28

Fachkräfteentwicklung

»Nurse practitioners«; II, 78

Finanzierung und Vergütung

Rationierung von Gesundheitsleistungen; I, 16

Nutzerorientierung und Partizipation

Personengebundene Budgets in der ambulanten Pflege und sozialen Hilfe; III, 22

Organisationsreform

Neues Krankenversicherungssystem; IV, 68

Gesetz zur sozialen Unterstützung (WMO); IV, 86

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Obligatorische Qualitätssicherung; I, 31; II, 76

Österreich

Alternde Gesellschaft

Zehn Jahre Bundespflegegeld; II, 42

Familienhospizkarenz; II, 44

Arzneimittelpolitik

Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken; II, 50

Finanzierung und Vergütung

Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge; I, 13

Organisationsreform

Gesundheitsreform 2005; IV, 70

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung

Regionale Gesundheitsagenturen; III, 50

Schweiz

Alternde Gesellschaft

Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt; II, 40

Finanzierung und Vergütung

Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; I, 20

Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener; II, 65

Kontrahierungszwang bleibt bestehen; II, 71

Regierung weiter auf Reformkurs; III, 77

Soziale Gerechtigkeit im Kopfpauschalensystem; V, 33

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Tessin: Wie Politik auf Gesundheit wirkt; IV, 22

Organisationsreform

Neubeginn für integrierte Versorgungsnetzwerke; IV, 72

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung
Soziale Gerechtigkeit in einem föderalen Staat; III, 52

Singapur

Finanzierung und Vergütung

ElderShield – Neue Pflege-Zusatzversicherung; I, 18
Höhere Auszahlungsgrenzen bei MediSave und MediShield; I, 19

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Revision des Organspendegesetzes; III, 68
Transparenz im Web drückt Krankenhaustarife; V, 116

Organisationsreform

HealthConnect – Ein gemeindebezogenes Versorgungsmodell;
IV, 75

Spanien

Alternde Gesellschaft

Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung; II, 23

Arzneimittelpolitik

Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen; II, 56
Arzneimittelreform im dezentralisierten Gesundheitssystem; V, 58

Finanzierung und Vergütung

Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung; II, 36

Integrierte Versorgung

Pilotvorhaben zur integrierten Versorgung in Katalonien; I, 38

Neue Informationstechnologien und medizinische Ethik

Landesweites elektronisches Rezept; III, 63

Public Health und Prävention
Schwachtes Anti-Tabak-Gesetz; V, 105

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Die Debatte um Qualität und Dezentralisierung; I, 32
Barcelona und Montréal vergleichen ihre Gesundheitseinrichtungen; IV, 61

(Re-)Zentralisierung versus Dezentralisierung
Erste ökonomische Bilanz der Dezentralisierung; III, 55

Zugang zum Gesundheitssystem
Verbesserter Zugang zu fachärztlichen Diensten und Medikamenten für illegale Einwanderer; IV, 33

Südkorea

Arzneimittelpolitik
Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln; II, 60

Organisationsreform
Einheitskasse – Mehr soziale Gerechtigkeit; II, 68

Public Health und Prävention
Erhöhung der Tabaksteuer; III, 42
Tabaksteuer und Gesundheitsförderung; V, 107

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement
Bewertung von Krankenhäusern; IV, 63

USA

Alternde Gesellschaft

Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente; II, 33

Arzneimittelpolitik

Kalifornien reimportiert Medikamente aus Kanada; III, 74

Kalifornien: Reimport verschreibungspflichtiger Medikamente; IV, 80

Evidenzbasierte Arzneimittellisten; V, 53

Fachkräfteentwicklung

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel; II, 80

Finanzierung und Vergütung

Steuergutschriften zum Erwerb der Krankenversicherung für Nicht-Versicherte; I, 47

Krankenversicherungspflicht für alle; V, 31

Patientensicherheit und Fehlerprävention

Gesetz für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung; V, 66

»Hospital Compare«; V, 71

Public Health und Prävention

Kalifornien: Verbot von Softdrinks an Schulen; III, 44

Kalifornien: Kampf gegen die Übergewichtsepidemie; V, 99

Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen; I, 33

Zugang zum Gesundheitssystem

Pläne für die Reform der staatlichen Krankenversicherungen Medicaid und SCHIP; I, 44

Kalifornien: Managed-Care-Träger für arbeitgebergebundene allgemeine Krankenversicherung; I, 48

Hawaii: Neuerlicher Gesetzentwurf für eine allgemeine Krankenversicherungspflicht; I, 49

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz; II, 69

Oregon: Oregon Health Plan – Der Anfang vom Ende; III, 70

Kalifornien: Volksabstimmung zu Arbeitgeberpflichtversicherung; III, 73

Kalifornien: Telefonsteuer zur Notfallversorgung nicht mehrheitsfähig; IV, 35