

Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 2

Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik und Alter,
Arzneimittelpolitik, Fachkräfteentwicklung

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 2

Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.)

Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 2

Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik
und Alter, Arzneimittelpolitik,
Fachkräfteentwicklung

| **Verlag BertelsmannStiftung**

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.

© 2004 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Verantwortlich: *Sophia Schlette*
Lektorat: *Michael Kühlen*
Herstellung: *Christiane Raffel*
Umschlagabbildung: *Aperto, Berlin*
Satz: *digitron GmbH, Bielefeld*
Druck: *Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld*
ISBN 3-89204-767-7

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Vorwort	9
Alternde Gesellschaft	17
Gesundes Altern	19
Australien: Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft	19
Integration und Qualität	22
Niederlande: Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere	22
Spanien: Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung	23
England: Versorgungsstandards für ältere Menschen	25
Dänemark: Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen	27
Niederlande: Ziele für eine Reform der Pflege	28
Finanzierung	29
England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt	29
Neuseeland: Abschaffung der Vermögensprüfung	31
USA: Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente	33
Spanien: Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung	36
Frankreich: Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen	38
Schweiz: Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt	40

Österreich: Zehn Jahre Bundespflegegeld	42
Österreich: Familienhospizkarenz	44
Arzneimittelpolitik	46
Nutzen und Kosten	47
Frankreich: Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung	47
Österreich: Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken	50
England und Wales: Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE	52
Dänemark: Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln	54
Frankreich: Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel	54
Festbeträge und Generika	56
Spanien: Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen	56
Finnland: Erfolgreiche Aut-idem-Regelung	59
Ärzte und Patienten	60
Südkorea: Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln	60
Finnland: Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte	62
Neuseeland: Weiterhin Direktwerbung	63
Kurznachrichten	65
Finanzierung und Vergütung	65
Schweiz: Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener	65
Frankreich: Diskussion um Reform der Finanzierung	67
Südkorea: Einheitskasse – mehr soziale Gerechtigkeit	68
Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz	69
Finnland: Reformvorschlag für Managed Care	70
Schweiz: Kontrahierungszwang bleibt bestehen	71

Frankreich: Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem	72
Qualität der Versorgung	74
Kanada: Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik	74
Neuseeland: Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen	75
Niederlande: Obligatorische Qualitätssicherung	76
Australien: Krebsinstitut mit hoch gesteckten Zielen	77
Fachkräfteentwicklung	78
Niederlande: »Nurse practitioners«	78
Australien: Strategie gegen Pflegenotstand	79
Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel	80

Vorwort

Vergleichende Forschung zu Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik ist kein neues Unterfangen. Eine ganze Reihe internationaler Organisationen wie OECD, WHO, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und die Weltbank ebenso wie akademische Institutionen widmen sich diesem Thema. Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich typischerweise mit dem Vergleich und der Analyse quantitativer Daten sowie mit den Strukturen und dem Leistungsverhalten der unterschiedlichen Systeme. Oftmals geschieht dies innerhalb einer Region oder zwischen Ländern mit vergleichbaren sozioökonomischen und organisatorischen Strukturen.

Die Themen auf der Agenda gesundheitspolitischer Reform gleichen sich: Demographische Entwicklung, Alterung und längere Lebensdauer, Fortschritte in Medizin und Technologie, Koordination, Transparenz und Effizienz, Qualität und Kosten, Zugang zum System sowie dessen Finanzierung – all dies sind zentrale Herausforderungen, denen sich Gesundheitspolitiker stellen müssen. Dennoch funktioniert der Transfer von Wissen aus Forschung und empirischer Erfahrung in die Gesundheitspolitik bestenfalls schleppend, hinken innovative Reformansätze den vergleichenden Analysen von Gesundheitspolitik erheblich hinterher.

Die Bertelsmann Stiftung pflegt die Tradition vergleichender Politikanalyse und Benchmarking über sozialpolitische Reformen in Industrieländern. In Deutschland hat sie für innovative Lösungsansätze für Reformen in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik einen guten Ruf. Der vor sechs Jahren initiierte internationale Reformmonitor (www.reformmonitor.org) ist ein Beispiel für die Expertise der Stiftung auf diesem Gebiet. Ein Beispiel für die

Erfahrung der Stiftung in vergleichender Gesundheitssystemforschung ist die Acht-Länder-Studie »Reformen im Gesundheitswesen« aus dem Jahr 1999/2000 (Esche, Böcken und Butzlaff 2000).

Der Erfolg beider Projekte unterstrich den Bedarf und die Nachfrage nach kontinuierlicher und zeitnaher Information über aktuelle Themen der Gesundheitspolitik in Ländern vergleichbarer sozioökonomischer Struktur. Um diese Lücke zu schließen, entwickelte die Stiftung einen eigenständigen Monitor, das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik (www.healthpolicymonitor.org).

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik

Seit 2002 arbeiten in dem Netzwerk gesundheitspolitische Experten aus weltweit 15 Ländern zusammen, die über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik berichten. Ziel des Netzwerks ist es, die Lücke zwischen Forschung und Politik zu verringern, indem es zeitnah darüber informiert, was sich gesundheitspolitisch bewährt hat und was nicht.

Kriterium für die Auswahl der Länder für die systematische Betrachtung im Rahmen des Netzwerks waren einschlägige gesundheitspolitische Reform Erfahrungen oder Innovationen, die die deutsche Debatte bereichern könnten.

Alle Netzwerkpartner sind Fach- und Forschungsinstitutionen mit ausgewiesener Expertise in Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement oder Public Health. Das Netzwerk ist somit interdisziplinär, die Experten sind Ökonomen, Politikwissenschaftler, Mediziner oder Juristen. Viele von ihnen haben Erfahrung als Politikberater, andere 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 Abteilung Management im Gesundheitswesen (MiG), Technische Universität Berlin
Finnland	STAKES, National Research and Development Center for Welfare and Health, Helsinki
Frankreich	CREDES, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Paris
Großbritannien	LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science (LSE)
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	Bis 2003: Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ), Universität Basel Seit 2004: Institute of Microeconomics and Public Finance (MecoP), Università della Svizzera Italiana, Lugano
Singapur	Department of Community, Occupational & 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 Themenbereiche mit einer gemeinsamen Dringlichkeit für Reformen identifiziert und diese in die folgenden Gruppen eingeordnet:

- Nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen (Pooling 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

Wenn ein Thema in keine dieser Gruppen fiel, konnten die Experten neue Kategorien bilden. Infolgedessen wurde der Fragebogen nach der ersten Befragungsrunde um drei weitere Themenbereiche ergänzt:

- Arzneimittelpolitik
- Prävention
- Public Health

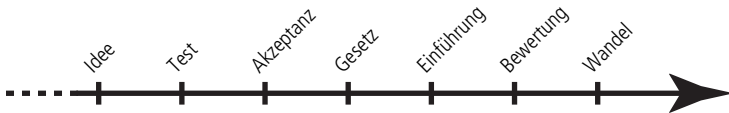
Auswahlkriterien

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 gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess zu beschreiben und zu bewerten.¹ Am Ende des Fragebogens geben die Berichtersteller zu den zu erwartenden Ergebnissen und Auswirkungen der Reform ihre Expertenmeinung ab. Abschließend bewerten sie die beschriebene Politik im Hinblick auf Systemabhängigkeit respektive 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 einzelne Phasen auch 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.² 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 Verwerfung über die Zeit und über Regionen hinweg zu beobachten.
- »Test« steht für Neuerungen, Modellvorhaben oder Pilotprojekte, die auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt werden.

1 Ausführliche Definitionen zu Reformthemen, Selektionskriterien, Bewertungen, Entwicklungsstadien und Akteuren sind im Fragebogen aufgeführt, der auf der Website www.healthpolicymonitor.org eingesehen werden kann.

2 Nach der ersten Berichtsrunde ist diese Definition erweitert worden: erstens um Ideen, die erst kürzlich aufgetaucht sind, und zweitens um Ideen, die mehr als sechs Monate im Umlauf sind (retrospektive Sichtweise).

- »Akzeptanz« umfasst formale politische Statements (sog. 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 Kurzbegriff »Gesetz« steht für alle Stufen der Gesetzgebung – vom Einbringen eines Gesetzentwurfes über die parlamentarische Debatte, Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure, Entscheider, Interessengruppen und sonstiger treibenden Kräfte bis hin zur Verabschiedung oder Ablehnung des Entwurfs.
- »Einführung« beschreibt alle Maßnahmen in der Phase der Umsetzung 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« (»Monitoring und Evaluation«) benennt alle gesundheitspolitischen Reformen oder Ansätze, die während des Beobachtungszeitraumes bewertet oder evaluiert werden. Hier erwähnte Auswertungen können intern oder extern sowie als Zwischen- oder Abschlussequalierung erfolgen.
- »Wandel« oder Abschaffung schließlich kann die Folge einer Evaluierung oder den Endpunkt einer Entwicklung beschreiben.

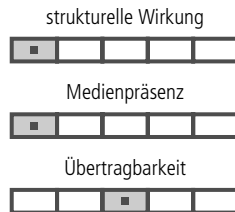
Politikbewertung

Für den zweiten Halbjahresbericht wurden drei von fünf Bewertungskriterien ausgewählt: strukturelle Wirkung, Medienpräsenz 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 somit als Anhaltspunkt für detaillierte Analysen:

- »Strukturelle Wirkung«: Dieses Kriterium beschreibt den strukturell-systemischen Aspekt und die Bedeutsamkeit der Reform. Die Endpunkte der Skala sind mit »marginal« bzw. »fundamental« bezeichnet.

- »Medienpräsenz«: Hier wird bewertet, welcher Stellenwert oder Grad an Aufmerksamkeit einem gesundheitspolitischen Reformthema zuteil wurde bzw. welche Rolle Presse, Rundfunk oder Internet in der öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung hierzu gespielt haben.
- »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« und »systemneutral«.

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 (siehe Anhang). Die Abteilung Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unterstützte die Erstellung des Fragebogens und verfasste den vorliegenden Bericht.

Die Ergebnisse der zweiten halbjährlichen Befragung, die den Zeitraum April bis November 2003 umfasst, werden in diesem Band – erstmals in einer eigenständigen deutschen Fassung – dargestellt. Von den Reformmeldungen wurden 39 für den vorliegenden Bericht ausgewählt. Sämtliche Reformberichte der ersten und zweiten Befragung können auf der Webseite des Netz-

werks www.healthpolicymonitor.org recherchiert und eingesehen werden. Sowohl die vollständigen Reformberichte auf der Webseite als auch diese Publikation stützen sich auf die von den Partnerinstitutionen ausgefüllten Fragebogen und reflektieren nicht notwendigerweise den Standpunkt der Bertelsmann Stiftung.

Unser besonderer Dank gilt Susanne Weinbrenner und Annette Zentner (TU Berlin), die den englischen bzw. deutschen Bericht erstellten, Susann Katelhön (Bundesärztekammer) für das Lektorat des deutschen Entwurfs, sowie Christina Brickenkamp (Bertelsmann Stiftung) für ihre Unterstützung bei Organisation und Fertigstellung des Manuskripts.

Unser Dank gilt selbstverständlich auch allen Experten und Expertinnen aus den Partnerinstitutionen: Rob Anderson, Toni Ashton, Mickael Bech, Wim Buiten, David Casado, Terkel Christiansen, Agnès Couffinhal, Luca Crivelli, J.K. van Dijk, Cathy Fooks, Michel Grignon, Tom van der Grinten, Marion Haas, Jane Hall, Jan-Kees Helderma, Maria M. Hofmarcher, Jaume Puig i Junoy, Ilmo Keskimäki, Soonman Kwon, Meng Kin Lim, Anita Lee, Esther Martínez García, Lisa Maslove, Carol Medlin, Kjeld Møller Pedersen, Florence Naudin, Robin Osborn, Valérie Paris, Anniek Peelen, Dominique Polton, Gerda Raas, Monika Riedel, Ray Robinson, Gerald Röhring, Elizabeth Savage, Catherine Sermet, Pieter Vos, Lauri Vuorenkoski, Karen Wallstadt, Sarah Weston und Karen White.

Kommentare und Anregungen zum zweiten Halbjahresbericht sind herzlich willkommen und können an die Herausgeber gerichtet werden. Mit der Zeit wird sich der Bericht entwickeln, verändern und, wie wir hoffen, weiter verbessern. Deshalb freuen wir uns über alle hilfreichen Vorschläge.

Reinhard Busse
Sophia Schlette

Alternde Gesellschaft

Ein gesegnetes Lebensalter ist nicht nur Inbegriff für Erfahrung, erfülltes Leben und – in manchen Kulturen – Weisheit. Eine hohe und immer noch steigende Lebenserwartung und hohe Lebensqualität bis ins Alter sind auch und vor allen Dingen wesentliche soziale und wirtschaftliche Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. Leider wächst mit der Anzahl der alten und hoch betagten Menschen auch die Anzahl derer, die im Alter auf Unterstützung im täglichen Leben oder auf Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit angewiesen sind. Politische Entscheider müssen sich vielfältigen Erwartungen, Bedürfnissen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft stellen.

Überall in der Welt wächst der Bevölkerungsanteil älterer Menschen ab 65 Jahre und insbesondere der Anteil der Hochbetagten ab 80 Jahre schneller als jede andere Altersgruppe. Dieser Anstieg ist Folge der so genannten doppelten Alterung – einer Kombination aus höherer Lebenserwartung und sinkender Geburtenrate. Von dieser Entwicklung sind alle Länder der Erde betroffen.

In vielen Ländern führt die Trennung von Finanzierung und Steuerung der medizinischen, pflegerischen oder sozialen Leistungen zu einer starken Segmentierung der Versorgung. Bedürfnisse älterer Menschen machen jedoch nicht an Sektorengrenzen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems Halt. Die Abgrenzung der Begrifflichkeiten und Zuständigkeiten ist oftmals schwierig. Zudem benachteiligt ein kurativ ausgerichtetes System diejenigen, die pflegebedürftig sind oder soziale Unterstützung brauchen. All dies unterstreicht die Notwendigkeit nach einer besseren Integration der Strukturen bei der Versorgung älterer Menschen.

**Ältere Menschen
leiden besonders
unter mangelnder
Kontinuität der
Versorgung**

*Tabelle 1: Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung im Jahre 2000
– Länder des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik*

Land	Personen > 65 Jahre (x 1000)	Personen > 65 Jahre als Anteil der Bevölkerung	Personen > 80 Jahre (x 1000)	Personen > 80 Jahre als Anteil der Bevölkerung
Australien	2 379	12,4 %	562	2,9 %
Dänemark	791	14,8 %	211	4,1 %
Deutschland	13 523	16,4 %	3 011	3,7 %
Finnland	772	14,9 %	174	3,4 %
Frankreich	9 466	16,1 %	2 206	3,7 %
Groß- britannien	9 295	15,9 %	2 362	4,0 %
Japan	22 043	17,4 %	4 856	3,8 %
Kanada	3 854	12,5 %	910	2,9 %
Neuseeland	453	11,7 %	108	2,8 %
Niederlande	2 163	13,4 %	508	3,2 %
Österreich	1 257	15,5 %	287	3,5 %
Republik Korea	3 395	7,2 %	483	1,0 %
Schweiz	1 102	15,3 %	287	4,0 %
Spanien	6 730	16,9 %	1 501	3,8 %
USA	33 835	12,0 %	8 916	3,5 %

Quelle: OECD Health Data 2003

**Große Zielgruppe
für integrierte
Versorgung**

Wichtiges Reformziel in Deutschland und beispielsweise auch in den Niederlanden und Spanien ist daher, mehr Kontinuität zu erreichen: eine Koordinierung der Versorgung und der Anbieter, von der nicht nur Senioren, sondern auch chronisch oder psychisch Kranke, Behinderte oder Kinder profitieren. Dies macht eine Vernetzung der Strukturen und auch adäquate Qualifikation von Professionellen und involvierten Laien erforderlich.

In Großbritannien wird der Ansatz verfolgt, durch staatliche Kontrolle der Leistungserbringer Qualitätsstandards und Effizienz der Versorgung sicherzustellen. Stärkerer Wettbewerb ist dagegen der Trend in Dänemark oder den Niederlanden.

Angesichts knapper Ressourcen, aber auch drohender finanzieller Überlastung von Senioren sehen sich viele Länder veranlasst, ihre Finanzierungsmodelle für medizinische und soziale Leistungen zu überdenken. Ständiger Streitpunkt in Großbritannien und Neuseeland sind hohe private Zuzahlungen bei Sozialleistungen oder Pflegekosten. In den USA mussten bislang öffentlich versicherte Senioren alle anfallenden Arzneimittelkosten vollständig selbst tragen.

Spanien und die Schweiz diskutieren eine von anderen Sozialversicherungen entkoppelte Finanzierung von Pflegeleistungen. Mögliches Vorbild: die deutsche Pflegeversicherung.

Ähnlich wie Deutschland zielt Österreich mit einer langjährigen, separaten Pflegefinanzierung auf Verlagerung der Pflege vom stationären in den häuslichen Bereich. Neuerdings sind dort pflegende Angehörige – europaweit einmalig – vor sozial- oder arbeitsrechtlichen Nachteilen geschützt.

Umfragen z.B. in Australien machen deutlich, dass die Erwartungen an die Gesundheitspolitik über medizinische und pflegerische Versorgung oder die Bereitstellung von sozialen Diensten noch hinausgehen.

Reglementierung oder Liberalisierung

Zahlungsfähigkeit der Senioren stößt an Grenzen

Neue Finanzierungsmodelle

Ambulant vor stationär

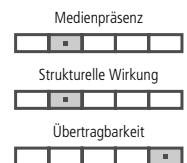
Politischer Blick auf alle Lebensbereiche von Senioren

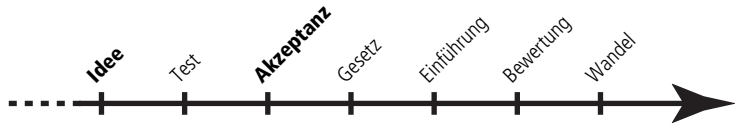
Gesundes Altern

Australien: Politische Strategie für eine alternde Gesellschaft

Hauptergebnis einer 2003 veröffentlichten Bevölkerungsumfrage zum Thema Alter in Australien ist, dass die Bedürfnisse von Senioren primär auf »Gesundes Altern« und weniger auf die Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sind.

