

Das Ausland in aller Munde: Eine systematische Analyse zum Einfluss anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformdebatte

Unbestritten ist, dass Strukturen und Instrumente anderer Gesundheitssysteme zunehmend als Vorbilder für gesundheitspolitische Reformen in Deutschland fungieren. Prominente Beispiele sind das aus Australien importierte Diagnosis Related Groups-System, die US-amerikanischen Vorlagen entlehnten Disease Management-Programme oder Vorschläge, in Deutschland Kopffprämien zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Schweizer Modell einzuführen. Im Rahmen der jüngsten Reform, dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) von 2003, stand das englische National Institute of Clinical Excellence Pate für das neue deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Doch wie umfassend beeinflusst der Blick über den Tellerrand insgesamt das deutsche Gesundheitssystem? Die im Folgenden dargestellte Analyse der Reformdebatte zur Entstehung des GMG ist ein erster systematischer Ansatz, sich der komplexen Wirkung anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformentwicklung zu nähern.

■ Annette Zentner, Reinhard Busse

1. Einführung und Analysemodell

Warum nimmt – nicht nur in Deutschland – der Trend zu, sich an gesundheitspolitischen Lösungsansätzen jeweils anderer Industrienationen zu orientieren? Vom Erfahrungsschatz anderer Länder zu profitieren bietet sich an, denn die Herausforderungen an die Gesundheitspolitik ähneln sich. In allen Industrieländern sind die demographische Entwicklung mit zunehmender Alterung, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen, Fortschritte in Medizin und Technologie, Qualität, Effizienz und Koordination der Versorgung sowie die Nachhaltigkeit der Finanzierung auf der politischen Tagesordnung. Auch wenn sich die Gesundheitssysteme in Finanzierung (aus Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen oder privaten Quellen) und Steuerung (staatlich, selbstverwaltet oder privatwirtschaftlich) grundsätzlich unterscheiden, ist die Chance des Lernens von anderen in Deutschland erkannt worden.

Doch was und wie lernt Deutschland von Erfahrungen anderer Länder? Der Entwicklungsprozess von Gesundheitsreformen durchläuft vereinfacht dargestellt verschiedene Phasen: Am Anfang stehen Ideen und neue Ansätze,

die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen fernab von Politik oder formaler Einführung diskutiert werden. Manche dieser Neuerungen werden als Modellvorhaben oder Pilotprojekte auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt. Wird die Reform von politischer Seite aufgegriffen, folgt die Phase der Gesetzgebung: Eingabe eines Gesetzentwurfes, parlamentarische Debatte, Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure bis hin zur Verabschiedung, Modifikation oder Ablehnung. Auf eine gesetzliche Verabschiedung schließt sich die Umsetzungsphase und praktische Anwendung an. Je nach Beurteilung des Erfolgs der Gesetzesreform (mit oder ohne formale Evaluation) kann sie verändert – und damit erneut in den Entwicklungsablauf eintreten – oder gänzlich abgeschafft werden. In jeder dieser Phasen ist es vorstellbar, dass Modelle und Erfahrungen anderer Länder Einfluss auf den deutschen Reformprozess haben. Die Rolle anderer Gesundheitssysteme für deutsche Prozesse kann also für jede einzelne Entwicklungsphase und für jedes einzelne Gesetz oder Gesetzespaket untersucht werden.

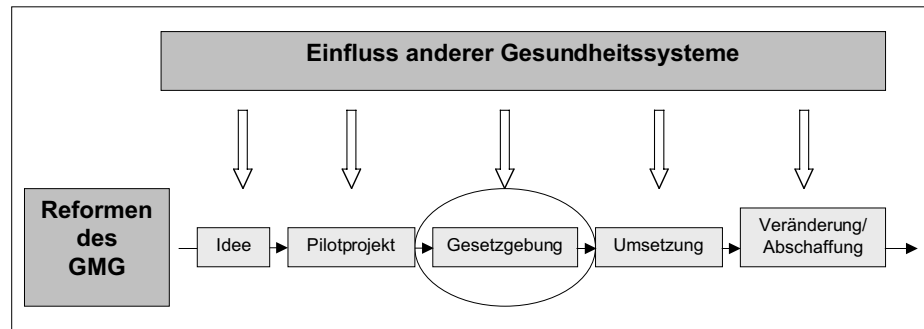
Auf Basis dieses Gedankenmodells analysierten wir den Prozess der Entstehung der jüngsten großen Gesundheitsreform: des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) (Abbildung 1). Wir beschränkten uns auf die Phase des eigentlichen Gesetzgebungsprozesses, der mit einem ersten Gesetzentwurf der rot-grünen Regierungskoalition im Juni 2003 („zur

Dr. med. Annette Zentner und Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Modernisierung des Gesundheitssystems“) begann und nach Abschluss der Konsensverhandlungen mit den Fraktionen der CDU und zunächst auch der FDP mit der Verabschiedung des endgültigen Gesetzes im November 2003 endete. Mit Fokus auf die gesundheitspolitische Diskussion der Akteure waren die Leitfragen der Untersuchung: Welche Charakteristika und Reformrichtungen ausländischer Gesundheitssysteme wurden wie häufig, von wem und insbesondere mit welcher Wertung in die deutsche Gesundheitsreformdiskussion eingebracht? Welche Konsequenzen des Einflusses anderer Gesundheitssysteme lassen sich daraus für den deutschen Reformprozess ableiten?

Analysiert wurden die offiziellen Dokumente der parlamentarischen Beratung, also die Wortprotokolle der fünf öffentlichen Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages sowie die eingereichten 190 schriftlichen Stellungnahmen.¹ Die Auswahl der Datenquellen erfolgte mit dem Ziel, sowohl schriftliche als auch mündlich geführte Teile der gesundheitspolitischen Diskussion einzubeziehen. Des Weiteren sollte das Spektrum der Akteure, das heißt aller von den Reformen des GMG betroffenen gesellschaftlichen Gruppen und Personen, möglichst umfassend sein.

Abbildung 1: Analysemodell zum Einfluss ausländischer Gesundheitssysteme auf das GMG

