News aus den Gesundheits-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 finden.

INHALT

Österreich: Bundeswettbewerbsbehörde für Hausapotheken **151**

Deutschland: Spitäler: Quantität schadet Qualität **153**

Österreich: Ärzte stellen Ärzte an **154**

Europa: EU-Gesundheitsprogramm „in a Nutshell“ **156**

Niederlande: Krankenkasse: Weniger Rabatte bei Gruppentarifen **157**

Österreich: Blutspende ohne ärztliche Obhut **158**

Großbritannien: Stoptober wirkt positiv auf Raucherquote **159**

Deutschland: Bluttest auf Trisomie 21 wird Kassenleistung **160**

Österreich: Neues Gutachten zur Kassenfusion **161**

Niederlande: Versicherer informieren zu wenig **162**

Schweiz: Neun Maßnahmen für mehr Kosteneffizient **163**

Großbritannien: Community-Apotheken bieten Früherkennungscheck **165**

Deutschland: Bundesweite Initiativen ließen Antibiotika-einnahmen sinken **166**

Großbritannien: Personalmangel erfordert bessere Arbeitsbedingungen **167**

Österreich: Gesunde Steigerung bei der Prävention **168**

LIG-Newsletter
Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.
Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

ÖSTERREICH

Bundeswettbewerbsbehörde für Hausapotheken

Der neueste Bericht der Bundeswettbewerbsbehörde in der Sparte Gesundheit könnte brisanter nicht sein. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Besetzung von Kassenarztstellen empfiehlt die BWB eine Anpassung des Apothekengesetzes zu Gunsten der Hausapotheken.

Zwischen 2009 und 2018 haben 155 öffentliche Apotheken neu eröffnet, was besonders in vielen kleineren Gemeinden (1.000 bis 5.000 Einwohner) zu einer Verdrängung von Hausapotheken führte. So kam es durch die Neueröffnung von 37 öffentlichen Apotheken zu einer regulatorischen Schließung von 62 Hausapotheken. Die Bundeswettbewerbsbehörde stellte in ihrem Bericht „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum" fest, dass die Hausapotheke, vor allem am Land, für Ärzte eine wichtige Einnahmequelle darstellt und sie damit auch ein essentieller Aspekt für die Besetzung von Hausarztstellen ist. Ein gut ausgebautes Primärversorgungsnetz ist außerdem eine Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem und damit anzustreben. Für den Patienten stellt die bisherige Regelung des Apothekengesetzes laut BWB eine unnötige restriktive Regelung dar, die die Auswahlmöglichkeit einschränkt und den Bezug von Arzneimitteln teilweise erheblich erschwert.

Dr. Thanner, Geschäftsführer der BWB, stellt in diesem Zusammenhang klar: „Eine effektive und für alle zugängliche Gesundheitsversorgung ist wichtig für die Bevölkerung und muss sichergestellt werden. Es kann nicht sein, dass durch künstliche Wettbewerbsbarrieren die medizinische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum leidet. Die Wahlfreiheit der Patienten und Patientinnen und ein schneller Zugang zur medizinischen Leistungen und Medikamenten müssen gewährleistet sein. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage ist eine effektive und wettbewerbskonforme medizinische Versorgung in bestimmten Regionen in Österreich nicht gegeben."

Die BWB stellte daher einen Katalog mit Empfehlungen zusammen, die eine klare Zusage an die Hausarztmedizin ist:

- Forcierung der flächendeckenden Förderungen und finanzielle Anreizsetzung bezüglich Kassenstellen im Bereich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum.

- Vertiefte und flächendeckende Aufwertung der Allgemeinmedizin im theoretischen und praktischen Teil der universitären Ausbildung hinsichtlich des Studiums der Humanmedizin.
- Weitere Flexibilisierungen und Ausbau der Entwicklungsmöglichkeiten für niedergelassene § 2-Vertragsärzte.
- Bewusstseinsfördernde Maßnahme (etwa durch eine Informationsoffensive) mit dem Ziel einer erhöhten Wertschätzung und Aufwertung von § 2-Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin.
- Ersatzlose Streichung der Mindestentfernungen in § 29 ApothekenG hinsichtlich der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in Gemeinden ohne öffentliche Apotheken.
- Streichung der Sonderregelung bezüglich der Mindestentfernung für ärztliche Haus-apotheken zu öffentlichen Apotheken gemäß § 28 Abs. 3 ApothekenG in Gemeinden mit nur einer kassenärztlichen Vertragsstelle und einer vorliegenden Konzession für eine öffentliche Apotheke. Stattdessen rechtliche Gleichstellung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken durch den Verweis auf § 10 ApothekenG.
- Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten des ländlichen Raums bei der Bedarfsprüfung i.S.d. § 10 ApothekenG.
- Planstellen für PVE sollen nicht zu Lasten der Kassenarztstellen in ländlichen Gebieten bereitgestellt werden, stattdessen wird eine systematische Planstellenbewirtschaftung unter Heranziehung eines transparenten Kriterienkataloges vorgeschlagen.
- Berechtigung zur Führung von ärztliche Hausapotheken auch für Primärversorgungseinheiten.
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Wahlmöglichkeit in nicht akuten Fällen hinsichtlich verschiedener Ärzte auch in Primärversorgungseinheiten durch Gestaltung der Öffnungszeiten.
- Für die bewilligungspflichtige mobile Abgabeeinrichtung sind (Mindest) Kriterien betreffend die Bedarfsprüfung durch die österreichische Apothekerkammer gesetzlich zu regeln. Alternativ wäre denkbar, dass bei Fehlen einer mobilen Abgabeeinrichtung im Einzugsgebiet diese jedenfalls bewil-

