

2003

„Modernisierung im britischen und deutschen Gesundheitswesen – was können wir voneinander lernen?“

Konferenzbericht



„Modernisierung im britischen und deutschen Gesundheitswesen – was können wir voneinander lernen?“

London

9 Oktober 2003

Konferenzbericht

November 2003



From left to right: Richard Douglas, Simon Stevens, Professor Reinhard Busse, Dr. Bernhard Gibis, Sir Michael Rawlins, Dr. Ulrich Orłowski, Dr. Bernhard Egger

Through its work in Germany and in the United Kingdom, the Anglo-German Foundation seeks to foster dialogue and co-operation between the two countries. It supports research projects, seminars and conferences promoting the exchange of experience and ideas in the social, political and economic areas.

Die Deutsch-Britische Stiftung möchte mittels ihrer Tätigkeit in Deutschland und Grossbritannien den Dialog und die Zusammenarbeit der beiden Staaten fördern. Sie unterstützt gemeinsame Forschungsprojekte, Seminare und Konferenzen und setzt sich dabei besonders für den Erfahrungs- und Ideenaustausch im sozialen, politischen und wirtschaftlichen Bereich ein.

© 2003 Anglo-German Foundation

Erstellt von Tilman von Rohden, Berlin

**Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society/
Deutsch-Britische Stiftung für das Studium der Industriegesellschaft
34 Belgrave Square, London SW1X 8DZ
Tel: +44 (0)20 7823 1123 Fax: + 44 (0)20 7823 2324
Website: www.agf.org.uk**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Vorträge	3
2.1	Die Ziele der britischen Gesundheitsreform Ein Vortrag von Simon Stevens	3
2.2	Das neue Honorierungssystem payment by results Ein Vortrag von Richard Douglas	6
2.3	Exportmöglichkeiten des National Institute for Clinical Excellence (NICE) Ein Vortrag von Sir Michael Rawlins	7
3	Kommentare aus deutscher Sicht	10
3.1	Kommentar von Dr. Ulrich Orłowski	10
3.2	Kommentar von Dr. Bernhard Gibis	11
3.3	Kommentar von Dr. Bernhard Egger	12
4	Die Diskussion mit dem Auditorium	13
5	Teilnehmerliste	14

1 Einleitung

Großbritannien und Deutschland stehen in einer Phase umfangreicher Modernisierungsanstrengungen, die die beiden Gesellschaftssysteme tiefgreifenden Veränderungen unterwerfen.

Versuchte man die Modernisierungsanstrengungen beider Länder gegen Ende des 20. Jahrhunderts auf einen Nenner zu bringen, so ließe sich sagen, dass Großbritannien bei der Beantwortung wesentlicher gesellschaftlicher Fragen oft einen Schritt schneller war. Deutschland verschenkte in den 80er Jahren seine Möglichkeiten und verharrte im gesellschaftlichen Stillstand, während es in den 90er Jahren mit der Aufarbeitung der Vereinigung von West- und Ostdeutschland beschäftigt war.

Abzusehen ist, dass das Modernisierungstempo Großbritanniens im Gesundheitsbereich auch in näherer Zukunft höher bleiben wird: Unmittelbar nachdem deutsche Sozialdemokraten, Grüne und Christdemokraten einen Konsens über die Reform erzielt hatten, stellten sich die gleichen Politiker vor die Mikrofone der Öffentlichkeit und verkündeten, dass die unzureichende Gesundheitsreform 2003 allenfalls einen Aufschub von vier bis fünf Jahren für die Berliner Republik bedeute. Von solch programmatischer Kurzatmigkeit hört man aus Großbritannien nicht. Zu berücksichtigen sind dabei die unterschiedlichen Voraussetzungen: Deutschland hat eines der weltweit teuersten Gesundheitssysteme und muss seine Gesundheitsausgaben stärker kontrollieren. Großbritanniens System ist vergleichsweise preiswert und soll einen Wachstumspfad beschreiten, um die Qualitätsstandards zu halten und zu heben.

Im Oktober 2003 veranstaltete die Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung in Zusammenarbeit mit der britischen Botschaft Berlin und dem Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen/TU Berlin unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung in Berlin die Konferenz „Modernisierung im britischen und deutschen Gesundheitswesen – was können wir voneinander lernen?“. Nach den Vorbemerkungen muss die gesellschaftspolitische Relevanz dieser Konferenz wohl kaum näher erläutert werden.