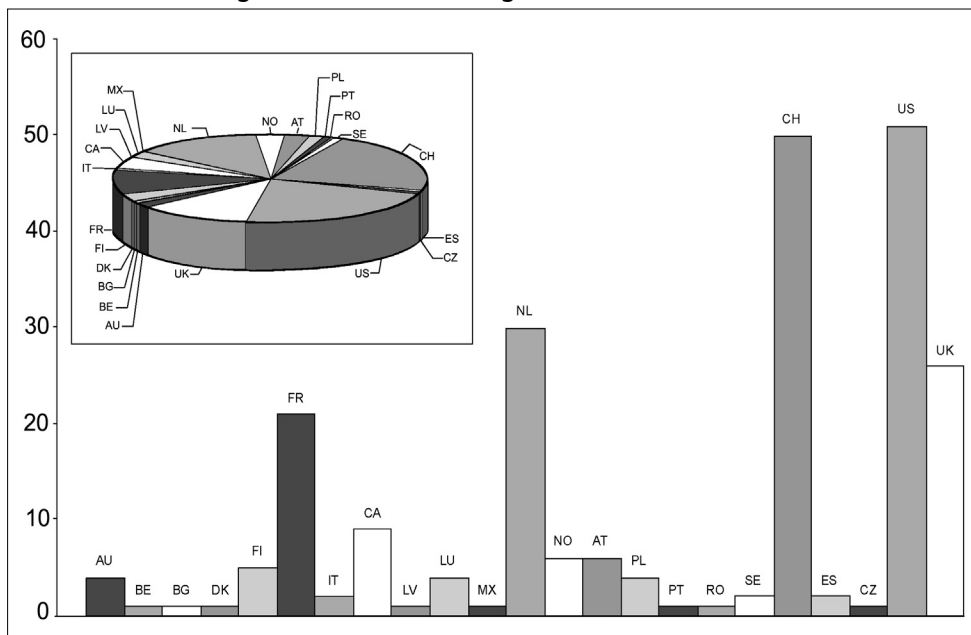


Quelle: modifiziert nach Busse und Schlette 2003

In der Methodik kombinierten wir Herangehensweisen der quantitativen und qualitativen Forschung, indem mit Hilfe von Datenverarbeitungsprogrammen alle 195 Dokumente nach Hinweisen auf ausländische Erfahrungen durchsucht und diese nach Ländern, nach Themen und nach Akteuren und deren jeweilige Bewertung der ausländischen Erfahrungen analysiert wurden. Dabei forschten wir nach spezifischen Nennungen von 36 Industrieländern (alte, neue und zukünftige EU- sowie OECD-Mitgliedsländer) und nach unspezifischen Hinweisen auf das Ausland.

2. Welche Länder? Welche Themen? Welche Akteure?

Abbildung 2: Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG



Quelle: eigene Darstellung. Die Länderabkürzungen entsprechen den Top Level Domains des Internet. Um eine verzerrende Darstellung zu vermeiden, ist in die Abbildung nur die Anzahl länderspezifischer Hinweise eingegangen.

Unter den Schlagwörtern „Mehr Qualität“, „Mehr Effizienz“, „Mehr Mitsprache“ ist das GMG ein umfangreiches Bündel gesundheitspolitischer Neuerungen: Es umfasst die Ausweitung von Bürgerbeteiligung und Patientensouveränität, Reformen zu verbesserter Qualität der Patientenversorgung und der Versorgungsstrukturen, Änderungen im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelsektor, Leistungskürzungen und schließlich Neuregelungen bei Finanzierung, Vergütung und Organisationsstrukturen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Ergebnisse der Analyse demonstrieren, dass im Rahmen der gesundheitspolitischen Debatte zu den verschiedenen Themen des GMG häufig auf Erfahrungen im Ausland Bezug genommen

wurde: Insgesamt 332-mal wurde in den 195 Dokumenten auf das Ausland verwiesen (Tabelle 1). In 230 Fällen wurden die einzelnen Länder explizit benannt. In den restlichen Fällen, das heißt bei ca. 30 Prozent, war der Bezug zum Ausland unspezifisch und nicht weiter konkretisiert (zum Beispiel bei Formulierungen wie „aufgrund internationaler Erfahrungen“, „auch in anderen Ländern“, „staatliche Gesundheitssysteme“ etc.).

2.1. Die Länder

Einige wenige Industrieländer waren die „Spitzenreiter“ in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion zum GMG (Abbildung 2): USA, Schweiz (je 22 Prozent aller länderspezifischen Hinweise), Niederlande (13 Prozent), Großbritannien (11 Prozent) und Frankreich (9 Prozent). Die restlichen Länder folgten mit je unter 4 Prozent (Nennung von insgesamt 23 von 36 Industrienationen). Gar nicht erwähnt wurden 13 Nationen, darunter viele osteuropäische Staaten und andere EU-Beitrittsländer oder -kandidaten (Tabelle 1).

Das Ergebnis als solches überrascht nicht und entspricht dem Eindruck, dass vor allem Erfahrungen einer Hand voll Nationen wiederkehrend in Deutschland diskutiert werden. Was diese fünf Länder für deutsche Akteure im Unterschied zu anderen Staaten so interessant macht, kann in verschiedenen Faktoren begründet sein:

- größeres Wissen der deutschen Akteure über das Gesundheitswesen oder die Reformentwicklungen der Länder,
- Innovationsbereitschaft der Gesundheitssysteme mit neuen Strukturen, Instrumenten und Rollendefinitionen,
- Ähnlichkeit zum deutschen System oder zu deutschen kulturellen Werten und schließlich
- aber schlicht auch in allgemein „besserem Abschneiden“ bei internationalen Vergleichen zu Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme.

2.2. Die Themen

Thematisch stand das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQW) mit rund 30 Prozent der Nennungen an erster Stelle, gefolgt von der Versandhandelerlaubnis für verschreibungspflichtige Medikamente, den Reformen der Versorgungsstrukturen (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Hausarztzentrierte Versorgung und Teilöffnung der Krankenhäuser) sowie den Neuregelungen zur Zahngesundheit (Ausgliederung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Einführung von Festbeträgen). Fasst man die Reformen Versandhandel, Mehrbesitzererlaubnis von Apotheken und Preisgestaltung bzw. Kostenübernahme von Medikamenten (Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung zu Apotheken- und Großhandelszuschlägen,

Tabelle 1: Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in abhängigkeit vom Reformthema

	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit	Versandhandel	Mehrbesitz Apotheken	Arzneimittelpreisverordnung	Kostenübernahme OTC	besondere Versorgungsformen	ambulante Vergütung	Zuzahlungen/Bonus	Gesundheitskarte	Zahngesundheit	Summe
AU	4										4
BE		1									1
BG		1									1
DK	1										1
FI	3	2									5
FR	15	2		3						1	21
IT	2										2
CA	6	1					1			1	9
LV		1									1
LU				4							4
MX		1									1
NL	6	10	5	1			8				30
NO			6								6
AT	1	1						3		1	6
PL	2	2									4
PT	1										1
RO		1									1
SE	2										2
CH	1	18		4			8	3	1	15	50
ES		2									2
CZ	1										1
US	10	19	3		3	12	1		1	2	51
UK	21		2		1		2				26
Summe landesspezifisch	76	62	16	12	4	29	3	6	2	20	230
Summe unspezifisch	17	10	7	5	10	20	2	3	19	9	102
Gesamtsumme	93	72	23	17	14	49	5	9	21	29	332

Quelle: eigene Analyse. Die Länderabkürzungen entsprechen den Top Level Domains des Internet. Nicht aufgeführt sind 13 Länder ohne Nennungen: Estland, Griechenland, Irland, Island, Japan, Litauen, Malta, Neuseeland, Slowakei, Slowenien, Südkorea, Ungarn und Zypern.