ligt würde, es sei denn, die österreichische Apothekerkammer weist das Fehlen eines Bedarfs nach.

- Filialapotheken sollten – sofern dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen – von dauerhaftem Bestand sein. Die Schutzfrist einer Filialapotheke sollte parallel zur Konzessionsdauer der Stammapotheke laufen.

DEUTSCHLAND

Gesundheitsberuferegister

Letzten Sommer sorgte in Deutschland eine Studie für Aufregung, die die Existenzberechtigung einer enormen Anzahl von Krankenhäusern in Frage stellte. Kleine Spitäler könnten mit den großen nicht mithalten und eine Zentralisierung würde den Patienten nützen, so die Autoren.

Die Studie im Auftrag der Bertelsmannstiftung empfiehlt die Reduktion der Krankenhäuser von 1.400 auf unter 600. Die knappen personellen Ressourcen bei Pflege und Ärzten könnten gebündelt und die übrigen Spitäler mit ausreichend Geräten ausgestattet werden. Viele Todesfälle und Komplikationen könnten so vermieden werden.

Qualität vor Nähe

Eine geringe Entfernung zum nächsten Spital beruhigt, weil im Fall der Fälle Hilfe nicht weit ist. Doch trügt dieser Schein? Zumindest die fragliche Studie behauptet dies. Die Qualität der Behandlung sei in kleinen Spitälern schlechter. Diese seien im Notfall häufig nicht optimal eingerichtet (z.B. bei Schlaganfällen oder Herzinfarkten) und auch bei planbaren Eingriffen fehle wegen der kleinen Fallzahlen die nötige Routine. Dadurch sind die Ergebnisse schlechter. Eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Fachärzten sei ebenfalls nur in größeren Einheiten umsetzbar. Der etwas längere Weg ins größere Spital zahle sich also aus – auch bei Notfällen. Eine Fallstudie in der Region Köln/Leverkusen und dem Umland hat überdies gezeigt, dass sich die Anfahrtszeiten der Patienten nicht wesentlich verlängern würden. In diesem Raum würde laut Vorschlag von derzeit 38 auf dann 14 Häuser zusammengelegt.

Neue Struktur

Die Studie schlägt eine neue Struktur aus Versorgungskrankenhäusern mit durchschnittlich 600 Betten, etwa 50 Unikliniken und anderer Versorger mit je 1.300 Betten vor. Zurzeit verfügt ein Drittel der Spitäler in Deutschland über weniger als 100 Betten, der Durchschnitt liegt bei 300 Betten.

Meinungen

Der Vorschlag der Studienautoren findet nur wenig Anklang bei den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems. Vor allem die Patientenvertretung ist entsetzt. Das Gesundheitsministerium zeigte sich vorerst bedeckt und will sich erst näher mit der Studie auseinandersetzen.

ÖSTERREICH

Ärzte stellen Ärzte an

Seit 1. Oktober 2019 dürfen Ärzte in Niederlassung fachgleiche Kolleginnen und Kollegen anstellen. Damit wird eine wichtige Möglichkeit für die Zusammenarbeit geschaffen und der Beruf des Kassenarztes wieder attraktiver werden.

Einzelordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten mit Kassenvertrag dürfen künftig fachgleiche Kollegen anstellen und damit Planstellen teilen oder aufstocken. Eines der Ziele dieser Maßnahme ist eine besser Work-Life-Balance, die es auch Medizinern mit Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung ermöglicht, als Kassenarzt tätig zu sein. So sollen Familie, Freizeit und Beruf besser vereinbar und es älteren Ärzten ermöglicht werden, schon vor dem Pensionsantritt ihre Arbeitslast zu reduzieren.