Im Februar 2002 hatte die australische Regierung eine politische Strategie für eine alternde Gesellschaft entworfen, um sich den Herausforderungen des demographischen Wandels im Land zu stellen.





»Strategy for an Ageing Australia«

Die »National Strategy for an Ageing Australia« reicht von politischen Themen wie zum Beispiel Einkommen und Arbeitsmöglichkeiten im Alter, Lebensstil und Verhalten älterer Menschen bis hin zur Unterstützung durch die Gesellschaft und Versorgung im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

Umfragen in allen Bundesstaaten und Territorien dienen dazu, möglichst frühzeitig Kontakt mit lokalen Interessengruppen und Institutionen aufzunehmen und eine breite Unterstützung der Regierungspläne in der Öffentlichkeit zu erlangen. Außerdem sollten über die Befragungen gezielte Anregungen für die Umsetzung der Strategie gesammelt werden.

Im Laufe des Jahres 2002 fanden 15 Befragungen auf Gemeindeebene statt, an denen der Minister für Altersfragen fast immer persönlich teilnahm – neben rund 460 Vertretern verschiedenster Gruppen und Organisationen der Zivilgesellschaft und der öffentlichen Verwaltung.

»Wellness, not illness«

Die Konsultationen mit der Bevölkerung lieferten eine lange, ungewichtete Liste von Grundsätzen und praktischen Ideen zum Thema Alter, die gleichwohl eindeutig die Perspektive von Krankheit und Versorgung auf »Gesundes Altern« verlagern. Angeregt wurde beispielsweise, Bildungs- und Informationsangebote über Gesundheitsförderung für ältere Bürger und für Allgemeinärzte anzubieten.

Fehlende Prävention am Arbeitsplatz und unflexible Arbeitszeiten waren weitere Problembereiche. Als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten im Alter wurden in den Konsultationen mit der Bevölkerung Preisnachlässe bei Versicherungsbeiträgen und Rabatte für entsprechende Gesundheits- oder Wellness-Angebote vorgeschlagen.

Gemeindenahere Angebote für Senioren

Gefordert wurde allgemein, Dienstleistungen und die Infrastruktur für ältere Menschen gemeindenah zu organisieren und die verschiedenen Institutionen und Verwaltungsebenen besser zu koordinieren.

Der Entwurf einer nationalen Strategie für ein alterndes Australien war Konsequenz der Regierungsentscheidung, nach den Nationalwahlen 2001 die Bedeutung dieses Themas für die nationale Politik hervorzuheben und hierfür ein eigenständiges Ressort für Altersfragen zu schaffen.

Eigenes Ministerium für Altersfragen

Der erste amtierende australische Minister for Ageing griff viele Anregungen der zweiten Weltgesundheitskonferenz der WHO über Alterung der Bevölkerung in Madrid im April 2002 auf: Der »Madrid International Plan of Action on Ageing« ist das erste internationale Abkommen, das ausdrücklich den Beitrag älterer Menschen zur gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung anerkennt und Regierungen verpflichtet, die Alterung der Bevölkerung in allen Sozial- und Wirtschaftsreformen zu berücksichtigen.

Umsetzung des WHO-Abkommen über Alterung der Gesellschaft

Noch ist unklar, inwieweit die Anregungen und Ergebnisse der Konsultationen in den Regierungsplan einfließen werden – die Regierung hat bisher keine offizielle Stellungnahme abgegeben. Erst wenn Details für die Umsetzung vorliegen, werden die Auswirkungen des Regierungsplans einzuschätzen sein. Das Vorhaben hat jedoch bereits jetzt mehrere Gutachten zur Versorgung älterer Menschen in den Gemeinden und auch Reforminitiativen der Bundesstaaten wie zum Beispiel des State Aged Care Plan in Western Australia angeregt.

Literatur und Links:

National Strategy for an Ageing Australia: www.ageing.health.gov.au/fofa/documents/pdf/nsaabook.pdf

State Aged Care Plan in Western Australia: www.health.wa.gov.au/publications

WHO (2002). International Action Plan of Madrid on Ageing: www.un.org/ageing/coverage/action.pdf

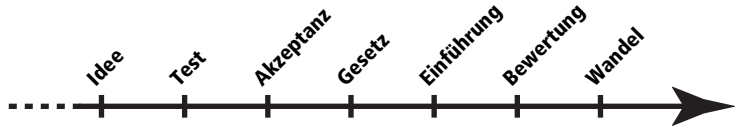
Integration und Qualität

Niederlande: Monopole bei der integrierten Versorgung für Ältere



Für die Versorgung älterer Menschen entstanden in den Niederlanden in den letzten Jahrzehnten große Unternehmen mit Monopolcharakter. Die Fusionen von Dienstleistern, die integrierte Versorgung anbieten, sollen nun erstmals von einer Wettbewerbsbehörde überwacht werden. Dies ist ein im niederländischen Gesundheitswesen neuartiger Regulierungsmechanismus.

Die Gesundheitsversorgung ist in den Niederlanden traditionell stark segmentiert und vorrangig akutmedizinisch orientiert. Durch die unterschiedliche Finanzierung und Steuerung von medizinischer Versorgung und Pflege leiden insbesondere ältere Menschen.



Ältere Menschen
Hauptzielgruppe
für integrierte
Versorgung

Reformen, die die Kooperation von Krankenhäusern, Pflegeheimen, häuslicher Pflege und allgemeinärztlicher Versorgung verbessern wollen, konzentrieren sich daher seit den 80er Jahren vor allem auf die Bedürfnisse älterer Menschen. Erreicht werden sollen nicht nur eine höhere Qualität der Versorgung, sondern auch die Förderung innovativer Ansätze und die effizientere Nutzung beschränkter Ressourcen.

Komplettversorgung
älterer
Menschen von
privat

Im Zuge der allgemeinen Dezentralisierungspolitik entstand ein Großteil entsprechender Projekte auf regionaler Ebene und »bottom up«.

Unter finanziellem Druck fusionierten viele Leistungserbringer zu größeren und übergreifenden Einheiten. Zunächst entstanden Zusammenschlüsse gleichartiger Institutionen und Unternehmen, allmählich aber auch von Anbietern aus verschiedenen Sektoren. Träger dieser großen Gesundheitskooperationen sind vorrangig private Nonprofit-Einrichtungen, die nach mehr Autonomie streben.

Die neuen Organisationsformen sind vorbildlich für die integrierte Versorgung älterer Menschen, da sie alle wesentlichen Versorgungsbereiche abdecken. Allerdings erhöhen mächtige Konglomerate den Druck auf Versicherer, neue Produkte und Angebote gesetzlich finanzieren zu lassen, und sie schränken die Wahlfreiheit der Patienten ein.

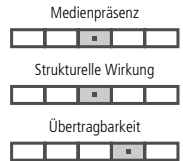
**Große Anbieter integrieren
Vorzüge und Risiken**

Spanien: Castilla y León Vorreiter bei Integration von medizinischer und sozialer Versorgung

Im Mai 2003 legte die Regierung der spanischen Region Castilla y León ein ehrgeiziges Programm zur besseren Integration medizinischer und sozialer Dienste auf.

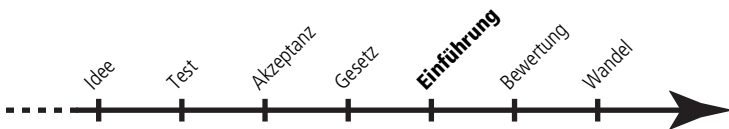
Die Strategie für die nächsten vier Jahre zielt auf eine effizientere Versorgung aller Personen, die sowohl medizinische Pflege als auch Unterstützung durch soziale Einrichtungen benötigen. Nicht nur ältere Menschen, auch Behinderte, psychisch Kranke und Drogenabhängige sind Zielgruppen. Personen mit mangelnder sozialer Betreuung sollen nicht unnötig Betten in der stationären Versorgung blockieren.

Um eine funktionsfähige, koordinierte Versorgungsstruktur zu etablieren, vereint das Programm mehrere Ansätze: Grundbestandteil sind so genannte Basiskoordinierungsteams in definierten Einzugsgebieten. Die Teams setzen sich aus Mitarbeitern der Basisgesundheitsdienste und der sozialen Dienste zusammen. Sie erarbeiten eine Methodik, die auf dem Prinzip des Case Management basiert und auf die Einzelperson bezogene gesundheitliche und soziale Bedürfnisse integriert. Mitarbeiter beider Sektoren haben Zugang zu einem neuen, gemeinsamen Datenbanksystem und erhalten spezifische Fortbildungen für die neuen Anforderungen einer integrierenden Versorgung.



Sektorübergreifende Versorgung nicht nur für Ältere

Koordinierungsteams, Case Management, elektronischer Datenaustausch und Fortbildung



**Castilla y León
setzt Maßstäbe**

Gleich aus mehreren Gründen könnte Castilla y León in der sektorübergreifenden Versorgung in Spanien eine führende Rolle übernehmen: Im nationalen Vergleich hat die Region den höchsten Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung (22,3 % versus 18 %). Das kommunale und regionale Angebot an sozialen Diensten ist überdurchschnittlich hoch. Mit der Dezentralisierung (2002) des Gesundheitswesens erhielten die autonomen Regionen zudem weit reichende Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung; in Castilla y León sind seither die Bereiche Gesundheit und Wohlfahrt in einem Ressort zusammengefasst. Der neue Plan zur Integration gesundheitlicher und sozialer Dienste für den Zeitraum 2003–2007 verspricht somit erfolgreicher zu werden als sein Vorläufer aus dem Jahr 1998.

**Unklare
Finanzierung**

Eines der wesentlichen Hindernisse des Programms ist die unklare Finanzierung der zusätzlichen Kosten. Es ist lediglich festgelegt, dass die Regionalregierung jährlich über das Budget zu entscheiden hat. Unklar ist auch, ob Leistungen, die innerhalb des Programms erbracht werden, universell wie bei der Krankenversicherung oder einkommensabhängig wie bei Sozialleistungen abgedeckt sind.

**Konkurrierende
Verwaltungs-
ebenen**

Weitere Barrieren liegen darin, dass die Zuständigkeiten für soziale Dienste und Krankenversorgung auf unterschiedlichen Ebenen der öffentlichen Verwaltung angesiedelt sind und damit konkurrierende Instanzen an Entscheidungen mitwirken. Die Verwaltungen verpflichten sich zwar, die vorgesehenen Maßnahmen einzuführen, der Gesetzgeber hat jedoch nicht festgelegt, welche Konsequenzen eine Nichteinhaltung nach sich zieht.

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales wird jährliche Berichte publizieren und plant eine umfassende Zwischenevaluierung zur Halbzeit und am Ende des Programmverlaufs.

**Mangel an
Fachpersonal**

Noch gibt es kein Konzept für eine berufliche Qualifizierung des Personals für die neuen Kooperationen, die sich mit der Reform stellen. Da sich Fachkräfte im sozialen Sektor auf Pflege und Versorgung und das medizinische Personal auf Heilung ausrichten, gibt es bedeutende »kulturelle« Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.

Der spanische Pflegeverband schlug vor kurzem die Einführung einer pflegerischen Spezialausbildung für Geriatrie, Gemeindewesen und öffentliche Gesundheit vor. Im ärztlichen

Bereich wurde die Fachrichtung Geriatrie in den 80er Jahren eingeführt. Dennoch gibt es nach wie vor nicht genug Fachärzte in diesem Bereich.

Literatur und Links:

International Journal of Integrated Care: www.ijic.org
 Volltext des zweiten Plans für Integration von medizinischer und sozialer Versorgung: www.todalaley.com/versumarioBOCYLp5o06o7s1.htm

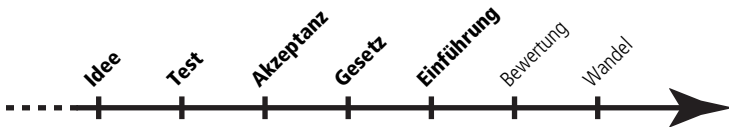
England: Versorgungsstandards für ältere Menschen

Mit der Einführung des »National Service Framework (NSF) for Older People« wurde der Bedarf an Standards für die Versorgung älterer Menschen im Gesundheitswesen und im sozialen Sektor anerkannt. Die Umsetzung in die Praxis birgt jedoch Barrieren, die auf die niedrige Priorisierung von Problemen dieser Bevölkerungsgruppe hinweisen.

Angesichts unakzeptabler lokaler Versorgungsunterschiede führte die Labour-Regierung verschiedene Rahmenprogramme für Versorgungsstandards im National Health Service (NHS) ein. Die Standards orientieren sich an Empfehlungen des National Institute of Clinical Excellence und werden in Zukunft durch die neu gegründete Commission for Health Care Audit and Inspection überwacht.



Versorgungsstandards des NHS



Das Rahmenprogramm »NSF for Older People« wurde im März 2001 eingeführt und gilt als Reaktion der Regierung auf wachsenden politischen Druck durch einen immer größeren Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung. Es berücksichtigt die vielfältigen Bedürfnisse älterer Menschen und widmet sich insbesondere altersspezifischen Risiken und Erkrankungen wie Schlagan-

Ziel: Unabhängigkeit bis ins hohe Alter

fall, Stürzen und psychischen Beeinträchtigungen. Ausdrückliches Ziel ist es, die Unabhängigkeit älterer Menschen zu fördern, eine personenzentrierte Versorgung zu erreichen und altersbedingte Diskriminierung zu bekämpfen.

**Schwierige
Koordination
von medizinischer
und sozialer
Versorgung**

Eine Expertengruppe aus Vertretern des Gesundheitswesens, des sozialen Sektors und der Öffentlichkeit formulierte die Standards. Verschiedenste Interessengruppen und Leistungsanbieter waren an diesem Prozess beteiligt.

Die schwierige Definition der Rollen von Gesundheitswesen und sozialem Sektor verzögerte die Veröffentlichung des NSF. England hatte wenig Erfahrung mit der Koordination von Einrichtungen des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste. Die medizinische Versorgung liegt in der Verantwortung des National Health Service, Sozialdienste unterstehen den Gemeinderegierungen. Unterschiede bestehen daher sowohl in Finanzierung und Steuerung als auch in der Kultur der Sektoren.

**Lokale
Versorgungseinrichtungen
zuständig**

Die NSF-Standards können als evidenzbasierte Leitlinien und Best-Practice-Verfahren für die lokalen Einrichtungen zur Versorgung älterer Menschen verstanden werden. In jeder Region ist eine Arbeitsgruppe für die Verwirklichung des NSF verantwortlich.

Nach Meinung einiger Experten ist das Tempo der Umsetzung bisher enttäuschend langsam, und die Versorgung älterer Menschen hat sich nicht entscheidend gebessert. Entgegen offizieller Verlautbarungen wird den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe nur geringe Priorität zugemessen.

**Widersprüchliche
NHS-Ziele**

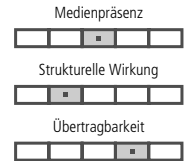
Ein Grund mag darin liegen, dass für die Umsetzung des »NSF for Older People« kein separates Budget zur Verfügung steht. Zwar ist die Erfüllung der Anforderungen ein Teil der Leistungsbewertung von lokalen Organisationen des NSF durch das zentrale »NHS performance management system«. Dennoch räumen NHS-Manager und auch die Regierung Versorgungsstandards für ältere Menschen einen niedrigeren Stellenwert ein als etwa der Erfüllung der Normen für Wartezeiten. Die bedürfnisgerechte Versorgung steht möglicherweise zu anderen Zielen des NHS und zu gesellschaftlichen Werten ganz grundsätzlich im Widerspruch.

Literatur und Links:

Department of Health (2001). National Service Framework for Older People. London: Department of Health.

Dänemark: Wahlfreiheit bei sozialen Dienstleistungen

Seit Anfang 2003 können hilfsbedürftige Personen in Dänemark nicht nur öffentliche, sondern auch private Anbieter von sozialen Diensten in Anspruch nehmen. Damit wird das bisherige Versorgungsmonopol der Kommunen für Hilfen bei Körperpflege und Haushalt gebrochen und der Anspruch der Bürger auf Umsetzung der Leistungszusagen der sozialen Sicherung bekräftigt.



Mit dem breiteren Angebot von Wahlmöglichkeiten zwischen Leistungserbringern als Teil des »New Public Management«-Konzepts verfolgt die dänische Regierung mehrere Ziele. Zum einen können Leistungszusagen der öffentlichen Sicherung leichter erfüllt werden. Da das System flexibler wird, kann es sich zum anderen den Bedürfnissen und Wünschen der Hilfsbedürftigen anpassen. Durch Konkurrenz privater Leistungsanbieter untereinander und mit der öffentlichen Versorgung entsteht schließlich – so das Ziel – der gewünschte Wettbewerb um Qualität und Effizienz.

Die Gemeinden sind verpflichtet, Wahlmöglichkeiten zwischen konkurrierenden Leistungserbringern zu gewährleisten und ältere Menschen über private Sozialdienste zu informieren. Privatanbieter können Leistungen auf Kosten der Gemeinde mit einer definierten Vergütung erbringen, wenn sie bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Verwaltung kann private Anbieter aber auch direkt unter Vertrag nehmen. Damit hat die Gemeinde in Zukunft die Doppelfunktion einer bewilligenden Behörde und eines Leistungserbringers.

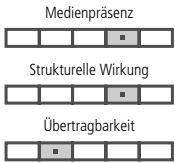
Wahlfreiheit für mehr Effizienz und Bedürfnisorientierung

Gemeinden gewährleisten Wettbewerb

**Wachsende
Nutzung privater
Sozialdienste**

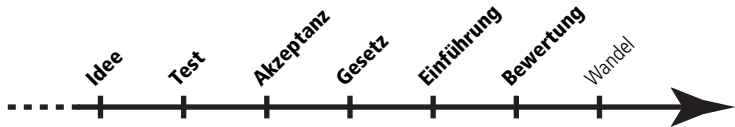
Im Jahre 2003 nahmen ungefähr 5 000 Personen Leistungen privater Sozialdienste zu Lasten der öffentlichen Finanzierung in Anspruch. Unter der Voraussetzung, dass die Erhöhung der Wahlfreiheit die erwartete Steuerungswirkung entfaltet, kann die Reform damit als erfolgreich gelten. Schätzungen des Gemeindeverbands gehen davon aus, dass im Jahr 2004 die doppelte Anzahl von Personen eine private Alternative zur öffentlichen Versorgung in Anspruch nehmen wird.