Tabelle 2: Verbände und Einzelsachverständige mit Hinweisen auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG

	Leistungserbringer*	Akteure Arzneimittel	Akteure Zahngesundheit	Qualitätsinstitutionen	Krankenkassen
Gesamtanzahl der Akteure	49	18	6	6	9
Akteure mit Hinweisen auf das Ausland (% von Gesamtanzahl)	BÄK BDN DGPPN DKG KBV (10%)	ABDA BAH BDV BMC Generika PHAGRO VFA (39%)	BZÄK KZBV VDZI (50%)	ÄZQ AWMF DNEbM (50%)	AGSpitz AOK BKK PKV (44%)
Anzahl und % der Hinweise	44 (13%)	90 (27%)	6 (2%)	21 (6%)	15 (5%)
	Patienten-Selbsthilfe-Bürgerverbände	Wohlfahrtsverbände	Verbände Arbeit und Wirtschaft	Einzelsachverständige (SV)	Summe
Gesamtanzahl der Akteure	23	6	18	42	177
Akteure mit Hinweisen auf das Ausland (% von Gesamtanzahl)	VZBV DMSG (9%)	Caritas PWV (33%)	BDA DGB BDI DBB ULA (28%)	Antes Bauer Brauer Deppe Dettling Hildebrandt Kranich Lauterbach Müller-Oerlinghausen Neubauer Pieck Pitschnau-Michel Raffelhüschen Rychlik Salfeld Sawicki Starck Steinbach Zipperer (43%)	49 (28%)
Anzahl und % der Hinweise	20 (6%)	8 (2%)	10 (3%)	118 (36%)	332

Quelle: eigene Analyse. *Unter „Leistungserbringer“ sind alle Leistungsanbieter und deren Verbände mit Ausnahme des Bereichs Arzneimittel und Zahngesundheit gefasst

Ausschluss von Over the counter (OTC)-Präparaten aus der gesetzlichen Finanzierung, Nutzenbewertung von Medikamenten durch das IQWiG zusammen, ist im Arzneimittelsektor der Bezug auf internationale Erfahrungen mit Abstand am häufigsten (48 Prozent aller Hinweise).

Bemerkenswert ist, dass manche Themen wenig oder gar nicht mit internationalem Bezug diskutiert wurden, obwohl auch sie in anderen Ländern Anlass zu Reformen sind. Beispiele sind weitere Bereiche der Arzneimittelregulierung (Importarzneimittel, Festbetragsregelung, Aut idem-Regelung), des ambulanten Sektors (Vergütungsstrukturen, Qualitätsmanagements und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) und die Reformen der Organisationsstrukturen. Ebenso hatten andere Gesundheitssysteme keine oder nur geringere Bedeutung bei Regelungen für Versicherte (Zuzahlungen/Versichertenbonus, Patientenbeauftragter, elektronische Gesundheitskarte, Patientenquittung) und bei Ausschlüssen aus dem Leistungskatalog (Sterbegeld, Entbindungsgeld, Sterilisation, künstliche Be-

fruchtung und Fahrtkosten). Dass in diesen Bereichen nach der vorliegenden Analyse im Unterschied zu anderen Themen des GMG das Ausland keinen bis geringen Eingang in die deutsche Reformdiskussion gefunden hat, kann in der Auswahl der untersuchten Dokumente und im zeitlich begrenzten Analyseausschnitt begründet sein. Zum Zweiten mögen Informationen über andere Länder für deutsche Akteure und gesundheitspolitische Entscheidungsträger nicht ausreichend zugänglich sein oder nicht deren jeweilige Interessen und Ziele berühren. Schließlich gibt es in einigen Bereichen tatsächlich wenige internationale Erfahrungswerte. So betritt Deutschland beispielsweise Neuland bei der morbiditätsorientierten Vergütung in der ambulanten Versorgung.

2.3. Die Akteure

Von den insgesamt 177 verschiedenen gesundheitspolitischen Verbänden und Einzelsachverständigen nah-

men rund 28 Prozent in den schriftlichen Stellungnahmen und mündlichen Anhörungen zum GMG Bezug auf andere Gesundheitssysteme. Nahezu alle Bereiche der Gesellschaft und gesundheitspolitischen Szene in Deutschland sind in die Diskussion um andere Länder und den internationalen Vergleich im Gesundheitswesen involviert. Dazu zählen wissenschaftliche Sachverständige und andere unabhängige Experten sowie Vertreter von Organisationen des Gesundheitswesens im engeren Sinne: Leistungserbringer, Kostenträger und Selbstverwaltungsorgane, Patienten, Versicherte und Behinderte, Qualitätsinstitutionen sowie die Gesundheitsindustrie und -forschung. Beteiligt sind aber auch Verbände der Wirtschaft, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Wohlfahrt sowie Verbraucher- und Bürgerorganisationen.

Die Akteursgruppen beziehen sich allerdings unterschiedlich häufig das Ausland in ihrer Argumentation ein (Tabelle 2): Zwischen 40-50 Prozent bei der Gruppe der Einzelsachverständigen, der Qualitätsinstitutionen, der Krankenkassen sowie der Akteure des Arzneimittelsektors und der Zahngesundheit. Gering ist der Anteil dagegen bei anderen Leistungserbringern und den Patienten- bzw. Bürgervertretern (rund 10 Prozent). Die fünf Verbände der Ärzte und Krankenhäuser fallen jedoch dadurch ins Auge, dass sie nach Sachverständigen (118 Hinweise) und den Akteuren des Arzneimittelsektors (90 Hinweise) vergleichsweise oft ins Ausland verweisen (44 Hinweise). Im Mittelfeld liegen die Verbände der Arbeit und Wirtschaft sowie die Wohlfahrtsverbände.

Um zu illustrieren, wie die Akteure Erfahrungen aus dem Ausland bewerteten und mit welchen Argumenten sie ihre Wertung stützten, werden im Folgenden exemplarisch zu den zwei Themen mit den häufigsten Verweisen Ausschnitte der gesundheitspolitischen Debatte dargestellt: zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und zum Versandhandel von verschreibungspflichtigen Medikamenten. Die qualitative Zusammenstellung ist ausschließlich Zitate der analysierten Dokumente entnommen, die thematisch gegliedert und inhaltlich komprimiert wurden. Sie müssen daher nicht immer einer korrekten oder umfassenden Darstellung des Sachverhalts entsprechen.

3. Die Debatte zum deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach englischem Vorbild

Die Debatte um ein zentrales Institut, das – unter dem Namen „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ – nach dem Vorbild des National Institute of Clinical Excellence (NICE) in England und Wales entworfen worden war, wurde in Deutschland sehr kontrovers geführt. Einige bezweifelten die generelle Notwendigkeit einer solchen Einrichtung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens. Andere unterstützten zwar grundsätzlich die Schaffung einer unabhängigen, zentralen Institution, kritisierten aber Einzelaspekte seiner Konzeption und Funktion. Sowohl

Befürworter als auch Gegner des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin bzw. des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nahmen dabei Bezug auf Erfahrungen im Ausland. Die Akteure verwiesen nicht nur nach Großbritannien, sondern auch auf Einrichtungen und Verfahren einer Vielzahl anderer Länder (Tabelle 3).