Der vorliegende Bericht referiert in Kurzform die Redebeiträge und protokolliert die wesentlichen Diskussionsergebnisse der Veranstaltung. Interessierte finden wertvolle Hinweise zu diesem Thema unter anderem bei Reinhard Busse in seiner Veröffentlichung „Health Care Systems“ und im Konferenzbericht zu der Veranstaltung „Current Themes in UK Health Care: How are They Approached in Germany?“, die die Anglo-German Foundation/ Deutsch-Britische Stiftung im März 2003 in London durchführte. Beide Veröffentlichungen können unter www.agf.org.uk bezogen werden.

Die Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung begleitet die gesellschaftlichen Entwicklungen und Umbrüche beider Länder seit nunmehr 30 Jahren und beleuchtet deren unterschiedlichen Voraussetzungen und Perspektiven in Seminaren, Konferenzen und Veröffentlichungen. Ab dem Jahr 2003 arbeitet die Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung insbesondere auf vier Themenfeldern:

Gesundheitssysteme, Arbeit und Leben, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik für eine alternde Gesellschaft sowie Zuwanderung und Arbeitsmarkt.

Keith Dobson, Direktor
Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung

2 Vorträge

2.1 Simon Stevens: Die Ziele der britischen Gesundheitsreform

Wesentliche gegenwärtige Entwicklungen und Reformen des britischen Gesundheitswesens stellte **Simon Stevens, Berater von Premierminister Tony Blair und für Gesundheitsfragen** zuständig, in seinem Vortrag vor.

Das britische Gesundheitswesen (NHS) zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

- Das britische Gesundheitswesen ist steuerfinanziert. Es ist von umfassendem Umfang, versichert also jeden.
- Es kennt nur geringe Gebühren und Zuzahlungen für Patienten.
- Seit 1991 gliedert sich das System in Leistungskäufer und Leistungserbringer.
- 304 Primary Care Trusts, die der Funktion nach den deutschen Krankenkassen ähneln, sind für jeweils eine Region zuständig. Sie sind für rund 150.000 Menschen zuständig. Für deren Behandlung reichen im Durchschnitt £ 200 bis £ 300 Millionen aus.
- Eine fast flächendeckende Abdeckung mit Hausärzten sorgt für die medizinische Erstversorgung. Die Hausärzte sind die erste Anlaufstelle und überweisen die Patienten gegebenenfalls an Krankenhäuser und Fachärzte.

Die Briten waren lange stolz auf das NHS, denn es war preiswert und effizient. Während Deutschland 10,7 % des Bruttoinlandsproduktes für das Gesundheitswesen ausgibt, sind es in Großbritannien nur 7,6 %. Auf 1000 Einwohner hat Deutschland 6,3 Krankenhausbetten, Großbritannien nur 3,9. Deutschland hat 3,3 praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner, Großbritannien nur 2.

Diese Zahlen belegen, so Simon Stevens, dass Großbritannien nicht weiterhin so relativ wenig Geld für das Gesundheitswesen ausgeben darf, wenn das Qualitätsniveau aufrechterhalten werden soll.

Die Regierung unter Tony Blair hat sich deshalb vor 2 Jahren zu Reformen entschlossen. Im April 2003 wurde die Lohnsteuer zur Finanzierung anwachsender Gesundheitsausgaben um 1 Prozent erhöht. In den nächsten 5 Jahren soll die durchschnittliche jährliche Steigerung der Ausgaben 7,4 Prozent real betragen, so dass die Ausgaben in diesem Zeitraum um insgesamt 43 % zunehmen. Die gewünschte Folge: Die Gesamtausgaben fürs britische Gesundheitswesen steigen von 6,7 % des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 1997 auf circa 9,4 % in den Jahren 2007/8.

Vergleicht man vor diesem Hintergrund Großbritannien und Deutschland, so fällt eine ähnliche Interessenlage auf (auch wenn beide Länder unter ganz unterschiedlichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Steuerrecht und hinsichtlich der Finanzierung des

Gesundheitssystem agieren): Beide Länder streben einen möglichst effizienten Einsatz finanzieller Ressourcen an. Großbritannien hat zu diesem Zweck einen pragmatischen Kurs eingeschlagen: Die Leistungserbringung muss verbessert werden, damit das investierte Geld möglichst optimal arbeitet.

