



health bulletin

SEPTEMBER 2004

Table of Contents

EINLEITUNG	2
EUROPAS GESUNDHEITSWESEN IM ÜBERBLICK	2
EU NACHRICHTEN	2
<i>Pläne der holländischen Präsidentschaft</i>	2
<i>Der neue zypriotische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz</i>	2
<i>Die Zukunft der EU-Gesundheitskompetenz</i>	3
<i>Arbeitszeitdirektive</i>	3
<i>Häusliche Krankenpflege mit 2 Milliarden-Defizit: Kinderlose zahlen mehr</i>	3
<i>DAK übernimmt die neue Hausarztregel ab Oktober 2004</i>	4
<i>Opposition uneins in Gesundheitsfragen</i>	4
<i>Gewerkschaften drohen mit Streik wegen Überstundenregelung bei Ärzten</i>	4
<i>Einführung der elektronischen Versicherungskarte geplant</i>	5
<i>Not NICE: Das deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin</i>	5
NACHRICHTEN AUS HOLLAND	5
<i>Neue Strafen für holländische Ärzte, die sich über das Euthanasiegesetz hinwegsetzen</i>	5
<i>Die Niederlande wollen ein Fehlermeldesystem einführen</i>	5
NACHRICHTEN AUS FRANKREICH	6
<i>Reform- und Zeitpläne</i>	6
<i>Frankreichs Chirurgen wollen streiken</i>	6
<i>Studie über die Rahmenbedingungen der französischen Pharmaindustrie</i>	6
<i>Frankreich verbietet reproduktives und therapeutisches Klonen</i>	7
NACHRICHTEN AUS POLEN	7
NACHRICHTEN AUS SCHWEDEN	7
NACHRICHTEN AUS DER SCHWEIZ	8
NACHRICHTEN AUS GROßBRITANNIEN	8
<i>Der Zustand des Gesundheitswesens 2004: Was die Patienten über das NHS denken</i>	8
<i>NHS Modernisierungskommission wird abgeschafft</i>	8
<i>Modell zur Durchführung von NHS-Kliniktests in Indien</i>	8
<i>Nicht so „NICE“: Krebshinweis ignoriert</i>	8
<i>Geldverschwendung in Schottland</i>	9
<i>Radikale Liberaldemokraten fordern Umkehr zur Marktwirtschaft</i>	9
<i>Vereinigtes Königreich erteilt erste Klonlizenzen</i>	9
PHARMA NEWS	10
<i>Die menschlichen Kosten der Arzneimittelpreiskontrollen in Europa: ein Fall für Reformen</i>	10
<i>Wird Europa von amerikanischen Patienten subventioniert?</i>	10
<i>Billige Medikamente / gute Medikamente</i>	10
<i>Pharma-Riesen sind falsche Freunde, sagt bekannte Branchenkritikerin</i>	10
<i>Allgemeinmediziner werden gebeten, keine Zahlungen von Pharma-Vertretern zu verlangen</i>	11
<i>Die richtigen Medikamente und die richtigen Diskussionen</i>	11
<i>Summertime Blues: Regulierung ist die Ursache, nicht die Lösung des Problems der Impfstoffknappheit</i>	11
<i>Zugang zu Medikamenten: Vor der eigenen Türe kehren</i>	12
<i>Unbeantwortete Fragen: WHO?</i>	12
FOKUS DES MONATS: DIE ENDPHASE DER EUROPÄISCHEN ARBEITSZEITDIREKTIVE	13
CNE PRESSESPiegel	15
GESUNDHEITSSYSTEME UND GESUNDHEITSÖKONOMIE	15
ANDERE VERÖFFENTLICHUNGEN	18
KONFERENZEN / VERANSTALTUNGEN	19
QUELLEN	20



CNE Gesundheit: Marktwirtschaftliche Alternativen für Europas Gesundheitswesen CNE Bulletin Nr. 6

EINLEITUNG

Herzlich willkommen zur 7. und gleichzeitig 8. Ausgabe des monatlichen CNE Gesundheits-Bulletins, mit dem wir unsere Leser über die wichtigsten Neuigkeiten und Veröffentlichungen zu Fragen des Gesundheitswesens auf dem laufenden halten wollen. In jeder Ausgabe des Bulletins finden Sie ein Schwerpunktthema, eine Zusammenfassung der wichtigsten Nachrichten aus ganz Europa – und, sofern relevant, auch aus anderen Regionen. Außerdem bieten wir Ihnen vergleichende Studien und Zeitungsartikel sowie Informationen über die neuesten Tagungen und Konferenzen.

Wir wollen so umfassend wie möglich informieren. Sie wollen uns auf Themen und Entwicklungen aufmerksam machen? Dann schreiben Sie uns bitte. Vielen Dank im voraus!

EUROPAS GESUNDHEITSWESEN IM ÜBERBLICK

(EU, Deutschland, Niederlande, Schweden, Schweiz, Polen, Frankreich, UK, Island, Pharma-Nachrichten).

EU NACHRICHTEN

- Pläne der holländischen Präsidentschaft
- Der neue zypriotische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz
- Die Zukunft der EU-Gesundheitskompetenz
- Arbeitszeitdirektive

Pläne der holländischen Präsidentschaft

Am 1. Juli übernahm der niederländische Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Hans Hoogervorst, das Ruder im EU-Gesundheitswesen. Ein Fünftel aller EU-Bürger sterben, bevor sie 65 sind, wobei Herzerkrankungen, Infarkte, Krebs und Unfälle die häufigsten Ursachen des allzu frühen Todes sind. Die Kompetenz der EU in Gesundheitsfragen ist der Länderhoheit nachgeordnet und erstreckt sich nur auf das öffentliche Gesundheitswesen. Neuen Antrieb erhielt sie durch den Vertrag von Maastricht. Nach Artikel 152 des Vertrages muß ein hohes Maß an Gesundheitsschutz in der Politik und in den Maßnahmen aller Mitgliedsstaaten festgeschrieben und implementiert sein.

Die holländischen Vorstellungen setzen vor allem auf die Kooperation der Mitgliedsländer, wobei das Verhältnis zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern, die gesundheitsrelevant sind, wie Agrar- und Umweltpolitik, im Vordergrund steht. Unter die Sonderthemen fallen u.a. die Themen Gesundheit und Markt, Infektionskrankheiten, grenzüberschreitende Mobilität des medizinischen Personals und vorrangige Arzneimittel. Außerdem will man die Erhaltung und den Ausbau qualitativ hochstehender

Gesundheitssysteme in einer alternden Gesellschaft im Auge behalten, d.h. ein allgemeines, allen zugängliches und erschwingliches System. Im Rat will Holland die Dossiers zur Patientenmobilität und zum internationalen Gesundheitswesen vorantreiben.

Unter der holländischen Präsidentschaft wurde eine Studie zum Gesundheitswesen in Europa mit dem Titel „How do we do?“ herausgebracht. In ihr finden sich Daten und Beispiele aus ganz Europa, vor allem aus Holland. Im Vordergrund der Studie stehen der Gesundheitsstatus sowie bestimmte Determinanten der europäischen Gesundheit und Gesundheitssysteme, soll heißen Gesundheitswesen und Volksgesundheit, aus holländischer Perspektive. Wo möglich, wurden auch die entsprechenden Daten der neuen Mitgliedsstaaten einbezogen. Mehr über die 84-seitige Studie finden Sie unter http://www.minvws.nl/images/how_do_we_do_tcm11-51837.pdf

Die Website der holländischen Präsidentschaft finden Sie unter: <http://www.eu2004.nl/>

Der neue zypriotische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz

Am 12. August löste der neue Kommissionspräsident José Manuel Durão Barroso das Geheimnis um die neuen Verantwortlichen in seiner Kommission. Der Zypriote Markos Kyprianou wird die auch weiterhin verknüpften Ressorts für Gesundheit und Verbraucherschutz übernehmen. Diese Entscheidung ist insofern überraschend, als Kyprianou seit dem 1. Mai 2004 als Nachfolger Schreyers im Haushaltsressort gehandelt wurde. Als Anwalt für Unternehmens- und Steuerrecht war er

sowohl Finanzminister als auch Vorsitzender der Haushalts- und Finanzausschusses des zyprischen Parlaments; Kyprianou gilt als integer.

Die neue Kommission trat offiziell am 20. August zusammen. Alle designierten Kommissare müssen dem Parlament zunächst Rede und Antwort stehen. Bis Ende September, Anfang Oktober werden sie so auf Herz und Nieren geprüft. Die Versammlung muß die Kommission en bloc bestätigen, bevor diese am 1. November ihre Arbeit aufnehmen kann.

Die Zukunft der EU-Gesundheitskompetenz

In seinen Website-Kolumnen vom 15. und 23. Juli (Was denken Sie bis zum 15. Oktober?) fragt Johan Hjertqvist, wer der erste EU-Gesundheitsminister werde? Auf seine provokative Spekulation über Brüssels zunehmende politischen Ambitionen hin gab es eine rasche Reaktion. David Byrne, der Gesundheitskommissar der letzten fünf Jahre, stellte am 15. Juli ein Papier zur Zukunft der EU-Gesundheitspolitik vor: (*Gute Gesundheit für alle ermöglichen: Nachdenken über eine neue EU-Gesundheitsstrategie, Enabling Good Health for All: A reflection process for a new EU health strategy*). Kommissar Byrne hat nach eigenem Bekunden ernsthafte Visionen: Gesundheit als Antriebsmotor des Wohlstandes. Wie wird man bis zum 15. Oktober darauf reagieren? Bis dahin haben alle öffentlichen Körperschaften, Interessengruppen und Bürger die Möglichkeit, sich an der Debatte um Europas Gesundheitswesen der Zukunft zu beteiligen? Hjertqvist empfiehlt jedem seiner Leser, Byrne einen Brief zu schicken ([send David a letter](#)). Byrnes 12-seitiges Papier finden Sie unter: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf

Arbeitszeitdirektive

Wohl nur wenigen, die sich für das Gesundheitswesen in Europa interessieren, dürfte entgangen sein, dass seit August 2004, Ärzte in Ausbildung nicht mehr als 58 Stunden in der Woche arbeiten dürfen. In der BMJ (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7461/301?etoc>) war nachzulesen, dass „ab August 2004 die Wochenarbeitszeit auf 48 gesenkt wird. Hinsichtlich der Ruhezeiten sind besondere Regeln zu beachten:

- Alle 24 Stunden muß eine 11-stündige Ruhepause eingehalten werden
- In jeder Schicht ist nach 6 Stunden eine 20 Minuten-Pause einzulegen

· Nach 7 Tagen muß eine ganztägige Pause folgen. Alternativ eine zweitägige Pause nach zwei Wochen.“

Was bedeutet dies für die Krankenhäuser?, und wie viele Länder werden sich daran halten? Werden die Regierungen der Länder sich peinlich genau an den Gesetzestext halten und ihre eigenen gesundheitspolitischen Ziele darüber vergessen?

