



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	2
EUROPAS GESUNDHEITSWESEN IM ÜBERBLICK	2
EU NACHRICHTEN	2
<i>Die künftige Kommission</i>	2
<i>Informeller Beirat für Gesundheitsfragen</i>	2
Die Europäische Kommission warnt vor einer bevorstehenden HIV- und AIDS-Epidemie	2
<i>WHO-Europa-Treffen – Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten: eine vordringliche Aufgabe in Europa</i>	3
<i>Bereit für europäische Maßstäbe?</i>	3
<i>Unwissenheit ist kein Glücksfall</i>	3
NACHRICHTEN AUS DEUTSCHLAND	4
<i>AOK fordert Gebührenbefreiung; Beitragserhöhung für Kinderlose</i>	4
<i>Fallen die GKV-Beiträge?</i>	4
<i>Bürgerversicherung</i>	4
<i>Zahnersatzversicherung</i>	4
NACHRICHTEN AUS FRANKREICH	5
<i>Französische Chirurgen sagen Streik ab</i>	5
<i>Betrug durch elektronische ‚carte vitale‘ einfach gemacht</i>	5
<i>Französischer Parlamentsausschuss befürwortet passive Sterbehilfe</i>	5
NACHRICHTEN AUS DÄNEMARK	6
<i>Reformen des dänischen Gesundheitssystems</i>	6
NACHRICHTEN AUS NORWEGEN	6
<i>Die Patientenbrücke</i>	6
NACHRICHTEN AUS DER SLOWAKEI	6
NACHRICHTEN AUS POLEN	7
NACHRICHTEN AUS GROßBRITANNIEN	7
<i>Rückkehr eines Blair-Anhängers</i>	7
<i>Vielfalt des Angebots</i>	7
Allgemeinmediziner werden gezwungen, Patienten Privatleistungen anzubieten	8
<i>OFT-Direktor verlangt nach ‚freien Märkten‘</i>	8
<i>Liberale Ansätze im Gesundheitswesen; ist die Zukunft orange?</i>	8
<i>Aufrütteln der Arzneimittelbranche ‚ist verpasste Gelegenheit‘</i>	8
<i>Leistung für Geld? NHS erhält Empfehlung, Gesundheitsvorteile zu messen</i>	9
PHARMA NEWS	10
<i>Parlamentsmitglieder starten Untersuchung über den Einfluss der Arzneimittelindustrie</i>	10
<i>Gefälschtes Arzneimittel gegen Impotenz in Großbritannien aufgetaucht</i>	10
<i>Freihandel rettet Leben</i>	11
<i>Frustrationen innerhalb der Branche wachsen, während Behörden bei Medikamentenzulassungen strenger vorgehen</i>	11
<i>Die Wahrheit über die Arzneimittelhersteller?</i>	11
<i>US-Bundesstaaten unter Führung eines Ex-Gouverneurs wollen wissen, welche Medikamente am besten wirken</i>	11
<i>Technologische Prognosen à la Prometheus</i>	11
<i>Die Umwandlung von Statinen zu nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten in den USA</i>	12
<i>Pfizer verklagt Internet-Händler, die Lipitor verkaufen</i>	12
SCHWERPUNKT DES MONATS	13
CNE PRESSESPiegel	14
<i>Gesundheitssysteme und Gesundheitsökonomie</i>	14
KONFERENZEN / VERANSTALTUNGEN	18
QUELLEN	19



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

CNE Gesundheit: Marktwirtschaftliche Alternativen für Europas Gesundheitswesen
CNE Bulletin Nr. 9

EINLEITUNG

Herzlich willkommen zur 9. 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, Frankreich, Dänemark, Norwegen, Slowakei, Polen, UK, Pharma-Nachrichten)

EU NACHRICHTEN

- Die künftige Kommission
- Informeller Beirat für Gesundheitsfragen
- HIV und AIDS in der EU
- WHO-Europa-Treffen zur Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten
- Europäische Maßstäbe
- Unwissenheit ist kein Glücksfall

Die künftige Kommission

Der neue Kommissionspräsident Barroso stellte am 12. August die neuen Ressorts der Kommissare vor. Im Bereich Gesundheit und Verbraucher bleibt alles beim alten. Zuständiger Kommissar wird der Zypriot Kyprianou sein. Wie EPHA in seiner Newsletter-Ausgabe vom August schreibt, "verlaufen die Kommissionsstrukturen dadurch nicht parallel zu denen der übrigen Institutionen. Im Europäischen Parlament unterstehen Arzneimittel und medizinische Geräte nicht dem Wirtschaftsausschuss sondern

jenem, der auch das Gesundheitswesen behandelt. Die neue EU-Verfassung betrachtet medizinische Produkte (Pharmaka und andere) unter Artikel III-179 als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens." Barrosos Kommission will die Verantwortlichkeit für Arzneimittel und medizinische Gerätschaften (einschließlich EMEA) einem der verbleibenden Kommissare der Prodi-Kommission überlassen. Günter Verheugen wird Vizepräsident und Kommissar für Industrie- und Unternehmenspolitik. Mehr zu Kyprianou und Verheugen finden Sie unter: http://europa.eu.int/comm/mediatheque/photo/barroso/commission_en.htm

Informeller Beirat für Gesundheitsfragen

Hans Hoogervorst, der holländische Gesundheitsminister, war Schirmherr eines informellen Treffens der EU-Gesundheitsminister vom 9.-10. September im holländischen Noordwijk. Der Beirat entschied sich für das Thema "Gesundheitswesen in einer alternden Gesellschaft". Viele „Mitgliedsstaaten der EU seien über die Finanzierbarkeit und Effizienz ihrer nationalen Gesundheitssysteme besorgt. Sie sehen sich vor neue Herausforderung gestellt, die mit dem zunehmenden Alter der Bevölkerung, neuen teuren medizinischen Entwicklungen und den hohen Erwartungen der Öffentlichkeit an die Qualität und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen einhergehen." Das Tagungsprogramm finden Sie unter: http://www.minvws.nl/images/Compleet_tcm11-54576.pdf

Die Europäische Kommission warnt vor einer bevorstehenden HIV- und AIDS-Epidemie

Die Zahl der offiziellen HIV-Fälle in Westeuropa hat sich in den letzten neun Jahren verdoppelt. In einem Arbeitspapier für ein internationales Treffen von Gesundheitsministern und AIDS-Experten im litauischen Vilnius vom 16.-17. September 2004 fordert die Europäische Kommission die Regierungen Europas auf, politische Führungskraft zu beweisen, wolle man eine HIV- und AIDS-Epidemie abwenden. „Ein hohes Maß an Drogenmissbrauch und ungeschütztem Geschlechtsverkehr sind die Vorboten einer aufkeimenden Epidemie ... Die Lage in einigen neuen EU-Mitgliedsstaaten ist besorgniserregend. In den Baltischen Staaten sind die Zahlen neuer HIV-Infektionen dramatisch angestiegen, wobei die HIV-Verbreitung in Estland 1,0% und in Lettland 0,4% beträgt. Das ist vor allem für junge Menschen von Bedeutung. Fast 80% aller HIV-Infizierten sind unter 25.“ *Coordinated and Integrated Approach to combat*



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

HIV/AIDS within the European Union and in its Neighbourhood ist unter folgendem Link einzusehen: http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rd01_en.pdf

WHO-Europa-Treffen – Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten: eine vordringliche Aufgabe in Europa

Nicht übertragbare Krankheiten, Umwelt und Gesundheit sowie der weltweite Kampf gegen HIV und AIDS waren die Hauptthemen bei einem Zusammentreffen der Führungsspitze des WHO-Verbandes Europa, das am 9. September zu Ende ging. Ergebnis: acht Resolutionen und die Nominierung von Dr. Marc Danzon als neuer Regionaldirektor von WHO Europa. Nach Auffassung der WHO (Pressemitteilung EURO/13/04), „beschloß man, gegen nicht übertragbare Krankheiten, die 86% der Todesfälle und 77% aller Erkrankungen in dieser Region ausmachen, entschieden vorzugehen. Eine Resolution wurde verabschiedet, in der man die Entwicklung einer europäischen Strategie für nicht übertragbare Krankheiten bis zum Jahre 2006 festlegte. So will man den wichtigsten aller tödlichen Krankheiten ... wie Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Geisteskrankheiten zu Leibe rücken.“ Mehr dazu unter: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0604e.pdf>

Bereit für europäische Maßstäbe?

In seinem Webblog vom 24. September 2004 plädiert Johan Hjertqvist dafür, die nationalen Gesundheitssysteme endlich mit den Augen des Verbrauchers zu sehen. Reagieren sie auf die Wünsche des Konsumenten nach Informationen und Einflussnahme? Wie viel Information geben sie dem Kunden, damit er eine fundierte Entscheidung treffen kann? Sind sie so geartet, dass der Konsument das bestgeeignete Krankenhaus und die bestgeeignete Dienstleistung auswählen kann? Forcieren die jeweiligen Regierungen den Übergang zu den neuesten und besten Therapien oder bremsen sie ihn, um Kosten zu sparen. Wenn man im Ausland behandelt werden muss, hilft dann das eigene Gesundheitswesen oder legt es einem Steine in den Weg? Die EU der 25 Staaten und 450 Millionen Bürger befindet sich in der Frühphase eines gemeinsamen Gesundheitsmarktes. Der Europäische Gerichtshof bereitet mit seinen Entscheidungen den Machtwechsel von Regierung und Bürger Schritt für Schritt vor. Aber die unzureichenden

Verbraucherinformationen hinsichtlich der Verbraucherrechte und der Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge sind ein riesiger Hemmschuh. Aus diesem Grund haben Timbro und CNE mit den Vorbereitungen zu einem europäischen Verbraucherindex für Gesundheit (European Health Consumer Index) begonnen. Mit diesem Index wird es für die Verbraucher künftig leichter, das Zepter selbst in die Hand zu nehmen. Bei unseren Vorbereitungen können wir auch Ihre Hilfe gut gebrauchen. Falls Sie mitmachen wollen, dann schreiben Sie an Johan Hjertqvist: johanh@timbro.se