3.1. Struktur und Aufhängung

In enger Anlehnung an NICE sprachen sich Befürworter aus der Wissenschaft (Sachverständiger (SV) Antes, SV Lauterbach) für ein Zentrum unter staatlicher Aufsicht aus. Unter dieser Konzeption könne die Einrichtung die vorgesehenen Funktionen besser erfüllen als unter der Führung durch Organe der Selbstverwaltung. Beispielsweise sei zu erwarten, dass die Entscheidung über Kostenübernahme von Arzneimitteln oder der Informationsfluss an Ärzte und Patienten zeitnäher und effizienter geschehe, da durch die Vergabe von Arbeits- und Forschungsaufträgen an externe Sachverständige eine schlanke administrative Struktur vorgesehen sei. Vergleichbare unabhängige Institutionen in Frankreich, den Niederlanden, Großbritannien und Kanada machten zudem deutlich, dass Deutschland den Anschluss an den Trend der internationalen Entwicklung fände.

Das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) verwies auf die USA und auf Schweden, die mit der Agency of Health Care Research (AHQR) bzw. dem staatlichen Ausschuss zur Bewertung medizinischer Verfahren (Statens beredning för medicinsk utvärdering-SBU) Vorbilder für eine zentrale, aber politisch unabhängige und interessensneutrale Einrichtung böten. Es habe sich allerdings gezeigt, dass deren Erfolg bei Sichtung, Zusammenstellung und Verbreitung von wissenschaftlicher Evidenz von der Akzeptanz und Beteiligung der Leistungserbringer abhängt. Der vorgesehene „top down“-Ansatz der Direktoriums- und Beiratsstruktur eines Deutschen Zentrums für Qualität wirke sich somit kontraproduktiv aus. Befürwortet wurde eine unabhängige zentrale Institution auch aus Perspektive des Bundesverbands der Verbraucherzentralen (VZBV), der allerdings die Anpassung des englischen Modells an deutsche Verhältnisse mit Anbindung an die Selbstverwaltung favorisierte.

Klar gegen die Einrichtung eines zentralen Instituts sprachen sich Vertreter und Stellungnahmen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus: Solche Institute seien in staatlichen (Beispiel Großbritannien) oder rein marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystemen (Beispiel USA) ordnungspolitisch sinnvoll. Im deutschen System der sozialen und solidarischen Krankenversicherung würden die für das Zentrum vorgesehenen Funktionen jedoch bereits durch die Selbstverwaltung realisiert.

Der Vertreter der AWMF erläuterte, dass in den USA verschiedenste Institute für Qualität ohne Zentralisierung auf eine einzige Einrichtung existierten. Experten aus In- und Ausland hätten sich zu einem deutschen Zentralinstitut aufgrund Erfahrungen mit vergleichbaren staatlichen Institutionen in anderen Ländern pessimistisch geäußert. So seien beispielsweise britische Public Health-Experten zu einer negativen Einschätzung des Entscheidungsprozesses und der Wirkung von NICE auf das Gesundheitssystem gelangt². Die Beispiele aus dem Ausland belegten, dass staatliche Institutionen keine sachgerechteren und zeitnäheren Entscheidungen treffen könnten als die in Deutschland bereits existenten Strukturen.

3.2. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln

Der erste Gesetzentwurf vom Juni 2003 sah eine Beurteilung des Nutzens von neuen Arzneimitteln einschließlich einer „finanziellen Bewertung“ durch das Deutsche Zentrum für Qualität vor. Der Gesetzgeber beabsichtigte, die Kosten-Effektivität als so genannte vierte Hürde in Fortzählung der ersten drei Hürden bei der Marktzulassung von Arzneimitteln (Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit) als Kriterium für gesetzliche Kostenübernahme und Preisbildung einzuführen.

Befürwortung der Kosten-Nutzenbewertung kam von unabhängigen Experten (SV Lauterbach, SV Rychlik, SV Sawicki), aber auch von Seiten der Leistungserbringer (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde-DGPPN) und dem Paritätischem Wohlfahrtsverband (PWV). Generell unterstrichen wurde, dass Deutschland mit der Einführung einer gesundheitsökonomischen Bewertung von Arzneimitteln den Anschluss an die allgemeine internationale Entwicklung gewinnen würde. Deutschland sei in Europa das letzte Land, das eine entsprechende Arzneimittelbewertung nicht berücksichtige; selbst die Beitrittskandidaten der EU wie Polen und Tschechien seien in der Entwicklung weiter. Vorbilder für etablierte Verfahren existierten nicht nur beim NICE in Groß-

Tabelle 3: Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Deutschen Zentrum für Qualität bzw. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Länder	Bewertung	Akteure
Struktur und Aufhängung		
CA FR NL UK	positiv	SV Antes SV Lauterbach
SE UK US	positiv (mit Einschränkung)	DNEbM VZBV
UK	negativ	ÄZQ AMWF BÄK DKG
US	positiv	AMWF
Kosten-Nutzenbewertung Arzneimittel		
AU CA CZ DK FI FR IT PL PT SE UK US	positiv	DGPPN PWV SV Lauterbach SV Rychlik SV Sawicki
UK	negativ	BMC DBB DGMS KBV VFA SVe Pitschnau-Michel
Leitlinienerstellung und -bewertung		
UK US	positiv	SV Lauterbach
FR	negativ	AkdÄ ÄZQ AWMF KBV
Patienteninformation und Bürgerbeteiligung		
NL UK	positiv	VZBV SV Kranich SV Lauterbach

Quelle: eigene Analyse

britannien und in anderen europäischen Ländern, sondern auch in den USA, Kanada oder Australien.

Die im internationalen Vergleich hohe Intransparenz des deutschen Arzneimittelmarktes für Patienten war ein weiteres Argument für die Notwendigkeit einer Kosten-Nutzenbewertung. Denn in anderen Ländern wie Dänemark, Finnland oder Frankreich sei zum einen eine deutlich geringere Anzahl an Arzneimitteln zugelassen. Zum anderen gehe der internationale Trend zur Bereitstellung

von Informationen über Arzneimittel, die von der Pharmaindustrie unabhängig sind.

Vehement lehnten dagegen die Interessensvertreter der Pharmaindustrie die Kosten-Nutzenbewertung ab. Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) argumentierte beispielsweise, dass die bisherigen Zulassungsverfahren mit Wirksamkeitsprüfungen auf nationaler oder europäischer Ebene seiner Meinung nach den Nutzen neuer Medikamente bereits ausreichend belegen. Vertreter des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VFA) verwiesen auf Erfahrungen in England, wo die Bewertungen von NICE sowohl zu Verzögerungen bei der Einführung von Innovationen, als auch in einigen Fällen zum Ausschluss von Leistungen aus der öffentlichen Finanzierung geführt hätten. Auch Patientenvertreter (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft-DMSG), die Sachverständige Pitschnau-Michel, der Deutsche Beamtenbund (DBB) und der Bundesverband Managed Care (BMC) führten an, dass insbesondere chronisch Kranke von einer Rationierung der Leistungen und Einschränkung des Zugangs zu neuen Entwicklungen in England betroffen seien. Dies habe letztendlich zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität beispielsweise bei Multiple Sklerose-Patienten geführt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gab zu Bedenken, dass sich NICE trotz der unabhängigen Organisation des Instituts den Vorwurf der massiven Beeinflussung durch die Pharmedien gefallen lassen musste. Dass gesundheitsökonomische Daten der Industrie in den Bewertungen verwendet wurden, die nicht zuvor öffentlich publiziert worden waren, unterstreiche den Verstoß gegen das Gebot der Transparenz der Berichte³.