NACHRICHTEN AUS DEUTSCHLAND

- Häusliche Krankenpflege mit 2 Milliarden-Defizit: Kinderlose zahlen mehr
- DAK übernimmt die neue Hausarztregel ab Oktober 2004
- Opposition uneins in Gesundheitsfragen
- Gewerkschaften drohen mit Streik wegen Überstundenregelung bei Ärzten
- Einführung der elektronischen Versicherungskarte geplant
- Institut für Qualität und wirtschaftliche Effizienz im Gesundheitswesen

Häusliche Krankenpflege mit 2 Milliarden-Defizit: Kinderlose zahlen mehr

Wie GermNews (3. Juni 2004) berichtete, lagen „frühere Prognosen über das Defizit bei der häuslichen Krankenpflege viel zu niedrig.“ Die Frankfurter Allgemeine Zeitung zufolge stehe man bereits mit 1 Milliarde in der Kreide.

Nach monatelangen Debatten haben sich SPD und Grüne darauf geeinigt, die Pflegeversicherungsbeiträge für Kinderlose zu erhöhen (GermNews 5. Juli 2004). „Die Koalitionsparteien setzen damit ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2001 um. Das Gericht hatte gefordert, dass Beitragszahler mit Kindern besser gestellt werden. Wörtlich heißt es in dem Urteil, es sei nicht zu vereinbaren, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Beitrag belastet werden, wie Mitglieder ohne Kinder. Wie die stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Grünen, Schaich-Walch erklärte, sollen alle Kinderlosen von Januar an einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozentpunkten zur Pflegeversicherung zahlen.

Baden-Württembergs Ministerpräsident Erwin Teufel (CDU) stellt laut GermNews (14. August 2005) „den Plaenen der Bundesregierung zur Pflegeversicherung ein eigenes baden-württembergisches Modell gegenüber. Seiner Ansicht nach ist das derzeitige umlagefinanzierte System nicht zukunftssicher. Ein

immer kleinerer Kreis junger Menschen müsse die Pflege eines immer größer werdenden Kreises älterer Menschen bezahlen, sagte Teufel in Stuttgart. "Dieses System kann auf Dauer nicht funktionieren", ist der Ministerpräsident überzeugt. Stattdessen sei es möglich, die Versicherung langfristig auf eine kapitalgedeckte private Pflegeversicherung umzustellen. Durch das private Sparen eines jeden Bürgers könne man dem wachsenden Pflegebedarf besser gerecht werden. Noch in den kommenden Monaten werde das Sozialministerium ein Modell erarbeiten. Grundlage dafür soll ein Gesetzesentwurf von 1990 sein. Das Ziel der Initiative sei es, das Pflegerisiko auf Dauer und solide abzusichern. Die Lasten sollten gerechter auf die Generationen verteilt werden.

DAK übernimmt die neue Hausarztregel ab Oktober 2004

GermNews (5. Juli 2004): „Die Pläne der Krankenkassen, die Praxisgebühr durch das Hausarztmodell zu ersetzen, nehmen konkrete Formen an. Wie die DAK bestätigte, sollen zunächst in Baden-Württemberg Patienten der meisten gesetzlichen Krankenkassen ab Oktober die Zehn-Euro-Gebühr nicht mehr zahlen. Entsprechende Verhandlungen liefen zudem für das Bundesland Hessen, sagte ein DAK-Sprecher. Bis spätestens Ende 2005 solle die Regelung auf alle anderen Bundesländer ausgedehnt werden. Patienten, die an dem Modell teilnehmen, verpflichten sich, immer zunächst zum Hausarzt zu gehen.“

Opposition uneins in Gesundheitsfragen

Ohne Reformen drohe das Defizit in der Pflegeversicherung offenbar stärker zu steigen als bisher bekannt, so GermNews am 3. August 2004. Die "Financial Times Deutschland" berichte von einem Finanzloch bei den gesetzlichen Krankenkassen von knapp 5,7 Milliarden Euro bis 2010. Vor diesem Hintergrund werden auch die unterschiedlichen Reformansätze in der Union kontroverser und schärfer diskutiert. So schreibt GermNews am 14. Juli: „Der Unions-Streit über die Krankenversicherungsreform spitzt sich zu. Unionsfraktionsvize Merz schloss Kompromisse aus. Die CDU wolle die Beiträge zur Krankenversicherung vom Einkommen unabhängig machen und einen sozialen Ausgleich aus Steuern finanzieren. CSU-Sozialpolitiker Seehofer sagte, der nötige Ausgleich zwischen Arm und Reich lasse sich durch Steuern nicht finanzieren. Das bestehende System müsse

fortgeschrieben werden. Eine Kopfpauschale durch einen Steuerzuschlag für Besserverdienende zu ergänzen, schein ebenfalls denkbar.“ Laut GermNews (17. August 2004) scheint indes die SPD auf Wettbewerb zu setzen. „Die SPD will nach einem Bericht der "Berliner Zeitung" allen Bürgern ermöglichen, zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung frei zu wählen. Im Zusammenhang mit den Plänen für eine Bürgerversicherung sollen sich auch jene privat versichern können, denen dies wegen ihres Einkommens bislang verwehrt blieb. Umgekehrt solle auch allen Mitgliedern von Privatkassen der Weg in eine gesetzliche Krankenkasse offenstehen. Damit will die SPD dem Bericht zufolge den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern.“

Zumindest einige scheinen von der bisherigen Gesundheitsreform zu profitieren: Am 14. August gab die AOK bekannt, die Beiträge für ihre 4,1 Millionen Mitglieder in Baden-Württemberg von 14,9% auf 14,5% zu senken. Tag darauf kündigte auch die DAK an, für ihre 800.000 baden-württembergischen Mitglieder die Beiträge zu senken.

Gewerkschaften drohen mit Streik wegen Überstundenregelung bei Ärzten

Jane Burgermeister schreibt in BJM über eine Entwicklung, die quer durch Europa Besorgnis auslöste (*BMJ News extra 2004;329:72 (10 July)*, doi:10.1136/bmj.329.7457.72-c): „Der Streit um die Überstunden bei den deutschen Krankenhausärzten beginnt zu eskalieren, nachdem die größte Ärztegewerkschaft im Land mit Streik drohte, sollten die Krankenhäuser die EU-Richtlinie zur Verkürzung der Arbeitszeiten nicht umsetzen. Der Marburger Bund, dem 80.000 der 122.000 deutschen Klinikärzte angehören, sagt, dass die Ärzte trotz des Urteils des Europäischen Gerichtshofes, das sich im deutschen Recht niedergeschlagen habe und seit Januar 2004 eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit vorschreibe, bis zu 80 Stunden pro Woche im Krankenhaus arbeiteten.

Athanasios Drougias, Sprecher des Marburger Bundes warnte vor den Folgen für die Patienten, die von erschöpften Ärzten behandelt werden. „Zur Zeit gibt es in deutschen Krankenhäusern 5.000 unbesetzte Stellen. Sie werden nicht besetzt, weil die Bedingungen so schlecht sind“, so Drougias. Einigen Studien zufolge bräuchte es 15.000 neue Arztstellen, was Mehrkosten in Höhe von 1 Milliarde € bedeutete, wollte man die Entscheidung des EuGHs hierzulande vollständig beherzigen. Mehr Details dazu unter:



<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7457/72-c?etoc>

Einführung der elektronischen Versicherungskarte geplant

Annette Tuffs schrieb in der Juliausgabe des BMJ, dass „die deutsche Regierung das wohl weltweit größte E-Gesundheitsprojekt im nächsten Jahr beginnen wolle. Ab dem 1. Januar 2006 sollen 72 Millionen Kunden mithilfe einer „Health Card“ mit Mikrochip Zugang zur staatlichen Gesundheitsfürsorge haben, ob beim Besuch des Arztes oder einer Klinik oder beim Kauf von Arzneimitteln. Die Health Card wird die bisherigen Mitgliedsausweise ersetzen und 700 Millionen hangeschriebener Rezepte überflüssig machen. Die deutsche Health Card wird mit der EU weiten Health Card, die 2008 eingeführt wird, voll kompatibel sein.“ Mehr dazu unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7458/131?etoc>

Not NICE: Das deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin

Das europäische Gesundheitswesen schaute lange Zeit vornehmlich auf die Kostendämpfung, doch jetzt tritt Deutschland in die Fußstapfen Großbritanniens und führt ein eigenes Rationierungssystem ein. Als das Vereinigte Königreich das National Institute of Clinical Excellence (NICE) einführte, hieß es, man wolle damit die medizinische Effektivität neuer Medikamente und Heilmethoden – und damit auch deren Kosten-Nutzen-Bilanz. Die Rationierung, die sich bis dahin hinter langen Patientenschlangen oder neuen Behandlungsmethoden versteckte, wurde plötzlich sichtbar. Jetzt schlägt Deutschland mit seinem neuen Zentrum für Qualität in der Medizin den gleichen Weg ein, wie Annette Tuffs im BMJ vom 7. August berichtet (BMJ, 2004;329:307 (7 August), doi:10.1136/bmj.329.7461.307-a).

Tuffs Gesamtbeitrag ist zu finden unter: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7461/307-a?etoc>

Nach Meinung von Helen Disney (CNE Health-Blog vom 10. August) ist das der falsche Weg. Statt dauernd nur Kosten zu senken und den Gesundheits-Flaschengeist unter Verschluss zu halten, sollte Europa darüber nachdenken, wie es die wachsende Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt als eine Chance darstellen kann, statt in ihr eine Bedrohung zu sehen. Das wäre „really NICE“.

NACHRICHTEN AUS HOLLAND

- Euthanasiegesetz
- Fehlermeldungssystem

Neue Strafen für holländische Ärzte, die sich über das Euthanasiegesetz hinwegsetzen

Wie Tony Sheldon am 17. Juli im BMJ schrieb (BMJ 2004;329:131 (17 July), doi:10.1136/bmj.329.7458.131-b), „können den Ärzten künftig empfindlichere Strafen drohen, wenn sie die holländischen Bestimmungen zur Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung nicht einhalten, denn dies sieht ein Maßnahmenpaket der Regierung zur „Lebensend“-Politik vor. Die Regierung ist darüber besorgt, dass die Ärzte von den laut Forschungen 3.500 Euthanasiefällen nur die Hälfte den Behörden melden. Mehr dazu unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7458/131-b?etoc>

Am 14. August berichtete Sheldon (*Dutch doctors choose sedation rather than euthanasia*) von einer von der holländischen Regierung geförderten und in den *Annals of Internal Medicine* (2004;141:178-85) erschienenen Studie von Paul van der Maas, Judith Rietjens und Gerrit van der Wal. Demnach sei es offensichtlich, dass „niederländische Ärzte viele Todkranke bis zum deren Tode mit Beruhigungsmedikamenten behandeln, teilweise ohne künstliche Ernährung. Die Forscher schätzen, dass die terminale Sedation 10% der erfassten 14.000 Todesfälle ausmacht. Als Sedation gilt die normale medikamentöse Behandlung, über die die Ärzte, anders als im Euthanasiefall, von Rechts wegen nicht berichten müssen. Inzwischen gilt die terminale Sedation in vielen Fällen als Alternative zur Euthanasie. In den meisten Fällen geht es den Ärzten in erster Linie um die Schmerzlinderung, aber in 17% der Fälle lag die ausdrückliche Absicht vor, den Tod zu beschleunigen.“ In etwa 2/3 der in letzter Zeit bekannt gewordenen Fälle gaben die Ärzte an, dass sie neben der Schmerzlinderung die Todesbeschleunigung beabsichtigt hätten. Die BMJ-Studie finden Sie unter folgendem Link: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7462/368-e?etoc>

