

# ***News aus den Gesundheitss- systemen***

***Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter [www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at) finden.***

## ***INHALT***

**Großbritannien:** Schnellere Diagnose bei Krebsverdacht

**Österreich:** Stipendien gegen Ärztemangel

**EU:** Europäische Sozialversicherungsnummer angekündigt

**Deutschland:** Gesetzlich bedingter Preisverfall bei Vertragsärzten

**Niederlande:** Rauchverbot in der Gastronomie kommt

**Schweiz:** Periodische Arzneimittel-Überprüfung soll Einsparungen bringen

**Deutschland:** Schlechte Diabetes-Versorgung ist teuer

**Bericht:** Euro Health Consumer Index 2017

## ***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***

## GROßBRITANNIEN

### Schnellere Diagnose bei Krebsverdacht

Eine rasche Diagnosestellung und ein zügiger Start der Behandlung beeinflussen die Überlebensrate bei einer Krebserkrankung stark mit. Gerade bei unklaren Symptomen werden Patienten häufig von Spezialist zu Spezialist geschickt. Um hier für den Patienten wertvolle Zeit zu sparen, werden jetzt spezielle Zentren geschaffen.

#### Lange Wege zur Diagnose

Bei unklaren Symptomen, wie etwa Scherzen im Abdomen, kommen zahlreiche Ursachen in Frage. Um die Diagnose zu stellen, werden Patienten oft von einer Untersuchung zur nächsten überwiesen. Bis es dann zur Diagnose kommt oder die endgültige Entwarnung kommt, dauert es oft sehr lange. Dabei wäre es bei Krebs äußerst wichtig, die Therapie möglichst früh zu starten. Und auch bei einer Entwarnung leidet der Patient unnötig lange unter Ängsten.

Um die Zeit bis zu einer Diagnose entscheidend zu verkürzen und damit Leben zu retten, sollen in Großbritannien nun Zentren installiert werden, die alle Spezialisten unter einem Dach vereinen. Das Ziel ist, dass Patienten mit Verdacht auf Krebs in längstens 28 Tagen eine Diagnose – oder eben die Entwarnung – bekommen.

#### Erste Pilotzentren

Zunächst soll es zehn solcher Pilotzentren geben. Haben sie Erfolg, so sollen weitere eröffnet werden. Der NHS hat die Zentren in Zusammenarbeit mit den Krebshilfen Macmillan und Cancer Research UK geschaffen. Sara Hiom, Direktorin von Early Diagnoses bei CRUK, ist davon überzeugt, dass diese zehn Zentren ein besseres Verständnis für die Diagnose und Behandlung von Patienten mit unklaren Symptomen schaffen werden. Dadurch würde sich sowohl die Wahrnehmung der Versorgung verbessern als auch die Überlebensrate steigern lassen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien [www.lig-gesundheit.at/grossbritannien](http://www.lig-gesundheit.at/grossbritannien)

**ÖSTERREICH****Stipendien gegen Ärztemangel**

Andere Länder, zum Beispiel Deutschland, haben es bereits vorgemacht: Während der Ausbildungszeit werden Jungärzte finanziell unterstützt. Diese verpflichten sich im Gegenzug dazu, später als Hausarzt in einer bestimmten Region tätig zu werden. Nun wird diese Methode auch im Burgenland aufgegriffen.

**Ärztemangel**

Dort wird es nämlich schon bald an niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen fehlen, denn in den nächsten Jahren gehen 60 Prozent der Hausärzte in Pension, so Berechnungen der burgenländischen Gebietskrankenkasse. Der burgenländische Gesundheitslandesrat Norbert Darabos erklärt, dass für eine Sicherstellung der landärztlichen Versorgung jedes Jahr zehn neue MedizinerInnen gewonnen werden müssen. Dazu hat man nun Maßnahmen ergriffen.

**Stipendien**

Am Dienstag, 21. März, hat die Burgenländische Landesregierung beschlossen, Medizinstudenten ab dem dritten Studienjahr mit 300 Euro im Monat unter die Arme zu greifen. Die Förderung wird für maximal 48 Monate ausbezahlt und bedarf eines Abschlusses in Mindeststudienzeit plus ein Toleranzsemester. Wer diese Vorgabe nicht schafft, muss das Stipendium zurückzahlen. Die Studenten verpflichten sich umgekehrt dazu, innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss ihrer Ausbildung eine Kassenstelle als Hausarzt im Burgenland zu übernehmen und mindestens fünf Jahre tätig zu sein.