3.3. Leitlinienerstellung und -bewertung

Ein großer inhaltlicher Streitpunkt der Reformdebatte war, dass der Gesetzgeber im Erstentwurf des GMG eine zentrale Erstellung von Leitlinien durch das Zentrum vorsah mit dem Ziel, deren Qualität zu verbessern und die medizinische Versorgung stärker an wissenschaftlicher Evidenz auszurichten. Wie wurde diese Aufgabe im Zusammenhang mit Erfahrungen aus anderen Ländern diskutiert?

Der SV Lauterbach bewertete die Erfahrungen vergleichbarer Institutionen im Ausland durchweg positiv. Die erstellten Leitlinien seien qualitativ hochwertig und Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis. In den USA würden Leitlinien viel häufiger angewendet, was zur Folge habe, dass unter anderem Patienten mit Bluthochdruck weniger unterversorgt seien als dies in Deutschland der Fall sei. Zudem habe der Gesetzentwurf zum Deutschen Zentrum für Qualität Empfehlungen des Europarats⁴ und Erfahrungen des NICE berücksichtigt, bei der Ausarbeitung Praktiker, Wissenschaftler und klinische Experten einzubeziehen.

Dem entgegen sahen das ÄZQ, die BÄK, die KBV und Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) die Europaratsempfehlungen nicht ausreichend berücksichtigt. Sie stellten sich auf den Standpunkt, dass die unabhängige Erstellung von Leitlinien in der Verantwortung der Anwender selbst und den Verbänden des Berufsstandes liege. Erfahrungen mit einer zentralen Leitlinienerstellung im Ausland führten sie als negative Beispiele an. Frankreich sei mit dem Programm verpflichtender nationaler Leitlinien (Références médicales opposables) des staatlichen Instituts ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) gescheitert, denn ein „top down“-Ansatz beteilige die Betroffenen nicht ausreichend und erschwere eine erfolgreiche Einführung von Leitlinien⁵.

Laut dem Vertreter der AWMF ist die Leitliniensituation in Deutschland im internationalen Vergleich gut, denn Leitlinien würden schon jetzt durch wissenschaftliche Fachgesellschaften und deren Dachorganisationen erstellt und auf Qualität im Clearingverfahren durch das ÄZQ geprüft. Die für das Zentrum vorgesehene Funktion sei damit bereits durch bestehende Strukturen erfüllt.

3.4. Patienteninformation und Bürgerbeteiligung

In Deutschland haben Patienten- und Bürgervertreter mit der Gesundheitsreform 2003 erstmals ein Antrags- und Mitberatungsrecht in gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien und damit auch beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit erhalten. Neu ist auch die zukünftige Aufgabe des Instituts, Informationen für Bürger über „Qualität und Effizienz“ der Versorgung bereitzustellen.

Diese Entwicklung wurde allgemein sehr begrüßt. Damit würde Deutschland im internationalen Vergleich aufholen, auch wenn die Einbindung in das operative Geschäft dem Vorbild NICE nachstehe (VZBV, SV Lauterbach). Zu bedenken gaben Experten und Bürgervertreter, dass die Herausforderungen für die Organisationen der Patienten- und Bürgervertretung in Erfüllung dieser Funktion groß sei, denn Deutschland verfüge nicht über langsam gewachsene Zusammenschlüsse auf der Metaebene wie beispielsweise die Niederlande (SV Kranich).

4. Die Debatte zum Versandhandel von Arzneimitteln

Die Aufhebung des Versandhandelsverbots von verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland wurde von den Akteuren sehr kontrovers diskutiert. Der Blick ins Ausland war dabei wichtige Argumentationsgrundlage (Tabelle 4).

Befürworter (AOK-Bundesverband (AOK), Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BDV), SV Lauterbach) be-

größten, dass der Versand und elektronische Handel mit rezeptpflichtigen Medikamenten, zum Beispiel über Internet-Apotheken, nun auch in Deutschland möglich sei. Die Schweiz und Niederlande nannten sie als Vorbilder, wo der Versandhandel seit einigen Jahren erfolgreich erprobt sei und sich als ergänzende Versorgungsform bewährt habe⁶. Denn das Dienstleistungsangebot reiche mit seinen modernen Vertriebsstrukturen deutlich über das einer stationären Apotheke hinaus. Versandapotheken unterlägen sämtlichen rechtlichen Rahmenbedingungen wie sie für stationäre Apotheken gelten. Auch der in Deutschland bisher illegal praktizierte Versand von Arzneimitteln aus dem Ausland werde damit transparenten Sicherheitsbestimmungen unterworfen. Die hohen Qualitätsstandards in den USA, der Schweiz oder Niederlanden seien Vorbild für Deutschland: Sicherheitsmaßnahmen für Transport, Abgabe, Patientenbetreuung, Notfalldepots und Labore für Individualanfertigungen seien vorgeschrieben und würden durch lokale Aufsichtsbehörden engmaschig kontrolliert. Der Versand- und der Internethandel ermöglichten sogar die Erhöhung der Arzneimittelsicherheit im Vergleich zu Präsenzapotheken, da Kunden telefonisch oder postalisch gezielt erreichbar seien: Der rasche Markteinbruch bzw. Rückruf von schädigenden Medikamenten in den USA oder Niederlanden sei auch auf die unverzügliche persönliche Warnung der Kunden durch den Versandhandel zurückzuführen⁷.

Gegner des Versandhandels (BAH, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels (PHAGRO), SV Brauer, SV Dettling, SV Pieck, SV Steinbach), verwiesen auf die spezifische deutsche Situation im Vergleich zu den USA oder der Schweiz. Dort sei der Arzneimittelmarkt durch ein Verbot des Imports ausländischer Produkte national abgeschottet. Im europäischen Kontext sei jedoch ein Importverbot zumindest aus anderen EU-Ländern nicht möglich und deutsche Normen zur Arzneimittelsicherheit ließen sich gegenüber den Mitgliedstaaten⁸, aber vor allem auch gegenüber den osteuropäischen Beitrittsländern⁹ kaum durchsetzen. Denn die Überwachung des Arzneimittelverkehrs sowie die Anforderungen an das Apothekenwesen unterlägen – anders als die auf europäischer Ebene vereinheitlichte Arzneimittelzulassung – dem Subsidiaritätsprinzip (Artikel 152 EG-Vertrag). In den USA komme es trotz Importverboten zu illegalen Sendungen von Arzneimitteln vor allem aus Mexiko, die erhebliche Sicherheitsbedenken auslösten. Denn laut der WHO¹⁰ sei der Versandhandel, insbesondere wenn er grenzüberschreitend stattfindet, ein wesentliches Einfallstor für Arzneimittelfälschungen mit mafiösen Strukturen. Die postalische Lieferung gefährde daher eine sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland.