Bei jungen Ärzten ist es häufig der Schritt in die Selbstständigkeit, der vor einer Kassenarzttätigkeit abschreckt. Diese Barriere wird durch die Anstellungsmöglichkeit durchbrochen – und wer weiß, vielleicht machen sich diese jungen Angestellten sogar später mit einer eigenen Praxis selbstständig. Denn die Anstellung bietet die Gelegenheit, sich schrittweise an die Verantwortung der Ordinationsführung zu gewöhnen. Dr. Alexander Biach, Verbandsvorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, erhofft sich, dass durch die Regelung 90 derzeit

schwieriger besetzbare Stellen für Allgemeinmedizin leichter besetzt werden können.

Soll eine Vertragsarztstelle mit einem angestellten Kollegen geteilt werden, so muss dafür vom Vertragsarzt ein Antrag gestellt werden. Darin müssen die geplante Anstellungsdauer, das geplante Anstellungsausmaß und, falls eine Aufstockung des Kassenstelle geplant ist, die voraussichtliche Steigerung der Patientenzahlen und die geplanten Öffnungszeiten angegeben werden.

Ein in Vollzeit tätiger Arzt darf maximal ein weiteres Vollzeitäquivalent einstellen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten dürfen darüber hinaus einen weiteren Arzt mit 40 Stunden anstellen. Für Kassenstellen, bei denen die Ausschreibung schwierig ist, wollen Ärztekammer und Versicherungsträger die Anstellungen unbefristet genehmigen.

Ob eine Leistung vom angestellten Arzt oder dem Ordinationsinhaber erbracht wurde, macht für die Abrechnung keinen Unterschied. Diese findet immer über den Inhaber bzw. die Gruppenpraxis oder die Primärversorgungseinheit statt. Der Ordinationsinhaber darf die Tätigkeit in der Ordination aber nicht hauptsächlich den Angestellten überlassen oder sich gänzlich zurückziehen. Es besteht eine Pflicht zur „maßgeblichen persönlichen Berufsausübung in der Ordination" für den Ordinationsinhaber. Ärzte dürfen bis zum 70. Lebensjahr angestellt werden, darüber hinaus bedarf es einer Ausnahmegenehmigung durch die Landesärztekammer und den Versicherungsträger, die etwa bei einer drohenden Unterversorgung erteilt werden kann.

EUROPA

EU-Gesundheitsprogramm „in a Nutshell“

Das EU-Gesundheitsprogramm 2014–2020 ist das dritte seiner Art. EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis sprach auf der Gesundheitskonferenz in Brüssel am 30. September über die Ziele, Maßnahmen und Erfolge des Programms. Interessant, weil es sich dabei um eine schöne Zusammenfassung einer sehr komplexen Thematik handelt.

Was?

Das Gesundheitsprogramm der EU ist eigentlich nichts anderes als ein Finanzierungsinstrument, das die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitspolitik unterstützt und Innovationen im Gesundheitsbereich fördert. Der EU-Gesundheitskommissar betont aber, dass es nationalen Behörden und Gesundheitsakteuren dabei hilft, Bürgerinnen und Bürger durch Vorsorge, Förderung und Schutz vor Krankheit zu bewahren. Zudem werden die europäischen Referenznetzwerke unterstützt, die sich um die richtige Diagnose und Behandlung für Menschen mit seltenen Krankheiten kümmern. Kontrollen an den Einlassstellen und die schnelle Identifikation seltener Krankheitserreger sind weitere Aufgaben. Außerdem werden in den Mitgliedsstaaten auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene Gesundheitsmaßnahmen gefördert.

Wozu?

Die Ziele des EU-Gesundheitsprogramms 2014–2020 sind:

1. Die Förderung von Gesundheit, Prävention von Krankheit und Schaffung optimaler Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise
2. Der Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen
3. Ein Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen Gesundheitssystemen
4. Erleichterung des Zugangs zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung

Die wesentlichen Erfolge des dritten Gesundheitsprogrammes sind eine sichere Funktionsweise medizinischer Geräte über ihre gesamte Lebensdauer hinweg (z.B. Ultraschall, MRI, Katheter, Herzschrittmacher), die erfolgreiche Bekämpfung von durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen und die Eindämmung des Tabakkonsums.

Wie?

Insgesamt erhielten 7.300 Einrichtungen Förderungen zwischen 440,4 Millionen Euro durch das Gesundheitsprogramm 2014–2020. Darunter waren Behörden, Hochschulen, NGOs und internationale Organisationen. Bei 350 verschiedenen Maßnahmen trug die EU als Ko-Finanzier meist den Löwenanteil der Kosten. Die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel ist für die Verwaltung des Programms zuständig. Außer für Einrichtungen in EU-Ländern steht das Programm auch für Maßnahmen in Bosnien und Herzegowina, Island, Moldawien, Norwegen und Serbien zur Verfügung.

Quo vadis?