Unwissenheit ist kein Glücksfall

Am 30. August 2004 erschien im Wall Street Journal ein witziger und zugleich wichtiger Artikel von Per Wold-Olsen, einem leitenden Manager von Merck & Co, über den Preis des Unwissens. Laut Wold-Olsen leidet Europa an einer heimtückischen und lebensbedrohlichen Epidemie. Die gute Nachricht ist, dass die weitverbreitete (nicht übertragbare) Krankheit namens *Patienteninformationsmangelsyndrom*, kurz: PIDS, heilbar ist und ihre Ursache allseits bekannt, auch wenn sie nur mancherorts verstanden wird. Europas lassen den europäischen Konsumenten absichtlich über Entwicklungen im Gesundheitssektor in Unkenntnis. Infolgedessen leiden oder sterben viele Europäer unnötig an den Folgen dieses einfachen Informationsmangels. ... Ein Gesundheitswesen, das auf staatlicher Finanzierung, der Rückerstattung verschreibungspflichtiger Medikamente und staatlich regulierter Gesundheitsinformation gründet, kann mit der Innovationsgeschwindigkeit nicht Schritt halten und neigt folglich dazu, diese zu bremsen. Die Europäer stehen vor einer wichtigen Entscheidung. Entweder müssen sie die Augen zudrücken und hinnehmen, dass der Staat stets Recht hat, unfähig, die verpassten Gelegenheiten einzugestehen, die wegen der Verbürokratisierung und der Unfähigkeit des Staates, unbegrenzte Nachfrage zu finanzieren, verstreichen müssen. Oder sie müssen sich sagen, dass der Eingriff des Staates die Ausnahme bleiben muss und nicht die Regel sein darf, und hinnehmen, dass die Menschen für die Medikation ihrer Wahl bezahlen müssen. Unwissenheit macht nur dann glücklich, wenn man beide Augen fest verschlossen halten kann.“



NACHRICHTEN AUS DEUTSCHLAND

- Pflegeversicherung
- Sinken die Krankenkassenbeiträge?
- Bürgerversicherung
- Zahnersatzversicherung

AOK fordert Gebührenbefreiung; Beitragserhöhung für Kinderlose

Der AOK-Bundesverband fordert (GermNews 23. August), daß Bewohner von Pflegeheimen ... von der Praxisgebühr und den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit werden. Der Verbandsvorsitzende Ahrens forderte die Bundesregierung auf, eine soziale Regelung für solche Heimbewohner zu finden, denen nur ein Taschengeld zur Verfügung steht.“

Eine Woche später (GermNews 31. August), brachte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Gesetzentwurf zum höheren Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose auf den Weg. „Nach dem Entwurf sollen kinderlose Erwachsene zwischen 23 und 65 Jahren vom 1. Januar 2005 an 0,25 Prozentpunkte mehr für die Pflegeversicherung zahlen. Derzeit beträgt der Beitragssatz 1,7 Prozent des Bruttolohns. Mit der Neuregelung reagiert die Bundesregierung auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, nach dem Eltern bei der Pflegeversicherung im Vergleich zu Kinderlosen entlastet werden müssen.“

Fallen die GKV-Beiträge?

Knapp acht Monate nach dem Start der Gesundheitsreform zeichnen sich weitere Entlastungen für Kassenpatienten ab (GermNews 20. August). „Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Barmer Ersatzkasse, die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) und die Betriebskrankenkassen (BKK) sehen Chancen für Beitragssenkungen. Die Krankenkassen führen die Überschüsse auf die Gesundheitsreform zurück. Vor allem seien die Ausgaben für Arzneimittel, Krankengeld und Fahrtkosten deutlich gesunken, hieß es übereinstimmend. Die mit 19 Millionen Mitgliedern größte gesetzliche Krankenkasse AOK hatte im ersten Halbjahr einen Einnahmeüberschuss von 960,4 Millionen Euro, die Barmer 291 Millionen Euro und die DAK 200 Millionen Euro erwirtschaftet. ... Gesundheitsministerin Ulla Schmidt rechnet bis Jahresende mit einem Rückgang unter die 14-Prozent-Marke. Ziel war ursprünglich 13,6 Prozent.“

Doch schon kurze Zeit später kamen Zweifel auf (GermNews 16. September).

Das Sozialministerium und die AOK Baden-Württemberg streiten über den Schuldenstand der größten gesetzlichen Kasse im Land. Der am Donnerstag von den AOK-Spitzen bekräftigte Wert von 618 Millionen Euro wird vom Ministerium als Rechtsaufsichtsbehörde nicht akzeptiert. Ausgelöst wurde die Debatte durch einen anonymen Brief, der in der Presse veröffentlicht wurde. Dieser hatte den Eindruck einer "Finanzmisere" bei der größten gesetzlichen Kasse im Land erweckt. Die Vertagung der Entscheidung des Verwaltungsrates über eine Beitragssatzsenkung auf November bedeute nicht, dass diese in weite Ferne gerückt sei, sagte Dick in diesem Zusammenhang.“ Nun, wir werden sehen.

Bürgerversicherung

Laut GermNews vom 29. August hat der „SPD-Parteivorstand hat die Pläne für eine Bürgerversicherung mit großer Mehrheit gebilligt. Sie sollten Grundlage für die weitere Diskussion sein, sagte das Vorstandsmitglied Nahles nach einer Klausursitzung der SPD-Führung. Die SPD-Spitze hat ihre Entscheidung bekräftigt, erst nach der Bundestagswahl 2006 die Planungen für die Einführung einer Bürgerversicherung abzuschließen. Es gebe noch viele Einzelheiten zu klären, sagte Bundeskanzler Schroeder am Rande der Vorstandsklausur in Berlin. In dieser Legislaturperiode stünden keine Entscheidungen mehr an.“ Die Vorschläge haben eine scharfe Kontroverse ausgelöst (GermNews 30. August). „Vertreter der Wirtschaft, der Opposition und der Krankenkassen warnten davor, neben Lohn oder Gehalt auch Kapitaleinkünfte zur Finanzierung der Krankenkassenbeiträge heranzuziehen. ... Der Gesundheitsexperte der Unionsparteien, Storm, kritisierte die Bürgerversicherung im WDR erneut als ungeeignet. Nach seinen Worten bringt sie weder eine deutliche Senkung der Kassenbeiträge noch eine gerechtere Finanzierung. Der Verband der privaten Krankenversicherungen erteilte den Reformplänen von SPD und CDU gleichermaßen eine Absage.“

Zahnersatzversicherung

In der Debatte um die geplante Zahnersatzversicherung hat der CSU-Sozialexperte Seehofer die Union zum Einlenken aufgefordert (GermNews 23. August). „Bundesgesundheitsministerin Schmidt hatte den Unionsparteien gestern einen Kompromissvorschlag unterbreitet. Er



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

sieht vor, dass für die Versicherung nicht - wie bisher vorgesehen - ein Pauschale erhoben wird, sondern einkommensabhängige Beiträge.“ Schmidt will, dass Brücken, Kronen und Prothesen künftig gegen eine Beitragserhöhung als Kassenleistung erhalten bleiben. „Ihr Entwurf sieht vor, dass die Versicherten vom 1. Juli 2005 an einen einkommensabhängigen Beitrag von 0,4 Prozent des Bruttoverdienstes zahlen, an dem sich die Arbeitgeber nicht beteiligen. Die im vergangenen Jahr im Gesundheitskompromiss mit der Union ausgehandelte Pauschale bezeichnete Schmidt noch einmal als sozial ungerecht und nicht umsetzbar. Die CDU hat den neuen Entwurf aber bereits abgelehnt.“ (GermNews 3. und 7. September).

NACHRICHTEN AUS FRANKREICH

- Streiks abgesetzt
- Carte Vitale
- Passive Sterbehilfe

Französische Chirurgen sagen Streik ab

Das CNE-Bulletin des letzten Monats berichtete, dass 2000 französische Chirurgen im September in London Zuflucht suchen wollten, um während eines Streiks in Frankreich nicht zur Arbeit gezwungen zu werden. Brad Spurgeon berichtet im BMJ (BMJ 2004;329:530 (4. September), doi:10.1136/bmj.329.7465.530), dass die betroffenen Chirurgen diese Pläne fallen ließen, nachdem eine Einigung mit der Regierung erzielt worden sei. „Die Chirurgen nahmen Rücksicht auf jene Maßnahmen, die in Bezug auf Ausbildung junger Chirurgen, Zuwachs an Operationsraten, bessere Erstattungen für Patienten durch das Gesundheitssystem und Verbesserung der Arbeitsbedingungen ergriffen werden sollen“, verkündete ihr Berufsverband. Ihr „Hauptbeschwerdepunkt war, dass die Tarife, auf deren Basis das versicherungsbasierte Gesundheitssystem sie für Operationen entschädigt, seit 15 Jahren nicht erhöht worden waren und dass die Kosten für berufliche Haftpflichtversicherungen auf ca. ein Viertel ihres Einkommens angestiegen waren. Ab dem 1. Okt. wird der Operationstarif allmählich um 30% für diejenigen steigen, die im privaten Sektor arbeiten, und um 15% für diejenigen in öffentlich finanzierten Krankenhäusern. Die am geringsten entlohnten Chirurgen – diejenigen, die nur die Standardgebühren der Gesundheitsversicherung erheben können – werden pro Jahr ca. € 17 000 mehr

verdienen, was ihr Einkommen auf ca. € 70 000 anhebt.“ Spurgeons Bericht finden Sie unter:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7465/530?etoc>

Betrug durch elektronische ‚carte vitale‘ einfach gemacht

Antoine Clarke (CNE Blog 07. September 2004) verweist auf einen besorgniserregenden Bericht des französischen Fernsehsender TF1 über den Wiederverkauf pharmazeutischer Produkte durch Apotheken in Frankreich. Dieser zeige auf, wie die Einführung einer staatlichen Gesundheitskarte Möglichkeiten zum Betrug geschaffen und Patienten gefährdet habe.