Die Niederlande wollen ein Fehlermeldesystem einführen

Tony Sheldon zufolge (BMJ 2004;329:68 (10 July), doi:10.1136/bmj.329.7457.68-b) will „Holland Dänemark und dem Vereinigten Königreich folgen und ein nationales Fehlermeldesystem (ohne

Schuldzuweisungen) einführen. Die holländischen Gesundheitsbehörden behaupten in ihrem Jahresbericht 2003, dass systematisches Berichten die Sicherheit der Patienten erhöhe, aber eine andere Einstellungskultur verlange. Das vorgeschlagene System sieht vor, dass das medizinische Personal für seine Fehler, sofern diese nicht grob fahrlässig begangen seien, keine Klagen seitens des Arbeitgebers, der Gesundheitsbehörden oder des Staatsanwalts zu befürchten hätte. Ihre Namen würden nicht veröffentlicht, jedoch den Systembetreibern zugänglich.“ Mehr Details dazu finden Sie unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7457/68-b?etoc>

NACHRICHTEN AUS FRANKREICH

- Reform- und Zeitpläne
- Chirurgen wollen streiken
- Studie über die Rahmenbedingungen der französischen Pharmaindustrie
- Frankreich verbietet reproduktives und therapeutisches Klonen

Reform- und Zeitpläne

Inzwischen sind mehr Details über die Reform des Gesundheitswesens bekannt geworden, die die dritte Säule der französischen Sozialpolitik darstellt. Die beiden anderen Säulen zielen auf eine Rentenreform und bestimmte abhängige Bevölkerungsgruppen. Von Juni bis August reihten sich an die Pläne des Ministerrats die Vorschläge des Premierministers Raffarin, die Debatte in der Nationalversammlung und die erste Lesung des Gesetzentwurfs im Senat. Der Verfassungsrat stimmte am 12. August Raffarins Vorschlägen zu. Im September 2004 werden die ersten Gesetze verabschiedet, und bis zum Januar 2007 sollen die entsprechenden Maßnahmen in die Tat umgesetzt werden.

Das französische Gesundheitssystem ist seit Jahren defizitär, nun sollen die Reformen die Finanzen in Ordnung bringen, 15 Milliarden € einsparen, die Interessen der arbeitenden und der in Rente lebenden Bevölkerungsgruppen gleichermaßen berücksichtigen und auch der alternden Bevölkerung, den Nöten der Behinderten und der anhaltenden Suche nach besserer Vorsorge Rechnung tragen. Außerdem sollen ca. 2 Millionen Franzosen von den Änderungen im Krankenversicherungswesen profitieren. Wenn Sie mehr über die nächsten legislativen Schritte in

Frankreich erfahren wollen, dann wählen Sie bitte folgenden Link:

<http://www.premier-ministre.gouv.fr/fr/p.cfm?ref=44757>

und

<http://www.premier-ministre.gouv.fr/fr/p.cfm?ref=44522>

Frankreichs Chirurgen wollen streiken

Laut Brad Spurgeon (BMJ 2004;329:249 (31 July), doi:10.1136/bmj.329.7460.249) planen "mindestens 2.000 streikwillige französische Chirurgen als Flüchtlinge in London erwartet werden, um der polizeilich erzwungenen Rückkehr zur Arbeit, die das französische Arbeitsrecht vorsieht, zu entgehen. Die Aktion hat auch symbolischen Charakter, angesichts der Nachfrage nach französischen Chirurgen in England und der vielen britischen Patienten, die in Frankreich operiert werden wollen. ... Die Chirurgen befürchten, dass die schlechte Bezahlung zuhause und die besseren finanziellen Aussichten in Ländern wie England ihre Zahl dezimieren könnten; nach Schätzungen des Gesundheitsministeriums sollen sie um etwa ein Viertel schrumpfen: von derzeit 23.000 auf 17.000 im Jahre 2010.“ Abgesehen von einer kleinen „Erhöhung vor 15 Jahren hat sich an erstattungsfähigen Operationstarifen seit 20 Jahren nichts geändert. Die Chirurgen wollen eine Verdoppelung der Tarife.“ Mehr Details dazu unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7460/249?etoc>

Studie über die Rahmenbedingungen der französischen Pharmaindustrie

Ende 2003 gab die französische Industrieministerin Nicole Fontaine bei Louis Hollender, Präsident der Académie Nationale de Médecine eine Studie über die derzeitige und mögliche zukünftige Lage der Arzneimittelindustrie in Frankreich in Auftrag. Nach Rücksprachen mit französischen und internationalen Vertretern der Branche hat die Arbeitsgruppe nun ihr Ergebnis vorgestellt. Gegenstand der Untersuchung waren unter anderem: Arzneimittelpolitik, exzessive verwaltungsbedingte Verzögerungen (welche die Forschung in Frankreich erheblich hemmen dürften) und staatliche und private Forschung. Größtes Handicap ist laut Forschergruppe die Unmöglichkeit zur Planung, bedingt durch die unberechenbaren Wechsel in der französischen Pharmapolitik. Die vollständige Studie können Sie unter folgendem Link einsehen:

http://www.academie-medecine.fr/upload/base/rapports_184_fichier_lie.rtf



Frankreich verbietet reproduktives und therapeutisches Klonen

Laut Brad Spurgeon (*BMJ* 2004;329:130 (17 July), doi:10.1136/bmj.329.7458.130-d) hat Frankreich das reproduktive Klonen menschlicher Zellen als „ein Verbrechen gegen die menschliche Spezies“ gewertet und verboten. Nach einer 2 1/2 Jahren Debatte im Parlament, die Frankreichs bioethischen Gesetze modernisieren sollte, wird Klonen nun „mit Haftstrafen bis zu 30 Jahren und Geldstrafen bis 7,5 Millionen € geahndet.“ Therapeutisches Klonen, d.h. die Herstellung von Stammzellen zur Behandlung beschädigter Organe und Gewebeteile wurde ebenfalls verboten.

Gesundheitsminister Philippe Douste-Blazy will für die nächsten fünf Jahre die Forschung an menschlichen Embryos (die durch In vitro-Fertilisation entstehen, nicht durch Klonen) von diesem Verbot ausnehmen, damit die Regierung Zeit habe, die ethischen und medizinischen Auswirkungen jener Forschung, die zu Behandlungen von Alzheimer, Diabetes und Herzerkrankungen führen könne, zu untersuchen. Mehr dazu unter: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7458/130-d?etoc>

NACHRICHTEN AUS POLEN

Neuer Minister soll Polands Krise im Gesundheitswesen meistern

Laut Jane Burgermeister (*BMJ* 2004;329:252 (31 July), doi:10.1136/bmj.329.7460.252-f) begrüßen Polens Ärzte die Berufung des Sozialdemokraten Marek Balicki zum neuen Gesundheitsminister am 15. Juli, nachdem dessen Vorgänger Marian Czankanski überraschend nach bereits einem Monat zurücktrat. Marek Balicki wird es nicht leicht haben, im zersplitterten Parlament Unterstützung für die Reform des Gesundheitswesens im Lande zu finden. Die häufigen Wechsel im Gesundheitsressort – immerhin sechs Anläufe seit 2003 – haben die Probleme einer Reform des chronisch unterfinanzierten Gesundheitswesens verschärft.

Ogleich Konsens in allen Parteien darüber besteht, dass die langen OP-Wartelisten und die niedrigen Gehälter für Ärzte und Pfleger nur mit mehr Geld aus der Welt zu schaffen sind, muß die Regierung das steigende Defizit, das in diesem Jahr 7% des BSP erreichen könnte, im Auge behalten. Infolge der

angespannten Haushaltslage stieg das Gesundheitsbudget in den letzten Jahren nur um 0,25% - und liegt damit deutlich unter der Inflationsrate.

Die Absicht der Regierung, die Aufgabe der Angestellten-Versicherungen auszudehnen, um dadurch neue Geldquellen anzuzapfen, erlitt Anfang 2004 einen empfindlichen Dämpfer, als das Höchste Gericht des Landes entschied, ein solcher Vorgang sei mit dem verfassungsmäßigen Recht auf freien und allgemeinen Zugang zur Gesundheitsfürsorge nicht vereinbar. [Aber] die neue Gesetzeslage verlangt von den Patienten Zuzahlungen zu bestimmten Behandlungen. ... Mariusz Forys, Sprecher der Medizinischen Universität Warschau, sagte gegenüber *BMJ*, das Vorhaben sei zwar ein Schritt in die richtige Richtung, aber um die tiefgreifenden Probleme im Gesundheitswesen zu lösen, seien radikalere Reformen nötig.“ Mehr dazu finden Sie unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7460/252-f?etoc>

NACHRICHTEN AUS SCHWEDEN

Vernichtung von Patientendaten erfordert unabhängige Kommission zur Untersuchung von Irreleitungen in der Forschung

Caroline White schreibt im *BMJ* (*BMJ* 2004;329:72 (10 July), doi:10.1136/bmj.329.7457.72), daß „führende Wissenschaftler die schwedische Regierung drängen, eine unabhängige Kommission zur Untersuchung möglicher Irreleitungen in der Forschung einzurichten, nachdem ein jahrelanger Streit zur Vernichtung von Patientendaten geführt hatte. ... Im Mai dieses Jahres wurden Daten mehrerer Jahre, die Professor Christopher Gillberg zu Forschungszwecken verwendete, von zwei Mitarbeitern und einem Verwaltungsangestellten der Universität vernichtet, angeblich aus Datenschutzbedenken. Wie der Vizekanzler der Universität Göteborg, Professor Gunnar Svedborg, sagte, erhielt er tags darauf von allen dreien einen Brief, indem sie ihre Tat und ihr Motiv mitteilten. Da es in Schweden illegal, mit öffentlichen Geldern finanziertes Archivmaterial zu vernichten, hat die Universität rechtliche Schritte gegen die Mitarbeiter unternommen.“ Mehr dazu unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7457/72?etoc>

NACHRICHTEN AUS DER SCHWEIZ

Schweiz soll Tür zur genetischen Diskriminierung geöffnet haben

Wer immer eine Lebensversicherung haben mag, dürfte hier hellhörig werden. Jane Burgermeister schreibt (BMJ, News roundup 2004;329:70 (10 July), doi:10.1136/bmj.329.7457.70-a), daß "einige Ethik-Kreise der Auffassung sind, eine neues Gesetz über genetische Tests öffne den Versicherungsgesellschaften die Möglichkeit, Menschen mit Erbkrankheiten zu diskriminieren. Die neuen Bestimmungen sehen vor, dass Versicherer die Ergebnisse genetischer Test einsehen dürfen, wenn der Versicherte eine Lebensversicherungspolice über SFr 400.000 abschließen will. Pascale Steck vom Interessenverband Basler Aufruf gegen die Gentechnologie meint, dass dieser Informationszugang für private Versicherer eine „genetische Unterklasse“ von Menschen schaffe, die nur schwer eine Lebensversicherung fänden.