Für das nächste EU-Gesundheitsprogramm 2021–2027 stehen für Andriukaitis besonders zwei Themen im Vordergrund: die Bekämpfung von Krebs und die Krisensicherheit der Gesundheitssysteme. Er wird sich wieder dafür stark machen, dass die Gesundheit auch im nächsten Haushalt der EU wieder eine wichtige Rolle spielen wird, denn „Gesundheit ist die Basis für alles andere, auch für Wirtschaft und Sicherheit". Chancengleichheit, Sozialschutz und Inklusion sollen daher weiter gefördert werden.

NIEDERLANDE

Krankenkasse: Weniger Rabatte bei Gruppentarifen

Bisher konnten Krankenkassen bei Gruppentarifen bis zu 10 % Rabatt gewähren. Ab dem kommenden Jahr dürfen nur noch bis zu 5 % nachgelassen werden. Grund dafür sind vor allem falsche Anreize zur Gruppenversicherung.

Etwa die Hälfte der Niederländer befindet sich derzeit in einer Gruppenversicherung, meist über den Arbeitgeber. Der größte Anreiz dafür sind die gewährten Rabatte in dieser Versicherungsform. Leider stellte sich aber heraus, dass viele Versicherte in der Gruppenversicherung überversichert sind oder zu viel bezahlen. Diese Versicherten wären also in einem Individualvertrag besser aufgehoben. Zudem sieht ein Sprecher von Zorgwijzer.nl eine Ungerechtigkeit in Rabatten für Gruppenverträge, denn wer zu keiner Gruppe gehört, kann nicht profitieren. Rabatte für spezifische Gruppen würden daher andere benachteiligen.

Einer Befragung zufolge wissen 90 % der Versicherten noch nichts von der kommenden Änderung der maximalen Rabattierungsmöglichkeit. Ein Sprecher des Gesundheitsministers Bruno Bruins meinte, dass die Krankenversicherungen diese Änderung ihren Versicherten rasch näher bringen sollen.

ÖSTERREICH

Blutspende ohne ärztliche Obhut

In mobilen Einrichtungen wird es künftig auch möglich sein, ohne die Anwesenheit ärztlichen Personals Blut zu spenden. Das wurde jetzt im Nationalrat beschlossen. Das Hauptargument dafür ist, dass so mehr notwendige Blutspenden entgegengenommen werden können. Dagegen spricht ein Verlust an Patientensicherheit.

Der standardisierte Anamnesebogen nach ärztlichen Vorgaben, der für die Zulassung zur Vollblutspende notwendig ist, werde durch die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege verwendet und garantiere damit die Sicherheit. Für Ärztekammer und FPÖ-Gesundheitssprecherin Brigitte Povysil ist hingegen die ärztliche Untersuchung ein wichtiger Standard, um gesundes Blut zu bekommen, wenn man es braucht – und zwar sowohl in stationären als auch in mobilen Einrichtungen. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, argumentierte, dass die gesundheitliche Eignung eines Spenders und potentielle Gefahren für Spender oder Empfänger nur durch einen Arzt festgestellt werden könnten. Die Blutabnahme könne hingegen, wie auch bisher schon, von diplomiertem Personal vorgenommen werden. Die Sicherheit der Patienten müsse bei der Überlegung, welches Gesundheitspersonal mit welchen Qualifikationen man wo einsetzt, immer an erster Stelle stehen.

GROßBRITANNIEN

Stoptober wirkt positiv auf Raucherquote

Im letzten Jahr wurde der „Stoptober" erneut durchgeführt, eine Aktion von Public Health England, die Menschen dabei unterstützt, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Raucherquote fiel zwischen Juni und Juli 2019 um 2,2 % – das entspricht einem Rückgang von 200 Rauchern pro Stunde.

Die „Smoking Toolkit Study" des University College London (UCL) zeigt, dass die Raucherquote schneller zurückgeht als in den letzten 10 Jahren. Die Raucherquote ist niedriger als je zuvor. Trotzdem wird der „Stoptober" heuer wieder stattfinden, um noch mehr Rauchern die Möglichkeit zu geben, ihr Laster abzulegen. Ab 1. Oktober werden wieder verstärkt Informationen zur Verfügung gestellt, um erfolgreich Nichtraucher zu werden. „Mit dem Rauchen aufzuhören gehört zu den besten Dingen, die man für seine Gesundheit tun kann. Zudem spart man Geld und bereits nach 28 Tagen stellen sich viele positive Veränderungen ein", meint Yvonne Doyle, Direktorin für Health Protection und medizinische Direktorin von Public Health England.

Im Stoptober wird es wieder eine kreative Kampagne geben, die über das Radio, das Fernsehen und öffentliche Werbeträger verbreitet wird. Diese Kampagne soll die Vorteile eines Rauchstopps herausstreichen, fordert Raucher dazu auf, ihre schlechte Beziehung zur Zigarette zu überprüfen und sich danach von ihr zu trennen. Der Stoptober unterstützt die Teilnehmer außerdem mit einer App, einem Facebook Messenger Bot, täglichen E-Mails, einem persönlichen Rauchstopp-Plan und der Online-Stoptober-Community.