Turnusärzte sollen eine ähnliche Förderung erhalten, wenn sie eine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvieren und sich danach für fünf Jahre als Kassenarzt im Burgenland betätigen. Die Höhe für Turnusärzte soll 500 Euro für maximal 48 Monate betragen.

**Weitere Maßnahme**

Außerdem plant die burgenländische Landesregierung eine weitere Maßnahme zur Sicherung der Versorgung in ländlichen Gegenden. So sollen für Praxisausbauten in weniger dicht besiedelten Regionen 50.000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Ein Gesamtbudget von 1,5 Millionen Euro steht dafür bereit.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich [www.lig-gesundheit.at/oesterreich](http://www.lig-gesundheit.at/oesterreich)

## EUROPA

### Europäische Sozialversicherungsnummer angekündigt

Im Arbeitsprogramm 2018 wurde von der Europäischen Kommission überraschend die Einführung einer europäischen Sozialversicherungsnummer angekündigt. Die grenzüberschreitende Kennung brächte aber nicht nur Vorteile mit sich, sondern auch viele Herausforderungen.

#### **Ziele und mögliche Umsetzung**

Ziel der European Social Secure Number ESSN wäre eine europaweite, eindeutige Identifikation von Personen, um die grenzüberschreitende soziale Sicherung zu gewährleisten – etwas die Feststellung von Krankenversicherungsansprüchen. Außerdem würde der Informationsaustausch zwischen Versicherten und Trägern bzw. Trägern und Behörden erleichtert. Die Kommission hat bisher allerdings lediglich vier Szenarien vorgelegt, die mögliche Konzepte für die Umsetzung darstellen und auch miteinander kombiniert werden können:

- Baseline-Szenario: keine Maßnahme, bisherige Probleme bleiben bestehen
- Soft-Law-Variante: Einführung auf freiwilliger Basis durch einzelne Mitgliedsstaaten
- Einführung einer Länderkennung, die der bestehenden nationalen Sozialversicherungsnummer z.B. als Präfix vorangestellt wird
- Einführung einer eigenen europäischen Identifikationsnummer

#### **Reaktionen**

Österreich reagiert skeptisch auf diesen Vorstoß der Kommission, denn auch wenn man grundsätzlich die Ziele der Maßnahme für erstrebenswert hält, so scheint doch eine einheitliche Versicherungsnummer nur ein Teil zu deren Erreichung zu sein. Die eindeutige Identifikation einer Person ließe sich nur durch einen europäischen Anspruchsnachweis mit aktuellen Foto oder durch zusätzliche Dokumente, wie Reisepass oder Personalausweis, durchführen.

Die Prüfung des aktuellen Versicherungsstatus, etwa bei einer Krankenbehandlung, könnte über eine zentrale europäische Datenbank erfolgen, müsste dann jedoch auch von den Leistungserbringern (z.B. Arztpraxen) durchgeführt werden können. Das würde erhebliche technische und datenschutzrechtliche

Herausforderungen mit sich bringen. Daher wäre eine Realisierung über bereits vorhandene bzw. im Aufbau befindliche Strukturen zum europaweiten elektronischen Datenaustausch die bessere Wahl (European Exchange of Social Security Information – EESSI). Dies würde auch Kosten und Zeit sparen.

### **Letztstand**

Letzten Informationen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zufolge plant die Europäische Kommission aufgrund vieler Bedenken durch Mitgliedsstaaten keinen Ersatz der nationalen Sozialversicherungsnummern, will aber für grenzüberschreitende Fälle eine eindeutige und lebenslange Kennung einführen. Die Abfrage des Versicherungsstatus soll vorerst auf eine „Ja-oder-Nein-Antwort“ beschränkt sein. Eine Vernetzung der nationalen Datenbanken wäre hierfür in jedem Fall erforderlich. Konkrete Pläne liegen jedoch noch nicht vor.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

## DEUTSCHLAND

### Gesetzlich bedingter Preisverfall bei Vertragsärzten

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ZI zeigt enorme Unterschiede bei der Anpassung der Preiskomponente im Krankenhaus und den Vertragsärzten im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 auf. Schuld sind laut ZI differierende Regelungen bei der jährlichen Anpassung.