Niederlande: Ziele für eine Reform der Pflege



Eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes hat zum Ziel, verschiedene Ansätze in den Niederlanden weiterzuentwickeln, die sich mit dem langfristigen Wandlungsprozess einer alternden Gesellschaft befassen.

Förderung von Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und Wahlmöglichkeiten für ältere Menschen sind grundsätzliche Vorgaben dieser Entwicklung. Die Versorgung älterer Menschen soll effizienter, besser, ortsnäher und in einem integrierten Ansatz gestaltet werden. Informelle Allianzen zwischen Patientenorganisationen, Seniorenvereinigungen und Leistungsanbietern begleiten diesen Prozess.



Pflegeleistungen in den Niederlanden sind im Wesentlichen Bestandteil des Krankenversicherungsgesetzes. Drei aktuelle Vorschläge zu Gesetzesänderungen in diesem Bereich befinden sich noch im Vorbereitungsstadium: Es geht darum, den Leistungsumfang flexibler zu gestalten, Gesundheitspolitik mit anderen relevanten Bereichen zu integrieren und individuelle Budgets einzuführen.

**Flexibilität und
Integration
erhöhen**

Eine neue Regelung für häusliche Versorgung und Pflege soll die Flexibilität der Leistungen für ältere Menschen erhöhen. Definitionen von medizinischem Pflegebedarf und sonstiger

Hilfsbedürftigkeit bei Betreuung oder häuslicher Versorgung sollen klarer gefasst werden. Modifizierte Anreize wie zum Beispiel Liberalisierung der Bedingungen für Leistungserbringer dienen dazu, die Integration der Versorgung verbessern.

Finanzierung

England: Reform der Pflegefinanzierung vertagt

Die Unzufriedenheit mit der Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen bleibt in England auch nach dem Health and Social Care Act von 2001 bestehen.

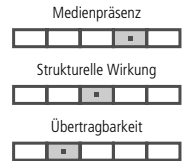
Die 1997 von der Regierung eingesetzte Pflegekommission, die Royal Commission on Long Term Care, will die Debatte über dieses Thema neu anstoßen. Die Regierung zeigte bisher keine Reaktion, da sie andere Prioritäten bei der Finanzierung im Gesundheitswesen setzt.

In den 90er Jahren wurde in England öffentlich kritisiert, dass ältere Menschen, wenn sie pflegebedürftig wurden oder anderer Hilfe bedurften, stark finanziell belastet waren. Staatliche Finanzierung für entsprechende Leistungen hing generell nicht nur vom Einkommen, sondern auch vom Vermögen ab. So sah sich eine zunehmende Anzahl von älteren Menschen gezwungen, Eigenkapital zur Deckung der Pflegekosten einzusetzen.

1999 empfahl die Royal Commission on Long Term Care unter dem Druck der Medien und Seniorenverbände, die Versorgung hilfsbedürftiger älterer Menschen vollständig aus allgemeinen Steuern zu finanzieren.

Die Regierung setzte den Vorschlag der Kommission nicht vollständig um, da sie eine zu hohe Belastung des öffentlichen Haushalts befürchtete. Das 2001 verabschiedete Gesundheits- und Sozialgesetz, der Health and Social Care Act, unterscheidet daher zwischen der pflegerischen und der persönlichen Versorgung.

»Nursing care« wird gänzlich aus Steuern finanziert, ist also kostenfrei für Pflegebedürftige. Finanzielle staatliche Unterstützung bei »personal care« wie Haushaltsführung und anderen Verrichtungen des täglichen Lebens bleibt jedoch einkommens-



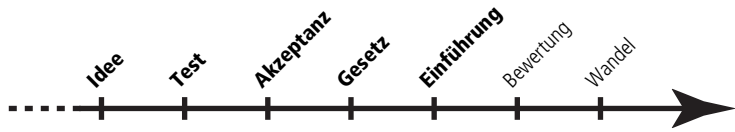
Finanzielle Versorgung älterer Menschen nicht auf politischer Agenda

Notlage pflegebedürftiger älterer Menschen

Reform: Steuerfinanzierte Pflege älterer Menschen

Privat finanzierte Hilfe im Haushalt

und vermögensabhängig. Um zu vermeiden, dass Pflegebedürftige bei nur kurzzeitigem Versorgungsbedarf ihr Eigentum veräußern, erfolgt die Vermögensprüfung erst nach drei Monaten.



**Demenzpatienten
benachteiligt**

Die Einführung getrennter Finanzierungsmodi der medizinischen und sozialen Versorgung wird in England generell kritisch bewertet. Diskrepanzen wurden zum Beispiel bei der unterschiedlichen individuellen Belastung von Krebspatienten mit Pflegebedarf einerseits und Alzheimer-Patienten mit Bedarf an häuslicher Unterstützung andererseits offensichtlich. Seniorenorganisationen wie Age Concern verweisen auf Schottland, wo sämtliche Leistungen sowohl der Pflege als auch der sozialen Dienste vom Staat getragen werden.

**Pflegefinanzie-
rung nach Zeit**

Pflegebedarf wird in England über die Zeiteinheiten definiert, die eine zugelassene Pflegekraft für die Erbringung, Delegation oder Überwachung pflegerischer Leistungen aufwendet, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach drei Pflegestufen und beläuft sich auf durchschnittlich 124 Euro pro Woche.

**Pflegekräfte
begutachten
Bedarf für Pflege**

Anders als in Deutschland nehmen nicht Ärzte, sondern Pflegekräfte die Einstufung vor. Das Royal College of Nursing beanstandet außerdem, dass die derzeit gültige Definition des Pflegebedarfs unerwünschte Anreize schafft, da die Pflegekraft eine Gatekeeper-Funktion für kostenfreie pflegerische Versorgung übernimmt. Eine Reihe von Betroffenen hat gegen die Einstufungen Widerspruch eingelegt.

**Qualitätsstan-
dards verteuern
Pflege**

Das neue System der Pflegestufen führte dazu, dass viele Pflegeheime nicht kostendeckend arbeiten und dieser Versorgungssektor insgesamt schrumpft. Die obligatorischen Qualitätsstandards, die mit dem Care Standards Act 2000 eingeführt wurden, führten nach Aussage einiger Heime zu zusätzlicher finanzieller Belastung. Der Empfehlung der Royal Commission on Long Term Care folgend überwacht und steuert seit 2001 eine staatliche Aufsichtsbehörde die Qualitätssicherung in der Pflege. Diese

National Care Standards Commission wird in Kürze mit dem Social Services Inspectorate zur Commission for Social Care Inspection fusionieren, um die Zusammenarbeit der Sektoren zu verbessern.

Die neue Behörde soll Leistungen der regionalen Anbieter von sozialen Diensten und öffentlichen Einrichtungen vergleichend beurteilen und sicherstellen, dass diese die nationalen Qualitätsstandards erfüllen. Sie wird über Fortschritt und Ressourcennutzung des sozialen Sektors dem Parlament jährlich Bericht erstatten.

Das Gesundheits- und Sozialgesetz von 2001 stellt sich zwar der Notwendigkeit einer Finanzierungsreform von Pflegeleistungen und sozialen Diensten, bietet aber keine nachhaltige Antwort auf die Herausforderung, vor der England angesichts der steigenden Anzahl älterer Menschen steht.

Literatur und Links:

Department of Health (2001). National Service Framework for Older People. London: Department of Health.

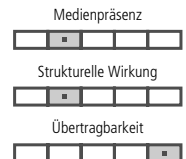
Royal Commission on Long Term Care (1998). With respect to old age. London: The Stationery Office.

Wittenburg, R., et al. (2002). Funding long term care: the public and private options. In E. Mossialos et al.: Funding health care; options for Europe. Buckingham: Open University Press.

Wittenburg, R., et al. (2001). Demand for long term care in the UK: projections of long term care finance for older people until 2051. London: Institute for Public Policy Research.

Neuseeland: Abschaffung der Vermögensprüfung

In Neuseeland ist die staatliche, steuerfinanzierte Unterstützung der Heimpflegekosten bei Personen über 65 Jahren vermögensabhängig. Ab einem Privatvermögen von 8100 Euro (16000 Euro bei Paaren) sind Betroffene bislang mit Zuzahlungen zur Pflegefinanzierung beteiligt.



Im April 2003 kündigte die Labour-Regierung an, die Vermögensprüfung für Kosten der stationären Pflege stufenweise abzuschaffen.

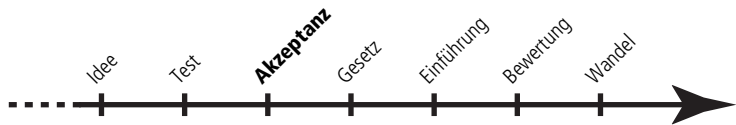
**Kontinuierliche
Erhöhung der
staatlichen
Finanzierung von
stationärer Pflege**

Der Plan sieht vor, die Zuzahlungsschwelle auf einheitlich 81000 Euro zu verzehnfachen und in Folge jährlich um jeweils 5100 Euro zu erhöhen. Zunächst hatte die Labour-Partei den Reformansatz wegen zu hoher Kosten verworfen, kündigte ihn nach internen Beratungen jedoch wenig später erneut an.

An der bisherigen Regelung wird kritisiert, dass sie Anreize für die private Altersvorsorge reduziert. Des Weiteren gilt die Vermögensprüfung nicht für Personen unter 65 Jahren und benachteiligt somit ältere Menschen. Bei Paaren wird eine höhere Vermögensgrenze nur dann veranschlagt, wenn beide pflegebedürftig sind.

Ziel des Regierungsvorschlags ist es daher, Anreize zur Verlagerung des Vermögens zum Beispiel in Familienfonds zu reduzieren und die finanzielle Belastung von Alt und Jung fairer zu gestalten.

Seniorenverbände begrüßen den Vorschlag sehr, da finanzielle Gründe ein geringeres Hindernis für die Entscheidung darstellen werden, Pflege im Heim in Anspruch zu nehmen.



**Ungerechtigkeiten
bleiben, Kosten
steigen**

Wissenschaftler beanstanden u.a., dass die geplante Reform wohlhabende Personen bevorzugt und somit Steuermittel nicht zielgerichtet eingesetzt werden. Die Reform fügt bestehenden Ungerechtigkeiten weitere hinzu, zum Beispiel durch gleiche Befreiungsgrenzen für Verheiratete und Alleinstehende. Der Anreiz, eine Prüfung durch Verlagerung des Vermögens zu umgehen, bleibt grundsätzlich insbesondere für Wohlhabende bestehen.

Im Jahr der Einführung werden zusätzliche Kosten von geschätzt 52 Millionen Euro erwartet. Diese werden weiter steigen, da sich die Vermögensgrenze jährlich erhöht und damit die Anzahl berechtigter Personen zunimmt.

Die Abschaffung der Vermögensprüfung zur Pflegefinanzierung findet aus all diesen Gründen wenig Unterstützung bei den großen Parteien, was ein Scheitern des Regierungsplans wahrscheinlich macht.

**Scheitern
wahrscheinlich**

Literatur und Links:

Abschaffung der Vermögensprüfung: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/o/ab251e5686965839cc256da3000b3c86/\\$FILE/_5a9imqrrmc5m4upiiedp mat3ked8icg8_.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/o/ab251e5686965839cc256da3000b3c86/$FILE/_5a9imqrrmc5m4upiiedp mat3ked8icg8_.pdf)

Ashton, T. (2000). New Zealand: long term care in a decade of change. *Health Affairs* 19 (3), 72–85.

The Health of Older People Strategy: www.moh.govt.nz/olderpeople

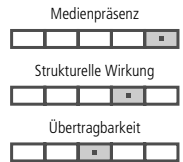
USA: Medicare zahlt für verschreibungspflichtige Medikamente

Im November 2003 verabschiedete der amerikanische Kongress den Medicare Modernization Act – eine der weitreichendsten Gesundheitsreformen seit der Einführung von Medicare im Jahre 1965. Erstmals gewährt die staatliche Krankenversicherung Medicare rund 40 Millionen Senioren Zuschüsse zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Von den über 65-jährigen, die insgesamt einen Anteil von 14 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung ausmachen, hatte jeder Vierte vor der Reform keinerlei Versicherungsschutz für Arzneimittel.

Medicare hatte bis dato nur Kosten bei Arztbesuch und Behandlung im Krankenhaus übernommen. Kosten für Medikamente mussten privat getragen werden: durchschnittlich 850 Dollar (677 Euro) pro Jahr und Versicherten im Jahr 2001. Senioren konnten zwar eine private Zusatzversicherung für Medikamente abschließen. Der Umfang des Versicherungsschutzes und die finanzielle Belastung variierten jedoch stark.

Die Neuregelung sieht nun vor, dass Medicare-Versicherte von 2006 an eine eigenständige Arzneimittelversicherung zu einem monatlichen Beitrag von 35 Dollar (28 Euro) und mit einer jährlichen Eigenbeteiligung von 250 Dollar (199 Euro) erhalten.



**25 Prozent der
Senioren zahlten
Arzneimittel-
kosten privat**

**Deckungslücke
bei mittleren
Arzneimittel-
kosten**

Die neue Versicherung deckt 75 Prozent der Arzneimittelkosten, sofern diese unter 2250 Dollar (1792 Euro) im Jahr liegen. Jenseits dieser Obergrenze müssen Medicare-Versicherte bis zu einer weiteren Schwelle die Kosten nach wie vor vollständig tragen. Der oberhalb von 3600 Dollar (2868 Euro) einsetzende so genannte Katastrophenschutz deckt dann 95 Prozent der anfallenden Medikamentenkosten ab. Im Bereich der Deckungslücke zwischen 2250 und 3600 Dollar erhalten Senioren unter einem Jahreseinkommen von 12123 Dollar finanzielle Unterstützung durch den Staat.



Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2006 können Medicare-Versicherte auf zahlreiche verschreibungspflichtige Medikamente Preisnachlässe von ungefähr 15 Prozent erhalten, wenn sie eine Rabattkarte des Gesundheitsministeriums beantragen.

**Mehr Konkurrenz
für Medicare**

Um den Wettbewerb zwischen Medicare und privaten Krankenversicherungen zu intensivieren, will die Reform den Abschluss privater Zusatzversicherungen für Arzneimittelkosten mit Steuervergünstigungen oder Prämienverbilligungen begünstigen. Finanzielle Anreize sollen Arbeitgeber veranlassen, innerhalb der betrieblichen Altersvorsorge einen Arzneimittel-schutz für ihre pensionierten Angestellten vorzusehen. Neu ist auch die Einführung von individuellen Gesundheitssparkonten, den »health savings accounts«, die steuerlich freigestellt sind.

Seit Jahren ist die unzureichende Deckung von Arzneimittelkosten durch Medicare in den USA in der Diskussion. Verschiedenste Lobbygruppen wie Seniorenorganisationen und Pharmaindustrie, auch wissenschaftliche Experten des Gesundheitswesens, haben die Debatte wesentlich beeinflusst.

**Leistungs-
erweiterung für
alle Medicare-
Versicherten**

Der ursprüngliche Entwurf von Präsident Bush, der die Erweiterung der Leistungen nur für privat versicherte Senioren vorgesehen hatte, war auf scharfe Kritik demokratischer und republikanischer Kongressabgeordneter gestoßen. Erst die Ausdehnung

des Anspruchs auf alle Medicare-Versicherten konnte sich schließlich durchsetzen. Dabei mag ein Blick auf die Stimmen der Rentner bei den anstehenden Präsidentschaftswahlen im November 2004 eine wichtige Rolle gespielt haben.

Die Reform entlastet in erster Linie Senioren mit sehr geringem Einkommen sowie chronisch Kranke, die durch Zuzahlungen für Arzneimittel belastet sind. Für alle anderen sind die Neuerungen mehr oder weniger enttäuschend.

**Senioren mit
geringem
Einkommen
profitieren**

Literatur und Links:

Boccuti, C., und Moon, M. (2003). Comparing Medicare and Private Insurers: Growth rates in Spending Over Three Decades. *Health Affairs* 22 (3): 230–237.

Cubanski, J., und Klein, J. (2002). A Medicare Prescription Drug Benefit: Focusing on Coverage and Cost. *The Commonwealth Fund*, Issue Brief Nr. 538, April 2002.

Davis, K. (2003). Despite Medicare Bill's Passage, Congress's Work Unfinished. *The Commonwealth Fund*.

Families USA (2003). Key Health Care Provisions. *The Bush Administration's Fiscal Year 2004. Budget Analysis*. Februar 7, 2003.

Kaiser, H. J. (2003). Prescription Drug Coverage for Medicare Beneficiaries: A Side-by-Side Comparison of S. 1 and H.R. 1, and the Conference Agreement. *Family Foundation*.

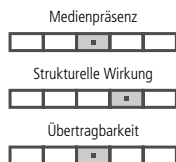
Moon, M. (2003). Medicare Prescription Drug Legislation: How Would It Affect Beneficiaries? *The Commonwealth Fund*, Policy Brief Nr. 678, Oktober 2003.

Pear, R. (2003). Plans Improve Federal Workers' Drug Benefits. *New York Times* vom 8. Juli 2003.

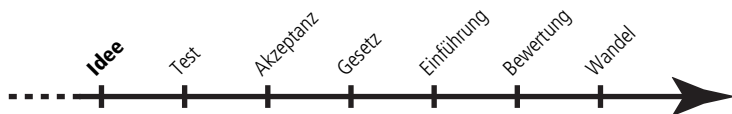
Safran, D. G., et al. (2002). Seniors and Prescription Drugs: Findings from a 2001 Survey of Seniors in Eight States. In: Kaiser, H. J.: *Family Foundation/Commonwealth Fund/Tufts – New England Medical Center*, Juli 2002.

The White House (2003). *21st Century Medicare: More Choices – Better Benefits: A Framework To Modernize and Improve Medicare*, März 2003.

Spanien: Toledo-Abkommen zur Pflegefinanzierung



Eine überparteiliche Vereinbarung schlägt vor, in Spanien eine separate Finanzierung von Leistungen für Personen einzuführen, die von der Hilfe Dritter abhängig sind. Kernthema des Abkommens von Toledo (Oktober 2003) sind Reformvorschläge zur öffentlichen Alterssicherung. Die Vereinbarung postuliert darüber hinaus die Notwendigkeit, eine einheitliche Finanzierung für Pflege- und Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen zu schaffen.