Viele Raucher möchten zwar aufhören, schieben es aber immer wieder hinaus und haben Angst vor dem Scheitern. Raucher, die von einem lokalen Experten persönlich beim Rauchstopp unterstützt werden, haben dreimal häufiger Erfolg als Menschen, die es allein mit Willenskraft versuchen. Aber auch Unterstützung durch den Hausarzt, die Familie und Freunde kann hilfreich sein.

Die Raucherquote befindet sich in England zurzeit auf einem historischen Tief von 14,4 % in der erwachsenen Bevölkerung (Männer 16,4 %; Frauen 12,6 %).

DEUTSCHLAND

Bluttest auf Trisomie 21 wird Kassenleistung

Medizinisch ist es heute möglich, mittels eines ungefährlichen Bluttests festzustellen, ob das ungeborene Kind das Down-Syndrom hat. Dieses Testverfahren wirft auch ethische Bedenken auf, wurde jetzt in Deutschland aber für bestimmte Ausnahmefälle als Kassenleistung beschlossen.

Bereits seit 2012 können Schwangere auf Privatkosten das Testverfahren nutzen: Durch eine Blutabnahme bei der Mutter, in dem sich auch Zellen des Kindes finden, kann festgestellt werden, ob das Ungeborene Trisomie 21 hat. Das gilt im Vergleich zu der seit mehr als 30 Jahren üblichen Fruchtwasseruntersuchung, die Kassenleistung ist, als risikolos. Beim Down-Syndrom liegt das 21. Chromosom dreimal statt doppelt vor. Die Folge ist eine verzögerte Entwicklung, die sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Die Untersuchung auf die Chromosomenauffälligkeit soll nun in begründeten Einzelfällen von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden, das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten, Kassen und Kliniken als oberstes Entscheidungsgremium in Berlin beschlossen. Frauen mit Risikoschwangerschaften sollen davon profitieren – nach einer ärztlichen Beratung und bestimmten verpflichtenden Informationen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Bluttest nicht als „ethisch unvertretbares Screening" missbraucht wird. Ziel sei laut G-BA-Vorsitzendem Josef Hecken, bei Risikoschwangerschaften eine invasive Fruchtwasseruntersuchung zu vermeiden, die im schlimmsten Fall mit einer Fehlgeburt enden kann. Die Beratung durch den Arzt soll ausdrücklich „ergebnisoffen" geführt werden und es soll auch auf das Recht auf Nichtwissen von Testergebnissen hingewiesen werden.

Voraussichtlich soll es die Bluttests auf Kassenleistung ab Ende 2020 geben. Bis dahin müssen noch Informationsbroschüren gestaltet werden und das Bundesgesundheitsministerium muss den Beschluss noch billigen.

ÖSTERREICH

Neues Gutachten zur Krankenkassenfusion

Ein im Auftrag der Arbeiterkammer erstelltes Gutachten attestiert den Berechnungen des Sozialministeriums zur Krankenkassenfusion methodische und inhaltliche Schwächen. Potentiale sollen darin überbewertet und mögliche Kosten kleingeredet worden sein.

Zentrum der Kritik ist das von der ehemaligen Sozialministerin Hartinger-Klein (FPÖ) in Auftrag gegebene Gutachten von Hoffmann/Knoll. Darin fände sich eine „Unausgewogenheit in der Argumentation", Potentiale wären überbewertet und mögliche Kosten bzw. negative Effekte kleingeredet worden, so die vernichtende Bewertung durch Universitätsprofessor Otto Krickl vom Institut für Organisation und Institutionenökonomik der Uni Graz.

Die vom Gutachten des Ministeriums errechneten möglichen Ersparnisse durch die Fusion werden von Krickl relativiert: Statt den 100 Millionen Euro im Jahr an Verwaltungsersparnissen rechnet er etwa nur mit einem Drittel dieser Summe. Die Einsparungen durch die Zentralisierung sind Krickls Expertise nach völlig vernachlässigbar. Dafür hält der Uniprofessor die Kosten der Fusion für viel zu niedrig angesetzt und schätzt darüber hinaus das Risiko des Scheiterns als äußerst hoch ein. Außerdem komme es durch die Fusion zu einer Verschärfung der Leistungsunterschiede zwischen Arbeitnehmern, Selbstständigen und Beamten.

Wolfgang Panhölzl, der Leiter der Abteilung Sozialversicherung in der Arbeiterkammer Wien, betont, dass die vielen Fehler, die das Gutachten der AK aufdeckt, ein klarer Hinweis darauf sind, wie überhastet und unvorbereitet die Fusion der Krankenkassen durchgeführt wurde und dass Kosten kleingeredet wurden. Seiner Ansicht nach werden beide Ziele der Sozialversicherungsreform, nämlich die Senkung von Verwaltungskosten und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, verfehlt.