Zwischen 2013 und 2018 wurde die Preiskomponente im Krankenhaus um 15,8 % erhöht, bei den Vertragsärzten hingegen nur um 7,3 %. Jährlich lagen die Differenzen der Anpassungen zwischen 1,1 und 1,8 %. In diesen sechs Jahren wurde den Vertragsärzten also lediglich eine halb so hohe Preiserhöhung zugestanden wie den Spitälern.

Die Begründung liegt in der gesetzlichen Regelung, nach der sich der Anstieg des Basisfallwertes in den Spitälern grundsätzlich nach den Kostensteigerungen richtet. Steigen aber die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der Versicherten stärker, so wird dieser höhere Wert an die Spitäler weitergegeben (Meistbegünstigtenklausel). Mit dieser Vorgangsweise sollen insbesondere die Personalkosten in den Krankenhäusern abgedeckt werden, die einen Kostenanteil in der Höhe von 66 % ausmachen. Der Basisfallwert in den Spitälern stieg sogar stärker als die allgemeine Lohnentwicklung.

Bei den niedergelassenen Vertragsärzten wird jährlich der Punktwert neu verhandelt. Natürlich orientieren sich diese Verhandlungen ebenfalls an den Kostensteigerungen, es besteht jedoch die Möglichkeit von Abschlägen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsreserven. Hingegen gibt es im vertragsärztlichen Bereich keine Regelung, die in wirtschaftlich guten Zeiten Erträge der Krankenkassen an die Vertragsärzte weitergibt. Ergebnis ist, dass die Entwicklung des Orientierungswerts um ein Drittel hinter der Personalkostenentwicklung zurückblieb, obwohl die Personalkosten in den Vertragsarztpraxen sogar einen höheren Anteil von 75 % ausmachen.

Der Geschäftsführer des ZI, Dr. Dominik von Stillfried, hält diese Entwicklung für eine einseitige und nicht nachvollziehbare Benachteiligung von Vertragsärzten. „Wer die Niederlassung fördern will, der muss hier ansetzen“, so Stillfried.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

## NIEDERLANDE

### Rauchverbot in der Gastronomie kommt

In den Niederlanden wurde 2008 ein Rauchverbot eingeführt. Damals kam es in Cafés und Bars zur Einrichtung von Raucherbereichen. Damit soll jetzt nach einem Gerichtsurteil Schluss sein.

#### **Gerichtsurteil**

Das Berufungsgericht urteilte nach einer Beschwerde durch „Clean Air Nederland“ (CAN), dass das absolute Rauchverbot in geschlossenen öffentlichen Räumen auch für Raucherbereiche in Cafés und Bars gültig ist. Die Organisation CAN argumentierte, dass die Akzeptanz in der Gastronomie eine Vereinbarung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) brechen würde, in der sich die Niederlande dazu verpflichten, Schritte zu unternehmen, um ihre Bürger in öffentlichen Räumen vor Tabakrauch zu schützen.

#### **Begründung**

Das Gericht befand nun, dass sich Nichtraucher sozialem Druck ausgesetzt fühlen könnten und sich in Folge dessen zu den Rauchern in die Raucherzone begeben. Andererseits sei natürlich das Personal, das den Raucherraum reinigt, dem Tabakrauch ausgesetzt. Auch das sei gefährlich, weil es erwiesenermaßen kein nicht gesundheitsschädigendes Maß für Tabakkonsum gebe. Ein Teil der Klageschrift von CAN, nachdem auch Raucherräume in anderen öffentlichen Gebäuden verboten werden sollten, wurde vom Gericht mit dem Hinweis auf zu geringe Beweisführung abgewiesen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden: [www.lig-gesundheit.at/niederlande](http://www.lig-gesundheit.at/niederlande)

## **SCHWEIZ**

### **Periodische Arzneimittel-Überprüfung soll Einsparungen bringen**

Nach einer Änderung in der Verordnung wird das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die regelmäßige Überprüfung der Arzneimittel auf der Spezialitätenliste wieder aufnehmen. So sollen in den nächsten drei Jahren Einsparungen in der Höhe von 60 Millionen Franken möglich sein.