Ein Wiederverwertungsprogramm namens Cyclamed soll Patienten dazu ermuntern, unbenutzte Medikamente an ihre Apotheken zurückzugeben. Man nimmt jedoch an, dass eintausend französische Apotheken einige der zurückgegebenen Medikamente wieder verkauft haben. Paradoxerweise ist dieser Wiederverkauf seit der Einführung der elektronischen ‚carte vitale‘ - einer Sicherheitschipkarte, die den Informationsaustausch zwischen Regierungsbehörden und Gesundheitsversorgern ermöglicht - einfacher geworden. Das vorhergehende System verpflichtete Apotheker zum Anbringen eines Lizenzaufklebers auf das Rezept, wohingegen papierlose Systeme laut Aussage eines Vertreters der Apothekervereinigung viel leichter umgangen werden können. So wird der Mechanismus der Informationskontrolle zum Instrument der Aushöhlung von Patientensicherheit (Infektionsübertragung etc.) und des Betrugs am Steuerzahler. Kann es Zweifel daran geben, dass die nächsten neuen Kontrollen ähnliche und potentiell noch gefährlichere unbeabsichtigte Konsequenzen haben werden? Um den TF1-Bericht zu lesen, gehen Sie bitte zu:

<http://news.tf1.fr/news/france/0,,3172232,00.html>

Französischer Parlamentsausschuss befürwortet passive Sterbehilfe

Es sind also nicht nur die Holländer und die Schweizer; Ende August berichtete Jane Burgermeister (BMJ 2004;329:474 (28. August), doi:10.1136/bmj.329.7464.474-a), dass französische Ärztereinigungen die Empfehlungen eines Parlamentsausschusses zur passiven Sterbehilfe begrüßen. „In einem wegweisenden Bericht empfahl der parteiübergreifende Ausschuss von 31 Abgeordneten, dass todkranke Patienten das Recht erhalten sollten, unter bestimmten Bedingungen eine



weitere Behandlung zu verweigern.“ Sie entschieden jedoch, dass aktive Sterbehilfe nicht legalisiert werden soll. „Gesundheitsminister Philippe Douste-Blazy sagte, dass die Regierung dazu bereit sei, die Empfehlungen des Ausschusses zu akzeptieren und todkranken Patienten größere Rechte bei der Entscheidung einzuräumen, ob sie ihr Leben beenden wollen oder nicht.“ Für Details klicken Sie bitte auf: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7464/474-a?etoc>

NACHRICHTEN AUS DÄNEMARK

Reformen des dänischen Gesundheitssystems

Der dänische Gesundheitsökonom Michael O. Appel war Anfang 2004 Gastredner einer CNE-Mittagsdebatte zum Thema Gesundheit; die Mitschrift dieser Rede steht jetzt auf der CNE-Website zur Verfügung. Appel fragt sich, warum so viele Regierungen am dänischen Gesundheitsreformmodell interessiert sind. Im Gegensatz zu anderen Ländern mit einem traditionell öffentlichen Gesundheitswesen wie Schweden, Großbritannien, Norwegen, Neuseeland, Teile Italiens und Teile Spaniens, hat Dänemark keinerlei Erfahrung mit Reformen im Bereich der sogenannten Käufer-Anbieter-Trennung. In Dänemark ist die Anbieterfunktion in die Käuferfunktion integriert. Die interessantere Frage ist somit, warum Dänemark nicht ernsthaft versucht hat, marktorientierte Reformen durchzuführen, die die Einführung von Wettbewerb zwischen Anbietern zum Ziel haben. Diese Reformen sind nötig. Appel berief sich auf eine neue Studie von Professor Michel Coleman et al., die zeige, dass Dänemark bei der Überlebensrate für Krebspatienten schlecht abschneide. Um die komplette Mitschrift zu lesen, schauen Sie bitte nach unter: http://www.cne.org/pub_pdf/2004_03_25_appel.pdf

NACHRICHTEN AUS NORWEGEN

Die Patientenbrücke

Laut Johan Hjertqvist (weiter oben) wird man in Europa in den nächsten Jahrzehnten einen verstärkten Handel mit Dienstleistungen beobachten, unter anderem im Bereich der Gesundheitsversorgung. Über ein neues

norwegisches Projekt berichtet die neueste Ausgabe von *Health Policy* (Grete Botten, et al. "Trading patients: lessons from Scandinavia" [Patiententausch: Lehren aus Skandinavien] *Health Policy* 2004; 69 (3): 317-327 (September 2004)). Botten et al. beschreiben ein vom norwegischen Parlament initiiertes Projekt zum grenzüberschreitenden Patiententausch (Die Patientenbrücke). Wie vorhergesehen „traf diese Reform auf einigen Widerstand von Krankenhausärzten, [aber] die Patienten waren zur Teilnahme bereit, wenn sie angemessen informiert und von örtlichen Mitarbeitern des Gesundheitswesens unterstützt wurden. ... Die Patientenbrücke legte große Preisunterschiede nicht nur zwischen norwegischen und ausländischen Krankenhäusern offen, sondern auch zwischen Krankenhäusern innerhalb ein- und desselben Landes. Diese Erkenntnisse zeigen die beiderseitigen Gewinnmöglichkeiten infolge grenzüberschreitenden Patientenaustausches.

NACHRICHTEN AUS DER SLOWAKEI

In seinem Webblog vom 10. September (Look to the East? [Nach Osten sehen?]) fragte Johan Hjertqvist: „Wie werden die europäischen Gesundheitssysteme von morgen aussehen?“ Vielleicht eher wie die sich verändernden Modelle der neuen EU-Mitgliedstaaten und weniger wie die Wohlfahrtssysteme der alten EU. Sowohl die intensive momentane Debatte über Reformen in Ländern wie Polen, der Slowakei, der Tschechischen Republik und Ungarn als auch deren Reformansätze geben uns Hinweise auf den Weg. Für Länder, die - wie Deutschland oder Schweden - eine gute, flächendeckende Gesundheitsversorgung wollen, ohne sich in hohen Steuern zu verlieren, gibt es Bedarf an neuen Lösungen.

In fast jedem früheren kommunistischen Land gibt es einen bemerkenswert starken Drang zu marktorientierten Zutaten. Gleichzeitig behindert oftmals die politische Instabilität eine systematische Reform. Nichtsdestotrotz bieten die Bedingungen in diesen im Übergang begriffenen Ländern einmalige Gelegenheiten. Substantielle Selbstbeteiligungen (in der Slowakei ein Zehntel) bedeuten, dass das Konzept der „freien“ Gesundheitsversorgung schwach ausgeprägt ist. „Informelle Zahlungen“ – Bestechungsgelder und Geschenke an Ärzte – repräsentieren einen großen Teil dieses Geldflusses.

In wenigen Wochen wird das slowakische Parlament wahrscheinlich neue Gesetze verabschieden, die für die Gesundheitsversorgung einen radikalen Schritt in Richtung Marktwirtschaft bedeuten werden. Mit diesem Schritt kann uns die Slowakei zeigen, wie man die Konsumenten stärkt (Selbstmanagement, Patientenkonten), den Wettbewerb zwischen Anbietern einführt und Regeln und Anreize für das System etabliert. Weitere Details unter: <http://www.mesa10.sk/en/>

NACHRICHTEN AUS POLEN

Weniger positiv sieht die polnische Journalistin Kamila Pajer (in einem Text für Tech Central Station, 26. August 'Sick Leave' [Krankschreibungen], TCS) das Versagen polnischer Politiker beim Umsetzen der Gesundheitsreformwünsche ihrer Wähler. „Das polnische Parlament hat dieses Jahr keinen Urlaub bekommen. [Stattdessen] müssen sie ein neues Gesetz zum öffentlichen Gesundheitssystem verabschieden, da das vorherige sich als verfassungswidrig herausgestellt hat.“

Die Politiker „waren gegen die Umwandlung des öffentlichen Systems in ein privates, obwohl die neueste von PENTOR durchgeführte Umfrage zeigt, dass die Mehrheit der Bürger – ca. 64% – ein marktwirtschaftlich orientiertes Gesundheitssystem befürworten. Die Umfrage zeigte auch, dass sogar diejenigen, die wenig verdienen, für Gesundheitsdienstleistungen zu zahlen bereit sind. ... Im Durchschnitt zahlt jede in Polen versicherte Person bereits ca. 100 Zloty monatlich für die öffentliche Gesundheitsversorgung – genau den Betrag, der ihnen die Nutzung privater Dienste und fachärztlicher Behandlung von hoher Qualität ermöglichen würde. Anstelle von Dienstleistungen, die sich mit denen privater Anbieter messen können, erhalten sie jedoch ärmliche, schmutzige, schlecht ausgerüstete öffentliche Krankenhäuser, in denen Ärzte und Schwestern unhöflich und korrupt sind und in denen sie monatelang für Untersuchungen und Operationen Schlange stehen müssen.“ Laut Pajer „braucht das polnische Gesundheitssystem dringend eine Veränderung, aber keine der Mehrheitsparteien im Parlament versteht dies. Sie wollen nur so wenig wie möglich verändern.“ Um mehr zu erfahren, schauen Sie bitte nach unter:

<http://www.techcentralstation.com/082604B.html>

NACHRICHTEN AUS GROßBRITANNIEN

- Früherer Gesundheitsminister und enger Verbündeter Blairs kehrt an die politische Spitze zurück
- Vielfalt des Angebots; NHS bietet private Operationen an; OFT verlangt Wettbewerb
- Liberale Ansätze im Gesundheitswesen
- Aufrütteln der Arzneimittelbranche ist eine 'verpasste Gelegenheit'
- Weniger Leistung für mehr Geld
-

Rückkehr eines Blair-Anhängers

Der frühere britische Gesundheitsminister Alan Milburn erlebte beim Kabinetttumbau Anfang September sein Comeback (Stephen Pollard, CNE Blog 6. Sept.). Milburn war einer der wenigen echten Blair-Anhänger, ein Minister, der wirklich an Reformen glaubte. Sein Nachfolger John Reid ist ebenso reformorientiert, aber es gibt nicht so viele dieser Politiker, dass man auch nur einen entbehren könnte. Somit ist es eine gute Nachricht, dass Milburn wieder im Labour-Kabinett vertreten ist – obwohl er keinen direkten Einfluss auf politische Entscheidungen haben wird. Seine Aufgabe wird die Wahlpropagandataktik sein. Dies aber wird ihm Einfluss auf das Wahlkampfprogramm für die nächsten Wahlen (voraussichtlich im Mai 2005) geben und man hofft, dass die Reformer über die Konsolidierer triumphieren werden (wie Milburn selbst den Kampf innerhalb des Regierungslagers bezeichnet hat). Wenn sie dies nicht tun, kann man die Gesundheitsreform – wie auch jede andere echte Reform – vergessen.