Einige Kritiker bezogen sich auf die Rechtslage der EU und standen auf dem Standpunkt, dass sich die deutsche

Tabelle 4: Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Arzneimittelversandhandel

Länder	Bewertung	Akteure
CH NL US	positiv	AOK BDV BKK SV Lauterbach
BE CH ES FI FR LV MX NL PL RO US	negativ	ABDA BAH PHAGRO SV Brauer SV Dettling SV Pieck SV Steinbach

Quelle: eigene Analyse

Politik zunehmend von europäischen statt nationalen Rahmenbedingungen bestimmen ließe. Die deutsche Regelung eile dem europäischen Recht sogar voraus, da bisher aus Gründen der Arzneimittelsicherheit trotz des Grundsatzes des freien Warenverkehrs der EU ein nationales Verbot des Versandhandels möglich sei. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zum Verfahren der deutschen Apothekerverbände gegen DocMorris, einer niederländischen Versandapotheke, die seit 2002 quasi illegal Arzneimittel nach Deutschland lieferte, stehe noch aus.¹¹ Die von der Regierung angestrebte vollständige Liberalisierung des Arzneimittelversands sei aus europäischer Sicht daher bisher nicht erforderlich.

Weiteres wesentliches Argument war, dass inländische gegenüber ausländischen Apotheken diskriminiert würden. Ausländische Versandapotheken könnten Arzneimittel aufgrund der Unterschiede bei der Preisbildung billiger in Deutschland anbieten, was ganz im Sinne der deutschen Krankenkassen sei. Die Versandhändler verhielten sich zudem zum Teil nicht gesetzeskonform und würden keine oder nur niedrigere Zuzahlungen von den Patienten fordern. Es entstünde damit ein Wettbewerbsnachteil für deutsche Apotheken, der den Mittelstand bedrohe.

Die Einschätzungen der Experten zum Umfang von Einsparungen für die Arzneimittelausgaben der GKV variierten stark. Die Krankenkassen (AOK, BKK) veranschlagten ein Einsparvolumen von ca. 200 Millionen Euro, wenn mit 10 Prozent von einem Marktanteil der Versandapotheken wie in den USA ausgegangen und Preisdifferenzen zwischen deutschen und ausländischen

Arzneimitteln einkalkuliert würden. Dagegen waren sich Apotheken- und Großhandelsvertreter einig, dass in Deutschland aufgrund der Erfahrungen in anderen Industrieländern keine Kostensenkungen zu erwarten sind. Die Arzneimitteldistributionskosten seien in Deutschland in den vergangenen zwölf Jahren laut OECD moderat gestiegen, während die USA, Schweiz, und Niederlande mit Versandhandel wachsende und damit wesentlich höhere Distributionskosten und Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln aufwiesen. Der Versandhandel in den Niederlanden und der Schweiz sei defizitär und erreiche nur einen Marktanteil von unter 1 Prozent bzw. von 1 bis 2 Prozent. Der US-amerikanische Versandhandel erreiche den hohen Marktanteil von 15 Prozent (ABDA) bzw. 13 Prozent (SV Dettling) nur durch die Beschränkung auf ein enges, hochpreisiges Marktsegment, einen gegenüber Präsenzapotheken bevorzugten Lieferumfang (Versandhandelsapotheke bis dreifacher, Präsenzapotheke maximal einfacher Monatsbedarf je Lieferung) und eine differenzierte Patientenzahlung (Versandhandel 10 – 20 US-Dollar, Präsenzapotheke 20 – 40 US-Dollar). Die Rentabilität des Versandhandels sei also durch die massive Steuerung und Beeinflussung der Kostenträger gesichert und nicht Ergebnis einer Marktentscheidung der Patienten.¹²

5. Die Bewertung ausländischer Erfahrungen und die Frage der Übertragbarkeit

Wie die Ausschnitte aus der Debatte zum GMG demonstrieren, nutzen Akteure internationale Erfahrungen mittlerweile als wichtiges Instrument für Standpunktfindung und Lobbyarbeit: Sie tragen so einerseits dazu bei, dass Informationen über andere Länder nach Deutschland gelangen und die Frage der Übertragbarkeit möglichst differenziert beantwortet werden kann. Supranationale Institutionen (WHO, OECD, Europarat) sind als „neutrale“ Instanzen dabei relevanter Bezugspunkt.

Eine wesentliche Motivation für Akteure ist es aber auch, mit der Diskussion um andere Gesundheitssysteme positive oder negative Szenarien für Deutschland zu entwickeln, um ihre jeweiligen Interessen argumentativ zu unterstützen und gesundheitspolitische Ziele durchzusetzen.

Das Ausland wird in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung also keinesfalls ausschließlich als Vorbild zitiert. Im Gegenteil, in der Diskussion rund um das GMG standen Erfahrungen im Ausland zur Debatte, die von verschiedenen Akteuren überwiegend negativ bewertet wurden. Die wiederkehrenden Begründungen für diese Einschätzung der Sachverständigen und gesundheitspolitischen Akteure waren

- das durch Selbstverwaltungsprinzip gekennzeichnete deutsche Gesundheitssystem mit staatlich delegierten Steuerungs- und Machtstrukturen,
- die etwaige Bedrohung einer bisher adäquaten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland,

- die Einschränkung des Zugangs zur medizinischen Versorgung und Aushebelung des Prinzips der sozialen Gerechtigkeit,
- die wirtschaftliche Bedrohung Deutschlands oder einzelner Bereiche,
- die Einbindung in die Europäische Union und damit mangelnde Vergleichbarkeit z. B. zur Situation in den USA und
- der mangelnde Nachweis von verbesserter Qualität oder Effizienz von Modellen anderer Länder.

Zum Teil mag die ablehnende Haltung zur Transfermöglichkeit von Ansätzen anderer Länder dadurch erklärt sein, dass Stellungnahmen und Anhörungen die Funktion einer kritischen Bewertung von Reformen erfüllen und nur einen Ausschnitt aus der gesamtpolitischen Diskussion darstellen. Grundsätzlich bleibt aber festzuhalten, dass das deutsche System als Ganzes und auch einzelne Strukturen von vielen gesundheitspolitischen Akteuren und Sachverständigen als so spezifisch betrachtet wird, dass der Tenor einer kritischen Prüfung und nur eingeschränkter Übertragbarkeit internationaler Erfahrungen überwiegt.

6. Methodischer Ausblick

Für die vorgestellte Studie wurde ein Analysekonzept mit dem langfristigen Ziel entwickelt, den (möglichen) Einfluss anderer Länder auf deutsche gesundheitspolitische Reformen erstmals systematisch zu erfassen. Das Modell ist daher für zukünftige Untersuchungen in allen seinen Dimensionen erweiterbar: Ausweitung auf andere Reformentwicklungsstadien und –themen, Vergrößerung der Länderauswahl und Ausdehnung der Akteursanalyse.