Viele offene Fragen bei Finanzierung und Management

Noch ist ungeklärt, wie die Finanzierung der Pflege- bzw. Hilfeleistungen gestaltet werden soll – ob in einem Versicherungsmodell oder durch Steuern. Durch die Alterssicherung sind die Sozialversicherungsbeiträge in Spanien schon heute sehr hoch.

Organisation und Steuerung der Leistungserbringung setzen politischen Konsens zwischen der zentralen und 17 regionalen Regierungen voraus. Erforderlich ist auch eine genaue Definition und Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit.

Deutschland mögliches Vorbild

Bei der Suche nach geeigneten Modellen orientiert sich Spanien an Ländern mit eigenständiger Pflegeversicherung; auch Deutschland dient als Referenz.

In Spanien sind ungefähr eine Million Menschen über 65 Jahre auf Hilfe angewiesen. Schätzungen gehen davon aus, dass sich der Bedarf bis zum Jahr 2010 vervierfachen wird. Das spanische Sozialsystem ist derzeit nicht in der Lage, diese Herausforderungen anzunehmen. Auch fehlt in Spanien bisher eine umfassende Strategie, die sich mit den Erfordernissen einer alternen Bevölkerung befasst.

Medizinische dominiert soziale Versorgung

Die Versorgung älterer Menschen ist mehr an medizinischen Problemen und weniger an der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit des Einzelnen orientiert. Koordination und Integration der gesundheitlichen und sozialen Dienste sind unzureichend. Versorgung bei Krankheit wird im Rahmen des dezentralisierten, steuerfinanzierten Sicherungssystems gewährt; die Finanzierung von

nicht-medizinischer Hilfe durch Regionen oder Gemeinden ist dagegen einkommensabhängig und lässt viele Personen mit mittlerem Einkommen unberücksichtigt. Die Belastung durch Zahlungen ist insgesamt sehr hoch. Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird von meist weiblichen Familienangehörigen versorgt.

Da die Herausforderungen des Alterns die ganze Gesellschaft betreffen, kommen Lösungsansätze aus den verschiedensten Bereichen wie Wissenschaft, Politik, Stiftungen, Ärztenverbänden, Gewerkschaften und privaten Institutionen.

Bereits seit zehn Jahren berät ein Gremium aus Vertretern der nationalen und regionalen Regierungen und Seniorenverbänden die Zentralregierung in Altersfragen. Das nationale statistische Institut veröffentlichte vor kurzem zum ersten Mal einen Bericht über Pflegebedarf und Gesundheit in Spanien.

Die Zentralregierung plant, im Jahr 2004 für neue Ansätze wie Tagespflege und Unterstützung pflegender Angehöriger 475 Millionen Euro bereitzustellen.

Das Modell einer separaten Finanzierung für Hilfsbedürftigkeit im Alter befindet sich noch im Anfangsstadium. Mit dem Abkommen von Toledo wurde die aus der Wissenschaft kommende Idee in die politische Debatte eingebracht. Die Toledo-Empfehlungen sind an die im März 2004 gewählte Regierung gerichtet, enthalten jedoch keinen spezifischen Zeitplan oder Details für die Umsetzung.

**Gesucht:
gesamtgese-
schaftliche
Strategie**

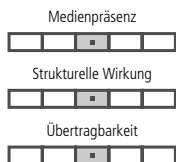
**Eigenständige
Pflegefinanzie-
rung noch im
Ideenstadium**

Literatur und Links:

Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO: www.seg-social.es/imserso/mayores/docs/io_mayobsoo.html

Recommendation R(98)9 of the European Council: <http://cm.coe.int/ta/rec/1998/98r9.htm>

Frankreich: Reform der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen



**Hitzetod älterer
Menschen initiiert
Reformdebatte**

Der Hitzetod von 15000 Franzosen im Sommer 2003 – viele davon ältere Menschen – löste eine politische Krise aus und nötigte die Regierung, die Versorgung hilfsbedürftiger, allein stehender älterer Menschen im Herbst 2003 in den Mittelpunkt der politischen Debatte zu stellen.

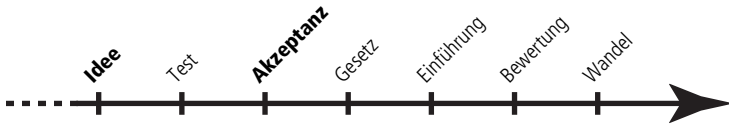
Im November 2003 präsentierte der französische Premierminister Raffarin die Grundzüge einer Reform von großer Reichweite für die Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger Menschen. Der Regierungsentwurf für die »réforme de solidarité et de fraternité pour les personnes dépendantes« umfasst drei Themenbereiche: Er formuliert zum einen die Anerkennung der Rechte all derer, die auf Hilfe durch Dritte angewiesen sind. Zum anderen kündigt er an, den rechtlichen Ansprüchen Geltung zu verschaffen, und schlägt drittens eine Zusammenführung der Finanzierung der Versorgungsleistungen vor.

**Rechte von
behinderten
Menschen klarer
formuliert als von
älteren Menschen**

Behinderte sollen für zusätzliche Kosten, die durch die Behinderung entstehen, entschädigt werden. Die Rechte für ältere Menschen, die von »besseren Lebensbedingungen« profitieren sollen, werden weniger eindeutig definiert. Laut einer Presseerklärung der Staatssekretärin und Behindertenbeauftragten Marie-Thérèse Boisseau vom Januar 2004 sollen diese Pläne Eingang in eine weitere Reform finden. Boisseau schlägt vor, die Integration von Behinderten in die Gesellschaft durch die Reform eines Gesetzes von 1975 zu verbessern.

Die angekündigten Maßnahmen für Senioren – Steuernachlässe für Wohnungseinrichtungen und eine bessere Bezahlung der Krankenpflege – sollen ermöglichen, dass ältere Menschen länger zuhause leben können.

Auch die Situation in Senioren- und Pflegeheimen soll verbessert werden. Das Regierungspapier für die »réforme de solidarité et de fraternité pour les personnes dépendantes« sieht vor, den Personalschlüssel für medizinische Fachkräfte zu erhöhen und – Folge der Katastrophe im Sommer 2003 – in den Heimen Klimaanlagen zu installieren. Vorgesehen ist auch, die Preisgestaltung für Pflegeheime auf Departement-Ebene zu vereinfachen, einige Dienstleistungen der Verwaltung zu dezentralisieren sowie Zentren für übergreifende Versorgung zu schaffen.



Unmittelbares Ergebnis der Regierungspläne infolge der öffentlichen Debatte sind Vorbereitungen zur Einführung einer separaten Pflegeversicherung. Als neuer, fünfter Sozialversicherungszweig soll sich die Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie an der Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten ausrichten und sowohl für behinderte als auch für ältere Menschen zuständig sein. Die Versicherung soll auch die finanziellen Ressourcen der Allocation Personnalisée d'Autonomie übernehmen, die seit 2002 Sachleistungen für ältere Menschen bereitstellt.

Protesten zum Trotz soll die Abschaffung eines öffentlichen Feiertags – wie in Deutschland bei der Einführung der Pflegeversicherung – die Einkünfte zusätzlich erhöhen.

Die Einnahmen der Versicherung sollen auf Departement-Ebene, wo auch die Versorgung gesteuert wird, verteilt werden.

Viele Fragen müssen noch geklärt werden. Dazu zählt die zweifellos schwierige Abgrenzung des zusätzlichen Versicherungszweigs zur Krankenversicherung. Diskutiert werden muss ebenfalls, wie nachhaltig das Finanzierungsmodell ist, auch weil die Leistungen potenziell erweiterbar sein müssen.

Die Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger Menschen ist in Frankreich organisatorisch und finanziell stark gegliedert.

Je nach Versorgungsbedarf kann eine Person in die verwaltungstechnischen Kategorien physisch oder psychisch behindert, hilfsbedürftig, alt, somatisch oder psychisch krank fallen. Ein Individuum kann zwar mehreren Kategorien gleichzeitig zugeordnet sein, jedoch auch auf Lücken der Einordnung stoßen. Jede dieser administrativen Einheiten eröffnet verschiedene Ansprüche auf Leistungen, die aufgrund der vielen Anbieter und komplexen Rechtslage aus unterschiedlichen Etats zu finanzieren sind.

Einrichtungen für die Versorgung älterer Menschen sind zwar zahlreich, aber meistens nicht spezialisiert. Ihre Koordination ist unzureichend. Die Leistungen werden durch verschiedene Geld-

Neuer Zweig der Sozialversicherung: »Solidarität für Selbstständigkeit«

Offene Fragen

Bisher stark segmentierte Versorgung

geber finanziert. Krankenkassen tragen die medizinische Versorgung (erweiterbarer Leistungskatalog und zweckgebundene Beiträge), während Sozialämter soziale Dienste und Hilfe finanzieren (gedeckelte Budgets aus allgemeinen Steuern, zum Teil regional finanziert).

In Frankreich ist man sich daher einig, dass eine Reform für die Versorgung älterer Menschen dringend erforderlich ist. Die Neuordnung der Finanzierung soll dem Parlament im Frühjahr 2004 vorgestellt werden; im Mai 2004 wird ein in Auftrag gegebenes Gutachten zu den anderen Aspekten des Regierungspapiers erwartet.

Literatur und Links:

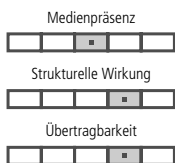
Une réforme de solidarité et de fraternité pour les personnes dépendants. Website des Premierministers: www.premier-ministre.gouv.fr/fr/p.cfm?ref=41376.

Timbeau, Xavier: »Impact de la suppression d'un jour férié.« Lettre de l'OFCE n 244, October 20, 2003. www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/244.pdf.

Schweiz: Reform der Pflegefinanzierung bis 2005 vertagt

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Schweiz wurde im Oktober 2003 auf die nächste Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vertagt, die nicht vor 2005 erwartet wird.

Der Ständerat, die Schweizer Kantonsvertretung, hatte zunächst auf eine Teillösung für die Finanzierung der Pflege in Heimen und in der ambulante Pflege Spitex gedrängt. Denn eine Verordnungsänderung vom 1. Januar 2003, die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung, verpflichtete Spitäler und Pflegeheime zur Dokumentation und Offenlegung aller Kosten. Für die Krankenversicherer bedeutet das, dass sie die tatsächlichen Pflegekosten in Pflegeheimen statt der bisherigen in Rahmentarifen vereinbarten Pauschalen übernehmen müssen. Durch die Änderung wird ein finanzieller Mehraufwand im Umfang von 550–700 Millionen Euro erwartet.



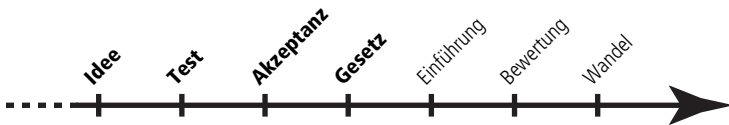
**Vollfinanzierung
der stationären
Pflege seit 2003**

Bereits im Oktober 2002 hatte die Dachorganisation der Schweizerischen Krankenkassen (Santésuisse) in einem Positionspapier gefordert, eine separate Pflegeversicherung für Versicherte ab 50 Jahren einzuführen, um eine Entlastung von Pflegekosten für die Krankenversicherung und damit geringere Prämienanstiege zu erreichen.

Krankenversicherer fordern eigenständige Pflegeversicherung

In der Schweiz wird die Notwendigkeit einer einheitlichen, transparenten und nachhaltigen Finanzierung schon seit Jahren diskutiert. Pflegeleistungen werden bisher aus verschiedenen Töpfen finanziert: durch die obligatorische Krankenversicherung, durch private oder staatliche Rentenbezüge oder, bei Personen mit niedrigem Einkommen, durch so genannte steuerfinanzierte Ergänzungsleistungen.

Vielförmige Finanzierung von Pflegeleistungen



Aus Anlass der Verschärfung der Finanzierungssituation der Krankenversicherung griffen Regierung und Parlament das Thema erneut auf. Letztendlich konnte sich jedoch der Nationalrat, das Schweizer Parlament, durchsetzen: Das Schweizer Parlament verhinderte eine Regelung der Pflegefinanzierung zu diesem Zeitpunkt als Teil der zweiten KVG-Revision.

Neuordnung der Pflegefinanzierung vorerst vertagt

Die Umsetzung anderer Ziele der KVG-Revision – Neuordnung der Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Prämienverbilligungsmodelle – sollte durch eine Reform der Pflegefinanzierung nicht verzögert werden. Gleichwohl wurde der Bundesrat, die Schweizer Regierung, aufgefordert, dem Parlament noch 2004 einen Entwurf zur Finanzierung der Krankenpflege zu unterbreiten.

Der Reformprozess in der Schweiz wird sich weiter verlangsamten, da im Dezember 2003 die letzte Vorlage der derzeitigen Revision des KVG im Parlament endgültig abgelehnt wurde (s. S. 67 und 73).

Literatur und Links:

Schweizerische Bundesbehörden:

www.admin.ch

Nationaler Krankenversicherungsverband Santésuisse:

www.santesuisse.ch/de

Österreich: Zehn Jahre Bundespflegegeld



**Bedarfsorientierte
steuerfinanzierte
Pflege**

In Österreich gilt das vor zehn Jahren eingeführte Bundespflegegeld nach wie vor als Errungenschaft einer zeitgemäßen Sozialpolitik. Die öffentliche Debatte dreht sich derzeit um die Anpassung der Höhe des Pflegegelds an gestiegene Lebenshaltungskosten, um Mängel bei der Versorgung älterer Menschen und um die Belastung pflegender Angehöriger.

Seit 1993 erhalten Pflegebedürftige steuerfinanzierte Geldleistungen nach dem Bundespflegegesetz und den entsprechenden Pflegegesetzen der neun Länder. Abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (sieben Stufen), beträgt das Pflegegeld zwischen 146 und 1532 Euro pro Monat. Die Differenz zu den tatsächlichen Pflegekosten muss privat getragen werden.

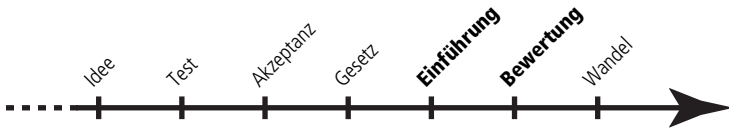
**Langfristige
Finanzierbarkeit
auf dem Prüfstand**

Trotz der allgemeinen Zufriedenheit mit dieser Form der Pflegefinanzierung wird kritisch gesehen, dass die Höhe des Pflegegelds seit 1995 weder an Inflation noch an die Kostensteigerung der Pflegeleistungen angepasst wurde, was de facto einer Leistungsreduktion gleichkommt. Prognosen zufolge werden Pflegegeldzahlungen an Anspruchsberechtigte bis 2050 um mindestens ein Viertel ansteigen. Die Schätzungen verstärken den Druck auf die Politik, die Finanzierbarkeit nachhaltig sicherzustellen.

**Qualitätsmängel
durch Personal-
mangel**

Die Einführung der Pflegegeldzahlungen führte dazu, dass sich die Anzahl der Leistungsanbieter erhöhte und der öffentliche Sektor durch private Anbieter entlastet wurde. Seit einigen Monaten steht jedoch die fragwürdige Qualität der Versorgung – gerade in privaten Pflegeheimen – auf dem Prüfstand. Als Hauptursache für Qualitätsdefizite gilt der Fachkräftemangel – ein wachsendes Problem bei allen Gesundheitsberufen in Österreich. Forderungen auch von wissenschaftlicher Seite zielen auf eine Ver-

besserung der Arbeitsbedingungen insbesondere für Frauen, die die Mehrzahl der Pflegekräfte stellen.



Wesentliches Ziel der Einführung von Pflegegeldleistungen war es, der Pflege im häuslichen Bereich Vorrang vor stationärer Pflege zu geben. Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen ist mit dem Konzept, die Pflege in die eigene Wohnumgebung zu verlagern, zufrieden. Dies belegen zwei Gutachten des Ministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen von 1997 und 2002. Als Schwierigkeit wurden die Belastung, die mangelnde fachliche Qualifikation und die fehlende soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen genannt. Der fehlenden sozialen Absicherung pflegender Familienmitglieder wurde 2002 durch Einführung der Familienhospizkarenz Rechnung getragen (s. folgenden Bericht).

**So lange wie
möglich zuhause**

Literatur und Links:

Hofmarcher, M. M., Riedel, M., und Roehrling, G. (2002). Age structure and health expenditure in the EU: Costs increase, but do not explode, Focus: Age related health expenditures exhibit a profile, Health System Watch III 2002. www.ihs.ac.at.

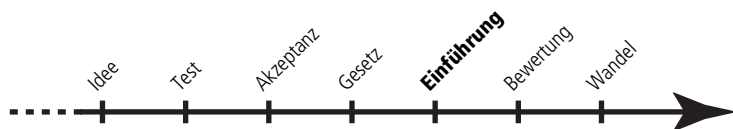
Ministerium für Soziales und Gesundheit: www.bmsg.gv.at/cms/site

Petzl, D. (2003). 10 Jahre Bundespflegegeld und Pflegevorsorge – Ein statistischer Überblick. Soziale Sicherheit. Österreichische Sozialversicherung.

Österreich: Familienhospizkarenz



In Österreich können sich pflegende Angehörige von unheilbar kranken Familienmitgliedern oder schwer erkrankten Kindern von ihrer Arbeit ganz oder teilweise unbezahlt freistellen lassen. Die Familienhospizkarenz kann für Partner, Eltern, Großeltern oder Kinder in Anspruch genommen werden. Gleichgeschlechtliche Partner sind trotz einer Forderung der Grünen von der Regelung ausgenommen. Arbeitsplatz, Kranken- und Rentenversicherungsschutz bleiben während der Pflegetätigkeit bis zu maximal sechs Monaten erhalten.



Freistellungsmöglichkeit

Seit der Einführung im Juli 2002 haben jedoch nur 535 Angestellte von dem in Europa einmaligen Modell der Familienhospizkarenz Gebrauch gemacht – oft nur für einen kurzen Zeitraum. Da mehr als 80 Prozent der Personen über 60 Jahre zu Hause versorgt werden, hatte die Regierung die potenziellen Nutzer mit 15000 Personen pro Jahr sehr viel höher geschätzt. Die Auswirkungen der Reform sollen nach einer vom Ministerium für Soziale Sicherheit und Generationen angekündigten Evaluierung im Jahr 2005 längerfristig einschätzbar sein.