Vielfalt des Angebots

In der Zwischenzeit sieht es jedoch so aus, als ob Großbritannien weiterhin vom europäischen Festland und von den USA lernen würde; die Vielfalt des Angebots wird zur Realität. Am 8. September berichtete John Carvel, dass eine Tochterfirma von United Health, das im Mai den Blairberater und BMJ-Mitarbeiter Richard Smith abgeworben hatte, einen Auftrag „zur Überprüfung eines neuen Krebsmanagementverfahrens in neun englischen Bezirken“ im Wert von £6 Millionen erhalten habe. Die Firma heißt Ovation Healthcare. „US-Firma mit Verbindung zur Downing Street erhält Krebs-Auftrag“ hieß es im Guardian. Lesen Sie bitte weiter unter: http://www.guardian.co.uk/uk_news/story/0,3604,1299238,00.html



Allgemeinmediziner werden gezwungen, Patienten Privatleistungen anzubieten

Mehr als eine Million NHS-Patienten sollen bis Ende nächsten Jahres die Wahl erhalten, ihre Operationen privat abzurechnen. Laut Lynn Eaton (BMJ 2004;329:700 (25. September)) sieht das im August vom Gesundheitsministerium veröffentlichte politische Rahmenwerk *Choose and Book*—*Patient's Choice of Hospital and Booked Appointment* (Wählen und Buchen – Patientenwahlmöglichkeiten bei Krankenhäusern und Terminbuchungen; www.dh.gov.uk) vor, dass die Bandbreite von Leistungsanbietern folgende beinhalten **könnte**: NHS-Treuhandgesellschaften, Stiftungstreuhandgesellschaften, NHS- und unabhängige Behandlungszentren, unabhängige Krankenhäuser, sowie Allgemeinmediziner mit speziellen Leistungen oder mit einer umfangreichen Grundversorgung. Aber ein separater, an strategische Gesundheitsbehörden versandter Brief, der dem *Health Service Journal* vorgelegen hat, behauptet, dass „jeder [Grundversorgungsanbieter] für geplante Krankenhausaufenthalte bei fünf der zehn häufigsten Behandlungen mindestens einen unabhängigen Anbieter auf seinem Menü von vier oder fünf Auswahlmöglichkeiten haben **sollte**.“ Er fügt hinzu, dass die Trauhandgesellschaft einplanen sollte, 10-15% ihres Gesamtbudgets für private oder unabhängige Behandlungen auszugeben. Eatons Artikel finden Sie unter: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7468/700-b?etoc>

OFT-Direktor verlangt nach 'freien Märkten'

Bob Sherwood, Korrespondent für Rechtsthemen bei der Financial Times, schreibt, dass für mehr Anbieter die Chancen auf „staatliche Beschaffungsaufträge gestiegen sind; und zwar, weil das Office of Fair Trading (OFT; Büro für fairen Handel) darauf hingewiesen hat, dass Regierungsbehörden denselben Wettbewerbsregeln unterworfen sein müssen wie private Unternehmen. OFT-Vorstand John Vickers betonte, dass gute Wettbewerbspolitik nicht nur die Kontrolle von Zusammenschlüssen und das Vermeiden von Kartellen bedeute, sondern auch wettbewerbsfreundliche Reformen benötige.“ Das OFT soll feststellen, ob kleine und mittelgroße Betriebe fairen Zugang zu Aufträgen für NHS und andere Dienstleistungen haben. Mehr dazu unter: <http://news.ft.com/cms/s/c305e7e4-078d-11d9-9672-00000e2511c8.html>

Libérale Ansätze im Gesundheitswesen; ist die Zukunft orange?

Laut Helen Disney (CNE Blog 22. Sept. 2004) findet momentan eine lebhafte Debatte darüber statt, ob die Liberaldemokraten sich nach links bewegen sollten, um traditionelle Labour-Wähler aufzulesen, die vom Blairismus desillusioniert sind, oder ob sie sich hin zu einer marktorientierten und zugleich sozialen (vielleicht sogar klassisch liberalen) Politik entwickeln sollen. Die jüngeren Reformen glauben, dass der letztgenannte Kurs der beste sei und haben „The Orange Book“ herausgegeben – ein Sammelband über die Zukunft liberaldemokratischen Denkens. Vielleicht keine pikante Lektüre, aber nichtsdestotrotz eine für die Partei interessante Richtung.

In *The Orange Book* argumentiert David Laws MP, der liberaldemokratische Finanzschattenminister, für ein „nationales Krankenversicherungssystem“ als Ersatz für den NHS. Das heißt, dass derzeit alle drei großen Parteien in Großbritannien auf ihre eigene Weise ernsthaft über die Reform des NHS nachdenken. David Wrede, ein beratender Gynäkologe und Geburtsmediziner des NHS und Mitglied des Steuerungskomitees von Doctors for Reform (Ärzte für Reform) und zudem ein früherer liberaler Parlamentskandidat, sagte: „Es ist immens vielversprechend und wie wir glauben höchst bedeutsam, dass zum ersten Mal ein einflussreicher Parlamentarier einer der großen Parteien eine auf einer Sozialversicherung basierenden Krankenversorgung als Ersatz für den durch den Steuerzahler finanzierten NHS fordert.“ So werden sich wohl endlich einmal die für das nächste Jahr erwarteten britischen Wahlen nicht so sehr darum drehen, wer den NHS „retten“ wird, sondern eher darum, wer mutig genug ist, eine nachhaltige Zukunft für das britische Gesundheitssystem und effizientere Leistungen für dessen Nutzer zu sichern. Trotzdem hat die Labour-Partei den Liberaldemokraten vorgeworfen, „den NHS zerschlagen zu wollen“ (normalerweise ein von Labour für die Konservativen reservierter Vorwurf), um „Großbritanniens hart arbeitende Familien zu bestrafen und die Ärmsten am härtesten zu treffen“. Dieser Unsinn verdreht die Tatsachen und verkennt einen interessanten Beitrag zur Reformdebatte.

Aufrütteln der Arzneimittelbranche 'ist verpasste Gelegenheit'

Am 19. August schrieb Helen Rumbelow, dass die „Regierungsanstrengungen zur Lockerung von Regeln



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

für Apotheken vom Office of Fair Trading (Büro für fairen Handel) als eine ‚verpasste Gelegenheit‘ kritisiert worden seien. Der Vorschlag zur Überarbeitung der Verschreibungsvorschriften, der von Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Rosie Winterton vorgebracht wurde, könnte zur Anerkennung von Internet- und Versandapotheken führen. Aber OFT-Vorsitzener John Vickers sagte: „Obwohl ein wenig Liberalisierung besser ist als keine Liberalisierung, sehen wir dies als verpasste Gelegenheit.“ Die Veränderungen folgen auf den Bericht des OFT vom letzten Jahr, der nach einer Deregulierung in diesem Bereich verlangte.“ Mehr Informationen unter:

<http://www.timesonline.co.uk/newspaper/0,,173-1222531,00.html>

Leistung für Geld? NHS erhält Empfehlung, Gesundheitsvorteile zu messen

Nigel Hawkes, Gesundheitsredakteur der Times, schrieb (21. Sept.), dass laut Office of Health Economics (Büro für Gesundheitsökonomie), einem von der Pharmaindustrie unterstützten Think Tank, die Gesundheitsausgaben in Großbritannien fast zweimal so schnell steigen wie die Menge der geleisteten Dienste. „Dies bedeutet, dass die Regierung für ihre riesigen Investitionen keinen entsprechenden Ertrag erhält.“ Aber, so Hawkes, es wisse „keiner wirklich Bescheid, da der NHS seine Produktivität nicht misst.“ Im jährlich erscheinenden *Compendium of Health Statistics* (Kompodium der Gesundheitsstatistik) behauptet das OHE, dass die Ausgaben für den NHS jährlich um ca. 7% steigen. Aber der Posten „Aktivitäten“ – gemeint ist: geleistete Gesundheitsversorgung – stieg im Zeitraum von 1999 bis 2003 um 3,8% pro Jahr (Office for National Statistics, Büro für nationale Statistik). Einige Aktivitätsmessungen zeigen sogar einen noch geringeren Anstieg. ... Laut OHE „muss die Regierung sich verpflichten, hier tätig zu werden und Behandlungsergebnisse zu messen“.... „Es gibt keinen anderen Weg, die NHS-Leistungen gegen die Kosten aufzurechnen.“ Lesen sie weiter unter:

<http://www.timesonline.co.uk/newspaper/0,,171-1272360,00.html>

Ahmed Kassem, schreibt dazu im BMJ (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7468/700-a?etoc>), dass die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Großbritannien 2003 auf 3,8% des BIP gestiegen seien und somit das Niveau vieler europäischer Länder mit mittlerer Leistung

erreichen, nicht aber das Niveau der Gesundheitsausgaben in Deutschland, Frankreich und Italien. Trotz eines 18%igen Anstiegs der Ausgaben für Neueinstellungen im gleichen Zeitraum hat Großbritannien immer noch vergleichsweise weniger Ärzte als andere europäische Länder. Im Moment hat Großbritannien 2,3 Ärzte pro 1000 Einwohner, verglichen mit 3,3, 3,4, und 4,4 Ärzten in Frankreich, Deutschland und Italien im Jahr 2002.