So ist die derzeitige Phase der Implementierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit und der Umsetzung seiner Aufgaben – beispielsweise der Entwicklung eines Verfahrens zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln – erneut vom Blick ins Ausland begleitet. Auch bei den anstehenden Reformen zur Pflegeversicherung, der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem angekündigten Präventionsgesetz ist eine Analyse des Abgleichs mit internationalen Erfahrungswerten erforderlich. Die Methode des „document tracking“ – das heißt die Suche nach Hinweisen auf andere Gesundheitssysteme in offiziellen Dokumenten und die Analyse der Bewertung ausländischer Erfahrungen durch die deutschen Akteure – kann auf andere schriftliche Quellen ausgeweitet werden. Ergänzend können zum Beispiel Fachzeitschriften, Publikationen im Internet und sonstige Medien, Berichte und Protokolle von Studienreisen, Expertentreffen oder Kongressen einbezogen werden. Schriftliche Dokumente spiegeln jedoch immer nur einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit wider. Mit dem Ziel der zukunftsgerichteten Analyse aus deutschem Blickwinkel können auch Umfragen bei Akteuren, Entscheidungsträgern und Meinungsbildnern eingesetzt werden, um zu beurteilen, welche Bewertungskriterien und Zielvorgaben der Übertragung ausländischer Erfahrungen zugrunde liegen.

Zusammenfassend ist das Ziel, das Deutschland den Prozess, was und wie es von anderen Ländern lernt, zunehmend versteht, um daraus seine gesundheitspolitischen Perspektiven weiterzuentwickeln.

7. Zusammenfassung und Fazit

Der Verweis auf internationale Erfahrungen ist zum Standardinstrument deutscher Politik und Akteure geworden. Mittlerweile beteiligten sich an der Diskussion nicht mehr nur gesundheitspolitische Insider, sondern – in unterschiedlicher Intensität – Akteure aus allen Bereichen der Gesellschaft.

Bei zahlreichen Themen der jüngsten Gesundheitsreform dienten Strukturen und Instrumente anderer Industrienationen als Vorbild. So stand das National Institute of Clinical Excellence Modell für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ein weiteres viel diskutiertes Beispiel ist die Erlaubnis des Versandhandels für Arzneimittel in und nach Deutschland, die sich Vorlagen des amerikanischen oder des europäischen Auslands (Niederlande, Schweiz) bediente.

Insgesamt zeigt sich, dass internationale Erfahrungen weit reichend in die deutsche Debatte Eingang gefunden haben. Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung in Deutschland unterwirft die Ansätze aus anderen Ländern der Abwägung von pro und contra und dem Abgleich der unterschiedlichen Ziele und Interessen deutscher Akteure. Modelle aus anderen Ländern werden so zum einen an den deutschen Kontext angepasst, der durch föderalistische und korporatistische Strukturen und kulturelle Werte in einem bevölkerungsreichen Land gekennzeichnet ist. Erfahrungen anderer Länder dienen zum anderen aber auch als machtvoll Instrument, gesundheitspolitische Interessen durchzusetzen.

Im Ergebnis hat sich im Laufe des Jahres 2003 die Reformgestaltung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in einigen Bereichen erheblich verändert und von seinen Vorlagen im Ausland entfernt. Am eindrucklichsten ist dies am Wandel des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen. Nicht nur die organisatorische Aufhängung – Selbstverwaltungsorgan statt Staatsinstitut –, sondern auch einige seiner Funktionen haben sich verändert: So nimmt das Institut keine gesundheitsökonomische Bewertung von Arzneimitteln vor und es erstellt Leitlinien nicht wie ursprünglich vorgesehen selbst, sondern unterzieht sie lediglich einer Bewertung. Schließlich ist die Entscheidungsbefugnis von Patienten- und Bürgervertretern – im Unterschied zu NICE – einem Mitsprache- und Antragsrecht gewichen.

Je mehr Erfahrungen anderer Länder auf Deutschland übertragen werden oder gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse beeinflussen, desto bedeutsamer ist es, dif-

ferenzierte Grundlagen für die Interpretation, Bewertung und Anpassung an das deutsche Gesundheitswesen zu schaffen. Dies erfordert zum einen eine sorgfältige und objektive Analyse der komplexen Systeme, Strukturen und Reformentwicklungen einer Vielzahl anderer Länder, die aus deutscher Perspektive systematisch und zeitnah denkbare Lösungsansätze identifiziert. Denn nicht zu vernachlässigen ist, dass der Trend zu den „großen Fünf“ – USA, Schweiz, Niederlande, Frankreich und Großbritannien – die tatsächliche internationale Reformentwicklung möglicherweise verzerrt wahrnimmt und damit potentielle Chancen des „Lernens von anderen“ beeinträchtigt.

Zum Zweiten ist eine Ausweitung sowie eine Beschleunigung des Transfers von Wissen aus Forschung und empirischer Erfahrung in die Gesundheitspolitik und in ein großes Spektrum von Akteuren vonnöten, damit die Ansätze anderer Gesundheitssysteme aus verschiedenen gesellschaftlichen Blickwinkeln möglichst differenziert diskutiert und bewertet werden können. Dies bildet die Grundlage, um über das ob und wie einer Übertragung auf das deutsche System kritisch entscheiden zu können. Schließlich müssen Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen des Transfers ausländischer Modelle und Erfahrungen auf Deutschland kontinuierlich evaluiert werden.

Wie kann Kenntnis und Verständnis anderer Gesundheitssysteme und gesundheitspolitischer Entwicklungen sowie die Analyse von Strukturen und Leistungsverhalten aus deutscher Perspektive weiter vertieft werden?

Internationale Organisationen wie OECD, WHO, Europäische Kommission, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Weltbank ebenso wie akademische Institutionen widmen sich internationalen Vergleichen, beschreiben und analysieren Gesundheitssysteme und Reforminitiativen in verschiedenen Ländern, bieten öffentlich zugängliche Datenbanken und fördern den Austausch zwischen gesundheitspolitischen Akteuren und Experten.

In Deutschland hat der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen letzten Gutachten eine Analyse der Versorgungsqualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich vorgelegt und geeignete Reformansätze anderer Länder analysiert.