Die Reform des britischen Gesundheitswesens verlangt einen neuen Denkansatz. Bisher war es Praxis, dass von den drei beteiligten Akteuren (Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Staat und Bürger/Patienten) die wesentlichen Entscheidungen von den im Gesundheitsbereich Tätigen getroffen wurden. Diese Privilegierung hat für reibungslose Abläufe gesorgt, so dass beispielsweise eine mangelhafte finanzielle Ausstattung stillschweigend hingenommen wurde. Der Staat hat im Gegenzug auf Kritik verzichtet, auch wenn es zu Engpässen in der Leistungserbringung kam. Dieses System gegenseitigen Stillhaltens hat bis circa 1998/99 funktioniert. Zu diesem Zeitpunkt kam es zu medizinischen Skandalen, beispielsweise bei Herzoperationen.

Die in Angriff genommenen Reformen beziehen sich auf die drei genannten Akteure. Für die Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind drei Strategien entwickelt worden:

- *Eine Steigerung der Mitarbeiterzahl zur Überwindung von Engpässen in der Leistungserbringung:*
In den letzten Jahren sind 55.000 Pflegekräfte neu eingestellt und die Arbeitsverträge für das medizinische Personal familienfreundlicher gestaltet worden. Die Anwerbung medizinischen Fachpersonals ist internationalisiert worden.
- *Die Modernisierung der medizinischen Infrastruktur:*
Man setzt auf Private Finance Initiative (PFI) und Investitionssteigerungen der öffentlichen Hand um 20 % per anno für die nächsten 5 Jahre. Außerdem gibt es ein Programm zur Digitalisierung im Gesundheitswesen im Umfang von £ 2,3 Milliarden.
- *Die Unterstützung von Lern- und Optimierungsprozessen:*
Dazu wurde die NHS Modernisation Agency eingerichtet worden. Darüber hinaus gibt es die National Patient Safety Agency, welche eine unparteiische Schiedsstelle ist Daten über Fehler sammelt, die in erster Linie im System liegen. 80.000 Fälle pro Jahr werden erfasst. Außerdem startet die NHS University im November 2003 und bietet Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte.

Wichtigstes Ziel für den Akteur Staat ist die Erhöhung der Transparenz. Vier Strategien sind entwickelt worden.

- *Die Etablierung nationaler Standards und Ziele:*
So soll beispielsweise die Mortalitätsrate für Krebs bei Menschen unter 75 Jahren um mindestens 20 % bis 2010 sinken. Die Rate bei Herzkrankheiten soll um mindestens 40 % bei Menschen unter 75 Jahren bis 2010 sinken. Dabei gibt es eine kontroverse Debatte über den Detaillierungsgrad solcher Ziele.
- *Inspektionen und Regulierungen:*
Ärzte müssen ihre Zulassung alle 5 Jahre in einem Überprüfungsverfahren erneuern lassen.
- *Die Veröffentlichung von leistungsbezogenen Daten:*
Dies bezieht sich auf die Veröffentlichung von klinischen Leistungsdaten, Patientenbefragungen und -bewertungen, von Inspektionen und administrativen Daten sowie von Wartezeiten und Ratings.

- *Autonomie und direkte Interventionen:*
Leistungsfähige 3-Sterne-Krankenhäuser dürfen sich selbst verwalten. Bei 0 Sternen drohen verschiedene Maßnahmen wie y.B. die Anordnung der Überprüfung des Qualitätsstandards im Krankenhaus durch ein externes. Als Folge kontroverser Diskussionen soll in Zukunft das Star-Rating durch unabhängige Inspektoren erfolgen.

Für den Akteur Bürger/Patient müssen Reformen ortsnah und sozusagen vor der Haustür greifen. Vier Strategien sind für diesen Bereich der „Vor-Ort-Herausforderungen“ entwickelt worden.