NACHRICHTEN AUS GROSSBRITANNIEN

- Der Zustand des Gesundheitswesens 2004
- NHS Modernisierungskommission wird abgeschafft
- Modell zur Durchführung von NHS-Kliniktests in Indien
- Nicht so „NICE“: Krebshinweis ignoriert
- Geldverschwendung in Schottland
- Radikale Liberaldemokraten fordern Umkehr zur Marktwirtschaft
- Vereinigtes Königreich erteilt erste Klonlizenz

Der Zustand des Gesundheitswesens 2004: Was die Patienten über das NHS denken

Im Juli-Report der Gesundheitskommission unabhängiger NHS-Inspektoren ist von deutlichen Unterschieden zwischen reichen und armen Regionen in England und Wales die Rede. Kritisiert wird, dass gerade dort, wo die meisten Allgemeinmediziner gebraucht werden (in ärmlichen Regionen), die wenigsten anzutreffen sind. Das *State of Healthcare 2004* finden Sie unter: www.healthcarecommission.org.uk/NationalFindings
Im August berichtete eben jene Kommission mehrmals über die Haltung der Patienten zum NHS.

Zwar hätten die Befragungen eine mehrheitliche Zufriedenheit ergeben, aber auch den weitverbreiteten Wunsch nach mehr Information. Viele finden sich in die Entscheidungen, die ihre Behandlung betreffen, nicht ausreichend eingebunden und sehen sich außerstande ihrer Behandlung gutzuheißen. Einen Überblick über alle fünf Untersuchungen gibt es unter: <http://www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/00/81/84/04008184.pdf>

Jeden Untersuchungsbericht einzeln finden Sie unter: http://www.healthcarecommission.org.uk/NationalFindings/Surveys/PatientSurveys/fs/en?CONTENT_ID=4004317&chk=CmXpOI

NHS Modernisierungskommission wird abgeschafft

John Carvel berief sich am 23. Juli im *Guardian* Gesundheitsminister John Reed, der durch das Ausmerzen halbstaatlicher Organisationen dem NHS in den nächsten vier Jahren 500 Millionen £ sparen will. Zu den Einrichtungen, die abgeschafft werden, gehören die Mental Health Act Commission, die Health Development Agency and, nicht ganz ohne Ironie, die NHS Modernisation Agency. Mehr dazu unter: <http://www.guardian.co.uk/guardianpolitics/story/0,,1267381,00.html>

Modell zur Durchführung von NHS-Kliniktests in Indien

Heather Tomlinson berichtete folgendes am 9. Juli im *Guardian*: „Die Regierung will aus Kostengründen Blut- und Urinproben von NHS-Patienten für Kliniktest nach Indien schiffen. Indische Laboranten sind für weniger als 4.000 £ pro Jahr zu haben. ... Die Untersuchungsergebnisse können per E-mail den britischen Krankenhäusern mitgeteilt werden. Privat betriebene Krankenhäuser haben bereits versuchsweise mit diesem Verfahren begonnen, um ihre Kosten um ein Drittel reduziert. Die indische Firma, die dieses Modell betreibt (SRL Ranbaxy), will nun die staatlichen Sektor als Kunden gewinnen und hat war bereits beim Minister vorstellig geworden. Mehr dazu können Sie unter folgender Adresse lesen: <http://society.guardian.co.uk/nhsplan/story/0,7991,1257386,00.html>

Nicht so „NICE“: Krebshinweis ignoriert

Eine neue Studie bringt die englische Regierung zu zusätzlicher Verlegenheit; die Empfehlungen des Rationierungspioniers NICE werden landauf landab ignoriert. Deutschland, das mit seinem Zentrum für Qualität in der Medizin NICE nacheifert, sollte gewarnt

sein. „Das Nationale Institut für klinische Exzellenz [NICE] sollte für die Behandlung und Fürsorge englischer und walisischer NHS-Patienten richtungsweisend sein. Es hat bereits viele chemotherapeutische Medikamente begutachtet und für gut befunden, sehr zum Nutzen der Patienten. Gleichwohl äußerten sich 2003 einige Pharmaunternehmen besorgt darüber, dass die 34 Krebszentren in England die von NICE empfohlenen Krebsmedikamente unterschiedlich intensiv nutzten. Man fand heraus, dass die Krebszentren eine breite Palette der Medikamente verwenden. Gleichwohl bevorzugen einige Krebszentren vor allem die von NICE empfohlenen Medikamente in weit höherem Maße als andere Krebszentren.“ Sie können die vollständige Studie herunterladen, und zwar unter: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/38/95/04083895.pdf>

Das BMJ macht in zwei weiteren Aufsätzen aus interessante Aspekte des NHS aufmerksam: In „Challenges for the National Institute for Clinical Excellence“ schreiben Maynard *et al.*: „Bislang hat NICE die Bewertung neuer Technologien ins Auge gefasst, nicht aber die alter Technologien. Dieser Ansatz bringt dem NHS mehr Probleme, als er bewältigen kann.“ Die Folge dessen ist nur zu deutlich vorherzusehen: Die Ratschläge werden nicht befolgt. Mehr dazu unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7459/227?etoc>

Siehe dort auch: „National Institute for Clinical Excellence and its value judgments“, Michael D. Rawlins, NICE Chief Executive, und Anthony J. Culyer:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7459/224?etoc>

Geldverschwendung in Schottland

Im August kam die oberste Aufsichtsbehörde Schottland zu dem Ergebnis, es sei schwer nachzuweisen, welchen Nutzen die Erhöhung der Gesundheitsausgaben nördlich der Grenze gestiftet habe. *An Overview of the Performance of the NHS in Scotland* ist „der erste schottische Auditing-Report über die Leistungen des NHS in Schottland. Er konstatiert, dass vieles zur Verbesserung des NHS in Schottland getan wurde ... Aber die schottische Leitung muß überzeugender demonstrieren, dass mehr Unterstützung und neue Methoden den Patienten auch tatsächlich zugute kommen.“ In der Tat. Vielleicht setzt jetzt eine Diskussion darüber ein, warum steuerfinanzierte Staatsmonopole den Patienten nicht dienen. Auch wenn sich der NHS sich mittlerweile der Einbindung des privaten Sektors offen zeigt, sollten die Entscheider in London diese Studie sorgfältig studieren, bevor sie dem NHS weitere

Steuergelder hinterherwerfen. Die 52-seitige Studie finden Sie unter: <http://www.audit-scotland.gov.uk/publications/pdf/2004/04or01ag.pdf>

Radikale Liberaldemokraten fordern Umkehr zur Marktwirtschaft

Im August bahnte sich bei den englischen Liberaldemokraten, die bisher eher links von der Labour-Partei standen, eine Kehrtwende an. Die Altvordenen fordern die Partei dazu auf, eine neue „entschieden liberale“ Politik zu verfolgen, die marktwirtschaftlich und euroskeptisch sei. Die Vorschläge kann man einem druckfrischen Buch entnehmen, das „The orange book: Reclaiming liberalism“ betitelt ist. Herausgegeben vom Sprecher des Parteischatzmeisters David Laws, enthält es Beiträge vieler Parteiprinzen, darunter Nick Clegg, Wirtschaftssprecher im Europäischen Parlament. Das Buch fordert eine Krankenversicherungssystem, eine Zügelung des regulierenden Staates und den verstärkten Einsatz der Marktkräfte um globale Umweltprobleme zu meistern und betont die Bedeutung der Freiwilligkeit und der Selbsthilfe. Man wird abwarten müssen, ob dies mehr ist als eine Aneignung der Ideen anderer Parteien. Peter Wintours Beitrag können Sie unter folgendem Link lesen:

<http://politics.guardian.co.uk/libdems/story/0,9061,1275582,00.html>

Vereinigtes Königreich erteilt erste Klonlizenz

Im Klonen scheint England andere Wege zu gehen als Frankreich. Honor Mahony schrieb, dass am 11. August „britische Wissenschaftler die Erlaubnis erhielten, therapeutisches Klonen menschlicher Embryos durchzuführen. Ein Wissenschaftsteam der englischen Universität Newcastle erhielt die Erlaubnis seitens der dazu ständigen Behörde *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HEFA). Es untersucht neue Behandlungsmöglichkeiten für Diabetes, Parkinson und Alzheimer. ... Die Entscheidung zugunsten der Wissenschaftler wurde, obwohl allgemein erwartet, von Pro-Vita-Organisationen mit heftigem Protest aufgenommen.“ Im Februar 2004 waren es südkoreanische Wissenschaftler, die zum ersten Mal ein menschliches Embryo für therapeutische Zwecke klonen. Drei Jahre zuvor entschied die Bush-Administration, Forscher, die mit Staatsgeldern an bestehenden Stammzellen forschten, mit Einschränkungen zu belegen. Mahonys Studie können Sie unter folgendem Link einsehen:

<http://www.euobserver.com/?sid=9&aid=17075>

PHARMA NEWS

- Die menschlichen Kosten der Arzneimittelpreiskontrollen in Europa
- USA subventioniert Arzneimittelverbraucher in der EU
- Billige Medikamente / gute Medikamente
- Angriff auf Pharma-Riesen
- Die Beziehung zwischen Ärzten und Pharma-Vertretern
- Die richtigen Medikamente und die richtigen Diskussionen
- Regulierung ist die Ursache, nicht die Lösung des Problems der Impfstoffknappheit
- Zugang zu Medikamenten: Vor der eigenen Türe kehren
- WHO und Arzneimittel

Die menschlichen Kosten der Arzneimittelpreiskontrollen in Europa: ein Fall für Reformen

Falls Sie nicht für ein pharmazeutisches Unternehmen arbeiten, gibt es ein Wort, das bei Ihnen fast garantiert einen Schlafanfall verursachen wird. Dieses Wort ist „Reimport“. Aber, lieber Leser, wachen Sie auf! Der jetzt vorliegende neue CNE Gesundheitsbericht von Senior Fellow Stephen Pollard, Sean Gabb und Alberto Mingardi zeigt, dass der Reimport im Bereich Arzneimittel, der dadurch entsteht, dass einige Mitgliedstaaten Preiskontrollen für innerhalb ihrer Grenzen verkaufte Arzneimittel anordnen, stündlich mehr als 42 EU-Bürger in Lebensgefahr bringt.

Der Binnenmarkt sichert zu, dass alles, was in einem Mitgliedstaat frei verkäuflich ist, in jedem anderen auch zugelassen werden muss. Deshalb bietet der Reimport eine Möglichkeit, schnelles Geld zu verdienen. Ende 2001 hatte der Reimport von Arzneimittelprodukten in Europa \$3,3 Milliarden erreicht und man rechnet bis 2006 mit \$7,4 Milliarden. Die Konsequenzen sind offensichtlich. Einige Medikamente werden auf dem europäischen Markt einfach nicht zur Verfügung gestellt. Es ist nicht nur ökonomisch merkwürdig, dass die Kommission den Reimport verteidigt, sondern lebensgefährlich. Um den gesamten Bericht zu lesen, gehen Sie bitte zu: http://www.cne.org/pub_pdf/2004_07_01_humancost.pdf

Wird Europa von amerikanischen Patienten subventioniert?