Das umfangreiche *Compendium of Health Statistics 2004-2005* ist erhältlich beim Office of Health Economics, 12 Whitehall, London SW1A 2DY. Oder über: <http://www.ohcompendium.org/>

PHARMA NEWS

- Parlamentsmitglieder untersuchen Einfluss der Arzneimittelindustrie; Sprecher weisen Behauptungen zurück
- Gefälschtes Arzneimittel gegen Impotenz in Großbritannien aufgetaucht
- Freihandel rettet Leben
- Frustrationen innerhalb der Branche wachsen, während Behörden bei Medikamentenzulassungen strenger vorgehen
- Die Wahrheit über die Arzneimittelhersteller?
- US-Bundesstaaten unter Führung eines Ex-Gouverneurs wollen wissen, welche Medikamente am besten wirken
- Technologische Prognosen à la Prometheus
- Die Umwandlung von Statinen zu nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten in den USA
- Pfizer verklagt Internet-Händler, die Lipitor verkaufen

Parlamentsmitglieder starten Untersuchung über den Einfluss der Arzneimittelindustrie

In einem europaweit relevanten Vorstoß hielt der Gesundheitsausschuss des britischen Unterhauses am 9. Sept. seine erste öffentliche Anhörung als Teil einer weitreichenden sechsmonatigen Untersuchung über den Einfluss der Pharmaindustrie auf das Gesundheitssystem ab. Der Ausschuss untersucht den Einfluss der Arzneimittelhersteller auf den NHS, das National Institute for Clinical Excellence und andere Regulierungsbehörden, die medizinische Forschung, die Ärzteausbildung usw. Das Royal College of General Practitioners hat den „ungesunden“ Einfluss der Branche auf Arzneimitteltests, medizinische Ausbildung und Patienteninformation beschrieben.

Andererseits schreibt Ray Moynihan (Officials reject claims of drug industry's influence; Sprecher weisen Behauptungen über Einfluss der Arzneimittelindustrie zurück, BMJ), dass vier führende Mitarbeiter aus dem Gesundheitsministerium und einer aus dem Handels- und Industrieministerium „vor dem Parlamentsausschuss ausgesagt hätten, dass es keine Beweise für einen ungesunden Einfluss gäbe. Dr. Felicity Harvey vom Gesundheitsministerium verteidigte die Branche und führte deren jährliche Exportzahlen von £12 Milliarden (€18 Milliarden)

sowie den Handelsüberschuss von mehr als £3 Milliarden an. Nicht die Branche nehme einen ungesunden Einfluss, so Dr. Harvey, vielmehr sei es die Regierung, welche die Industrie erfolgreich beeinflusse, das vermeintlich Richtige für die Patienten und die öffentliche Gesundheit zu tun: Repräsentanten von Arzneimittelfirmen versorgten Ärzte mit guten Informationen, und eine steigende Anzahl Verschreibungen von Antidepressiva und Herzmedikamenten seien ein Zeichen dafür, dass man sich an die Gesundheitsprioritäten der Regierung halte. Um die Agenda des Untersuchungsausschusses zu lesen, klicken Sie bitte auf:

http://www.parliament.uk/parliamentary_committees/health_committee/health_committee_future_meetings.cfm For Moynihan's BMJ report go to: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7467/641-a?etoc>

Gefälschtes Arzneimittel gegen Impotenz in Großbritannien aufgetaucht

Liza Gibson schreibt, dass „gefälschte Versionen des bei erektiler Dysfunktion eingesetzten Tadalafil (Cialis) in der regulären Versorgungskette Großbritanniens gefunden worden seien. Dies ist der erste Vorfall dieser Art seit der Entdeckung gefälschter Versionen von Ranitidine (Zantac), das gegen Magengeschwüre eingesetzt wird, verpackt als Azantac. Die Regulierungsbehörde für Medikamente und Gesundheitsprodukte gab letzte Wochen eine Medikamentenwarnung heraus, die Ärzte und medizinisches Fachpersonal über zwei gefälschte Chargen Cialis informiert (20 mg; lot numbers A031410 and A041410).“ Dr. Richard Barker, neuer Generaldirektor der Association of the British Pharmaceutical Industry (Vereinigung der Britischen Pharmaindustrie), sagte: „Dieser Vorfall hebt den Bedarf an größter Aufmerksamkeit und Kontrolle hervor, insbesondere wenn Medikamente nicht durch ihren ursprünglichen Hersteller ins System eingebracht werden. Der beste Schutz gegen Fälschungen ist die Sicherstellung der Tatsache, dass die gekauften Produkte diejenigen sind, die vom richtigen Hersteller zur Verfügung gestellt werden.“ Zu diesem Zeitpunkt gibt es keinen definitiven Beweis dafür, dass das gefälschte Produkt durch Reimport in die reguläre britische Versorgungskette gelangt ist. Aber der Kommentar der ABPI deutet an, dass solche Vorkommnisse ausgeschlossen würden, wenn der Reimport von Medikamenten in Europa verboten wäre. Eine Untersuchung darüber, wie das gefälschte Cialis in die Versorgungskette gelangt ist, hat



begonnen. Für weitere Details nutzen Sie folgende Links:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7465/532-c?etoc> ;

http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/defmedsrepcen/counterfeitcialis_230804.pdf ;

http://www.abpi.org.uk/press/press_releases_04/040824.asp

Freihandel rettet Leben

Stephen Pollard (CNE Blog 13. Sept. 2004) machte auf einen wichtigen Artikel im *Wall Street Journal Asia* (10. Sept.) aufmerksam, in dem Andres Majia-Vergnaud und Ben Irvine die Frage stellen: Sind Freihandelsabkommen gut für die Gesundheit? Man muss diesen Artikel gelesen haben, weil er sich mit den fadenscheinigen Argumenten der Anti-Globalisierungsaktivisten (oder, genauer gesagt, Anti-Wohlstandsaktivisten) befasst. Mehr zu lesen unter: <http://online.wsj.com/article/0,,SB109477031000214138,00.html>

Frustrationen innerhalb der Branche wachsen, während Behörden bei Medikamentenzulassungen strenger vorgehen

Stephen Foley berichtet im britischen *Independent* (14. September 2004, Business Analysis: AstraZeneca setback will be a growing pain for all drugs firms; Wirtschaftsanalyse: AstraZeneca-Rückschlag wird ein zunehmendes Problem für alle Arzneimittelunternehmen sein), dass eines der am dringendsten erwarteten Medikamente (produziert von einer britischen Pharmafirma) von einem Gremium von US-Ärzten „zerpflückt“ worden sei. Diese hatten gesagt, dass das Produkt – AstraZenecas revolutionäre Anti-Gerinnungspille Exanta – weniger wirksam sein könnte als bereits existierende Medikamente und sicherlich zu gefährlich sei, als dass man es für den Markt zulassen könne. Um mehr zu lesen, klicken Sie bitte:

http://news.independent.co.uk/business/analysis_and_features/story.jsp?story=561503

Die Wahrheit über die Arzneimittelhersteller?

Die amerikanische Pharmaindustrie wird attackiert, von niemandem mehr als von Marcia Angell. Aber Elizabeth M. Whelan hat Angells neuesten Beitrag zur Literatur rezensiert (*The Truth About The Drug Companies: How They Deceive Us and What To Do About It*; Die Wahrheit über die Arzneimittelhersteller: Wie sie uns in die Irre führen und was wir dagegen tun können). Diese Widerlegung aller von Angell vorgebrachten Argumente muss man gelesen haben.

„Dr. Angell argumentiert, dass die Profite von Arzneimittelherstellern zu hoch und Medikamente zu teuer seien. Aber bei dieser Argumentation übersieht sie die Bedeutung der ökonomischen Anreize für Innovationen. Die Aussicht auf den finanziellen Gewinn ist es, die Forschung und Entwicklung vorantreibt. Was ist falsch an hohen Profiten, wenn Firmen Medikamente produzieren, die unser Leben verlängern und verbessern? Es ist eine Situation, in der beide Seiten gewinnen. Wenn sie behauptet, Medikamente seien zu teuer, ist die logische Frage: Verglichen mit was? Frühzeitigem Tod? Wochen- oder monatelange Krankenhausaufenthalte? Schmerzen und Leiden, z.B. durch Osteoarthritis?“

<http://www.washingtontimes.com/op-ed/20040920-091120-9910r.htm>

US-Bundesstaaten unter Führung eines Ex-Gouverneurs wollen wissen, welche Medikamente am besten wirken

Kristen Hallam berichtet für Bloomberg (13. Sept.), dass elf „US-Bundesstaaten ein von John Kitzhaber, dem früheren Gouverneur von Oregon, initiiertes Projekt finanzieren, bei dem Prüfer Arzneimittelstudien durchforsten, um den Politikern dabei zu helfen, die billigsten und effektivsten Arzneimittel zu erwerben. ... Kitzhaber sagte, dass er in Oregon Millionen von Dollar eingespart habe, indem er die Effektivität von 25 Medikamentengruppen überprüft und Patienten zur Nutzung der billigsten Medikamente, die am effektivsten wirken, angeleitet habe. Jetzt verwandelt er dies in ein nationales Modell, das Bundesstaaten beim von ihm geleiteten Center erwerben können. Die Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (Vereinigung der Pharmaforscher und -hersteller Amerikas) sagen, sie hätten Bedenken gegen die Art und Weise, in der Kitzhabers Team die Arzneimittelstudien beurteilt. Sprecherin Wanda Moebius sagte, „diese auf Beweisen basierende Medizin hört sich an wie auf wirtschaftlichen Faktoren basierende Medizin. ... Wir müssen aufpassen, dass die Forschung nicht verzerrt wird.“ Für einen Europäer hört es sich sehr danach an, als ob in den USA Rationierungen anstünden. Weitere Details unter:

<http://quote.bloomberg.com/apps/news?pid=10000103&sid=azCJ6Px3IEIQ&refer=us>

Technologische Prognosen à la Prometheus

In seinem Weblog vom 23. Sept. berichtete Anders Sandberg über eine vom 14.-15. September in Brüssel abgehaltene Konferenz (Converging Technologies for a Diverse Europe; Konvergierende



Technologien für ein divergierendes Europa). Im Moment sehen wir eine Konvergenz bei Informationstechnologie, Biotechnologie, Nanotechnologie und kognitiver Wissenschaft (info-bio-nano-cogno): diese Technologien unterstützen und verstärken einander. Es ist sicher, dass sie in naher Zukunft in beinahe jedem Bereich extrem wichtig sein werden, und es ist ebenso sicher, dass die Diskussion über ihre Anwendung genauso intensiv geführt werden wird wie die momentane Biotechnologiedebatte. Was dies mit Medizin zu tun hat? Wie die vorgestellten Berichte zeigen, wird einer der Schlüsselbereiche für die Anwendung der neuen Technologien in der Medizin liegen. Die Biotechnologie ist in den Bereichen Landwirtschaft und Industrie kontrovers, aber als Teil medizinischer Behandlung weitaus eher akzeptiert. Dasselbe wird wahrscheinlich für andere konvergierende Technologien der Fall sein. Die Website der Konferenz finden Sie unter:

http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2004/ntw/index_en.html

Die Umwandlung von Statinen zu nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten in den USA

Jeanne Lenzer berichtet im BMJ über einen im *American Journal of Cardiology* (2004;94:753-6) veröffentlichten Leitartikel, der argumentiert, dass die „US-Gesundheitsbehörden dem britischen Vorbild folgen und den Verkauf von cholesterinsenkenden Medikamenten ohne Rezept gestatten sollten. ... Britische Zulassungsbehörden ließen im Juli das Simvastatin (Zocor) zum rezeptfreien Verkauf zu, womit es das erste Statin ist, das ohne Verschreibung erhältlich ist.“ Um mehr zu lesen, folgen Sie bitte diesem Link:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7468/704-a?etoc>

Pfizer verklagt Internet-Händler, die Lipitor verkaufen

Am 2. Sept. berichtete Reuters, dass „Pfizer, der Welt größter Hersteller von Medikamenten, mitgeteilt habe, er habe Klagen gegen 18 Websites eingereicht, die er beschuldigt, illegale Versionen seines meistverkauften Cholesterinmedikaments Lipitor zu verkaufen. Der in New York angesiedelte Arzneimittelhersteller sagte, er verklage die Betreiber, um den Internetverkauf unzugelassener Lipitor-Imitate, die als „generisches Lipitor“ gehandelt werden, zu bekämpfen. Pfizer verfolgt ebenfalls den Verkauf gefälschter Versionen seines Impotenz-Medikaments Viagra.“

SCHWERPUNKT DES MONATS

Die Septemberausgabe des Bulletins behandelt Themen aus der neuesten CNE Health Veröffentlichung *Towards greater partnership in healthcare funding: The rise of health consumerism in British and other European healthcare systems* (Mehr Partnerschaft bei der Finanzierung des Gesundheitswesens: Der Aufstieg der Verbraucherherrschaft im britischen und in anderen europäischen Gesundheitssystemen) wurde von Stephen Pollard, Dr. Tim Evans, Dr. Cécile Philippe und Alberto Mingardi verfasst.

Für die Autoren der neuen CNE-Studie werden die Krankenhäuser des NHS demnächst über den Rand ihres angestammten Aufgabenbereichs hinaus schauen müssen. „Die Revolution in England ist bereits im Gange“, schreiben sie. „Sie wird ungeachtet der Aussagen aller Parteien nach den nächsten Wahlen wohl das Ende des jetzigen Gesundheitswesens und dessen „Selbstbedienungsladenmentalität“ einläuten.“ Der CNE-Studie zufolge haben ohnehin derzeit bereits 7 Millionen Briten einen Teil ihrer Gesundheitsvorsorge privaten Versicherungen anvertraut. 6 weitere Millionen haben sich sogenannten „Health Care Cash“-Programmen angeschlossen. Die Zahl der Patienten, die das Umlageverfahren gewählt haben, ist in den letzten drei Jahren um 20% gestiegen.“

Das britische Gesundheitswesen wird nach der nächsten Wahl revolutioniert, meinen Tim Evans, Alberto Mingardi, Cécile Philippe und Stephen Pollard. Sie sind davon überzeugt, dass der Umbau des NHS zu einem privaten Dienstleistungsunternehmen nicht mehr länger hinausgezögert wird.

Um die Patienten für die Zukunft zu rüsten, schlagen die Autoren der kommenden Regierung einen 9-Punkte-Plan vor:

1. Die unabhängigen NHS-Gesundheitszentren sollen künftig, über ihre mit dem NHS vereinbarten Leistungen hinaus, auch für privatversicherte und selbstzahlende Patienten Notoperationen anbieten können.

2. Die NHS-Treuhändergesellschaften sollen, gemeinsam mit Versicherern, ihre eigenen lokalen Versicherungsgesellschaften und Bardividendenprogramme ins Leben rufen.

3. Die Anreize zum Abschluß individueller oder betrieblicher Krankenversicherungen sind zu stärken.

4. Gesundheits- und Rehabilitationsdienstleistungen für Berufstätige zur Erhaltung ihrer Arbeitskraft sind zu fördern.

5. Die Entwicklung privater und betrieblicher Langfristprodukte als Teil eines umfangreichen Angebots dauerhafter Gesundheits- und Rentenvorsorgeprodukte gilt es zu unterstützen.

6. Anreize für Gewerkschaften, Kirchen und andere Institutionen des zivilen Lebens, Gesundheitsdienstleistungen für ihre Mitglieder bereitzustellen, sind zu fördern.

7. Liberalisierung der Gesetze, die Ärzten und anderen Anbietern im Gesundheitswesen die Bewerbung ihrer Dienstleistungen verbieten; nicht nur um mehr Wettbewerb unter den Anbietern zu schaffen, sondern auch um den Patienten mehr Auswahl zu bieten.

8. Liberalisierung jener Gesetze, die es verbieten, dass die Patientenkunden verschreibungspflichtiger Medikamente nicht vom Produzenten direkt informiert werden dürfen. Besser und umfangreicher informierte Patienten sind besser gerüstet, die Entscheidungen, die sie in Sachen eigene Gesundheit treffen, verantwortlicher zu fällen.

9. Sicherstellen, daß alle Anbieter ihre Leistungsdaten so veröffentlichen, dass Vergleiche möglich sind. Damit ist gewährleistet, dass die Konsumenten eine informationsgestützte Wahl unter den Anbietern treffen können.

Towards greater partnership in healthcare funding: The rise of health consumerism in British and other European healthcare systems kann von folgenden Websites heruntergeladen werden:

www.CNE.org und www.CNEhealth.org

Für die Pressemitteilung nutzen Sie bitte diesen Link: http://www.cne.org/pub_pdf/2004_09_10_NHS_PR.htm
Um den gesamten Bericht herunterzuladen, gehen Sie bitte zu:

http://www.cne.org/pub_pdf/2004_09_00_uk_health.pdf



CNE PRESSESPIEGEL

Gesundheitssysteme und Gesundheitsökonomie

- Antworten auf die Herausforderung durch chronische Krankheiten: Ideen aus Europa
- Erklärung einkommensabhängiger Gesundheitsdisparitäten in Europa
- Erklärung einkommensbezogener Arztfrequenzdifferenzen in Europa
- Auswirkungen der EU-Erweiterung auf die Gesundheitssysteme und die darin Tätigen
- Politische Führung in Europa: Die Auswirkung des EU-Beitritts 2004 auf die Krankenpflege in Europa
- Einsparungen im Sozialhaushalt oder strukturelle Reformen in europäischen Gesundheitssystemen: ein Vier-Länder-Vergleich
- Veränderungen in Gesundheitssystemen umsetzen: marktwirtschaftliche Reformen in Großbritannien, Schweden und den Niederlanden
- Gewerkschaften im Bereich öffentliche Gesundheit und Deregulierung in Europa
- Pflege auf Abruf: Gegenseitigkeit bei primären Pflegeleistungen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten
- Die drei Paradoxa und die drei Formen der privaten Medizin
- Wohnformen älterer Menschen: ein Überblick über Entwicklungen in Europa und den USA
- Gesundheitsversorgung in privaten Kliniken Europas 2004
- Organisationsversagen und -umbrüche: Lehren aus dem gewinnorientierten Sektor für den öffentlichen Sektor
- Öffentlich-private Partnerschaften im Gesundheitswesen – ein globaler Aufruf zum Handeln

Antworten auf die Herausforderung durch chronische Krankheiten: Ideen aus Europa.