Die neue Verordnung sieht vor, jährlich ein Drittel der Arzneien auf der Spezialitätenliste\* zu prüfen – also werden innerhalb von drei Jahren alle Medikamente unter die Lupe genommen. Dabei soll nicht nur der Preis mittels Auslandsvergleich begutachtet, sondern auch die medizinische Wirksamkeit verschiedener Präparate gegeneinander abgewogen werden. Diese beiden Faktoren fließen je zur Hälfte in die Preisfestsetzung bei den Medikamenten mit ein.

#### **Maßnahmen bei Generika**

Darüber hinaus soll es auch bei Generika zu Preissenkungen kommen: Die neue Regelung sieht vor, dass der Preisabstand zwischen Generikum und Originalprodukt umso größer sein muss, desto höher der Umsatz des Originalpräparates ist. Diese Maßnahme soll die Attraktivität des Generikums steigern. Des Weiteren soll es nach einer dafür notwendigen Gesetzesänderung, die noch für 2018 geplant ist, die Möglichkeit geben, für einzelne Wirkstoffe Höchstpreise festzusetzen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden.

#### **Preisfestsetzung im Einzelfall**

Steht ein Medikament nicht auf der Spezialitätenliste, ist für eine bestimmte Krankheit nicht vorgesehen oder ist von der Swissmedic nicht zugelassen, kann im Einzelfall eine Bezahlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom behandelnden Arzt beantragt werden. Nämlich dann, wenn keine andere wirksame zugelassene Therapie zur Verfügung steht und die Krankheit tödlich oder mit schwerer chronischer Krankheit enden kann. Neu ist, dass die Entscheidung vom Versicherer nun innerhalb von zwei Wochen getroffen werden muss – ein Gewinn für die Patienten. Neu sind auch die Regelungen für die Preisfestsetzung für diese Einzelfälle, sie erfolgen im

Rahmen des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten unter der Leitung des BAGs.

\* Auf der Spezialitätenliste stehen Medikamente, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: [www.lig-gesundheit.at/schweiz](http://www.lig-gesundheit.at/schweiz)

## DEUTSCHLAND

### Schlechte Diabetes-Versorgung ist teuer

Eine Untersuchung von Wissenschaftlern des Helmholtz Zentrums München soll verantwortlichen klinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die enormen Folgekosten einer suboptimalen Versorgung von Diabetikern aufzeigen. Präventions- und Behandlungsprogramme bekommen dadurch auch einen monetären Wert zugeschrieben und sollen so vorangetrieben werden.

#### Methode

Zur Berechnung der genauen Zahlen analysierten die Forscher Krankenkassen-Daten von 316.220 Patienten aus den Jahren 2012 bis 2015. Dabei fanden sowohl stationäre und ambulante Behandlungskosten als auch Kosten für Medikamente, Reha-Maßnahmen und medizinische Hilfsmittel Beachtung. Da sich Folgeerkrankungen von Diabetes und die Kosten dafür meist erst in einem Alter von 60 bis 69 Jahren bemerkbar machen, wurden die Kosten beispielhaft für einen Mann dieses Alters mit Typ-2-Diabetes berechnet.

#### Folgekosten

Katharina Kähm, die Erstautorin der Studie, informiert, dass die Versorgung eines Diabetikers ohne Folgeerkrankungen durchschnittlich 703 Euro pro Quartal kostet. Folgeerkrankungen belaufen sich hingegen auf ein Vielfaches davon. Berechnet wurden die Kosten für das Quartal, indem die Folgeerkrankung zum ersten Mal auftrat.

Retinopathie 700 Euro, Erblinden 3.000 Euro, Nephropathie 3.400 Euro, Nierenversagen mit Dialyse 23.000 Euro, diabetischer Fuß 1.300 Euro, Amputation 14.000 Euro, Angina pectoris 2.700 Euro, chronische Herzinsuffizienz 3.900 Euro, nicht tödlicher Herzinfarkt 8.000 Euro, Schlaganfall 9.800 Euro und tödliche ischämische Komplikation 20.000 Euro: Das ist die erschreckende Bilanz der Datenanalyse. Natürlich lagen die Kosten aber auch nach diesem erstmaligen Auftreten weiterhin erhöht.