Finanzielle Unterstützung nur für Härtefälle

Vertreter der Sozialversicherung, der parlamentarischen Opposition und nicht-staatlicher Organisationen sehen den Hauptgrund für die niedrige Akzeptanz der Familienhospizkarenz in der fehlenden finanziellen Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Der von der Regierung durchgesetzte Härteausgleichsfonds sieht monetäre Hilfe nur für pflegende Personen von Haushalten mit Einkommen unter 500 Euro pro Haushaltsmitglied vor. Im vergangenen Jahr zahlte das Ministerium für Soziale Sicherheit und Generationen insgesamt 116000 Euro an 91 Anspruchsberechtigte aus.

In dringenden Fällen kann beantragtes Pflegegeld im Voraus gezahlt werden. Ohne zeitliche Verzögerung durch die Begutachtungsprozedur zur Festlegung der Pflegestufe erhalten Pflegebe-

dürftige zunächst Zahlungen der Pflegestufe 3 (413 Euro beziehungsweise 120 Pflegestunden pro Monat) oder werden in Pflegestufe 4 hochgestuft (620 Euro beziehungsweise 160 Pflegestunden pro Monat).

**Pflegegeld wird
schnell und
bürokratisch
gezahlt**

Frauen verdienen in Österreich ungefähr ein Drittel weniger als Männer. In vielen Familien ist daher eine unbezahlte Freistellung nur für die Frau möglich. Die Familienhospizkarenz fördert damit die traditionelle Spaltung von bezahlter Anstellung und unbezahlter Familienarbeit. Dies steht in eindeutigem Konflikt mit der für EU-Länder verpflichtenden politischen Zielsetzung, geschlechtsbedingte Unterschiede zu reduzieren.

Die Familienhospizkarenz geht auf eine Initiative des Ministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen und des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit im Jahr 2000 zurück. Um die öffentlich finanzierte Langzeitpflege insbesondere im stationären Bereich zu entlasten, verfolgt sie wie auch das Bundespflegegeld das Ziel, Pflegeetätigkeiten in den häuslichen Bereich zu verlagern.

**Unbezahlte
Pflegearbeit bleibt
Frauensache**

Damit Angehörige die beanspruchende Pflege von Sterbenden und Schwerkranken bewältigen können, ist nicht nur erforderlich, dass sie sozial und finanziell abgesichert sind. Vielmehr benötigen sie auch eine Unterstützung, die sie für diese Aufgabe fachlich qualifiziert.

Literatur und Links:

Familienhospizkarenz: www.bmgf.gv.at/cms/site
www.bmf.

Arzneimittelpolitik

Reformen im Arzneimittelsektor bedeuten komplexe Steuerungseingriffe in den Arzneimittelmarkt und die Versorgung. Der Anteil der Arzneimittelkosten an den Gesundheitsausgaben ist beträchtlich und in jüngster Zeit überproportional schnell angestiegen. Regulierungsmaßnahmen zielen daher vor allem auf Kostendämpfung bzw. -kontrolle. Die pharmazeutische Industrie, aber auch Ärzte und Patientenverbände beeinflussen in hohem Maß die gesundheitspolitischen Prozesse und die Entscheidungen.

Kosten-Nutzen-Bewertung als Kriterium für Preissetzung und Kostenübernahme

Als ein Instrument haben viele Länder die Überprüfung des therapeutischen Nutzens von Arzneimitteln eingeführt (Frankreich, England, Dänemark). Die Abgrenzung von so genannten Scheininnovationen zu echten Neuerungen in der Therapie ist eine grundlegende Herausforderung, um auf der Basis dieser Bewertung über die Kostenübernahme durch die gesetzliche Sicherung, über Festbeträge oder über die Höhe der Herstellerpreise zu entscheiden.

**Noch keine »vierte Hürde« in Deutschland
Festbeträge und Substitution mit Nebenwirkungen**

Obwohl die Bewertung der Kosteneffektivität anderswo etabliert ist oder diskutiert wird, konnte sich die »vierte Hürde« für die Kostenerstattung in Deutschland noch nicht durchsetzen.

Festbetragsregelung und Förderung von Generika sind weitere Werkzeuge von Arzneimittelpolitik. Oftmals entscheiden Details der Regelungen über beabsichtigte oder unerwünschte Wirkungen, wie beispielsweise in Finnland und Spanien.

Rationale Arzneimittelverordnung

In Finnland und Südkorea ist die Verordnungspraxis von Ärzten im ambulanten Sektor ein Ansatzpunkt für effizientere und bessere Arzneimitteltherapie.

Da in Neuseeland unmittelbar an die Patienten gerichtete Arzneimittelwerbung (DTCA) zulässig ist, wird dort die Notwendig-

keit von industrie-unabhängiger Information nicht nur für Ärzte, sondern auch für Verbraucher offensichtlich. Bei den meisten Reformansätzen hingegen werden Patienten eher in der Rolle des Zuzahlers gesehen.

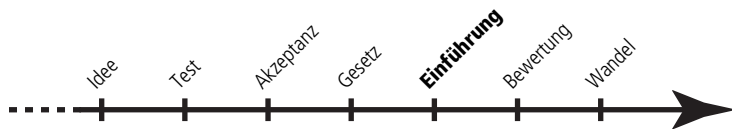
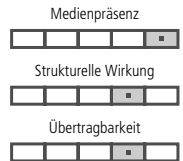
Informierte und beteiligte Patienten

Eine neue Entwicklung in Deutschland ist, dass Patientenorganisationen reguläre Anhörungsrechte in den gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien haben. Entsprechend einem der Vorbilder, dem National Institute of Clinical Excellence in England, ist dies ein wesentlicher Schritt, Patienten in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse – speziell auch zu Arzneimittelfragen – einzubinden.

Nutzen und Kosten

Frankreich: Neuordnung der Kostenübernahme durch Nutzenbewertung

Das französische Gesundheitsministerium begann 2003 damit, Medikamente, die laut der Expertenkommission zur Nutzenbewertung von Pharmaka, der »Commission de Transparence«, keinen ausreichenden Nutzen aufweisen, von der Positivliste zu streichen oder den Anteil der gesetzlichen Kostenübernahme zu reduzieren. Dieser Prozess verläuft nicht ohne Schwierigkeiten.



In den Jahren 1999-2001 führte die »Commission de Transparence« zunächst eine Neuklassifikation aller 4500 erstattungsfähigen Arzneimittel durch. Die Expertenkommission, bestehend aus Medizinern, Apothekern, Vertretern des Krankenversicherungsverbands und der pharmazeutischen Industrie, bewerteten ein gutes Drittel der gelisteten Arzneimittel neu: Das Gremium empfahl, 835 Produkte von der Kostenübernahme auszuschließen und für 840 Arzneimittel den Anteil der Kostenübernahme durch die Krankenkassen abzusenken.

Kürzungen der Kostenübernahme für viele Medikamente auf der Positivliste

**Detailliertes
Bewertungsraster**

Die evidenzbasierte Bewertung von Arzneimitteln wurde auf der Grundlage der 1999 neu eingeführten »Service Médical Rendu« (SMR)-Klassifikation durchgeführt. Diese beurteilt anhand verschiedener Kriterien Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Produkte, ihren Stellenwert im medizinischen Behandlungsprozess im Vergleich zu alternativen Therapieverfahren, den Schweregrad der zu behandelnden Erkrankung, kurative, präventive oder symptomlindernde Potenziale sowie den Stellenwert des Medikaments aus der Public-Health-Perspektive.

**Vier Entscheidungsstufen:
100-65-35-0**

Die Entscheidung über die Höhe der gesetzlichen Kostenübernahme hängt von der Zuordnung des Medikaments zu einer von vier Klassifikationsstufen ab.

Kategorie A ist für spezielle oder besonders teure Arzneimittel vorgesehen, wie beispielsweise für Aids oder Diabetes, deren Kosten vollständig von der Krankenversicherung übernommen werden. Kategorie B enthält weitere Medikamente mit hohem Effekt wie Antibiotika, die aber nur zu 65 Prozent erstattet werden.

Produkte mit mäßigem oder geringem Nutzen der Kategorie C bilden die größte Gruppe. Die Bezuschussung ist auf 35 Prozent pro Verordnung begrenzt. Medikamente mit unzureichendem Nutzen werden nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert (Kategorie D).

**Kritik von Seiten
der Arzneimittelhersteller**

Die Arzneimittelhersteller kritisierten sowohl die Kriterien als auch die Ergebnisse der Nutzenbewertung scharf und warfen der Commission de Transparence inkonsistente Entscheidungen vor. Insbesondere kleinere Unternehmen befürchteten Absatzrückgänge und argumentierten mit drohenden Arbeitsplatzverlusten.

**Nutzen-Schaden-
Abwägung und
soziale Aspekte
bei Bewertung
unterrepräsentiert**

Einige Wissenschaftler bemängelten, dass die Bewertungen der Kommission vorwiegend auf der medizinischen Wirksamkeit der Arzneimittel basierten. Sie empfahlen, die Kriterien Nutzen-Risiko-Abwägung und die sozialen Aspekte stärker zu gewichten. Die Kritik hatte unter anderem zur Folge, dass die Mitglieder der Commission de Transparence im September 2003 neu berufen wurden.

**Pharmaindustrie
verzögert
vollständige
Umsetzung**

Auch gab das Gesundheitsministerium seinen ursprünglichen Plan auf, alle für die Herausnahme empfohlenen Arzneimittel auf einmal per Verordnung von der Positivliste zu streichen. Mit den ersten 87 Arzneimitteln im September 2003 wird

der Ausschluss von der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen nun stufenweise über drei Jahre geschehen. Im April 2003 wurde zunächst für 617 von 840 Medikamenten der Anteil der gesetzlichen Kostenübernahme gesenkt, bei zwölf Produkten konnten pharmazeutische Unternehmen jedoch gerichtlich eine Rücknahme der Entscheidung erwirken.

Die Neubewertung vieler Arzneimittel wird zu einer höheren finanziellen Belastung der Patienten führen. Die in Frankreich weit verbreiteten freiwilligen Zusatzversicherungen decken zwar Zuzahlungen, von der Positivliste gestrichene Medikamente müssen aber komplett privat bezahlt werden.

Dies wird den gewünschten Effekt haben, dass entsprechende Medikamente weniger verschrieben werden. Unklar ist allerdings, in welchem Maß die Reform Verordnungen anderer und potenziell teurerer Therapien nach sich zieht und ob insgesamt die Gesundheitsausgaben sinken.

**Kostendämpfungseffekte
noch unklar**

Literatur und Links:

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (2001). Bericht zur Re-Evaluierung von 4500 Medikamenten vom 7. Juni 2001. <http://agmed.sante.gouv.fr/html/5/5000.htm>.

Assurance maladie des professions indépendantes (CAN-AM) (März 2003). Kosten und Nutzen von Arzneimitteln. Journal Officiel (1999). Décret no 99-915 du 27 octobre 1999.

Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées (2003). Decrease of rate of reimbursement for pharmaceuticals having low or moderate service rendered. Pressemitteilung vom 22. April 2003.

Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées (2003). Pharmaceuticals having an insufficient service rendered: why a de-reimbursement policy? Pressemitteilung vom 4. Juli 2003.

Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées (2001). Re-evaluation of medical service rendered for 4500 special drugs. Pressemitteilung vom 7. Juni 2001. www.sante.gouv.fr/

Österreich: Umfassendes Arzneimittelpaket soll Kosten senken



Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Arzneimittelpaket hat in Österreich ein Bündel von Maßnahmen eingeführt, das die Arzneimittelausgaben senken soll. Das Paket regelt insbesondere die gesetzliche Kostenübernahme von neuen Medikamenten und die Förderung von Generika neu.

Maßnahmenpaket zur Kosten- dämpfung »Chefarztpflicht«

Ergänzend wurden Großhandels- und Apothekenzuschläge reduziert und eine Umsatzsteuer eingeführt. Die Pharmaindustrie wurde zu Zwangsrabatten an die Krankenkassen verpflichtet. Bisher konnte ein von der Sozialversicherung autorisierter Chefarzt die medizinische Notwendigkeit der Verordnung von innovativen und teuren Medikamenten bescheinigen. Dagegen wurden im Heilmittelverzeichnis geführte, frei verschreibungsfähige Medikamente automatisch erstattet.

Farbcodes für neue Medikamente

Seit diesem Jahr erfolgt nun die Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von neuen Produkten anhand eines Farbkodex. Alle neuen Medikamente werden zunächst in den roten Bereich, die »Red Box«, aufgenommen. Je nach Ergebnis eines zeitlich befristeten Bewertungsverfahrens werden sie dann zwei weiteren Boxen zugeordnet oder aber von der Erstattung ganz ausgeschlossen.

Mengenkontrolle für innovative Medikamente

In die »Yellow Box« für ausgesuchte medizinische Indikationen werden Arzneimittel aufgenommen, die einen Zusatznutzen im Vergleich zu bisherigen Therapien aufweisen. Diese Medikamentengruppe soll die Versorgung mit therapeutischen Innovationen für spezifische Patientengruppen gewährleisten. Wie die Arzneimittel der »Red Box« unterliegen auch Präparate dieser Gruppe einer medizinischen Prüfung und Bewilligung durch die Sozialversicherung. Für die Mengenkontrolle sollen die österreichische Ärztekammer und der Hauptverband der Sozialversicherung bis März 2004 eine Vorgehensweise festgelegt haben.

Die »Green Box« schließlich löst das bisherige Heilmittelverzeichnis ab und enthält alle Arzneimittel, die ohne Einschränkung verschreibungsfähig sind.

Generell gilt, dass Arzneimittelpreise zu keinem Zeitpunkt über dem EU-Durchschnitt liegen dürfen, für dessen Ermittlung derzeit ein Verfahren bestimmt wird.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger soll seine

Entscheidungen zur Erstattung von Arzneimitteln aufgrund von Empfehlungen einer neu zu gründenden Heilmittel-Evaluierungskommission fällen. Diese besteht aus 20 Vertretern der Sozialversicherung, der Wissenschaft und der berufsständischen Kammern. Sie ersetzt den bisherigen Fachbeirat des Sozialversicherungsverbands. Richtlinien für die Evaluierung durch die Kommission werden im Frühjahr 2004 erwartet.

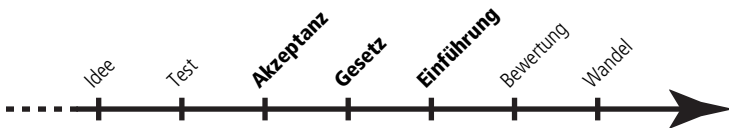
Neue Kommission zur österreichischen Arzneimittelbewertung

Nach Auslaufen des Patentschutzes kommen weitere Regulierungen zum Zug: Der Preis des Originalprodukts wird dann automatisch um 30 Prozent gesenkt. Nachahmerprodukte müssen preislich mindestens 47,5 Prozent darunter liegen. Damit wird der bisher vorgeschriebene Abstand von zehn bis 15 Prozent zu Generika auf nahezu die Hälfte des Originalpreises erhöht.

Forcierte Produktion und Anwendung von Generika

Ist kein Generikum am Markt, kann der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Wirkstoff des Produkts ausschreiben. Des Weiteren gilt für Generika eine geringere Rezeptgebühr als für Originalprodukte (2,82 statt 4,25 Euro pro Packung).

Mit dem Arzneimittelpaket hofft die österreichische Gesundheitsministerin den Anstieg der Kosten bis 2006 um jährlich drei bis vier Prozent senken zu können. Der Verschreibungsanteil von Generika soll von derzeit unter zehn auf 20 Prozent steigen.



Der Gesetzgebungsprozess, der zur Verabschiedung des Arzneimittelpakets führte, war nicht zuletzt deswegen erfolgreich, weil das Ministerium für Gesundheit und Frauen im November 2003 mit dem Verband der Pharmazeutischen Industrie, dem Großhandel und den österreichischen Sozialversicherungen die Grundlagen dieser Reform bereits im Vorfeld verhandelt hatte.

Erfolg dank ausgedehnter Konsensverhandlungen

Aufgrund des breit angelegten Konsenses gilt das Paket als ausgewogen, auch wenn der österreichische Generika-Verband die Maßnahmen als unzureichend und nicht auf lange Sicht wirksam erachtet.

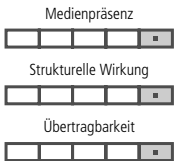
Literatur und Links:

Ministerium für Gesundheit und Frauen: www.bmgf.gv.at/cms/site

Österreichische Sozialversicherung: www.sozialversicherung.at

Rosian, I., et al. (2000). Generika. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).

England und Wales: Bilanz nach vier Jahren Arzneimittelbewertung durch NICE



NICE internationales Vorbild

Pharmabranche mit starker Lobby

WHO für mehr Transparenz und weniger Einfluss der Industrie

Laut einer 2003 veröffentlichten Evaluierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist das National Institute of Clinical Excellence (NICE) international Vorbild für Health Technology Assessment (HTA) und hat sich verdienstermaßen einen Ruf erworben, innovative methodische Ansätze zu entwickeln. Einer Empfehlung des Gesundheitsausschusses im englischen Unterhaus folgend, hatte NICE das europäische Regionalbüro der WHO im Dezember 2002 beauftragt, das mittlerweile vierjährige englische Programm für Bewertung von medizinischen Technologien zu evaluieren.

Kritisch bewerteten die Experten der WHO die Beziehungen von NICE zur Pharmabranche. Da sich die Mehrzahl der knapp 70 Berichte mit Arzneimitteltherapien befasst, gehört die Pharmaindustrie zu den aktivsten Lobbyisten des Instituts. Inzwischen legen Pharmaunternehmen umfassende Studiendaten zu Kosteneffektivität und medizinischer Wirksamkeit vor, um eine Aufnahme ihrer Produkte in die öffentliche Finanzierung zu erreichen. Die Verwendung dieses zum Teil zuvor nicht publizierten Materials hatte NICE in einigen Fällen in Bedrängnis gebracht.

Die WHO empfiehlt, die Transparenz der Entscheidungsprozesse des NICE zu erhöhen. Die internationalen Experten schlagen ferner vor, Mediziner aus Pharmafirmen aus dem Bewertungsgremium auszuschließen und die Arzneimittelindustrie stattdessen durch Anhörungen einzubeziehen.