Martin McKee, Ellen Nolte, *Clinical Medicine* 2004; 4 (4): 336-342 (Juli/August 2004)

Uns allen ist bekannt, dass Gesundheitssysteme beim Umgang mit chronischen Krankheiten zunehmenden Herausforderungen gegenüberstehen. „Dieser Aufsatz untersucht die Art dieser Herausforderungen, inklusive der Zunahme von chronischen Krankheiten und der schwachen Beweislage, auf der klinische und politische Reaktionen basieren.“ McKee und Noltés Studie beschreibt „eine Reihe von Innovationen in verschiedenen Teilen Europas, die auf diese

Herausforderungen eingehen: vom Pflegepersonal geleitete Kliniken, Mechanismen zur Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialfürsorge sowie zwei umfassendere Systeme, nämlich Krankheitsmanagementsysteme in Deutschland und landesweite Dienstleistungsrahmensysteme in England. Sie diskutiert zudem die Bandbreite des Lernens vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen.“ Folgen Sie diesem Link, um zum kompletten Beitrag zu gelangen:

<http://www.ingenta.com/isis/searching/ExpandTOC/ingenta.jsessionid=1970g573n244o.crescent?issue=pubinfobike://rcop/cm/2004/00000004/00000004&index=11>

Erklärung einkommensabhängiger Gesundheitsdisparitäten in Europa

Eddy van Doorslaer Xander Koolman *Health Economics* 2004; 13 (7): 609-628 (Juli 2004)

Eddy van Doorslaer und Xander Koolman gehören zu den führenden niederländischen Experten, wenn es um Fragen der Gleichheit und Gleichbehandlung im Gesundheitswesen geht. „Dieser Aufsatz gibt neue Hinweise auf die Ursachen der einkommensabhängigen Differenzen bei der Gesundheits-Selbsteinschätzung in 13 EU-Mitgliedstaaten. Signifikante Differenzen bei der Gesundheit zum Vorteil höherer Einkommensgruppen zeigen sich in allen Ländern, sind aber in Portugal sowie – in geringerem Grad – Großbritannien und Dänemark besonders hoch.“ Wobei die beiden letzteren Bastionen ‚fairer‘ Besteuerung sind! „Im Gegensatz dazu kann eine relativ niedrige Gesundheitsdifferenz in den Niederlanden und in Deutschland beobachtet werden, ebenso in Italien, Belgien, Spanien, Österreich und Irland. Es besteht eine positive Korrelation zur Einkommensdifferenz. Gesundheitsdifferenzen sind aber nicht bloß ein Spiegel der Einkommensdifferenzen. Der relative Gesundheits- und Einkommensstatus nicht-arbeitender Europäer, wie z.B. Rentner und Behinderter, erklärt einen Großteil der überschüssigen Ungleichheit.“ Van Doorslaer und Koolman „stellen auch einen erheblichen Beitrag regionaler Gesundheitsdisparitäten zu sozio-ökonomischen Ungleichheiten fest, hauptsächlich in südeuropäischen Ländern.“ Sie können den vollständigen Aufsatz unter folgendem Link einsehen:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jissue/109085500>

Erklärung einkommensbezogener Arztfrequenzdifferenzen in Europa



Eddy van Doorslaer, et al., *Health Economics* 2004; 13 (7): 629-647 (Juli 2004)

In ihrem Aufsatz präsentieren van Doorslaer et al. anhand internationaler Vergleiche neue Indizien für die Faktoren, die in zwölf EU-Mitgliedstaaten ungleiche Inanspruchnahme allgemein- und fachmedizinischer Leistungen beschreiben. Sie entdeckten „wenige oder keine Beweise für eine einkommensabhängige Ungleichheit bei der wahrscheinlichen Konsultation eines Allgemeinmediziners in diesen Ländern. [Tatsächlich] gibt es bei einer Beschränkung auf mindestens einen Arztbesuch sogar Beweise für eine Verteilung zugunsten ärmerer Personen. Im Gegensatz dazu zeigt sich in praktisch jedem Land ein substantielles Ungleichgewicht zugunsten wohlhabenderer Personen in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit eines Facharztbesuchs. Trotz ihres geringeren Bedarfs an einer solchen Versorgung scheint es, daß wohlhabendere und gebildete Personen eher einen Facharzt aufsuchen als weniger wohlhabende Personen. Dieses Phänomen ist in Europa allgemein verbreitet, aber stärker in Ländern, in denen entweder Privatversicherungen oder private Leistungsabrechnungen angeboten werden, um einen schnelleren und/oder bevorzugten Zugang zu erwerben“, z.B. in Großbritannien. Sie können den vollständigen Artikel unter folgendem Link einsehen:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jissue/109085500>

Auswirkungen der EU-Erweiterung auf die Gesundheitssysteme und die darin Tätigen

Efthimios D., Avgerinos, et al. Health Policy 2004; 69 (3): 403-408 (September 2004)

In früheren Ausgaben dieses Bulletins wurde mehrmals auf die Auswirkungen der Erweiterung auf die Gesundheitssysteme hingewiesen. In diesem Aufsatz erwarten Avgerinos et al., „dass die Zulassung neuen Personals im Gesundheitswesen Auswirkungen auf den europäischen Markt und die Gesundheitssysteme haben wird. Unter dem Dach des EU-Gleichheitsprinzips werden Bildungsqualitätsbarrieren (z.B. PLAB-Test in Großbritannien, DIKATSA-Test in Griechenland) abgeschafft.“ Die Autoren verlangen, dass die maßgeblichen „Behörden und Entscheidungsträger der EU ... das europäische Gesundheitssystem reformieren und die jeweiligen Ländersysteme miteinander in Einklang bringen.“ Sie fragen, ob eine „strukturierte europäische Gesundheitspolitik die Auswirkungen der Erweiterung abschwächen könnte.“

Politische Führung in Europa: Die Auswirkung des EU-Beitritts 2004 auf die Krankenpflege in Europa

Tom Keighley, Journal of Nursing Management 2004; 12 (4): 279-285 (Juli 2004)

Tom Keighley greift in seinem JNM-Aufsatz ebenfalls dieses Thema. Er resümiert: „Der Beitritt von zwölf Ländern zur Europäischen Union macht Mechanismen nötig, welche die Berufsgruppen bei der Anpassung ihrer Ausbildung an die bestehenden Direktiven unterstützen. Der Autor hat im Auftrag der EU-Kommission Untersuchungen in diesen Länder geleitet. Sein Aufsatz gilt Fragen, die sich für die Politik mit Blick auf die Krankenpflege unter dem Einfluss des Beitrittsprozess stellen. Dabei ordnet er gegenwärtigen Entwicklungen in ihren historischen und geopolitischen Kontext ein.“ Interessiert? Dann klicken Sie bitte auf folgenden Link:

<http://www.blackwellpublishing.com/issue.asp?ref=0966-0429&vid=12&iid=5&oc=&s=&site=1>

Einsparungen im Sozialhaushalt oder strukturelle Reformen in europäischen Gesundheitssystemen: ein Vier-Länder-Vergleich

Claus Wendt, Theresa Thompson, International Journal of Health Services 2004; 34 (3): 415-433

Dieser Aufsatz wird jene neugierig machen, die sich für finanzielle Anreize und eine kostendämpfende Gesundheitspolitik interessieren. Wendt und Thompson behaupten, dass einige „europäische Gesundheitssysteme jetzt Fallpauschalen für Krankenhäuser einführen, die dem US-amerikanischen Modell der diagnosis-related groups, DRGs, (Diagnose-bezogene Gruppen) ähneln, und dass sie Beiträge und Zuzahlungsniveaus erhöhen, um die öffentlichen Ausgaben zu begrenzen.“ Sie räumen zwar ein, dass, „finanzielle Anreize durchaus helfen, Gesundheitskosten zu dämpfen,“ meinen aber, daß „die vorrangige Konzentration auf finanzielle Anreize die angemessene Berücksichtigung notwendiger struktureller Reformen behindert, mit deren Hilfe eine Verbesserung der Kontinuität, Qualität und Gesundheitsversorgung erreicht wird.“ Die Autoren erörtern auch den Einfluss struktureller Eigenschaften auf die Bemühungen zur Kostenbegrenzung in zwei gesetzlichen Krankenversicherungssystemen (Deutschland und Österreich) und zwei nationalen Gesundheitssystemen (Großbritannien und Dänemark).

<http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?wasp=m1b67myuqq1qwgwhrh5u&referrer=parent&backto=issue,2,12;journal,1,135;linkingpublicationreults,1:300313,1>



Veränderungen in Gesundheitssystemen umsetzen: marktwirtschaftliche Reformen in Großbritannien, Schweden und den Niederlanden

Michael I. Harrison, London: Sage Publications, 2004
ISBN: 0761961763

Noch mehr Kostenbegrenzung! Harrison „untersucht die Entwicklung und Umsetzung landesweiter Kostendämpfungsprogrammen und Gesundheitssystemreorganisationen in Großbritannien, Schweden und den Niederlanden – Länder, die auf dem Gebiet der von Gesundheitssystemreform führend sind.“ Ihr Buch „untersucht die Prozesse der Umsetzung von marktwirtschaftlichen Reformen in jedem Land und berücksichtigt die erwarteten wie auch die unbeabsichtigten Ergebnisse. In allen drei Ländern begegneten den wettbewerbsorientierten Reformen ernsthafte technische, organisatorische und politische Hindernisse. Dennoch ebneten sie den Weg für bedeutende neue Aspekte der Gesundheitspolitik: Änderungen bei der Qualität, Effektivität und den Kosten der Versorgung; wachsende politische und organisatorische Kontrolle des im Gesundheitswesen tätigen Personals; wachsender Einfluss und Zentralisierung kommunaler Gesundheitsfürsorge, Übertragung von Ideen und Praktiken aus dem Geschäftsmanagement auf die Gesundheitsversorgung.“

Gewerkschaften im Bereich öffentliche Gesundheit und Deregulierung in Europa

Jane Lethbridge, *International Journal of Health Services* 2004; 34 (3): 435-452

Jane Lethbridge schreibt in ihrem Aufsatz, dass „Deregulierung und Liberalisierung der Gesundheitsdienstleistungen in Europa verschiedene Formen annehmen: privat-öffentliche Partnerschaften, Auslagerung von Leistungen und Korporatisierung von Gesundheitsinstitutionen. Die Auswirkungen auf Beschäftigte im Gesundheitswesen enthalten Änderungen bei den Vereinbarungen zu und Bedingungen von Anstellungsverhältnissen, das Aufbrechen von Tarifvereinbarungen und oftmals anstrengendere Arbeitsbedingungen.“ Lethbridge untersucht vier Arten von Gewerkschaftsantworten auf Deregulierungen. Erwartungsgemäß „haben Gewerkschaften im Gesundheitsbereich in Allianz mit anderen Gewerkschaften an ausgedehnten Kampagnen gegen die Privatisierung und für die Förderung öffentlicher Leistungen teilgenommen.“ Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans eben nimmermehr! Aber sind die Gewerkschaften auch daran interessiert, die Patientenversorgung zu

verbessern? Mehr dazu unter folgendem Link:

<http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?wasp=m1b67myuqq1qwgwhrh5u&referrer=parent&backto=issue,3,12;journal,1,135;linkingpublicationresults,1:300313,1>