Dr. Mark McClellan, der früher in leitender Position für die Lebens- und Arzneimittelbehörde arbeitete, hat beklagt, dass andere Länder keinen fairen Beitrag zu Forschungs- und Entwicklungskosten von Arzneimitteln leisten. Wenn man die Zahlen betrachtet, hat Dr. McClellan – laut eines kurzen Berichts von Merrill Matthews – Recht. Die meisten OECD-Länder zahlen erheblich weniger für Medikamente als die US-Verbraucher, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Kaufkraft. Wenn andere Länder ihre Arzneimittelforschung und –entwicklung beleben wollen, müssen sie willens sein, ihre Preiskontrollen zu lockern und den Markt arbeiten zu lassen. Die Publikation ist in elektronischem Format unter <http://www.ipi.org> erhältlich.

Billige Medikamente / gute Medikamente

In seinem Weblog vom 29. Juli widmete sich Anders Sandberg in einem *Health Affairs web exclusive* dem Thema Preiskontrollen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten und deren Wirkung auf die Entwicklung neuer Medikamente. Der Co-Autor, Johns Hopkins Professor Gerald Anderson, sagte: „Es gibt eine klare Wahl: entweder besserer Zugang zu Medikamenten für Medicare Empfänger oder höhere Preise für Medikamente, die zu mehr Forschung und Entwicklung führen“. Anderson argumentiert, dass Kritiker oft höhere Preise mit mehr Ausgaben verwechseln. Die Preise steigen nicht, wir kaufen mehr Medikamente, und Innovationen produzieren weitaus fortschrittlichere Medikamente. Um mehr zu lesen, gehen Sie bitte zu:

http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.396v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Anderson&andorexactfulltext=and&searchid=1093166313046_12&stored_search=&FIRSTINDEX=0&resourcetype=1&journalcode=healthaff

Pharma-Riesen sind falsche Freunde, sagt bekannte Branchenkritikerin...

Am 22. Juli schrieb Helen Disney, dass die forschende Arzneimittelindustrie wieder einmal Angriffen ausgesetzt sei. Die Financial Times druckte einen Kommentar von Harvard Medical School Dozentin Marcia Angell ab, der auf ihrem demnächst erscheinenden Buch 'The Truth About Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It' („Die Wahrheit über Medikamentenhersteller: Wie sie uns betrügen und was wir dagegen tun können“) basiert. Unter der Überschrift „Pharma-



Riesen sind falsche Freunde“ wird die Industrie als Urheber zahlreicher Probleme genannt, aber Disney fragt, wie fair Frau Angells Angriff sei. Denkt man an die Zahl derjenigen älteren Menschen, die dank Medikamenten wie Statinen, die bei Herzkrankheiten helfen, heute noch am Leben sind, oder an die Kosten, die nationale Gesundheitssysteme durch solche Innovationen, die spätere, teurere Interventionen unnötig machen, eingespart haben, scheint es, als ob Frau Angell eine eher heuchlerische Sicht der Dinge hat. Vielleicht sollte sie ihr Engagement gegen die Art und Weise richten, wie Gesundheitssysteme organisiert und finanziert werden, wobei in den meisten Ländern die Regierung der größte Käufer von Medikamenten sind, besonders in Europa. Wären die Preise für Medikamente in den USA immer noch so hoch, wenn sie nicht mehr die Arzneimittelkonsumenten der EU subventionierten? Um den Financial Times Artikel zu lesen (Abonnement erforderlich), gehen Sie bitte zu:

http://search.ft.com/search/article.html?id=040719000803&query=marcia%20angell&vsc_appld=quickSearch&offset=0&resultsToShow=10&vsc_subjectConcept=&vsc_companyConcept=&state=More&vsc_publicationGroups=TOPWFT&searchCat=-1

Allgemeinmediziner werden gebeten, keine Zahlungen von Pharma-Vertretern zu verlangen

Laut eines BMJ-Berichts von Lynn Eaton (BMJ 2004; 329:72 (10. Juli), doi: 10.1136/bmj.329.7457.72-d), hat die Code of Practice-Behörde, die die Regeln der Pharma-Industrie für das Bewerben von Medikamenten im Vereinigten Königreich durchsetzt, Allgemeinmediziner gebeten, keine Zahlungen mehr von Pharma-Vertretern zu verlangen, da solche Zahlungen gegen die Regeln der Behörde verstoßen. Interessanterweise fällt dies zeitlich mit der Beratungsperiode im Vorfeld einer parlamentarischen Untersuchung über den Einfluss der Pharma-Industrie zusammen, inklusive desjenigen von Verkaufsvertretern auf Allgemeinmediziner. Um mehr zu lesen, gehen Sie bitte zu: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7457/72-d?etoc>

Die richtigen Medikamente und die richtigen Diskussionen

Neben Langlebigkeit und Gesundheit wünschen wir uns Gedankenklarheit, ein gutes Erinnerungsvermögen und emotionale Reife. Da kommt es nicht unerwartet, dass Menschen sich der Medizin zuwenden, um diese kognitiven

Verbesserungen zu erreichen. In der Vergangenheit konnten wir bestenfalls Mängel behandeln und einfache Stimulationen anwenden, aber die Neurowissenschaft ist zunehmend in der Lage, die Wahrnehmung in gewünschter Weise zu modifizieren. In seinem Weblog zum Thema (16. Juli 2004) bemerkt Anders Sandberg, dass eine wohldurchdachte Betrachtung dieses Wandels in dem von Martha J. Farah, *et al.* in *Nature Reviews Neuroscience* veröffentlichten Aufsatz [Neurocognitive Enhancement: What can we do and what should we do?](#) zu finden ist.

In Europa hat die Debatte über verbessernde Medizin noch nicht wirklich begonnen. Wenn sie auf dem autoritativen und erfrischend undogmatischen Niveau dieses Artikels gehalten werden kann, anstatt sich in einen polarisierten Kampf zwischen Technophilen und Technophoben zu verwandeln, können wir vielleicht gefährliche Fehlregulierungen und Missbräuche verhindern.

<http://neuroethics.stanford.edu/nrn1390.pdf>

Summertime Blues: Regulierung ist die Ursache, nicht die Lösung des Problems der Impfstoffknappheit

Am 18. August (CNE Blog) hat Alberto Mingardi unsere Aufmerksamkeit auf die *Independent Review* des Independent Institute gelenkt, eine exzellente wirtschaftspolitische Zeitschrift, herausgegeben von dem Historiker Robert Higgs. Diese Zeitschrift bietet angenehmen Lesestoff für diejenigen, die zu libertären und klassisch liberalen Ideen neigen, da sie unermüdlich liberale Werte wie Wettbewerb, Freiheit und Frieden verteidigt. In der neuesten Ausgabe der *Independent Review* erschien ein herausragender Aufsatz zur Qualität der Gesundheitsversorgung. In „Weakened Immunity: How the Food and Drug Administration Cause Recent Vaccine-Supply Problem“ („Geschwächte Immunität: Wie die Lebens- und Arzneimittelbehörde neue Impfstoffangebotsprobleme verursachte“), führt Arthur E. Foulkes aus, dass die Knappheit an Impfstoffvorräten nicht das Ergebnis eines unkontrollierten freien Marktes ist, sondern vielmehr das Gegenteil: ein Resultat der übermäßigen Regulierung. Um Foulkes Artikel einzusehen, gehen Sie bitte zu:

http://www.independent.org/pdf/tir/tir_09_1_2_foulkes.pdf



Zugang zu Medikamenten: Vor der eigenen Türe kehren

Zölle und Mehrwertsteuer sind in vielen ärmeren Ländern ein signifikanter Faktor bei der Festsetzung der Endverbraucherpreise von Medikamenten; laut eines kurzen, in Bangkok veröffentlichten Aufsatzes von Ben Irvine, jetzt Direktor des Health Projects beim International Policy Network und Manager der Kampagne zur Bekämpfung von Krankheiten, treiben sie die Preise in die Höhe, manchmal bis zu 55%. Aber MwSt und Zölle sind nicht die einzigen lokalen Preisinflationsfaktoren (Local Price Inflation Factors, LPIs). Andere sind z.B.: Hafengebühren, Ablösegebühren und Fracht, Gewinnspannen der Importeure, zentrale, regionale und lokale Regierungssteuern, Gewinnspannen der Großhändler und Apotheken – von denen viele durch Regulierung und andere regierungsbedingte Einschränkungen des Wettbewerbs in die Höhe getrieben werden. Irvine merkt an: „Es ist traurig, dass die Mehrheit der medien erfahrenen Aktivisten unwillig erscheinen, die Regierungen armer Länder offen zu kritisieren. Sie sollten diese Regierungen bedrängen, diejenigen Gesetze zu ändern, die eine regressive, ungerechtfertigte Besteuerung der Kranken und eine ungewollte Behandlungshürde bedeuten und de facto weite Teile ihrer Bevölkerung zum Tode durch Besteuerung verurteilen.“ Um mehr zu lesen, gehen Sie bitte zu: <http://www.fightingdiseases.org/pdf/tax-tariffs-access.pdf>

Interessierte Leser können auch einen Blick auf die Sitzungsprotokolle (59 Seiten) einer am 10. Juni 2004 abgehaltenen und vom International Policy Network, dem Institute for Policy Innovation und dem Centre for Medical Progress durchgeführten Veranstaltung werfen (*The Campaign to Fight AIDS: Ensuring access to the best medicines*) (Die Kampagne zur AIDS-Bekämpfung: Sicherung des Zugangs zu den besten Medikamenten) Diese Veranstaltung beschäftigte sich mit Patenten und dem Zugang zu Medikamenten sowie den Aussichten auf Impfstoffe. Redner waren praktizierende Ärzte aus Botswana und Kenia, sowie Amir Attaran und Jerry Norris. Ein umfassendes Protokoll finden Sie unter:

<http://www.manhattan-institute.org/pdf/mics10.pdf>

Unbeantwortete Fragen: WHO?

Antoine Clarke (CNE Blog am 12. August) denkt wohl nicht als einziger, dass die WHO die beste Verwendung knapper Ressourcen genauso wenig kennt wie eine nationale Behörde und genauso wenig wie diese dem politischen Programm anti-kapitalistischer Demagogen etwas entgegensetzen kann. Der Skandal bei der falschen Handhabung von AIDS-Behandlungen durch die WHO liegt darin, dass sie generische Produkte unangemessen guthieß und um dies zu vertuschen jegliche Fehler abstreite. Klicken Sie bitte hier, um einen dazu passenden Artikel von Nick Schultz zu lesen:

<http://www.techcentralstation.com/080904G.html>



FOKUS DES MONATS: Die Endphase der europäischen Arbeitszeitdirektive

Die Sommerausgabe unseres Bulletins beschäftigt sich mit einem Bericht über die Endphase der europäischen Arbeitszeitdirektive, die am 1. August in Kraft getreten ist. Das BMJ berichtet über zehn betroffene Länder.