NIEDERLANDE

Versicherer informieren zu wenig

Die Zahnärztevereinigung ANT in den Niederlanden prangert an, dass Versicherungen zu wenig kommunizieren, dass die zahnärztliche Versorgung von Kindern in der Basisversicherung kostenlos enthalten ist. Die Folge: Viele Kinder sehen nie einen Zahnarzt.

Eigentlich läge es in der Verantwortung der Krankenversicherung, dass ihre Versicherten gut mit ihrer Gesundheit umgehen. Im Falle der zahnärztlichen Versorgung wurde dies jedoch bisher von der Großzahl der Träger sträflich vernachlässigt, sodass viele Kinder von ihren Eltern nie beim Zahnarzt vorgestellt wurden.

In den Niederlanden ist der Zahnarztbesuch für Erwachsene nicht in der Basisversicherung inkludiert und daher kostenpflichtig. Darum glauben Eltern oft, dass dies auch für ihre Sprösslinge gilt, bei denen die zahnärztliche Versorgung jedoch bis zum 18. Lebensjahr in der Basisversorgung enthalten ist. Warum informieren die Versicherungen ihre Versicherten also nicht, wenn doch Zahlen vorliegen, die deutlich zeigen, dass Zahnärzte zu selten konsultiert werden? Böse Zungen behaupten, den Versicherungen ginge es mehr um ihre Finanzen als um die Gesundheit ihrer kleinen Versicherten. Die Versicherungen rechtfertigen sich damit, dass es nicht ihr Job sei, die Menschen zum Arztbesuch zu motivieren, oder sie führen Datenschutzbestimmungen als Grund an.

Der Vorstand von ANT, Ravin Raktoe, ist hingegen davon überzeugt, dass Versicherer damit hadern, in junge Menschen zu investieren, die dann vielleicht mit 18 Jahren die Versicherung wechseln. Die Zahnärztevereinigung meint, es sei am effektivsten, wenn Eltern, deren Kind(er) noch nie beim Zahnarzt war, einen Brief von ihrer Versicherung bekommen, der sie zu einem kostenlosen Zahnarztbesuch einlädt. Ein Versuch der Krankenversicherung DSW zeigte, dass die Hälfte aller Eltern nach einem solchen Schreiben ihre Kinder zum Zahnarzt brachte. DSW war allerdings die einzige Versicherung, die auf die Aufforderung der Zahnärztevereinigung reagierte.

SCHWEIZ

Neun Maßnahmen für mehr Kosteneffizienz

Im August 2019 hat der Bundesrat das erste von zwei Maßnahmenpaketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beschlossen. Es beinhaltet ganz konkret neun Punkte, die in Summe mehrere Hundert Millionen Franken im Jahr einsparen sollen.

Folgende neun Maßnahmen sollen das Schweizer Gesundheitswesen massiv entlasten:

1. Experimentierartikel

Der Experimentierartikel soll es den Kantonen und Tarifpartnern über die Krankenversicherungen künftig erlauben, neue Versicherungsmodelle und Maßnahmen zur Integrierten Versorgung auch außerhalb des Rahmens des Bundesgesetzes zu erproben. Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Umsetzung, die Auswertung und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte.

2. Nationale Tariforganisation

Wie bisher schon im stationären Bereich, soll es bald auch im ambulanten ärztlichen Bereich eine durch die Tarifpartner paritätisch besetzte Tariforganisation geben. Dies soll die Tarifpartnerschaft stärken und bestehende Blockaden aus dem Weg räumen. Durch die bessere Arbeitsweise sollen Tarife rascher aktualisiert und damit Effizienzgewinne generiert werden.

3. Tarifstruktur aktuell halten

Die Tariforganisation wird gesetzlich dazu verpflichtet, die zugrundeliegenden Daten für eine aktuelle Tarifstruktur bei Anfrage durch den Bundesrat oder die zuständige Kantonsregierung kostenlos zur Verfügung zu stellen. Dies soll die Kontrolle über das Mengenwachstum von ambulanten Leistungen fördern und sie im Rahmen der medizinischen Erfordernisse halten.

4. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Auch Patientenpauschaltarife sollen, wie auch schon die Einzelleistungstarife, auf der national einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Dafür zuständig ist die Nationale Tariforganisation.

5. Tarifpartner zur Steuerung der Kosten

Die Leistungserbringer bzw. ihre Vertreter und die Versicherer bzw. deren Verbände werden gesetzlich dazu verpflichtet, vertraglich Maßnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren.

6. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Ein Referenzpreissystem soll bei Medikamenten künftig dafür sorgen, dass für wirkstoffgleiche Präparate nur noch ein festgelegter Preis (Auslandsvergleich inkl. angemessener Preisabstände) existiert, den die Obligatorische Krankenversicherung maximal vergütet. Den Rest muss der Patient selbst bezahlen. Damit soll der Einsatz von Generika und patentabgelaufenen Originalpräparaten gefördert werden.