Gesundheitssysteme im Wandel: aus Erfahrungen lernen

Josep Figueras, et al., editors, *World Health Organization, Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems*. Copenhagen, 2004 ISBN: 9289010975

Das European Observatory on Health Care Systems (Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme) hat eine weitere hilfreiche Vergleichsstudie herausgegeben; darin geht es um die enormen politischen und sozioökonomischen Veränderungen in Europa nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion. „Der Gesundheitssektor ist den Auswirkungen der Veränderung nicht entkommen und die Länder, die aus diesem Prozess hervorgehen, haben jedes für sich in verschiedenem Maß Gesundheitsreformen betrieben. ... Dieses Buch bezieht Informationen aus den Erfahrungen und Lehren, die ... in den letzten zehn Jahren des Übergangs in den wesentlichen Bereichen der Gesundheitssysteme gemacht wurde, wie z.B. Finanzierung der Gesundheitssysteme, Umstrukturierung von Krankenhäusern, öffentliche Gesundheit und Qualitätsgewinne bei Gesundheitssystemen.“ Der gesamte Text steht online zur Verfügung:

http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2004_0720_2

Pflege auf Abruf: Gegenseitigkeit bei primären Pflegeleistungen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten

Peter Hunt, Cliff Mills, editors London: Mutuo, 2004
ISBN: 0954412753

In Großbritannien zeigen sich viele vom Prinzip der Gegenseitigkeit im öffentlichen Sektor begeistert. Mutuo ist ein Think Tank, der sich diesem Thema widmet. Hunt und Mills stellen primäre Gesundheitsleistungen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten vor. Um den Bericht herunterzuladen, gehen Sie bitte zu:

http://www.out-of-hours.info/downloads/care_on_call2.pdf

Siehe auch:

Pflege auf Abruf leisten: eine Umsetzungsrichtlinie für PCTs und



Praxenverbände

Cliff Mills, Peter Hunt, Ball, Matt, editor London: Mutuo, 2004 ISBN: 0954412761

<http://www.natpact.nhs.uk/uploads/Delivering%20Care%20On%20Call.pdf>

Die drei Paradoxa und die drei Formen der privaten Medizin

Marcus J Longley *BMJ* 2004;329:579 4 September
In seinem CNE Blog (8.Sept.) weist Anders Sandberg darauf hin, dass es in der Rhetorik drei Hauptformen gibt: Logos, Pathos und Ethos. Logos ist der auf Logik basierende Appell, Pathos ist der Appell an die Emotion und Ethos ist ein auf dem Charakter oder Leumund des Sprechers basierender Appell. Im Idealfall arbeiten sie zusammen: jemand nennt uns leidenschaftlich gute Argumente, und wir glauben an seine Ehrlichkeit, weil wir ihm vertrauen. Auf der anderen Seite kann ein Argument scheitern, weil es diese Komponenten nicht aufweist oder weil diese sich widersprechen.

Dass die gleichen Formen auf den Bereich der Gesundheitsversorgung und die Bereitschaft, private Alternativen in Betracht zu ziehen, angewandt werden können, zeigt der amüsante Essay *The Three Paradoxes of Private Medicine* (Die drei Paradoxa der privaten Medizin) von Marcus J. Longley. Der Autor drückt seine sich widersprechenden Emotionen darüber aus, dass er höflich und gut behandelt wird – weil diese Freundlichkeit mit seinem Verdacht über finanzielle Anreize im Konflikt steht. Wenn die Frage der Bezahlung diskret behandelt wird (vielleicht als natürliche Antwort auf die früheren Bedenken), wirkt dies wie eine Farce. Und wegen all der kognitiven Dissonanzen zwischen öffentlich vertretenen Werten und privat praktiziertem Benehmen wird die ganze Erfahrung eher zu einer mit Schuldgefühlen beladenen Heuchelei, als dass sie einen Abschluss herbeiführt. Um Longleys Essay zu lesen, klicken Sie bitte:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7465/579?ehom>

Wohnformen älterer Menschen: ein Überblick über Entwicklungen in Europa und den USA

Cecilia Tomassini, et al. *Population Trends* 2004; (115): 24-34 (Spring 2004)

Während die Diskussion um die Pflegeversicherung in Deutschland weitergeht (siehe oben), vergleicht dieser Aufsatz von Tomassini et al. die Entwicklungen bei Wohnformen älterer Menschen in verschiedenen europäischen Ländern und in den USA. Trends und

internationale Schwankungen bei mehreren Faktoren, die für diese zwischenstaatlichen Unterschiede verantwortlich sein könnten – unter anderem Familienstand, Fruchtbarkeit, Einstellungen zum und Teilnahme am Arbeitsmarkt – werden ebenfalls untersucht. Deutliche Schwankungen sowohl bei den Entwicklungen als auch beim Niveau der Wohnformen älterer Menschen konnten insbesondere zwischen nordwest- und südeuropäischen Ländern festgestellt werden. Mehr dazu unter:

http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/PT115.pdf

Gesundheitsversorgung in privaten Kliniken Europas 2004

Stephen Taylor, editor, London: Campden Publishing, 2004 ISBN: 1904471242

Diese Veröffentlichung behauptet von sich, das ausschlaggebende neue Nachschlagewerk für den privaten Krankenhaussektor zu sein. Es beinhaltet: „vergleichende Statistiken zum privaten Krankenhaussektor, Informationen über EU-Initiativen in der Gesundheitspolitik, mehr als 100 Artikel, die wichtige klinische und wirtschaftliche Trends für die Zukunft privater Krankenhausversorgung analysieren, und Unterabschnitte, die die Themen Managementfragen, Pharmazie und Therapeutik, Krankenpflege, Radiologie und bildgebende Verfahren, Betriebsmanagement und Informationstechnologie behandeln.“ Um mehr zu erfahren oder das Werk für £165,- zu erwerben, gehen Sie bitte zu:

<http://www.campden.com/publications/phhe.shtml>

Organisationsversagen und -umbrüche: Lehren aus dem gewinnorientierten Sektor für den öffentlichen Sektor

Kieran Walshe, et al., *Public Money and Management* 2004; 24 (4): 201-208 (August 2004)

Die Leistung von Krankenhäusern und Erstversorgungseinrichtungen wird zunehmend und zu Recht genau überprüft. Walshe et al. analysieren „die Literatur über Versagen und Umbrüche profitorientierter Organisationen, präsentieren eine Reihe von Rahmenmodellen zur Beschreibung und Kategorisierung von Versagen und Umbrüchen und untersuchen die Relevanz und Übertragbarkeit theoretischer und empirischer Studien im profitorientierten Bereich auf das neu entstehende Feld von Versagen und Umbrüchen im öffentlichen Dienstleistungssektor.“ Um diesen Artikel einzusehen, gehen Sie zu:



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

<http://www.ingenta.com/isis/searching/ExpandTOC/ingenta;jsessionid=pernccl4n0tc.crescent?issue=pubinfobike://bpl/pmam/2004/00000024/00000004&index=3>

Öffentlich-private Partnerschaften im Gesundheitswesen – ein globaler Aufruf zum Handeln

Sania Nishtar Heartfile, Islamabad, Pakistan, Health Research Policy and Systems 2004, 2:5 doi:10.1186/1478-4505-2-5

Partnerschaften zwischen der öffentlichen Hand und privaten Unternehmen (public-private partnership; PPP) sind inzwischen hinlänglich bekannt. Die Autoren meinen, dass „der Bedarf an öffentlich-privaten Partnerschaften wegen des unzulänglichen öffentlichen Sektors bei der effektiven und effizienten Bereitstellung von Leistungen entstand, wobei diesem Ressourcenmangel und Managementprobleme vorausgingen. Diese Überlegungen führten zur Entwicklung mehrerer Schnittstellenarrangements, die Organisationen zusammenbrachten, von denen die einen das Mandat des Angebots öffentlicher Dienstleistungen hatten und die anderen die Möglichkeit, den Auftrag durch die Bereitstellung von Ressourcen, technischem Fachwissen oder Hilfestellungen leichter zu erledigen. Die erste Gruppe enthält staatliche und parastaatliche Agenturen und die letzte den *gemeinnützigen* und *gewinnorientierten* [Hervorhebung im Original] privaten Sektor.“ Der Aufsatz „wirft ethische und verfahrenstechnische Hauptfragen auf, die verschiedenen Arten von öffentlich-privaten Arrangements zugrunde liegen.“ Den vollständigen Aufsatz finden Sie unter: <http://www.health-policy-systems.com/content/2/1/5>

KONFERENZEN / VERANSTALTUNGEN CNE VERANSTALTUNGEN

CNE GESUNDHEITSKONFERENZ

The Politics of Healthy Ageing and European Public Opinion – Eine Politik für gesundes Altern und die öffentliche Meinung in Europa

Brüssel, 7. Oktober 2004, Ort: Le Meridian Hotel

Dies ist CNEs erste Jahreskonferenz zum Thema Politik für gesundes Altern und die öffentliche Meinung in Europa.

Zu den Sprechern zählen u.a.: Robert Perkins, Christofer Fjellner MEP, Ben Irvine, Jonathan Evans MEP, Jorgo Chatzimarkakis MEP.

Das vollständige Programm finden Sie unter: http://www.cne.org/events/by_date/event_2004_1007_healthy_aging.htm

CNE GESUNDHEITSDEBATTE

Brüssel, 25. November 2004: CNE Senior Fellow Stephen Pollard spricht zum Thema “UK Healthcare: Reform and Direction” (Das britische Gesundheitswesen: Reform und Richtung) Für nähere Details achten Sie bitte auf unsere Homepage: <http://www.cne.org/index.htm>

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.

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

International Healthcare Conference (Internationale Gesundheitskonferenz), 7.–9. November im Wiener InterContinental Hotel. Organisatoren: Voyageur Group. Tel: +44 0117 922 6600; Fax: +44 0117 929 2023; E-mail: contact@ihcc.org.uk; URL: www.ihcc.org.uk

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



Gesundheitsbulletin

OKTOBER 2004

(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