Über das Limit?

Susan Mayor, Jane Burgermeister, Katka Kosner, Tiago Villanueva, Annette Tuffs, Brad Spurgeon, Fabio Turone, Muiris Houston, Tony Sheldon, BMJ 2004;329:310 (7. August), doi:10.1136/bmj.329.7461.310

“Überall in Europa sollten Assistenzärzte in Krankenhäusern ab diesem Monat eine neue, kürzere 58-Stunden-Woche beginnen. Mit dem Ziel deren Arbeitsleben - und die Sicherheit der Patienten - zu verbessern, trachtet die europäische Direktive nach einer weiteren Einschränkung auf nur noch 48 Stunden bis 2009. Aber trotz der neuen Regeln werden viele Ärzte weiterhin Überstunden machen.“ ...

Großbritannien: Eine Umfrage unter 100 NHS-Verwaltungschefs durch die NHS-Konföderation, ergab, dass 16% nicht damit rechnen, dass ihre Treuhandgesellschaften bis zum 1. August der europäischen Arbeitszeitdirektive genüge tun können. Viele Assistenzärzte könnten ihre Arbeitsgeber vor ein Arbeitsgericht bringen, und die Krankenhäuser haben jedes Mal, wenn sie die Direktive missachten, Strafen von bis zu 7.600 € durch die Health and Safety Executive erwarten. Der NHS hat sich bemüht, die Ansprüche der neuen Direktive zu erfüllen, aber er ist in seinem Misserfolg nicht allein. ...

Österreich: Für Ärzte in der Ausbildung bleibt die Einhaltung der Direktive ein fernes Ziel. Wegen Personalmangels müssen die meisten jungen Ärzte in Krankenhäusern regelmäßig mehr als die momentan in Österreich gesetzlich festgelegte Höchstarbeitszeit von 60 Stunden pro Wochen leisten. ...

Tschechische Republik: Da die Direktive auch in den am 1. Mai beigetretenen 10 neuen Ländern gilt, muss die Tschechische Republik sie einhalten. Dies ist jedoch noch nicht passiert; und der Vorstand der Ärztegewerkschaft, Milan Kubek, sagt, dass die Gewerkschaft dabei ist, rechtliche Schritte gegen das Gesundheits- und das Arbeitsministerium vorzubereiten. ...

Portugal: Die Mißachtung der Direktive ist eher die Regel als die Ausnahme. Fast alle im nationalen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte überschreiten die 58-Stunden-Grenze, weil sie zusätzlich zu den 42 Stunden ihrer Standard-Arbeitswoche Überstunden (in Notaufnahmen) ansammeln. Diese Extra-Schichten sind durch einen Ärztemangel bedingt. ...

Spanien: Im allgemeinen müssen Assistenzärzte (in der Facharztausbildung) durch Bereitschaftsdienste in Notaufnahmen eine erhebliche Anzahl an Überstunden leisten, was zu einer eindeutigen Überschreitung der Höchstarbeitszeit führt. ...

Deutschland: Obwohl die deutschen Gesetze mit der Direktive im Einklang stehen, überschreiten die Arbeitszeiten der meisten Krankenhausärzte die in der Direktive festgelegte Anzahl, sagte ein Sprecher der Vereinigung deutscher Krankenhausärzte. ...

Frankreich: In Frankreich wird die Arbeitswoche eines Arztes in halben Tagen gerechnet; allerdings ist nirgends festgelegt, wie viele Stunden einen halben Tag ausmachen. Ärzte in der Ausbildung arbeiten zum Beispiel 11 halbe Tage pro Woche, die durchschnittliche Stundenzahl beträgt laut Raphaël Gaillard, Präsident der Vereinigung der Assistenzärzte an Pariser Krankenhäusern, jedoch 70. Er sagte, Ärzte würden die Direktive nicht einmal mit der Regierung diskutieren, da sie sie für „so total abstrakt halten, dass sie nicht anwendbar scheint“. ...

Italien: Die Standard-Arbeitswoche für Ärzte in privaten und staatlichen Krankenhäusern beträgt 40 Stunden, aber nationale Kollektivverträge können sie verkürzen (momentan beinhaltet sie 34 Stunden klinischer Arbeit plus vier Stunden Weiterbildung) und eine Höchstarbeitszeit festlegen, die momentan bei 48 Stunden liegt (gerechnet als wöchentlicher Durchschnitt über einen Zeitraum von vier Monaten). ...



health bulletin

SEPTEMBER 2004

Irland: Die Direktive hängt in Irland in einem luftleeren Raum. Trotz laufender Diskussionen zwischen der irischen Ärztevereinigung und der Arbeitgebervereinigung des Gesundheitsdienstes gibt es keine Übereinstimmung darüber, was die Grundarbeitszeiten von Assistenzärzten umfaßt. Aus diesem Grund können keine neuen Dienstpläne eingeführt werden, die die 58-Stunden-Woche einhielten. ...

Niederlande: Assistenzärzte an Krankenhäusern in den Niederlanden haben seit 1993 grundsätzlich eine 48-Stunden-Arbeitswoche, sagt Alex van Bolderen, leitender Direktor der Vereinigung angestellter Ärzte. Dies beinhaltet aber nicht alle Bereitschaftsdienste. ...“

Um den ganzen Bericht zu lesen, besuchen Sie bitte folgende Website:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;329/7461/310>



CNE PRESSESPIEGEL

GESUNDHEITSSYSTEME UND GESUNDHEITSÖKONOMIE

- Krise bei der Bereitstellung von Zeitschriften im Anmarsch
- Europäische Gesundheitsmanager
- Engere europäische Integration: eine Gefahr für die Selbstregulierung?
- Die Auswirkungen einer erweiterten EU auf die Rekrutierung von Pflegepersonal
- Ungesunde europäische Gesundheitspolitik
- Einen europäischen Wohlfahrtsstaat schaffen?
- Untergräbt die Globalisierung den Wohlfahrtsstaat?
- Auslagerung von Gesundheitsleistungen aus einem staatlichen Gesundheitssystem
- Technische Effizienz in der Nutzung von Gesundheitsressourcen
- Wettbewerb im Gesundheitswesen neu definieren
- Gesundheitsversorgung oder Gesundheitshandel?: ein historischer Moment der Entscheidung

Krise bei der Bereitstellung von Zeitschriften im Anmarsch

House of Commons Science and Technology Committee. *Scientific Publications: Free for all?* London: Stationery Office, 2004. (Wissenschafts- und Technologie-Komitee des Unterhauses. Wissenschaftliche Veröffentlichungen: Frei für alle?)

Da das CNE-Bulletin auf den Zugang zu Zeitschriften angewiesen ist, ist folgender Bericht von besonderem Interesse. Im Juli hat das Wissenschafts- und Technologie-Komitee des Unterhauses von Großbritannien (HCSTC) empfohlen, „dass alle höheren Bildungseinrichtungen im Vereinigten Königreich elektronische Magazine einrichten, in denen ihre Veröffentlichungen gesammelt und unentgeltlich eingesehen werden können. Das HCSTC hat ebenfalls empfohlen, als eine radikale langfristige Lösung zur Verbesserung des Zugangs zu wissenschaftlichen, technischen und medizinischen Zeitschriften das weitergehende Experimentieren mit „Autor zahlt“-Veröffentlichungsmodellen zu unterstützen. Momentan decken Zeitschriften ihre Veröffentlichungskosten durch das Erheben von Abonnementsgebühren bei Individuen oder Institutionen. Das „Autor zahlt“-Veröffentlichungsmodell, wie es unter anderen vom

open access Online-Herausgeber BioMed Central und der Public Library of Science praktiziert wird, bietet aber freien Zugang für Leser, während es die Autoren für die Veröffentlichung ihrer Artikel zur Kasse bittet.“ Um online zu lesen: www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmsctech/399/399.pdf

Bruno Rushfords Besprechung von *Free for all* finden Sie unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7459/188-a?etoc>

Europäische Gesundheitsmanager

Joan Higgins, *The Manchester Centre for Healthcare Management Update 2004 : 1-2 (Sommer 2004)*

Dieser Artikel beschreibt kurz die neuesten Entwicklungen in der Europäischen Union und in anderen europäischen Organisationen, die für Gesundheitsmanager von Bedeutung sind. Um ein Exemplar zu erhalten, gehen Sie bitte zu: http://www.mbs.ac.uk/mchm/news/story_detail.asp?story_id=33

Engere europäische Integration: eine Gefahr für die Selbstregulierung?

Abigail Masterson, *Nursing Management (UK) 2004; 11 (3): 14-19 (Juni 2004)*

In diesem auf Großbritannien bezogenen Artikel, der EU-weit relevant ist, untersucht Masterson die Bedeutung zunehmender europäischer Integration und ermahnt, rechtzeitig sicherzustellen, dass das Pflegepersonal aus den neuen EU-Beitrittsstaaten hinreichend kompetent ist. Um mehr zu lesen, gehen Sie bitte zu:

https://secure.nursing-standard.co.uk/archive_fr_10.asp

Gesundheit und Gesundheitssysteme in den neuen Mitgliedstaaten

Sara Thomson, Elias Mossialos, Martin McKee, Ellen Nolte and Sara Allin

LSE Health and Social Care (LSE) and ECOHOST (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Institut des Sciences de la Sante, ISS Statistics: 13. Mai 2004

Diese 56-seitige Studie „beschreibt und analysiert Gesundheits- und Gesundheitssystementwicklungen in den neuen Mitgliedstaaten, indem sie sie in den Zusammenhang einer erweiterten Europäischen Union stellt. Die Untersuchung konzentriert sich auf drei Hauptthemen: erstens, Entwicklungen im



Gesundheitsstatus; zweitens, der Einfluss des wirtschaftlichen Wandels von zentralisierten zu marktwirtschaftlichen Mechanismen auf Gesundheitssysteme in der Mittelosteuropa; und drittens, die Auswirkung des Beitritts zu Europäischen Union auf Gesundheit und Gesundheitssysteme. In Bezug auf Gesundheit haben die neuen Mittelmeermitgliedstaaten – Zypern und Malta – viele Ähnlichkeiten mit den alten Mitgliedstaaten: die Lebenserwartung bei der Geburt entspricht für Frauen fast dem EU-Durchschnitt und übertrifft ihn bei Männern.“ Mehr dazu unter:

<http://www.who.org/IMG/pdf/report.pdf>

Eine Darlegung der Auffassungen des in Berlin lehrenden Experten für europäische Gesundheitspolitik Prof. Dr. Reinhard Busse finden Sie unter:

http://www.wm.tu-berlin.de/fachgebiet/mig/files/2004.lectures/2004.05.13_Brussel_RB.pdf

Einen europäischen Wohlfahrtsstaat schaffen?: die europäische Sozialpolitik - Annäherung und Konflikte

Peter Taylor-Gooby, Malden, Ma: Blackwell Publishing, 2004 ISBN: 1405121165

Zuerst veröffentlicht als Band 37 (6) von *Social Policy and Administration*, bietet dieser Band einen aktuellen Überblick über einige für politischen Themen in Europa: von den Arbeitsmärkten bis zur Arbeitsunfähigkeit und von der Armut bis zur Gesundheitsversorgung. Detaillierte Informationen über Inhalt und Kaufmodalitäten des Bandes erfahren Sie unter:

<http://www.blackwellpublishing.com/book.asp?ref=1405121165>

Untergräbt die Globalisierung den Wohlfahrtsstaat?: die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in den Industrienationen der 1990er Jahre

Vicente Navarro, et al. *International Journal of Health Services* 2004; 34 (2): 185-227

Globale Schwarzseher sollten sich diesen Artikel anschauen. Die Autoren „untersuchen die Evolution von Makro-Indikatoren sozialen und ökonomischen Wohlbefindens während der 1990er Jahre für die meisten entwickelten kapitalistischen Länder, geordnet nach der jeweils dominierenden politischen Couleur seit dem Zweiten Weltkrieg.“ Navarro et al. behaupten, dass trotz der ökonomischen Globalisierung von Handel und Finanzen die „Politik

immer noch wichtig ist“ für die Erklärung der Evolution des Wohlfahrtsstaates und der Arbeitsmärkte in diesen Ländern; der Einfluß der Globalisierung des Finanzkapitals auf die Verknappung der Ressourcen für Wohlfahrtszwecke ist übertrieben worden.“ Mehr Details unter:

<http://baywood.metapress.com/openurl.asp?genre=issue&issn=0020-7314&volume=34&issue=2>

Gesundheitsreform in Kasachstan: Was können die europäische Erfahrung und CIS uns lehren?