7. Rechnungskopie für Versicherte

Der Leistungserbringer ist künftig gesetzlich (nicht nur nach Verordnung) dazu verpflichtet, die Rechnung der versicherten Person in Kopie zuzustellen. Dies kann auch elektronisch erfolgen und soll das Kostenbewusstsein der Patienten stärken.

8. Bußgelder für Leistungserbringer

Gesetzlich wird auch ein Bußgeld in der Höhe von bis zu CHF 20.000.- festgelegt, sollten sich Leistungserbringer nicht an die festgelegten Regeln zu Wirtschaftlichkeit, Leistungsqualität oder Rechnungsstellungserfordernissen halten.

9. Beschwerderecht der Versicherer

In Bezug auf die Planung und die Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, die in die Versorgung durch die Obligatorische Krankenversicherung inkludiert sind, erhalten die Versicherungen ein gesetzlich festgelegtes Beschwerderecht. Es soll so einer kostspieligen Überversorgung vorgebeugt werden.

GROßBRITANNIEN

Community-Apotheken bieten Früherkennungscheck

Der NHS ist davon überzeugt, dass viele Herzinfarkte und Schlaganfälle vermieden werden könnten, wenn Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden würden. Dazu bieten Community-Apotheken ab Oktober Früherkennungs-Checks an.

Ab Oktober 2019 ist es so weit: 320 Community-Apotheken bieten einen Test zu verschiedenen Risikofaktoren an, der viele Schlaganfälle und Herzinfarkte vermeiden soll. Untersucht werden dabei Blutdruck, Cholesterin und die Regelmäßigkeit des Herzschlags per EKG. Diese Gesundheitsindikatoren stellen Risikofaktoren für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenz dar. Bei Auffälligkeiten werden die Patienten an ihren Hausarzt (GP) weitervermittelt.

Sollte der Versuch in den 320 Testapotheken positive Ergebnisse erzielen, werden die Gesundheits-Checks bis 2022 auf alle Community-Apotheken ausgeweitet. Dafür stellt der NHS England 13 Milliarden Pfund zur Verfügung. Prof. Stephen Powis, der medizinische Direktor von NHS England, meint, dass diese Maßnahme eine gewaltige Auswirkung haben wird, denn Herzinfarkte und Schlaganfälle würden jährlich tausende Menschen zu Pflegefällen machen und viele Leben abrupt beenden. Die Änderung von Lebensstilrisiken wie dem Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsarmut sei hier ausschlaggebend und soll vom NHS langfristig verfolgt werden. „Potentiell tödliche Krankheiten können so schon früher entdeckt werden“, ist sich auch der für die Apotheker zuständige Beamte im NHS, Keith Ridge, sicher.

DEUTSCHLAND

Bundesweite Initiativen ließen Antibiotikaeinnahmen sinken

Die bundeweiten Initiativen in Deutschland zu einem bedachteren Einsatz von Antibiotika scheinen gefruchtet zu haben. Im vergangenen Jahr haben Ärzte das Medikament viel seltener verschrieben als noch 2010 – besonders bei Kindern.

Lebensrettend, aber ein übermäßiger Einsatz kann gefährlich werden: Antibiotika sind ein sehr wirksames Mittel im Einsatz gegen verschiedene Bakterien, können aber auch zu gefährlichen Resistenzen führen. Deshalb gab es auch in Deutschland bundesweite Initiativen für einen maßvolleren Einsatz – mit Erfolg. Insgesamt wurden 2010 je 1.000 Versicherte noch 562 Antibiotika-Verordnungen gezählt, 2018 nur mehr 446. Das entspricht einem Rückgang von 21 %.

Unter Kindern ließen sich noch deutlichere Erfolge verzeichnen. Bei Säuglingen bis zu einem Jahr belief sich die Reduktion auf beinahe die Hälfte, Kleinkindern zwischen zwei und fünf Jahren wurden 44 % weniger häufig Antibiotika verschrieben und bei den 10- bis 14-jährigen reduzierten sich die Verordnungen um 41 %. Regional gibt es allerdings Unterschiede in der Häufigkeit der Antibiotika-Verschreibungen.

GROßBRITANNIEN

Personalmangel erfordert bessere Arbeitsbedingungen

Im NHS England sind derzeit 10.000 Stellen unbesetzt. Um eine weitere Verschärfung der Krise abzuwenden, sieht sich der NHS-England zum Handeln gezwungen und setzt Schritte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Man erhofft sich davon, dass das Personal in den Versorgungseinheiten, den sogenannten Trusts, bleibt.