NICE war 1999 wegen starker regionaler Versorgungsunter-

schiede als staatliche Institution für England und Wales gegründet worden. Die Entscheidung über Kostenübernahme von neuen Leistungen durch den National Health Service basiert seitdem auf der wissenschaftlichen Bewertung des klinischen Nutzens und der Kosteneffektivität durch NICE.

Einige Patienten- und Behindertenverbände hielten NICE vor, dem sozialen Kontext in seinen Bewertungen nicht genug Aufmerksamkeit zu widmen. Die Kritik führte dazu, dass Patientenverbände und andere Bürgervertreter nachträglich in das Bewertungsgremium aufgenommen wurden und heute den Entscheidungsprozess stärker mit beeinflussen können.

**Soziale Aspekte
zu wenig
berücksichtigt**



Wissenschaftlich ist NICE bisher ein Erfolg. Es bleibt abzuwarten, wie groß der Einfluss von evidenzbasierten Empfehlungen auf das gesamte Gesundheitswesen, insbesondere auf gesundheitspolitische Entscheidungen der Prioritätensetzung ist.

Literatur und Links:

Hill, S., Garratini, S., Loenhout van, J., O'Brian, B. J., und Joncheere de, K. (2003). Technology appraisal program of the National Institute for Clinical Excellence: A review by WHO. WHO: Regional Office of Europe.

House of Commons Health Committee (2002). Review of the National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk/pdf/Pressrelease_2003016_Reviewappraisalprocess.pdf.

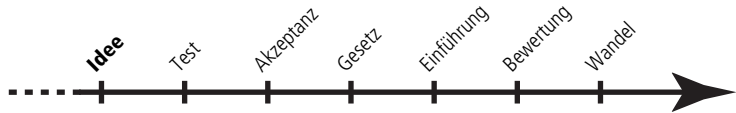
NICE: www.nice.org.uk

Oliver, A., Mossialos, E., Robinson, R. (2004). Health technology assessment and its influence on health care priority setting. *International Journal of Health Technology Assessment* 20, 1-10.

Dänemark: Gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln



Dänemark will die gesundheitsökonomische Evaluierung von Arzneimitteln laut einem Vorschlag der Gesundheitskommission der Regionen stärker als bisher zu einem Kriterium für die gesetzliche Kostenübernahme von Arzneimitteln machen.



**Prüfung von
»Pseudoinnovationen«**

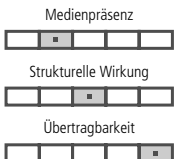
Angesichts der im Jahr 2002 um 14 Prozent gestiegenen Arzneimittelkosten sollen Medikamente, die nur einen geringen medizinischen Zusatznutzen aufweisen, einer kritischeren Bewertung durch die staatliche Arzneimittelbehörde »Laegemedelsstyrelsen« unterzogen werden. Man rechnet mit deutlichem Widerstand von Seiten der Arzneimittelhersteller. Dänische Patienten- und Verbraucherverbände begrüßen, dass die Qualität öffentlich finanzierter Arzneimittel überprüft wird und Zuzahlungen möglicherweise sinken werden. Sie befürchten aber auch, dass der Zugang zu neuen Produkten erschwert wird.

Erfolg der Reformidee noch unklar

Als Träger der öffentlichen Arzneimittelausgaben haben die Kreise großes Interesse daran, pharmaökonomische Bewertungen in die jährlichen Budgetverhandlungen mit der nationalen Regierung aufzunehmen. Auch führende Parlamentarier verschiedener Fraktionen unterstützen diesen Vorschlag.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln in Dänemark durchsetzen kann.

Frankreich: Liberalisierung der Preise für innovative Arzneimittel



Seit 2003 können pharmazeutische Unternehmen in Frankreich die Höhe der Preise für neue Arzneimittel frei festsetzen. Von den regulären Preisvereinbarungen zwischen Herstellern und Staat sind Produkte ausgenommen, die einen therapeutischen Mehrnutzen oder weniger Nebenwirkungen im Vergleich zu an-

deren Arzneimitteltherapien aufweisen. Ziel der Lockerung der Preisgestaltung ist es, die Entwicklung und Vermarktung therapeutischer Neuerungen zu beschleunigen und für Patienten rascher zugänglich zu machen.

**Freie Preise
für neue
Medikamente**

Bislang sind französische Arzneimittelpreise eher niedrig, Preise für innovative Produkte jedoch nähern sich dem EU-Durchschnitt. Selbst Medikamente mit nur geringfügigem zusätzlichem Nutzen erzielen meist höhere Preise als eingeführte Präparate mit vergleichbarem therapeutischem Nutzen.

**Französische
Arzneimittel
kosten weniger**

Seit 1994 werden alle Arzneimittelpreise in Vereinbarungen zwischen den Herstellern und dem staatlichen Comité économique des produits de santé (Wirtschaftsrat für Gesundheitsprodukte) festgesetzt. Kriterien für die Höhe des Preises sind unter anderem der zu erwartende Absatzmarkt des Produkts und die Bewertung des therapeutischen Zusatznutzens im Vergleich zu bestehenden Therapien. Die Bewertung und Einordnung der Medikamente in die ASMR-Klassifikation (Amélioration du service médical rendu) erfolgt durch die so genannte Commission de transparence.

**Transparenzkommission bewertet
Zusatznutzen**

Der französische Rechnungshof hielt dem Comité économique des produits de santé in der Vergangenheit vor, die Interessen der Pharmaindustrie höher zu bewerten als gesundheitliche Ziele. Deutlich kritisiert wurde zudem die mangelnde Transparenz der Preisverhandlungen, inkonsistente Entscheidungen der Commission de transparence und die ungenügende Steuerung der Arzneimittelausgaben und -qualität.

**Zugeständnisse
an Arzneimittel-
industrie**

Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah daher eine Verordnung vor, nach der nur solche Arzneimittel von staatlichen Preisvereinbarungen ausgenommen werden, die einen bedeutenden oder mindestens mäßigen therapeutischen Mehrnutzen laut der ASMR-Klassifikation aufweisen. Die Pharmafirmen forderten demgegenüber eine weiterreichende Liberalisierung der Preisbildung mit dem Argument, eine restriktive Preiskontrolle behindere Forschung und Innovation.

Als Ergebnis intensiver Lobbyarbeit werden nun der Pharmaverband LEEM und das Comité économique des produits de santé darüber verhandeln, welcher Zusatznutzen erforderlich ist, damit ein Arzneimittel unter die Preisliberalisierung fällt. Zudem können die Hersteller die Preise entgegen einer anfänglich vor-

gesehenen Befristung auf sechs Monate zeitlich unbeschränkt bestimmen. Die staatliche Einflussnahme ist auf ein Vetorecht auf den Preis bei Markteintritt des Produkts begrenzt.



**Kurswechsel in
französischer
Arzneimittelpolitik**

Die Liberalisierung der Arzneimittelpreise bedeutet einen entscheidenden Wandel in der französischen Arzneimittelpolitik. Die Reform wurde ohne große öffentliche Debatte und vor allem mit nur begrenzter Einflussnahme durch die Krankenversicherungen umgesetzt, obwohl diese mit erheblichen Preissteigerungen rechnen müssen.

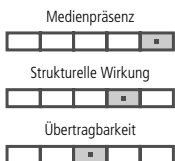
Ob die pharmazeutische Forschung der Industrie und die Versorgung mit innovativen Produkten von der Preisreform profitieren werden, bleibt abzuwarten.

Literatur und Links:

Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées: www.sante.gouv.fr

Festbeträge und Generika

Spanien: Neue Festbetragsregelung mit Nebenwirkungen



Als Reaktion auf steigende Arzneimittelkosten veränderte das spanische Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz die geltende Festbetragsregelung grundlegend.

Während der regionalen Wahlen in Madrid und Katalonien und vor den nationalen Wahlen 2004 kamen prognostizierte Einsparungen von ca. 400 Millionen Euro im Arzneimittelsektor medienpolitisch sehr gelegen. Daher wurde die Reform der Festbetragsregelung von den Regionen unterstützt, obwohl sie einen Eingriff in das seit 2002 vollständig dezentralisierte Gesundheitswesen Spaniens darstellen.

**Zentrale und
regionale Politik
im Konsens**



Durch die Reform im Mai 2003 werden alle austauschbaren Darreichungsformen und Dosierungen eines Wirkstoffs in einer Festbetragsgruppe zusammengeführt. Der Festbetrag wird aus dem Durchschnitt der drei preisgünstigsten Tagesdosiskosten (auf Grundlage der »daily defined dosis« der WHO) berechnet.

Apotheken sind seit Oktober 2003 verpflichtet, verordnete Medikamente oberhalb des Festbetrags durch das günstigste Generikum zu ersetzen. Preise für Generika dürfen den Festbetrag grundsätzlich nicht übersteigen. Die Festbetragsregelung war 2000 für alle patentfreien Produkte eingeführt worden und berücksichtigte bislang sowohl Preisspanne als auch Marktanteile der günstigsten Präparate in der jeweiligen Wirkstoffklasse. Zuvor waren Festbetragsgruppen mit jeweils gleichem Wirkstoff und gleicher Verordnungsform gebildet worden.

Die spanischen Hersteller von Generika sind gegen die neue Festbetragsregelung und befürchten Absatzeinbrüche von 40 bis 70 Prozent. Sie fordern daher, Festbeträge nur für Medikamente mit einem Marktanteil von mindestens 30 Prozent vorzusehen und Preisregulierungen auch für patentgeschützte Medikamente einzuführen. Sie kritisieren, dass Generika gegenüber Markenprodukten unter der neuen Regelung nicht konkurrenzfähig seien und der Anreiz, Generika herzustellen, sinken werde. Um einen Ausschluss aus der öffentlichen Finanzierung zu vermeiden, würden die Preise auch für Originalpräparate in Zukunft nahe der niedrigsten Marktpreise liegen. Im Unterschied zu Nachahmerprodukten könnten diese aber von Vorteilen wie dem Markennamen oder Erfahrung bei der Vermarktung profitieren.

Auch der spanische Rat für Wirtschafts- und Sozialfragen (Consejo Económico y Social) äußert Bedenken, obwohl er die Festbetragsreform prinzipiell unterstützt. Er weist darauf hin, dass nunmehr Festbeträge auf Basis aller zugelassenen Medikamente gebildet werden – ungeachtet der Tatsache, ob sie tatsächlich noch vermarktet werden. Dies berge die Gefahr, dass die

**Radikale
Neuregelung für
Festbeträge**

**Substitution mit
billigstem Produkt
der Festbetrags-
gruppe**

**Generikaverband
befürchtet
Absatzverluste
und Konkurrenz**

**Versorgungs-
lücken und Wett-
bewerbsverzerrung**

Versorgung mit einigen Arzneimittelformen nicht gewährleistet sei und wettbewerbsverzerrende Reaktionen der Pharmahersteller ausgelöst würden. Die Festbetragsgruppierung sei zudem zu heterogen und bevorzuge Darreichungsformen mit höherer Dosierung.

**Festbetragsreform
ignoriert
Kostentreiber**

Obwohl für die meisten Arzneimittel eine Absenkung der Festbeträge um 20 bis 80 Prozent erwartet wird, bewirkt die neue Festbetragsregelung insgesamt nur eine Preissenkung bei einem Fünftel aller in Spanien zugelassenen Arzneimittel. Denn patentgeschützte Medikamente, die wie anderen Ländern auch in Spanien den größten und am schnellsten wachsenden Marktanteil ausmachen, sind von der Festbetragsregelung ausgenommen. Langfristig können durch die Reform höhere Kosten entstehen, wenn die pharmazeutischen Unternehmen patentgeschützte Pharmaka verstärkt vermarkten.

Die Reform der Festbeträge wurde unter hohem Zeitdruck und ohne intensive öffentliche Diskussion eingeführt. Möglich ist, dass sie so nur kurzfristig wirksam werden konnte und viele Nebeneffekte in Kauf genommen wurden.

Literatur und Links:

Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003). Gesetz 16/2003 vom 28.05.2003.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (2003). Repercusión sobre la economía de la oficina de farmacia de la Orden Ministerial que desarrolla la disposición final tercera de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Consejo Económico y Social (2003). Dictamen sobre el proyecto de orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones y de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Orden Ministerial 2958/2003, Verordnung vom 23.10.2003.

Raimundez, G. (2003). Precios de referencia: la crónica de una muerte anunciada para el genérico. Revista Española de Economía de la Salud, 5-6, 158-161.

Finnland: Erfolgreiche Aut-idem-Regelung

Seit April 2003 müssen finnische Apotheken rund 1900 verschreibungspflichtige Arzneimittel durch billigere Medikamente ersetzen. Diese sind auf einer Liste der nationalen Arzneimittelbehörde aufgeführt. Die Preisgrenzen, oberhalb derer eine Substitution erfolgen muss, werden alle drei Monate von der Sozialversicherung neu kalkuliert. Zu dem momentan günstigsten Produkt derselben Wirkstoffklasse werden zwei Euro dazuge-rechnet beziehungsweise drei Euro bei Medikamenten, die teurer als 40 Euro sind.

Bei der vergleichbaren deutschen Aut-idem-Regelung gab es bisher eine komplizierte Prozedur zur Ermittlung der Obergrenzen, die die Preisspanne aller Medikamente der Wirkstoffklasse berücksichtigte und ein unteres Preisdrittel ermittelte. Diese Berechnung ist nun mit dem GKV-Modernisierungsgesetz entfallen. Dafür setzen die Kassen die Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel im unteren Preisdrittel fest.

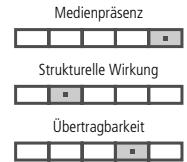
Im Unterschied zu Deutschland können in Finnland nicht nur der behandelnde Arzt aus medizinischer Sicht, sondern auch Patienten ohne Angabe von Gründen die Substitution ablehnen.

In der finnischen Arzneimittelpolitik gilt die Reform als unerwartet erfolgreich. Trotz vehementen Widerstands durch Pharmaindustrie und Kritik von Ärzten, Apothekern und Patientenorganisationen wurde das Gesetz Ende 2002 im Wesentlichen unverändert verabschiedet.

Nach einer ersten vorläufigen Bilanz werden die Einsparungen im ersten Jahr mit voraussichtlich fünf Prozent der Arzneimittelkosten nahezu doppelt so hoch ausfallen wie erwartet. Zu zwei Dritteln ist dies auf deutlich gesunkene Herstellerpreise zurückzuführen.

Das einzige große finnische Pharmaunternehmen, das sich auf hochpreisige Generika spezialisiert hatte, musste aufgrund von Preissenkungen seiner Produkte 300 Angestellte entlassen. Bisher hatten teuer vermarktete Generika in Finnland einen deutlich höheren Marktanteil als billige Nachahmerprodukte.

In Deutschland mag überraschen, dass die finnischen Ärzte die Substitution in den seltensten Fällen ablehnten und in 70 Prozent der Fälle bereits ausreichend günstige Medikamente ver-



Austausch mit den günstigsten Präparaten

Deutsche Aut-idem-Regelung weniger drastisch

Ablehnung durch Patient und Arzt

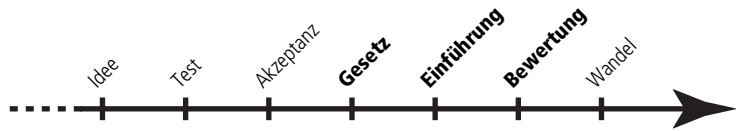
Erfolgreiche Opposition durch Industrie, Ärzte und Apotheker

Unerwartet hohe Senkung der Arzneimittelkosten

Hersteller von teureren Generika sind Verlierer

Akzeptanz bei Patienten und Ärzten

schreiben. Vor der Reform hatten Ärzte die Verschreibung von Generika nur marginal genutzt. Ein knapp 90 Prozent großer Anteil der Patienten akzeptierte die Ersatzpräparate, vermutlich auch, weil Zuzahlungen in Finnland vom Medikamentenpreis abhängen.



Vorbild Schweden

Insgesamt ähneln die Erfahrungen denen des Nachbarlands Schweden, das als eines der Vorbilder für die finnische Reform gilt.

Wie nachhaltig die Einspareffekte der Reform sind, wird hauptsächlich davon abhängen, in welchem Ausmaß die Pharmaindustrie ihren Schwerpunkt auf patentgeschützte Präparate verlagert. Allerdings konnten in Finnland bisher nur geringfügige kompensatorische Preiserhöhungen beobachtet werden.

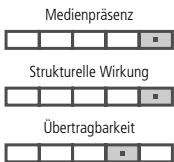
Literatur und Links:

Forschungseinrichtung der finnischen Sozialversicherung:
www.kela.fi

Ärzte und Patienten

Südkorea: Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln

Die seit Jahrzehnten überfällige Arzneimittelreform führte im Jahr 2000 per Gesetz die in anderen Ländern schon lange praktizierte Trennung von Verordnung und Abgabe von Medikamenten ein. Seitdem dürfen nur Ärzte Arzneimittel verschreiben und die Abgabe von Medikamenten erfolgt ausschließlich durch Apotheken. Ziel war, den Missbrauch und die medizinisch unbegründete Anwendung insbesondere von Antibiotika einzuschränken.



**Eindämmung von
Über- und
Fehlverordnung
von Arzneimitteln**

Treibende Kraft hinter der Reform war ein Bündnis aus Wissenschaftlern und Bürgervertretern. Ärzte und Apotheker opponierten gegen das Gesetz. Die Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln war lange Zeit eine wichtige Einkommensquelle für südkoreanische Mediziner, die Arzneimittel zu einem niedrigeren Preis bei den Herstellern einkaufen konnten und sich anschließend von der Krankenversicherung einen höheren Betrag erstatten ließen.

Nach der Verabschiedung des Gesetzes kam es zu landesweiten Streiks der Ärzteschaft, die wirtschaftliche Einbußen befürchtete. Schließlich konnten die Ärzte einige Änderungen durchsetzen, beispielsweise bei der Abgrenzung von verschreibungspflichtigen zu rezeptfreien Medikamenten oder der Verordnungspflicht von Generika.

Die Apotheker kritisierten in erster Linie den Wandel ihres Berufsbildes, der sie auf die Rolle reiner Arzneimittellieferanten reduziere. Der Einfluss der Apothekerlobby auf den Reformprozess war jedoch deutlich geringer als der der Ärzteschaft.