Jan Bultman, Jack Langenbrunner, *The World Bank* 2004.

Diese Power Point Präsentation könnte einige unserer Leser interessieren.

http://www.worldbank.org/eca/kazakhstan/conf/health/Health_Reform_In_Kazakhstan_eng.pdf

Ungesunde europäische Gesundheitspolitik

Pol, De Vos, et al. *International Journal of Health Services* 2004; 34 (2): 255-269.

De Vos et al. Sind der Ansicht, dass „die Europäische Union behauptet, dass die Verteidigung ihres Wohlfahrtsstaates eine der wichtigsten Herausforderungen der Gegenwart ist.“ Dieser Artikel, der marktorientierten Lesern die Haare zu Berge stehen lassen wird, „analysiert, ob die europäischen Regierungen und die Europäische Union eine Politik verfolgen, die ihre Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme stärkt, oder eine, die in sich selbst eine Bedrohung für Gesundheit und soziale Sicherheit darstellt.“ Um Details zu erfahren, gehen Sie bitte zu:

<http://baywood.metapress.com/openurl.asp?genre=issue&issn=0020-7314&volume=34&issue=2>

Auslagerung von Gesundheitsleistungen aus einem staatlichen Gesundheitssystem: Das neuseeländische Experiment

Toni Ashton, et al. *Health Policy* 2004; 69 (1): 21-31 (Juli 2004)

Dieser Aufsatz spendet denjenigen Trost, die bei der Planung von Gesundheitssystemen Auslagerung anstelle von Integration befürworten. Er beschreibt den „Prozess und die Ergebnisse der Auslagerung von Gesundheitsdienstleistungen in Neuseeland zwischen 1993 und 2000, als eine Käufer-Anbieter-Trennung in Kraft war.“ Ashton et al. fanden heraus, dass „die Auslagerung im allgemeinen das Augenmerk der Anbieter auf Kosten und Umfang verbesserte, durch Spezifikation von Dienstleistungen zu größerer Klarheit führte, Versorger dazu anregte,



die Qualität durch bessere Methoden zu verbessern, und neue Arten der Versorgerdienste ermöglichte, die bis dahin nicht öffentlich gefördert wurden.“ Mehr dazu unter:

[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=IssueURL&_tockey=%23TOC%235882%232004%23999309998%23503891%23FLA%23Volume_69_Issue_1_Pages_1-133_\(July_2004\)&_auth=y&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a195d78090fecf5afcf04171dbbf171](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=IssueURL&_tockey=%23TOC%235882%232004%23999309998%23503891%23FLA%23Volume_69_Issue_1_Pages_1-133_(July_2004)&_auth=y&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a195d78090fecf5afcf04171dbbf171)

Technische Effizienz in der Nutzung von Gesundheitsressourcen: ein Vergleich unter OECD-Staaten

Donna Retzlaff-Roberts et al., Health Policy 2004; 69 (1): 55-72 (Juli 2004)

Unter Zugrundelegung von OECD-Gesundheitsdaten analysiert dieser Aufsatz die „technische Effizienz in der Produktion aggregierter Folgen für die Gesundheit durch reduzierte Säuglingssterblichkeit und ansteigende Lebenserwartung.“ Die Autoren haben herausgefunden, dass „einige Länder relative Effizienzvorteile erreichen, einschließlich solcher mit guten Gesundheitsergebnissen (Japan, Schweden, Norwegen und Kanada) und solcher mit bescheidenen Gesundheitsergebnissen (Mexiko und die Türkei).“ Sie „schlußfolgern, ... dass die USA ihre Aufwendungen bedeutend reduzieren kann, ohne die momentane Lebenserwartung einzuschränken.“ Um den Artikel einzusehen, gehen Sie bitte zu:

[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=IssueURL&_tockey=%23TOC%235882%232004%23999309998%23503891%23FLA%23Volume_69_Issue_1_Pages_1-133_\(July_2004\)&_auth=y&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a195d78090fecf5afcf04171dbbf171](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=IssueURL&_tockey=%23TOC%235882%232004%23999309998%23503891%23FLA%23Volume_69_Issue_1_Pages_1-133_(July_2004)&_auth=y&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a195d78090fecf5afcf04171dbbf171)

Wettbewerb im Gesundheitswesen neu definieren

Michael E Porter, Elizabeth Olmstead Teisberg, Harvard Business Review 2004; 82 (6): 64-76 (Juni 2004)

Aufgeschlossene Europäer und Amerikaner sollten diesen Aufsatz lesen, in dem dem amerikanischen Gesundheitssystem ein schlechter Zustand attestiert wird, der durch wettbewerbsfreundliche Reformen verbessert werden könne. „Medizinische Dienstleistungen werden eingeschränkt oder rationiert, viele Patienten erhalten eine schlechte Versorgung, und es besteht weiterhin eine hohe Rate vermeidbarer ärztlicher Fehler. Es gibt gravierende

und unerklärliche Kosten- und Qualitätsunterschiede unter den Anbietern und den Regionen. In gut funktionierenden, wettbewerbsorientierten Märkten – denken sie an Computer, Mobilkommunikation und Bankwesen – wären solche Ergebnisse undenkbar. In der Gesundheitsversorgung, wo Leben und Lebensqualität auf dem Spiel stehen, kann man solche Ergebnisse nicht tolerieren.“ Die Autoren sagen, dass die Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen sich ändern müsse und schlagen eine Anzahl interessanter Reformen vor.

Gesundheitsversorgung oder Gesundheitshandel?: ein historischer Moment der Entscheidung

Julian Hart Tudor, International Journal of Health Services 2004; 34 (2): 245-254

Hart Tudor glaubt, dass die Frage, ob die Gesundheitssysteme „sich dem Modell wettbewerblicher und profitorientierter Güterproduktion anpassen oder eher die Idee einer Geschenkökonomie für menschliche Bedürfnisse weiterverfolgen werden, zu einem der vorherrschenden politischen und ökonomischen Themen des 21. Jahrhundert werden wird. Er meint, dass das „Ergebnis der momentaner Kämpfe zwischen staatlicher Versorgung und der staatlichen Förderung privater Dienstleister durch die höhere Produktivität entschieden werden wird.“ Es überrascht, dass seine „Ergebnisse insinuiert, dass in Bezug auf Behandlungserfolge eine allgemeine öffentliche Versorgung mit einer ausgedehnten und diversifizierten Arbeitskräftebasis weitaus produktiver sein könnte als eine private Dienstleistungsindustrie.“ Mehr Details finden Sie unter:

<http://baywood.metapress.com/openurl.asp?genre=issue&issn=0020-7314&volume=34&issue=2>

Hin zu einem Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts: Die Beiträge und Versprechungen der „Prepaid Group Practice“

Herausgegeben von Alain C. Enthoven und Laura A. Tollen, 2004.

An ein amerikanisches Publikum gerichtet, bietet diese von Alan Enthoven und Laura Tollen herausgegebene Aufsatzsammlung eine nützliche Anleitung zum Lösen vieler Grundprobleme im US-Gesundheitssystem, inklusive des Problems der unhaltbaren Preiserhöhungen. Die Autoren konzentrieren sich auf ein Gruppenvorauszahlungsmodell, auf sogenannte „multispecialty prepaid group practices“ (PGPs), als



ein praktikables Reformmodell. Eine Besprechung dieses 274 Seiten langen Buches finden Sie unter:

<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/23/4/278>

Bessere Palliativmedizin für ältere Menschen

Edited by Elizabeth Davies und Irene J. Higginson, WHO EUROPE, Juli 2004

Palliativmedizin ist ein Europa ein vernachlässigtes Thema. Laut zweier neuer WHO-Veröffentlichungen sterben viele Europäer unter unnötigen Schmerzen und Beschwerden, weil in den Gesundheitssystemen Können und Service fehlen, um gegen Ende des Lebens eine Versorgung sicherzustellen. Die WHO ruft alle Gesundheitspolitiker dazu auf, die Bedürfnisse alternder Bevölkerungen schnellstens in Angriff zu nehmen und Palliativmedizin zu einem Herzstück ihrer Gesundheitsversorgung zu machen. Um diese 43-seitige Studie zu lesen, folgen Sie bitte diesem Link:

<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>

Palliativmedizin: Solide Fakten

Elizabeth Davies und Irene J. Higginson, WHO EUROPE, Juli 2004

Die WHO hat herausgefunden, dass die Bandbreite und Qualität palliativmedizinischer Versorgung noch immer stark eingeschränkt und unzureichend ist, obwohl die europäische Bevölkerung altert und mehr Menschen an chronischen Krankheiten sterben. Um *The Solid Facts* (35 Seiten) zu lesen, gehen Sie bitte zu:

<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>

ANDERE VERÖFFENTLICHUNGEN

Warum wir uns so (ver-)sorgen

In seinem Webblog am 17. August fragte Anders Sandberg, warum wir in Bezug auf die Gesundheitsversorgung so altruistisch sind. Warum ist sie fast immer verstaatlicht? Warum ist die Gesundheitspolitik gegenüber Individuen mit niedrigem sozialen Status besonders paternalistisch? Warum geben wir trotz relativ geringer Auswirkungen auf die Gesundheit so viel Geld für die medizinische Versorgung aus statt für Veränderungen im Bereich der Sicherheit, Hygiene und Umwelt? Eine mögliche Erklärung wird in dem anregenden Arbeitspapier *Showing That You Care: The Evolution of Health Altruism* (Zeigen, dass Sie sich sorgen: Die Evolution des Gesundheitsaltruismus) (2000) des Ökonomen Robin Hanson von der George Mason Universität vorgeschlagen. Es ist ein kreativer Versuch, die

Evolutionstheorie auf unser gesundheitspolitisches Verhalten anzuwenden. Auch wenn man vom zugrundeliegenden evolutionären Argument des Aufsatzes nicht überzeugt ist, lohnt es sich wegen der Liste von Ungereimtheiten in der Gesundheitspolitik trotzdem, ihn zu lesen. Um Mason's Aufsatz zu lesen, gehen Sie bitte zu:

<http://hanson.gmu.edu/showcare.pdf>

Vorbeugung statt Heilung: Argument für das Wählen der Gesundheit

Anna Coote, The King's Fund, 2004.