### **Zukunftspläne**

Die Zahlen zeigen jedenfalls sehr deutlich die ökonomische Bedeutung einer möglichst effektiven Prävention von Typ-2-Diabetikern. In Zukunft wollen die Forscher auch untersuchen, welche monetären Effekte das gleichzeitige Auftreten mehrerer Folgeerkrankungen gleichzeitig hat, um so auch diesen Szenarien Eurobeträge zuweisen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

**BERICHT****Euro Health Consumer Index 2017**

Auch dieses Jahr wurde Ende Jänner der EHCI herausgegeben. Österreich rutscht gegenüber dem Vorjahr um einen Platz nach hinten und belegt Rang 11. Unter den Top drei finden sich die Niederlande, die Schweiz und Dänemark. Und obwohl sich die Gesundheitsversorgung in Europa stets verbessert, gibt es noch viel zu tun.

Der Bericht, der seit 2005 jährlich vom Health Consumer Power House (HCP) publiziert wird, vergleicht 35 Länder in sechs Kategorien, die sich in 46 Einzelindikatoren gliedern. Ziel ist das Aufzeigen von Schwächen und Stärken und ein gegenseitiges voneinander Lernen. Eine stetige Verbesserung erkennen die Autoren bei der Kindersterblichkeit und den Überlebensraten von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebs. Kritisiert wird hingegen in vielen Staaten das Festhalten an ineffizienten Methoden der Finanzierung und der Angebotsstrukturierung im Gesundheitswesen. Positive Beispiele könnten in diesem Bereich die Niederlande, die Schweiz, Finnland, die Slowakei, Montenegro und Mazedonien sein.

**Index herausfordernder**

Um der anhaltenden Verbesserung der europäischen Länder Rechnung zu tragen und den Index herausfordernd zu halten, wurden 2017 einige Indikatoren verschärft, also die Grenzwerte für die Punktevergabe verschoben. In etwa bei der 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall, aber auch bei der Kindersterblichkeit wurden strengere Kriterien angelegt. In Folge dessen kann nun auch Österreich bei der Kindersterblichkeit nur noch einen durchschnittlichen statt einen guten Wert vorweisen.

**Österreich**

Österreich erreicht in diesem Bewertungsmodell 816 Punkt und damit Platz 11. Die größten Schwächen weist unser Land wenig überraschend in der Prävention auf: Tabak- und Alkoholkonsum. Und auch die bestehende Situation in der Handhabung von Abtreibungen wird kritisiert. Zwar ist sie nicht verboten, wird jedoch nicht im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung angeboten und ist damit privat zu bezahlen. Als weiterer Punkt wurde die Versorgung mit Arthritis-Medikamenten als mangelhaft beurteilt.

### **Ranking unter Einbezug der Kosten**

Das HCP macht auch den Versuch, die Performance der Gesundheitssysteme den Kosten gegenüberzustellen und basierend darauf eine neue Rangliste zu erstellen. Hier attestiert man vor allem den Niederlanden, Island und Finnland viel Qualität für wenig Geld. In den Niederlanden wird der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen, deren klare Abtrennung von den Leistungsanbietern und die hohe operative Entscheidungsverantwortung durch Mediziner, in Kombination mit der Beratung durch Patientenorganisationen, als Ursache dafür angegeben. Öffentliche Finanzierungsstellen, Politiker und Bürokraten scheinen in den Niederlanden weniger in operative Entscheidungen eingebunden zu sein. Österreich landet in diesem Ranking auf Platz 19 – interessanterweise noch vor Ländern wie Deutschland (21), England (22), Norwegen (28) und Schweden (29).

### **Wartezeiten und Lernen am Beispiel**

Generell wird darauf hingewiesen, dass lange Wartezeiten im Gesundheitssystem zu höheren Kosten führen – und nicht etwa umgekehrt, wie ein Mythos in Ländern mit nationalem Gesundheitssystem suggeriert und wo katastrophale Wartezeiten die Norm darstellen. Irland, das Vereinigte Königreich, Norwegen und Schweden werden hier als Negativbeispiele angeführt. Spitzenreiter im positiven Sinne sind die Slowakei und die Schweiz.

Das kleine Montenegro hat sich auf dem Gebiet der Wartezeiten ein Beispiel an Mazedonien genommen und durch die Einführung eines elektronischen Echtzeit-Überweisungssystems ähnliche Erfolge erzielt. Aber auch in vielen anderen Beispielen könnte man von kleinen Staaten lernen, etwa von der Tschechischen Republik und Estland, wo hohe Qualität zu geringen Kosten geboten wird.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)