Ärzteschaft
erzwingt
abgeschwächte
Gesetzesregelung



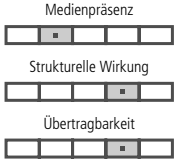
Im Endergebnis fehlen in Südkorea nach wie vor entscheidende Anreize, Medikamente kostenbewusst und qualitätsorientiert zu verordnen.

Reform weniger
einschneidend als
geplant

Literatur und Links:

Kwon, S. (2003). Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. *Social Science and Medicine* 57, 529–538.
 Kwon, S. (2003). The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea. Harvard Center for Population and Development. www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/Kwon%20wp1310.pdf.

Finland: Unabhängige Arzneimittelinformation für Ärzte



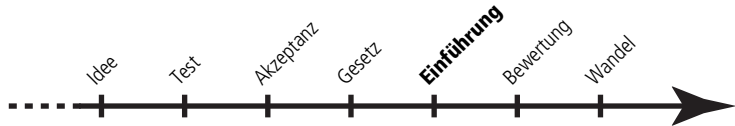
Vernetzung mit Anbietern, Behörden und Kostenträgern

Unabhängige Information und Weiterbildung

Eine im Juli 2003 neu gegründete Regierungsbehörde wird Ärzte darin unterstützen, Medikamente rationaler zu verordnen. Fortbildungsmaßnahmen und von der Industrie unabhängige Arzneimittelinformationen für Mediziner sollen unter anderem dazu führen, dass die Arzneimittelkosten in Finnland sinken.

Das neue Entwicklungszentrum für Arzneimitteltherapie soll mit lokalen Gesundheitszentren, Krankenhausdistrikten, Sozialversicherungsinstitutionen und der nationalen Arzneimittelbehörde kooperieren, aber keinerlei finanzielle oder sonstige Verbindung mit der Pharmaindustrie unterhalten.

Das neue Zentrum ist institutioneller Nachfolger des seit 1998 durchgeführten Regierungsprogramms »Rationale Pharmakotherapie« (ROHTO). Die Methoden von ROHTO waren laut einer Evaluierung im Jahr 2002 sehr erfolgreich und sollen durch das Zentrum fortgeführt werden. Die Evaluierung unterzog Ärzte einer kritischen Analyse ihres Verschreibungsverhaltens. In Kleingruppen und mit dem Ansatz problemorientierten Lernens wurden evidenzbasierte Leitlinien für die alltägliche Praxis vermittelt.



Unterstützt von Sozialversicherung und Ärzteschaft verlief der Prozess der Gesetzgebung ohne wesentliche Hürden. Die Pharmaindustrie kritisierte, dass die Behörde den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf kosten dämpfende Maßnahmen setzen werde.

Die wesentliche Herausforderung des Zentrums wird es sein, einen Gegenpol zu den einflussreichen Vermarktungsstrategien der pharmazeutischen Unternehmen zu bilden. Die neue Behörde wird vor allem dann die Versorgung und Kosten von Arzneimitteln beeinflussen können, wenn es ihr gelingt, sich auf spezielle Problembereiche der Arzneimitteltherapie zu konzentrieren.

Wettstreit mit den Arzneimittelherstellern

Literatur und Links:

Forschungseinrichtung der finnischen Sozialversicherung:
www.kela.fi

Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R., Klaukka, T., und Hoppu, K. (2003). Focusing on changing clinical practice to enhance rational prescribing – collaboration and network enable comprehensive approaches. *Health Policy* 66, 1-10.

Ministerium für Soziales und Gesundheit (2002). Decision in Principle by the Council of State on securing the future of health care. www.stm.fi/english/eho/publicat/broo02_6/broo02_6.pdf.

Nikkarinen, T., Huvinen, S., und Brommels, M. (2002). National consensus and local consideration. Changing the prescription practices by means of training. Evaluation Report of the ROHTO Project. www.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/rohto/summary.htm.

Neuseeland: Weiterhin Direktwerbung

Neuseeland und die USA sind die einzigen Industrieländer, in denen direkt an die Patienten gerichtete Werbung von verschreibungspflichtigen Medikamenten gestattet ist. Das Europäische Parlament lehnte im November 2002 einen Kommissionsvorschlag zur Zulassung des »direct-to-consumer advertising« (DTCA) ab.

Im Februar 2003 forderten führende neuseeländische Allgemeinärzte, diese Form der Werbung zu verbieten. Stattdessen schlugen sie dem Gesundheitsministerium vor, ein Institut zur industrieunabhängigen Verbraucherinformation einzurichten.

Ärzte berichten zunehmend, unter dem Druck der Patienten beworbene Medikamente zu verschreiben. In Neuseeland nimmt DTCA vor allem für Arzneimittel zu, die in der öffentlichen Diskussion sind. Ein Großteil der Werbung konzentriert sich auf Lifestyle-Produkte. Analysen zeigen, dass die Ausgaben für diese Medikamente signifikant steigen.

Schon lange wird das Thema Arzneimittelwerbung in Neusee-



**Ärzte fordern
Werbeverbot und
unabhängige
Verbraucher-
information**

Seit Jahren
kontroverse
Diskussion

land heftig diskutiert. Die Pharmaindustrie lehnt das Werbeverbot ab und plädiert stattdessen für strengere freiwillige Selbstkontrollen. Verbraucher und Patienten sind in ihrer Haltung uneinheitlich. Einer wissenschaftlichen Studie zufolge lehnen zwei Drittel ein Werbeverbot ab; es gibt aber auch Organisationen, die sich für ein Verbot von Arzneimittelwerbung aussprechen.

Vorstoß der Ärzte
wenig aussichts-
reich

In einem 2000/2001 publizierten Regierungsgutachten sprach sich eine knappe Mehrheit der Bevölkerung für die Beibehaltung von DTCA aus; die Regierung entschied sich gegen die Abschaffung des Werbeverbots. Es ist unwahrscheinlich, dass die neuerliche Initiative der Ärzteschaft einen Wechsel der Regierungsposition bewirken wird.

Literatur und Links:

New Zealand Departments of General Practice and Schools of Medicine (2003). Direct to Consumer Advertising of Prescription Drugs in New Zealand: For Health or for Profit? www.chmeds.ac.nz/report.htm

PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency): www.pharmac.govt.nz/stat.asp

Researched Medicines Industry (2003). Patients' right to know under threat. www.rmianz.co.nz/html/views/gpweek/2003/100903.htm.

Kurznachrichten

Dieses Kapitel berichtet über weitere aus deutscher Perspektive aufschlussreiche Reformen und schreibt gesundheitspolitische Entwicklungen aus dem ersten Survey fort. Ergänzend empfiehlt sich die Lektüre des ersten Berichts »Gesundheitspolitik in Industrieländern« (1/2003).

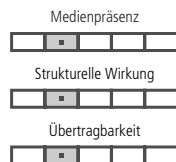
Finanzierung und Vergütung

Schweiz: Kopfprämien belasten Familien und Geringverdiener

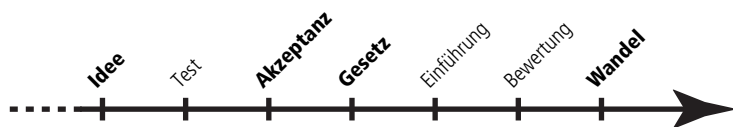
Im Dezember 2003 lehnte das Schweizer Parlament ein umfassendes Reformpaket, die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes, ab. Damit sind Vorschläge, die soziale Ungerechtigkeit des Kopfprämiensystems auf dem Gesetzeswege zu reduzieren und die heterogenen Prämienverbilligungssysteme in den Kantonen zu vereinheitlichen, vorerst gescheitert.

In Deutschland haben die Empfehlungen der Rürup- und Herzog-Kommission die Diskussion über eine nachhaltige Reform der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einen radikalen Systemwechsel mit Einführung von Kopfprämien eröffnet. Für die deutsche Diskussion ist von besonderem Interesse, dass die Schweizer Bevölkerung in einem Referendum 2003 die Ablösung der Kopfprämien durch einkommens- und vermögensabhängige Beiträge entschieden ablehnte, sich aber in repräsentativen Meinungsumfragen regelmäßig für letztere Finanzierungsform ausspricht.

Das KVG-Reformvorhaben der Schweizer Regierung sah vor, Personen, die mehr als zwölf Prozent ihres Einkommens für



Krankenkassenprämien ausgeben, durch steuerfinanzierte Verbilligungen zu entlasten. Für Familien sollten niedrigere Einkommensgrenzen gelten. Sie sollten zusätzlich ab dem zweiten Kind von Prämienzahlungen befreit werden.



Die Kantone fürchteten erheblichen finanziellen Mehraufwand. Entsprechend der Position des Ständerats, der Schweizer Kantonsvertretung, wurden daher kurzfristig wesentliche Teile des Regierungsvorschlags aus der endgültigen Abstimmungsvorlage entfernt. Dies führte unter anderem zur Ablehnung des Revisionsentwurfs durch Sozial- und Christdemokraten.

In der Schweiz müssen nun Reformbemühungen zur Entlastung von Niedrigverdienern und Familien von vorn beginnen.

Literatur und Links:

Balthasar, A. (2003). Wie viel kostet das Sozialziel die Kantone? Schwieriger Weg zur gerechten Prämienverbilligung. Neue Zürcher Zeitung vom 2.6.03.

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2000). Eidgenössische Volksinitiative »Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)«. Art. 34bis, UeBst Art. 24 (neu), Art. 25 (neu). www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vi274.html.

Busse, R., und Schlette, S. (2003). Schweiz: Referendum für die Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen 1/2003. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Das Schweizer Parlament (2000). Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. (BBl 2001 741). www.parlament.ch/afs/toc/d/gesch/d_mainFrameSet.htm.

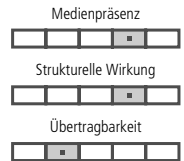
Schweizerische Sanitätsdirektion (2003). Schlussrunde in der KVG-Revision. Unterlagen für Interventionen gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern Ihres Kantons im Bundesparlament Bern, 27. August 2003. (U/Ze.: 43.225/Arg/MJ).

Spycher, S. (2003). Kopfprämien oder einkommensabhängige Prämien? Grundsätzliche Überlegungen aus schweizerischer Sicht. Die BKK 6, 287-293.

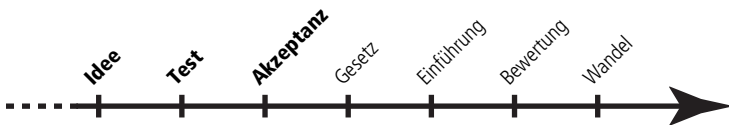
Frankreich: Diskussion um Reform der Finanzierung

Ein Gutachten im Auftrag des Gesundheitsministeriums, der Chadelat-Report vom April 2003, hat in Frankreich eine Grundsatze debatte über die Umstrukturierung des Gesundheitssystems entfacht. Um den behaupteten Ineffizienzen des bisherigen Systems zu begegnen, entwirft der Bericht des französischen Sozialversicherungsexperten Jean-François Chadelat ein dreistufiges Krankenversicherungsmodell.

Basis ist eine gesetzliche Grundsicherung mit einem neu zu definierenden Leistungskatalog. Zuzahlungen für Leistungen sollen zwischen 0 und 100 Prozent liegen, können als zweite Stufe aber durch den freiwilligen Abschluss einer gesetzlichen Zusatzversicherung (»mutuelle«) gedeckt werden. Die Versicherungen – auch die Mutuelles – unterliegen strengen staatlichen Auflagen. Versicherte haben drittens die Möglichkeit, für Leistungen außerhalb des Katalogs eine Privatversicherung abzuschließen, die den staatlichen Auflagen nicht unterliegt.



Zuzahlungen in drei Stufen



Auch öffentliche Versicherer schlugen eine Reihe von Kombinationen gesetzlicher und privater Versicherungen vor. Private Anbieter bevorzugen indessen risikoadjustierte Kopfprämien wie im niederländischen und deutschen PKV-System, eine gesetzliche

Basissicherung für »Katastrophen« und/oder Managed-Care-Modelle nach US-amerikanischem Vorbild.

Auch in Frankreich sind die diversen Vorschläge Anlass zu einer Verteilungsdiskussion darüber, wie viel Verantwortlichkeit bei Individuum und Gesellschaft liegt, wie soziale Gerechtigkeit bei Zugang und Finanzierung von Gesundheitsleistungen gestaltet werden kann und welche Rolle Staat und Markt spielen.

Da die Empfehlungen des Chadelat-Reports sehr umstritten waren, entschied das Gesundheitsministerium, eine neue Kommission für die Zukunft der Krankenversicherung, den »Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie«, zu berufen. Nach öffentlichen Anhörungen soll dieser Rat im Juni 2004 einen offiziellen Bericht zur Finanzierung des Gesundheitssystems vorlegen, der Grundlage für ein Gesetz zur Reform des Sozialversicherungsbudgets 2005 sein wird.

Literatur und Links:

Chadelat-Report vom April 2003: www.sante.gouv.fr/htm/actu/chadelat.pdf

L'assurance maladie: www.ameli.fr/2/RUB/2/homeb.html

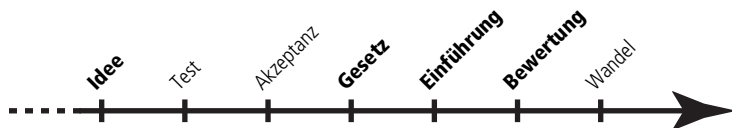
Südkorea: Einheitskasse – mehr soziale Gerechtigkeit

Medienpräsenz	■				
Strukturelle Wirkung				■	
Übertragbarkeit					■

Die Fusion aller südkoreanischen Krankenversicherungsgesellschaften zu einer einzigen Krankenkasse wird in Südkorea als Erfolg gewertet: Ziel war ein gerechteres Versicherungssystem. Bis 1999 gab es in der Republik Korea 350 voneinander unabhängige Versicherungen. Sie boten zwar einen vergleichbaren Leistungskatalog, unterschieden sich aber deutlich in der Höhe der Beitragssätze.

Die Einführung einer landesweiten Krankenkasse mit einheitlichen Beiträgen erleichterte die Umverteilung der Einnahmen und machte Einsparungen von Verwaltungskosten möglich. Die Reform begegnete damit zum einen der sozialen Unausgewogenheit des bisherigen Systems und löste zum anderen das Problem der Zahlungsunfähigkeit von Versicherungen im ländlichen Raum.

Nach wie vor schwierig gestaltet sich die Einkommens- bzw. Beitragsberechnung von selbständigen Versicherten.



Unter dem Eindruck der Krankenkassenfusionen in Deutschland bleibt die Beobachtung der koreanischen Versicherungsreform spannend: Welche Auswirkungen hat eine Einheitskasse auf Qualität, Kosteneffizienz und Zugang/Versorgungsgerechtigkeit auf lange Sicht?

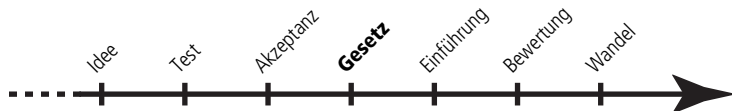
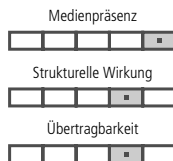
Was passiert nach der Fusion?

Literatur und Links:

Kwon, S. (2003). Health care financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review* 56, 75–94.

Kalifornien: Eine Million Beschäftigte erhalten Krankenversicherungsschutz

Als letzte Amtshandlung unterzeichnete der vormalige kalifornische Gouverneur Gray Davis im Oktober 2003 ein Gesetz, das Tausende von kalifornischen Arbeitgebern verpflichtet, für ihre Beschäftigten eine Krankenversicherung abzuschließen.



Als Erfolg der Arbeitgeberverbände gilt, dass diese Regelung nur Unternehmen mit über 50 Angestellten berührt. Wesentliches Argument war, dass deutliche Nachteile für die kalifornische Wirtschaft und Arbeitsmarktsituation entstünden, wenn die zahl-

**Arbeitgeber
setzen einge-
schränkte
Versicherungs-
pflicht für
Unternehmen
durch
86 Prozent
unversicherter
Kalifornier
weiterhin ohne
Schutz**

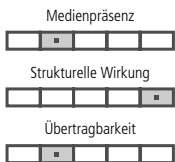
reichen kleineren Unternehmen, die die Mehrzahl der unter- bzw. gar nicht versicherten Kalifornier beschäftigt, durch die Versicherungspflicht gezwungen würden, aus Kalifornien abzuwandern.

Die Zahl unversicherter Bürger liegt in Kalifornien mit 18 Prozent über dem US-amerikanischen Durchschnitt. Das Gesetz führt dazu, dass immerhin jeder Sechste der bisher sieben Millionen Unversicherten vor dem Risiko des finanziellen Ruins durch Krankheit bewahrt wird. Kritiker weisen auf die immer noch sehr hohe Zahl unversicherter Kalifornier hin, die das zwar medienwirksame, aber letztlich nicht sehr effektive Gesetz wegen der Ausnahmeregelung für die vielen Klein- und Kleinstbetriebe nicht begünstigen wird.

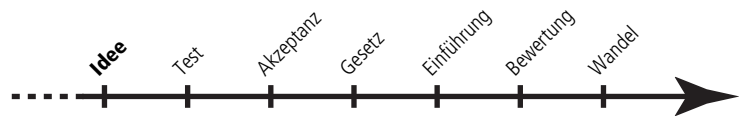
Literatur und Links:

Official California Legislative Information: www.leginfo.ca.gov

Finnland: Reformvorschlag für Managed Care



Der Generaldirektor der finnischen Sozialversicherungsinstitution hat einen fundamentalen Systemwechsel in Finnland vorgeschlagen. Der Ansatz folgt dem Managed-Care-Konzept und sieht vor, dass eine nationale gesetzliche Krankenversicherung auf kommunaler Ebene Verträge mit öffentlichen oder privaten Leistungserbringern schließt.



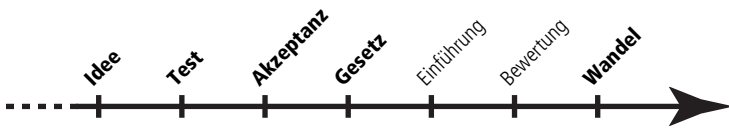
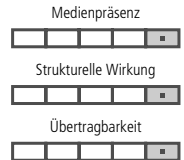
Wie bisher würden die Gemeinden von der neuen nationalen Versicherung ein gewichtetes Gesamtbudget erhalten, das sich an Bevölkerungszahl, Alter, Morbidität und Finanzkraft der Kommunen bemisst.