In ihrem Webblog vom 19. August schreibt Helen Disney, dass der britische Gesundheits-Think Tank [King's Fund](#) eine interessante Meinungsumfrage zur Einstellung der Briten gegenüber Fettleibigkeit, Rauchverbot und der Effektivität von Regierungsaktivitäten in Gesundheitsfragen durchgeführt hat. Aber wie steht es um andere europäische Länder, in denen die Regierung vielleicht eine kleinere Rolle bei der Organisation und Bezahlung der Gesundheitsversorgung spielt? Unterscheiden sich die Einstellungen gegenüber persönlicher Verantwortung für die Gesundheit, wenn der Einzelne mehr für seine Gesundheitsversorgung bezahlen muss? Welche Maßnahmen zur Volksgesundheit sind, wenn überhaupt, effektiv, wenn es darum geht, das Verhalten zu verändern? Das Urteil hierüber steht noch aus, aber die Studie des King's Fund hat sicherlich eine interessante Debatte über das eröffnet, was in den nächsten Jahren wahrscheinlich eines der größten Themen der Gesundheitspolitik sein wird.

Umgehen mit den Fettleibigkeits- und Diabetes-Epidemien

In seinem Webblog am 4. August behandelt Anders Sandberg die Fettleibigkeit, ein Thema, das weiterhin für hitzige Debatten in Europa sorgt. Ein gewichtiger [entschuldigen Sie das Wortspiel] Teil der Bevölkerung vieler reicher Länder ist übergewichtig und 10% der Bevölkerung sind fettleibig. Dies wird ernste Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung haben und wie in den USA mit vielen Folgeerkrankungen wie einer nicht insulinpflichtigen Diabetes-Epidemie einhergehen. Momentan basieren die meisten Vorschläge zur Reaktion auf die Fettleibigkeitsepidemie darauf, viel und schlechtes Essen teurer zu machen und das Problem „wegzuinformieren“. Beides ist wenig effizient, und ersteres wird gerade ärmeren Menschen eher schaden als nützen.



Der jüngste Vorschlag des Nationalen Instituts für Volksgesundheit in Schweden zur Einführung einer Steuer auf „fette“ Lebensmittel wird sicher in anderen Ländern in Erwägung gezogen werden. Körperlichem Training ein „cooles“ Image zu verschaffen, hat sich als weit bessere Herangehensweise an das Vermeiden von Fettleibigkeit und kardiovaskulären Problemen erwiesen, aber die Einführung von Fitnesszentren war keine politisch geplante, sondern eher eine spontane Markt-Kreation. Könnten biochemische Herangehensweisen helfen? Vielleicht. Es gibt einige positive Ergebnisse in Bezug auf nicht insulinpflichtigen Diabetes und gängige Lebensmittel. (Janet Raloff, Coffee, Spices, Wine: New dietary ammo against diabetes? (Kaffee, Gewürze, Wein: Neue diätische Munition gegen Diabetes?), Science News, 1. Mai, 2004) Zumindest deuten diese Ergebnisse an, dass die besten Lösungen für Fettleibigkeit und Diabetes in der persönlichen Verantwortung für Ernährung, körperlicher Betätigung und Medikamentennutzung gefunden werden können. Raloffs Artikel finden Sie unter: <http://www.sciencenews.org/articles/20040501/bob10.asp>

Persönliche Verantwortung und verändertes Verhalten: der Stand des Wissens und seine Auswirkungen auf die öffentliche Ordnung

David Halpern et al., Cabinet Office. Prime Minister's Strategy Unit London: Cabinet Office, 2004.

Dieser Bericht lohnt einen Blick. Obwohl mit einem Hauptaugenmerk auf Großbritannien geschrieben, ist das 70-seitige Machwerk jetzt, da kostenbewusste Regierungen die Balance zwischen Rechten und Pflichten suchen, für alle europäischen Länder relevant. Um Zugriff auf den ganzen Bericht zu erhalten, gehen Sie bitte zu: <http://www.strategy.gov.uk/files/pdf/pr.pdf>

KONFERENZEN / VERANSTALTUNGEN CNE VERANSTALTUNGEN

CNE Diskussion über die Vor- und Nachteile der direkten Verbraucherinformation

Brüssel, 15. Juli: Die Frage, ob es Arzneimittelherstellern erlaubt sein sollte, ihre Produkte direkt beim Verbraucher zu bewerben, stellt zugleich die Rolle des Staates sowie der Ärzte und Patienten in Frage. Dan Troy, Chefberater der U.S. Food and Drug Administration, diskutierte diese Themen mit mehr als 40 Teilnehmern während einer CNE-Mittagsdebatte in Brüssel. Am selben Abend

veranstaltete CNE ein Dinnerdebatte mit Troy und 20 führenden Meinungsmacher aus Presse, Wirtschaft und Wissenschaft.

Eine Mitschrift dieser Veranstaltung wird Anfang September zur Verfügung stehen. Bitte lassen Sie uns wissen, ob wir Sie bei Erscheinen der Veröffentlichung benachrichtigen sollen.

Direkte Verbraucherinformation ist auch das Thema eines von der Social Market Foundation in London herausgegebenen neuen Buches, *Direct to Patient Communications: Patient Empowerment or NHS Burden?* (Direkte Patientenkommunikation: Stärkung der Patienten oder Last des NHS?) CNEs Präsident und Generaldirektor, Tim Evans, hat ein Kapitel zu diesem Buch beigetragen; Sie können das Buch über die SMF Website <http://www.smf.co.uk/> bestellen.

Gesundes Altern

Eine CNEGesundheitskonferenz mit Tully Plesser und vielen anderen am 7. Oktober 2004. Ort: Brüssel. Details folgen. Schauen Sie bitte gelegentlich auf die CNE Gesundheits-Website: <http://www.cnehealth.org/>

ANDERE VERANSTALTUNGEN IN EUROA

Falls Sie von weiteren Veranstaltungen hören oder eine eigene vorbereiten, informieren Sie CNE, so dass wir sie in diese Liste aufnehmen können.

Healthcare Systems: Public and Private Management. (Gesundheitssysteme: Öffentliches und privates Management) 1.-4. September 2004, Genf, ICSSHC 2004.

http://www.unige.ch/formcont/icsshc/present_en.html

Reforming Health Systems: Analysis and Evidence. (Gesundheitssysteme reformieren: Analyse und Beweise) 2.-4. September 2004, University of St Andrew's, Fife. Email: sihcm@st-and.ac.uk

Inclusion and Mental Health in the New Europe (Inklusion und mentale Gesundheit im neuen Europa), 3.-5. September, 2004, London, Großbritannien. Das Institut für Psychiatrie, King's College London, in Zusammenarbeit mit der London School of Economics, St. Georges' Hospital Medical School und der University of Durham, organisieren die sechste jährliche Konferenz für ENMESH – das europäische Netzwerk für die Evaluation von Leistungen im Bereich mentaler Gesundheit. Tel: 020 7848 5103. <http://www.enmesh2004.org>

ENMESH wurde 1991 unter der Schirmherrschaft des europäischen Regionalbüros der



health bulletin

SEPTEMBER 2004

Weltgesundheitsorganisation gegründet. Bitte beachten Sie, dass für Forscher aus Zentral- und Osteuropa begrenzte finanzielle Hilfen zur Verfügung stehen, ebenso für jetzige oder ehemalige Nutzer von Leistungen im Bereich der mentalen Gesundheit.

International Health Summit. New health for the new Europe. (Internationaler Gesundheitsgipfel. Neue Gesundheit für das neue Europa) 5.-8. September 2004, Prag.

<http://www.ihsummit.com/article.cfm?id=73>

Shaping the EU Health Community: Balancing Health, Social Development and Internal Market (Die EU Gesundheitsgemeinschaft formen: Balance zwischen Gesundheit, sozialer Entwicklung und dem Binnenmarkt) 7.-9. September 2004, Den Haag, Netherlands Institute for Care and Welfare (NIZW). In Verbindung mit dem Health Council wird in den Niederlanden eine große internationale Konferenz vorbereitet. Für nähere Informationen:

<http://www.euhealthcommunity.org/default.aspx>

Global Health Challenges: European approaches and responsibilities. (Globale Herausforderungen des Gesundheitswesens: Europäische Ansätze und Verantwortlichkeiten) European Health Forum. Hofgastein, Österreich. 6.-9. Oktober 2004. Tel +43 (6432) 3393 270. Email: info@ehfg.org or

<http://www.ehfg.org>

6th UK and Ireland health impact assessment. 19.-20. Oktober 2004, University of Birmingham. Tel: 0121 414 3921. Email: s.hirst@bham.ac.uk

Practical Implementation of Patient Choice at the Point of Referral (Praktische Umsetzung der Patientenwahl bei der ärztlichen Überweisung), 29. Oktober, Earls Court Konferenzzentrum, London, Großbritannien. Organisator: Health Service Journal. Tel: +44 020 7505 6044; Fax: +44 020 7505 6001; E-mail: HSJconferences@emap.com; URL: www.hsj-patientchoice.co.uk

Global Health Challenges: European approaches and responsibilities. (Herausforderungen an die Weltgesundheit: Europäische Ansätze und Verantwortlichkeiten). European Health Forum. Hofgastein, Österreich, 6.-9. Oktober 2004. Tel +43 (6432) 3393 270. Email: <mailto:info@ehfg.org> or <http://www.ehfg.org>

Forum 8 + World Summit on Health Research, (Forum 8 + Weltgipfeltreffen zur Gesundheitsforschung) Mexiko-Stadt, 16.-20. November 2004. Das Jahrestreffen 2004, Forum 8, wird in Verbindung mit dem Weltgipfeltreffen zur Gesundheitsforschung (Forschung zur Erreichung der Millennium Entwicklungsziele) abgehalten. Die Organisation liegt in den Händen der WHO und des mexikanischen Gesundheitsministeriums. Es wird einige gemeinsame Elemente der zwei parallelen Treffen geben, inklusive einer gemeinsamen Abschlussveranstaltung mit der Präsentation der wichtigsten Ergebnisse.

QUELLEN

- The CNE Reading List: <http://www.cnehealth.org/readinglist.htm>
- OECD
- IRDES
- British Library (Welfare Reform on the Web, Healthcare Overseas <http://www.bl.uk/collections/social/welfare/hcareov.html>)
- Bertelsmann Stiftung / International Network for Health Policy and Reform.
- King's Fund, Current Awareness Bulletin
- EHPG – email list
- HEN – email list