Um aus deutscher Perspektive die Lücke zwischen Forschung und Politik weiter zu verringern, entstand im Jahr 2002 der Gesundheitspolitik-Monitor. In dem von der Bertelsmann Stiftung initiierten und unterhaltenen Netzwerk sind gesundheitspolitische Experten aus 16 Industrieländern weltweit zusammengeschlossen (Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Österreich, Schweiz, Spanien, Australien, Japan, Kanada, Neuseeland, Singapur, Südkorea, USA). Sie berichten über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik des jeweiligen Landes, um gezielt die deutsche Reformdebatte zu bereichern. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin erarbeitet halbjährlich englisch- und deutschsprachige Be-

richte, um die gesundheitspolitischen Entwicklungen in den Partnerländern kontinuierlich zu erfassen und zum Zwecke der Politikberatung in Deutschland, aber auch der wissenschaftlichen Analyse, aufzuarbeiten.¹³

Das Fachgebiet hat des Weiteren eine Literaturdatenbank entwickelt, die einen umfassenden und zeitnahen Zugriff auf spezifisch deutschsprachige Dokumente zu Gesundheitssystemen anderer Länder oder auf thematische Teilaspekte ermöglicht. Sie bietet Informationen für verschiedenste Interessenten des deutschen Gesundheitswesens und wird als umfangreiches Recherchewerkzeug zu Fragen der internationalen Gesundheitssystemforschung aus deutscher Perspektive genutzt.¹⁴ Mittlerweile führt die Datenbank über 400 Dokumente. Die deutschen Publikationen über Gesundheitssysteme oder Reformentwicklungen anderer Industrieländer nehmen vor allem seit dem Jahr 2000 rapide zu und bestärken den Eindruck, dass die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland zunehmend Ländervergleiche einbezieht und Reformoptionen jenseits des Tellerrands immer mehr an Einfluss gewinnen.

Bleibt abschließend die Umkehrung der Frage offen, ob, was und wie andere Länder von Deutschland lernen. Denn stimmt es wirklich, wenn der Gesetzgeber in der Begründung zum GMG behauptet, dass „die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland [...] weltweit nach wie vor als Vorbild“ gilt?

Literatur und Links:

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). <http://www.anaes.fr>.
- Agency of Health Care Research and Quality (AHRQ). <http://www.ahrq.gov>
- Bundestagsdrucksache 15/1170. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 16.06.03
- Bundestagsdrucksache 15/1525. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 08.09.03
- Busse, R., Schlette, S. (2003). Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen. Ausgabe 1. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <http://www.health-policy-monitor.org>
- Busse, R., Schlette, S. (2004). Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen. Ausgabe 2. Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik und Alter, Arzneimittelpolitik, Fachkräfteentwicklung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Cap Gemini Ernst & Young (2002). Versandhandel mit Arzneimitteln in den USA – Ein Modell für Deutschland? Im Auftrag des Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels. Berlin: Cap Gemini Ernst & Young. <http://www.cgey.com>
- Davis, E., Littlejohns, P (2002). Views of Directors of Public Health about NICE Appraisal Guidance: results of a postal survey. *Journal of Public Health Medicine* 24: 319-325
- Europäischer Gerichtshof (2003). Urteil vom 11.12.2003. C-322/01. Internet-Apotheke. EG Art. 30; Richtlinie 2001/83/EG Artikel 88 Absatz 1; AMG § 43; HWG § 8 Abs. 1. http://www.euinfo.de/union/union_gericht.htm
- Europarat (2001). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001) 13 des Europarates und erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.03. Bundesgesetzblatt I: 2189-2284
- Hill, S., Garranti, S., Loenhout van, J., O'Brian, B. J., Joncheere de, K. (2003). Technology appraisal program of the National Institute for Clinical Excellence: A review by WHO. WHO: Regional Office of Europe National Institute of Clinical Excellence (NICE). <http://www.nice.org.uk>.

- OECD (2002). Improving the Performance of Health Care Systems: From measures to Action; a Review of Experiences in four European Countries. Labour market and Social Policy. Paris: Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs: Occasional papers No. 57. <http://www.oecd.org/dataoecd/0/58/1847865.pdf>
- Perleth, M. (2004). Denkfabrik für Profis und Patienten. *Gesundheit und Gesellschaft* 7 (1): 30-35
- Riesberg, A., Weinbrenner, S., Busse, R. (2003). Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich. Was kann Deutschland lernen? *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 33-34: 29-38
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Addendum zum Gutachten: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden: Nomos
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). <http://www.sbu.se>
- WHO (1999). Counterfeit drugs: challenges and solutions. International Conference of Drug Regulatory Authorities (ICDRA) 25.-29.04.99 in Berlin. http://www.who.int/medicines/library/qsm/icdra99/icdra99_counterfeit.shtml#backToBannerTop

Fußnoten:

- Download der Wortprotokolle der öffentlichen Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung und der schriftlichen Stellungnahmen zum GMG: http://www.bundestag.de/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/index.html
- verwiesen wurde auf die Publikation von Davis und Littlejohns 2002 (siehe Literatur)
- verwiesen wurde auf die Evaluation von NICE durch das Regionalbüro der WHO Europa von 2003 (siehe Literatur: Hill et al. 2003)
- siehe Literatur: Europarat 2001
- verwiesen wurde auf eine Evaluation des französischen Leitlinienprogramms durch die OECD von 2002 (siehe Literatur)
- Der Arzneimittelversandhandel ist in der Schweiz in allen Kantonen seit Oktober 1999 und in den Niederlanden seit 1995 gestattet. In der Schweiz besteht Rezeptpflicht auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel bei Abgabe im Wege des Versandes (Cap Gemini Ernst & Young 2002)
- Als Beispiel wird zum einen die Hormonersatztherapie für Frauen genannt, bei der klinische Studien, insbesondere der „Women's Health Initiative“ gezeigt haben, dass die Einnahme von Östrogenen ein erhöhtes Schlaganfall-, Brustkrebs- und Herzinfarktrisiko bedeutet. Zum anderen wird auf das Medikament „Lipobay“ oder „Baycol“ (Cerivastatin) verwiesen, das die Firma Bayer 2001 zurückrufen musste, nachdem bekannt geworden war, dass zahlreiche Todesfälle mit Rhabdomyolyse durch die Einnahme des Cholesterinsyntheseshemmer aufgetreten waren.
- genannte Beispiele Niederlande, Belgien
- genannte Beispiele Rumänien, Lettland, Polen
- verwiesen wurde auf eine Konferenz der WHO 1999 in Berlin zu counterfeit drugs (siehe Literatur)
- Anfang Dezember 2003 und damit nach Verabschiedung des GMG entschied der europäische Gerichtshof auf Basis des Grundsatzes des freien Warenverkehrs, dass die EU-Staaten den Versandhandel mit Medikamenten für rezeptfreie Arzneimittel erlauben müssen. Für verschreibungspflichtige oder für Medikamente, die auf dem nationalen Markt nicht zugelassen sind, können sie den elektronischen Handel und Versand jedoch wegen höherer Risiken einer fehlerhaften oder missbräuchlichen Verwendung verbieten (EuGH 2003 C-322/01).
- verwiesen wurde auf die Studie des internationalen Beratungsunternehmens Cap Gemini Ernst & Young 2002 zum Versandhandel im Auftrag von PHAGRO (siehe Literatur)
- Auf der Homepage „Health Policy Monitor“ sind die Berichte erhältlich; einzelne Reformen können in einer umfangreichen Datenbank zur Gesundheitspolitik nach Themen, Ländern, Jahren, Akteuren und Entwicklungsphasen recherchiert werden: <http://www.health-policy-monitor.org>
- Datenbank mit demnächst internetbasiertem Zugang zu deutschsprachiger Literatur zu Gesundheitssystemen in Industrieländern beim Fachgebiet Management im Gesundheitswesen am Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin: <http://mig.tu-berlin.de> oder <http://www.healthcaresystems.de>