Ein »single payer«-System würde das bestehende duale Sys-

tem aus dezentralem Gesundheitsdienst und ergänzender Krankenversicherung abschaffen, das häufig zu Parallelförderung führt. Die finanzielle Belastung vor allem für kleine Gemeinden würde reduziert und ihre Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern gestärkt. Eine einheitlichere und qualitätsgesicherte Versorgung, größere Wahlfreiheit der Patienten und bessere Koordination der Dienstleistungssektoren sind Ziele dieses Reformvorschlages, der wesentliche Probleme des finnischen Systems lösen soll. Seine Realisierung erfordert jedoch einen langwierigen politischen Prozess und betrifft nahezu alle Beteiligten des Gesundheitswesens. Die Chancen für eine Umsetzung scheinen gering, da bisher keine Partei oder wichtige Interessengruppe die Reformidee aufgegriffen hat.

Schweiz: Kontrahierungszwang bleibt bestehen

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs war einer von vielen Reformbestandteilen der zweiten Revision des Krankenversicherungsgesetzes, die im Dezember 2003 im Schweizer Parlament scheiterte. Die zweite Revision sah vor, selektive Verträge von den Schweizer Managed-Care-Modellen auf den gesamten niedergelassenen Bereich auszuweiten. Von einem wettbewerblich orientierten System erhofften sich insbesondere Versicherer eine effizientere und qualitätsgesicherte Versorgung.

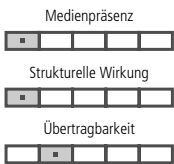


Ärzteorganisationen und Patientenverbände lehnten die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ab. Um ihre beruflichen und ökonomischen Interessen zu sichern, initiierte die Ärzteschaft eine Volksabstimmung gegen den Gesetzesvorstoß. Angesichts der Bedrohung, in der Wahlfreiheit des Arztes deutlich eingeschränkt zu sein, hätte eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung die Reform mit größter Wahrscheinlichkeit spätestens in einem Referendum abgelehnt.

Literatur und Links:

Das Schweizer Parlament (2000). Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. (BBl 2001 741). www.parlament.ch/afs/toc/d/gesch/d_mainFrameSet.htm.
Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen: www.fmh.ch/ww/de/pub/homepage.htm

Frankreich: Niedergelassene Ärzte blockieren Vertragssystem



Mindestvereinbarung statt Reform

In Frankreich sind Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden über eine neuerliche Reform des Vertragssystems der ambulanten Versorgung gescheitert.

Das 2002 eingeführte dreistufige Vertragsmodell sah Zielvereinbarungen zwischen allen Leistungsanbietern des ambulanten Sektors und den Kassen vor, um die Koordination der Berufsgruppen, die Qualität der Versorgung und Kosteneffektivität zu verbessern.

Anstelle einer weitreichenden Revision dieses Modells schloss das Gesundheitsministerium im September 2003 mit den Facharztverbänden lediglich eine Mindestvereinbarung ab (»Règlement Conventionnel Minimal«), die eine höhere Leistungsvergütung garantiert und nach der sich die Mediziner im Gegenzug verpflichten, am neuen Vertragssystem überhaupt teilzunehmen.

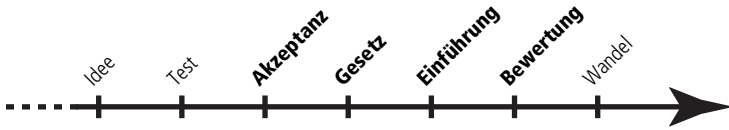
Ein Berufsgruppen übergreifender Rahmenvertrag und nationale Vereinbarungen mit einzelnen Berufsgruppen sind Voraussetzung für Vertragsabschlüsse einzelner Leistungserbringer mit den Kassen. Bei den freiwilligen Einzelverträgen können Ärzte und andere Leistungsanbieter wählen, ob sie sich zu einer qualitätsorientierten Versorgung verpflichten (Contrat de pratique professionnelle) oder den Schwerpunkt auf Prävention und Integration (Contrat de santé publique) legen.

Viele nichtärztliche Berufsgruppen haben mittlerweile Verträge abgeschlossen. Dagegen zeigte die Ärzteschaft mit traditionell führender Position der professionellen Hierarchie wenig Interesse am berufsübergreifenden Ansatz der Reform. Ihre Opposition gegen das neue Vertragssystem begründeten die Mediziner da-

Gemeinsame Verträge für alle Berufsgruppen

Ärztenschaft fürchtet Statusverlust

mit, dass es den Weg zu allgemeinen selektiven Verträgen ebnet würde. Die zusätzliche Pauschalvergütung der Einzelverträge widerspräche zudem dem sonstigen Prinzip der Einzelleistungsabrechnung. Insbesondere Fachärzte kritisierten die neuerliche Trennung der Verträge für Allgemeinärzte und Spezialisten.



Eine Ersatzvornahme der Regierung wurde erforderlich, da bis auf Verträge mit den Allgemeinmedizinern bisher alle regulären Verhandlungen der Selbstverwaltung scheiterten. Zum jetzigen Zeitpunkt ist unklar, ob die bis Dezember 2004 gültigen finanziellen Zugeständnisse an die Ärzteschaft die Spannung ausreichend verringern, um die Reformbemühungen doch noch zum Erfolg zu führen.

Scheitern der Selbstverwaltung verlangt politischen Eingriff

Literatur und Links:

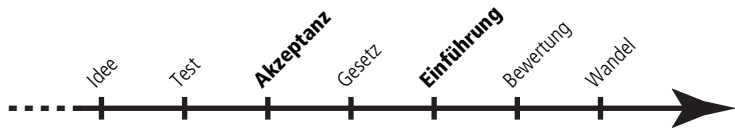
- L'assurance maladie: www.ameli.fr/2/RUB/2/homeb.html
- Confédération des Syndicats Médicaux Français: www.csmf.org
- Fédération Française des Médecins Généralistes: www.medsyn.fr/mgfrance
- Poindron, P.-Y. (2003). Réforme de l'assurance maladie, ce que veulent les professionnels de santé. *Le Concours Médical* 125 19, 1078–1080.
- Syndicat des Médecins Libéraux: www.gie-sml.fr/default.htm

Qualität der Versorgung

Kanada: Unabhängiger Rat für Gesundheitspolitik



Nach dem Vorbild der Provinz Saskatchewan richtete Kanada im September 2003 einen nationalen Qualitätsrat, den »Council for Quality Improvement in Health Care«, ein. Dieses Gremium soll die Provinzregierungen bei Reformen im Gesundheitswesen politisch unabhängig beraten. Trotz der Bedenken einiger Provinzen gegen einen »nationalen Wachhund« konnte die kanadische Regierung die Etablierung des Qualitätsrats durchsetzen. Er setzt sich aus gesundheitspolitischen Experten, Regierungsmitgliedern und Bürgervertretern zusammen.



Mit dem übergeordneten Ziel, den Gesundheitszustand der kanadischen Bevölkerung zu verbessern, soll der Qualitätsrat zu Fragen der Finanzierung und Steuerung der Versorgung und anderen relevanten Aspekten des Gesundheitssystems wissenschaftlich fundierte Empfehlungen abgeben. Da der Qualitätsrat über die Leistungsfähigkeit des Systems unmittelbar an die Öffentlichkeit berichtet, können gesundheitspolitische Entscheidungen transparenter gestaltet werden.

Literatur und Links:

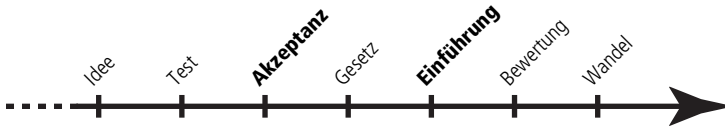
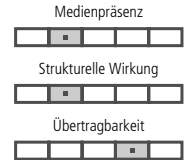
Commission on the Future of Health Care in Canada:
www.healthcarecommission.ca

Qualitätsrat in der Provinz Saskatchewan: www.hqc.sk.ca
Romanow, R. J. (2002). Building Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report. Commission on the Future of Health Care in Canada. www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html.

Busse, R., und Schlette, S., Kanada: Saskatchewan – unabhängige Kommission zur Qualitätsverbesserung. In: Ge-

Neuseeland: Nationale Strategie für Qualität im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsministerin will Qualitätssicherungsmaßnahmen in Neuseeland eine einheitliche strategische Richtung geben. Ein Papier vom September 2003 bildet den Rahmen für alle bestehenden Aktivitäten des Landes. Die Ziele Sicherheit, Wirksamkeit und Effizienz werden als allgemein gültige Prinzipien für die gesundheitliche Versorgung in Neuseeland formuliert. Besondere Beachtung gilt dabei den Bevölkerungsminderheiten wie Maori und Behinderten.

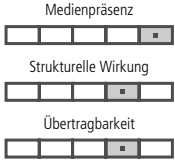


Um eine Kultur für Qualität in der Medizin zu etablieren, werden die Instrumente Kommunikation, Teamwork und Fehlermanagement betont. Entsprechend gestaltete Arbeitsbedingungen und der Grundsatz einer lernenden Organisation sollen dazu wesentlich beitragen.

Literatur und Links:

Ministry of Health (2003). IQ Action Plan: Supporting the Improving Quality Approach. www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/3792aa50e9ef5ff2cc256d9f0016b2ab?OpenDocument.

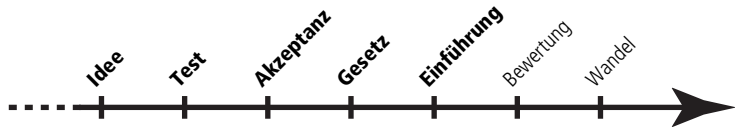
Niederlande: Obligatorische Qualitätssicherung



Im November 2003 gab der Gesundheitsminister die Einführung obligatorischer Qualitätssicherungsmaßnahmen im niederländischen Gesundheitswesen bekannt.

In der ersten Ausgabe des Gesundheitsmonitors berichteten wir, dass aus Anlass der Evaluierung des Gesetzes für Qualität im Gesundheitswesen Ende 2002 das Programm »Sneller Beter« – Schneller und Besser – entwickelt wurde. Mit einer verpflichtenden Qualitätssicherung für Krankenhäuser und primärärztliche Behandlung will die Regierung die medizinische Versorgung effizienter, sicherer und patientenfreundlicher gestalten und Wartezeiten verkürzen.

Als Pilotprojekt hat jetzt ein Benchmarking von zehn Krankenhäusern begonnen. Diese werden anhand der Kriterien Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung und Patientenzufriedenheit beurteilt. Im nächsten Schritt müssen Krankenhäuser Qualitätsindikatoren für alle Abläufe der Versorgungskette einführen, die auch Sicherheit und Einflussmöglichkeiten der Patienten im Prozess berücksichtigen. Im primärärztlichen Bereich werden entsprechende Projekte im Laufe des Jahres 2004 eingeführt.



Die niederländische Aufsichtsbehörde für Versorgung im Gesundheitswesen wird die Erfüllung der Auflagen mit Hilfe zweier Forschungsinstitute überwachen. Sanktionen sind bei Nichteinhaltung zwar möglich, aber nicht eindeutig festgelegt.

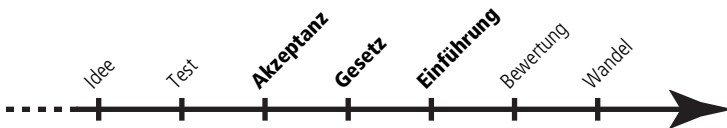
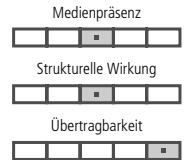
Literatur und Links:

Busse, R., und Schlette, S.. Niederlande: Obligatorische Qualitätssicherung. In: Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen 1/2003. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2003.

Australien: Krebsinstitut mit hoch gesteckten Zielen

Im September 2003 trat im australischen Bundesstaat New South Wales ein Gesetz zur Einrichtung eines Instituts für Tumorerkrankungen («NSW Cancer Institute») in Kraft.

Die neue Institution soll eine patientenzentrierte und multi-disziplinäre Versorgung von Krebskranken auf hohem Niveau steuern und einschlägige Modellvorhaben finanziell unterstützen. Eine weitere Funktion ist die Bereitstellung von aktuellem Expertenwissen zu Krebskranken für die Öffentlichkeit, Leistungserbringer, Forscher und Regierung.



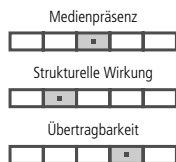
Das Institut verfolgt das ehrgeizige Ziel, die Überlebensraten und Lebensqualität von Krebskranken zu verbessern und die Zahl der Neuerkrankungen zu reduzieren. Die finanzielle und strukturelle Ausstattung bietet jedoch vergleichsweise geringe Chancen, das Verhalten von Leistungsanbietern und Patienten nachhaltig zu verändern.

Literatur und Links:

New South Wales Health: www.health.nsw.gov.au

Fachkräfteentwicklung

Niederlande: »Nurse practitioners«



In den Niederlanden haben die ersten 50 »nurse practitioners« ihre Arbeit aufgenommen. Diese neue Berufsgruppe in der Pflege wurde nach Vorbildern in den USA und Großbritannien entwickelt. Nurse Practitioners werden seit dem Jahr 2000 an fünf niederländischen Hochschulen ausgebildet und sind mittlerweile sowohl in der primärärztlichen Versorgung als auch in Krankenhäusern tätig. Neben pflegerischen Funktionen übernehmen sie einen Teil der Aufgabenbereiche von Ärzten.



Indem der Pflegeberuf attraktiver gestaltet und ärztliches Personal entlastet wird, erwartet die Regierung, dem generellen Mangel an medizinischem Fachpersonal in den Niederlanden begegnen zu können. Ob sich Nurse Practitioners erfolgreich als integrierende Berufsgruppe durchsetzen können, wird entscheidend von der Akzeptanz durch andere Professionen, vor allem der Ärzteschaft, abhängen.

Literatur und Links:

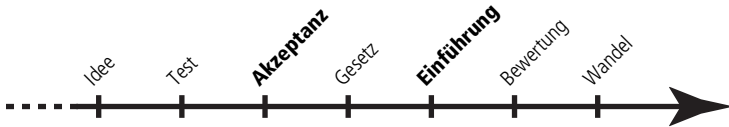
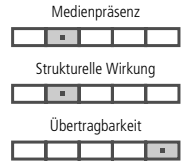
Offenbeek, M.A.G., et al. (2003) Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg: tussenrapportage. Groningen: RUG/AZG.

Offenbeek, M.A.G., et al. (2003) Brede acceptatie, maar kwetsbare positie. Ervaringen van de eerste generatie nurse practitioners. TVZ 8, 28-31.

RVZ (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer.

Australien: Strategie gegen Pflegenotstand

Akuter Mangel an Pflegekräften in öffentlichen Krankenhäusern veranlasste die Regierung im australischen Bundesstaat New South Wales (NSW), Krankenschwestern beim Wiedereinstieg in den Beruf zu unterstützen.



2003 startete das Programm »NSW Nursing Re-Connect Strategy«, das kostenfreie praxisnahe Refresher-Kurse für Pflegekräfte anbietet. Im Vergleich zur traditionellen Fortbildung ist dieses Konzept innovativ: Es arbeitet nach neuen Methoden der Erwachsenenbildung und kann den inhaltlichen und zeitlichen Bedürfnissen der Teilnehmer individuell angepasst werden.

»Re-Connect«

Fehlende Ausbildungsplätze und Weiterbildungsmöglichkeiten, geringe Bezahlung, mangelnde Wertschätzung und unattraktive Arbeitsplatzbedingungen werden dafür verantwortlich gemacht, dass viele Krankenschwestern und Pfleger ihren bisherigen Beruf aufgeben oder nach einer Familienpause nicht wieder aufnehmen. Eine zusätzliche Strategie, die Pflegekräfte motiviert, an ihrem Arbeitsplatz zu verbleiben, könnte das Regierungsprogramm erfolgreich ergänzen.

Literatur und Links:

Commonwealth of Australia. The patient profession: time for action. Report on the inquiry into nursing. June 2002. www.aph.gov.au/senate.

Doiron D., Jones G. NSW Nursing workforce transitions. Paper presented to the 25th Conference of the Australian Health Economics Society, Canberra, October 2003.

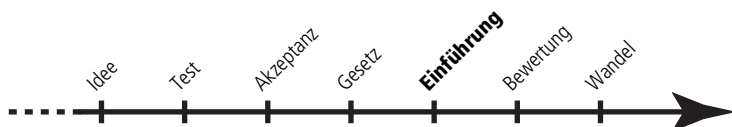
NSW Health. Recruitment and retention of nurses. Progress report. October 2002. www.nsw.health.gov.au/nursing.

Nursing Re-Connect Strategy: www.health.nsw.gov.au/nursing/refresher.html

Kalifornien: Mehr Patientensicherheit durch Pflegeschlüssel



Als erster Bundesstaat der USA führte Kalifornien Ende 2003 eine Pflegegerichtlinie ein, die einen maximalen Patientenschlüssel pro Pflegekraft für Krankenhäuser festlegt. Das Verhältnis variiert je nach Spezialisierungsgrad der Abteilung. Eine Schwester einer allgemeinmedizinischen Station kann beispielsweise für höchstens sechs Patienten zuständig sein.



Die Reform gilt als Erfolg des kalifornischen Pflegeverbands, der gefordert hatte, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zu verbessern und dadurch die Patientensicherheit zu erhöhen. Ein Bericht der »California Nurses Association« im Jahre 1999 publizierte Zahlen zu vermeidbaren Todesfällen im Krankenhaus. Der darauf folgende öffentliche Aufschrei gab den Anstoß für die Einführung eines verpflichtenden Patienten-Pflegeschlüssels.

Weil Pflegekräfte fehlen, können jedoch nur die Hälfte aller kalifornischen Krankenhäuser die Vorgaben erfüllen. Die erhöhten Personalkosten werden einige Krankenhäuser zudem zu unerwünschten Schließungen von Abteilungen zwingen. Somit muss sich noch erweisen, ob die Festlegung des Patientenschlüssels zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung in Kalifornien beitragen kann.

Literatur und Links:

AFL-CIO's Department for Professional Employees (2003). The Costs and Benefits of Safe Staffing Ratios. Washington, D.C.

Institute of Medicine (1999). To Err is Human: Building a Better Health Care System.