Eislutscher, Zumba-Stunden, Improvisationstheater und Tee-Trolleys sind die Waffen im Kampf gegen den zunehmenden Stress und den herausfordernden Alltag des Gesundheitspersonals in England. Man setzt mehr auf Wellbeing und eine gute Work-Life-Balance denn je. Lange Dienste und sich verändernde Anforderungen, die sich schwer mit der Familie und einer gesunden Schlafroutine vereinbaren lassen, sollen damit etwas ausgeglichen werden.

Diese Maßnahmen werden allerdings nicht aus lauter Gutmütigkeit getroffen, sondern vielmehr aus der Notwendigkeit heraus, freie Stellen wieder besetzen zu können bzw. das verbliebene Personal zu halten. Die Probleme der Mitarbeiter sind durchaus nicht neu, aber das schiere Ausmaß des derzeitigen Personalrückgangs zwingt die Arbeitgeber dazu, neue und kreative Wege zu gehen, um das Personal zu motivieren.

Jüngste Umfragen zeigten, dass sich zwei von fünf NHS-Angestellten im letzten Jahr aufgrund arbeitsbedingten Stresses schlecht gefühlt haben – ein Negativrekord. Ein Drittel der Befragten gab an, immer unter extremem Zeitdruck zu arbeiten. Mehr als die Hälfte gab an, an einen Jobwechsel gedacht zu haben, und 21 % überlegten überhaupt, den NHS zu verlassen. Das erschöpfte Personal klagte über unbezahlte Überstunden und berufsbedingte Rückenschmerzen.

Ziel des NHS ist es, durch viele Maßnahmen der beste Arbeitgeber zu werden. Danny Mortimer, Chef von NHS-Employer, ist sich aber sicher, dass alle diese durchaus positiven Bausteine alleine nicht zum ersehnten Ziel führen werden. Er hofft zusätzlich noch auf Unterstützung durch die Politik in Form einer förderlichen Migrationspolitik, flexiblerer Ausbildungsmodelle und einer Reform des Pensions- und Sozialsystems.

ÖSTERREICH

Gesunde Steigerung bei der Prävention

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wird Österreich in Ländervergleichen immer als entwicklungsbedürftig dargestellt, denn der Anteil der Gesundheitsausgaben für diesen Bereich ist vergleichsweise gering. Doch eine neue Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zeigt, dass es eine Bewegung in die richtige Richtung gibt, denn die Ausgaben für Prävention steigen.

Mehr Prävention

Für die Studie zu den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der öffentlichen Hand wurden alle Aufwendungen des Bundes einschließlich des Fonds Gesundes Österreich, der Bundesländer, der Gemeinden und der Sozialversicherung für das Jahr 2016 erhoben. Die Erhebung fand zum vierten Mal statt. Im Vergleich zu 2012 zeigte sich, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention um 21,3 % gestiegen sind, während die Gesundheitsausgaben in Österreich im selben Zeitraum nur um 12,6 % gewachsen sind. 8,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden damit für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben, das sind 280 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

Teilbereiche der Prävention

Innerhalb der Prävention ist ebenfalls eine erfreuliche Entwicklung zu beobachten. Diese lässt sich nämlich in vier Teilbereiche untergliedern:

- Gesundheitsförderung: Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, Aktionen in Schulen und kommunale Aktivitäten
- Primärprävention: Förderung eines gesunden Lebensstils und die Verhinderung von Unfällen
- Sekundärprävention: Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass
- Tertiärprävention: medizinische Rehabilitationen, Gesundheitsfestigung und Kuren

Traditionell fallen im Bereich der Tertiärprävention die meisten Kosten an, 70 % aller öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention fielen 2016 hier an. In die Primär- und Sekundärprävention wird in etwa gleich

viel investiert: je etwas über 13 % wurden hier verzeichnet. Die Gesundheitsförderung war mit 3,2 % aller Ausgaben vergleichsweise gering.

Die erfreuliche Entwicklung: Die Ausgaben für den vernachlässigten Bereich der Gesundheitsförderung wuchsen zwischen 2012 und 2016 am stärksten (+47,8 %), gefolgt von jenen der Primärprävention (+36,2 %). Auch die Ausgaben für Sekundärprävention stiegen um 33,9 % an, die der Tertiärprävention hingegen nur um 22 %.

Finanziers

Der Löwenanteil der Gesundheitsförderung wird durch die Gemeinden finanziert (36,4 %), die Primärprävention ebenso (44,7 %). Die Kosten der Sekundärprävention werden hingegen hauptsächlich vom Bund und dem Fonds Gesundes Österreich getragen (60,2 %), bei der Tertiärprävention ist die Sozialversicherung der Hauptfinanzier (78,2 %).

In Summe trägt die Sozialversicherung 87 % der gesamten Kosten für Gesundheitsförderung und Prävention, der Bund inkl. FGÖ 5,5 %, die Bundesländer 6,7 % und die Gemeinden 0,7 %.