- *Die Etablierung eines aktiven Beschaffungswesens:*
Die Primary Care Trusts bekommen einen Globalsummenhaushalt und können selbstständig Prioritäten setzen. Sie schließen Verträge mit den Leistungserbringern und entscheiden über Investitionen und die Verteilung der Mittel.
- *Stärkung der Patientenwahlrechte:*
Bisher hatte Großbritannien ein eher paternalistisches System. In Zukunft sollen alle Patienten beispielsweise entscheiden, in welchem Krankenhaus eine Operation erfolgt. Die finanziellen Mittel werden den Wünschen der Patienten entsprechend ausgereicht. Das Geld folgt sozusagen den Patienten.
- *Gemischte Wirtschaftsformen auf der Anbieterseite:*
Bisher wurden finanzielle Mittel zentral durch staatliche Stellen vergeben. Neu ist die Vorgabe von Rahmenbedingungen innerhalb derer die Akteure frei agieren können. Davon profitieren beispielsweise die Diagnose- und Behandlungszentren (DCTs). Es gibt neuerdings auch Verhandlungen mit kontinentalen und US-Investoren, die DCTs anbieten wollen. Die Deregulierungen beziehen sich auch auf den pharmazeutischen Versandhandel und ärztliche Notdienste.
- *Verschiedene individuelle Anreize:*
Mit rund 1 von insgesamt 1,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen wurde ein neues System zur Entlohnung vereinbart. Vertragsgrundlage sind nicht mehr Ausbildungsgänge, sondern Arbeitsinhalte. Auch die Vergütung der Chefarzte wurde reformiert, indem der Arbeitsaufwand stärker berücksichtigt wird. Ebenso wurde den Hausärzten eine neue Honorarstruktur vereinbart, die ab 1. April 2003 greift. Das Ziel ist es, diese Ärzte zur Umstellung ihrer Behandlungskonzepte zu bewegen. Dazu wurde eine eng definierte Qualitätsmatrix erstellt. Danach können Allgemeinmediziner geldwerte Punkte beispielsweise durch klinische und organisatorischen Verbesserungen, Zusatzleistungen oder positive Patientenbewertungen gutmachen. Auch für die Dokumentationsarbeit können Punkte geschrieben werden.

Der Vorteil solcher Anreizsysteme ist, dass sie in der Regel funktionieren. Sie müssen aber ständig den Realitäten angepasst werden. In der Vergangenheit wurde oft bemängelt, dass das NHS über eine zu geringe finanzielle Ausstattung verfügt. Wenn das britische Gesundheitssystem jedoch auf eine tragfähig Basis gestellt ist und die erwarteten Qualitätsverbesserungen nicht eintreten, muss die Frage nach der Stimmigkeit des theoretischen Modells gestellt werden. Die Frage, ob das Modell stimmig ist und die Erwartungen erfüllt, kann Großbritannien in zwei oder drei Jahren beantworten, so Simon Stevens abschließend.

2.2 Richard Douglas: Das neue Honorierungssystem payment by results

Über das neue medizinische Abrechnungssystem payment by results, also Bezahlung nach Ergebnis, berichtet *Richard Douglas, Direktor für Finanzen im britischen Gesundheitsministerium*. Er bezeichnet payment by results als die gängige Sprachregelung. Man spricht in Großbritannien selten von Health Resource Groups (HRGs).

Bisher hat das Gesundheitsministerium einen Geldbetrag an die Primary Care Trusts überwiesen, der sich im wesentlichen auf eine Pro-Kopf-Berechnung stützte. Die Berechnungen beruhen auf den Zahlungen des Vorjahres, einem Inflationsausgleich und einer angenommenen Effizienzsteigerung des Systems. Doch mit diesem System lassen sich zukünftige Anforderungen nicht mehr bewältigen. Douglas beschreibt vier Zielgrößen für das neue System:

- *Dezentralisation*: Der Einfluss zentraler staatlicher Stellen auf Finanzausweisungen an die Primary Care Trusts soll zugunsten einer Stärkung der lokalen Ebene zurückgenommen werden.
- *Pluralität*: Unter den Anbietern soll eine größere Vielfalt einziehen und deren Kapazitäten wachsen.
- *Wahlfreiheit*: Patienten sollen verstärkt selbst bestimmen können, wo und bei welcher Einrichtung sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.
- *Investitionen*: 75 % der NHS-Gelder sollen der lokalen Ebene direkt zufließen. Gleichzeitig strebt die Regierung bisher einmalige Ausgabensteigerungen an. In der Periode 2000/1 bis 2007/8 sollen sich die Ausgaben des NHS verdoppeln.

Bei den massiven Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich muss besonders auf die Effizienz geachtet werden, doch das bisherige System ist dafür wenig geeignet:

- Es ist nicht transparent, weil nicht sichtbar wird, wohin die Gelder fließen.
- Die Art der Verteilung schafft keine Anreize, dass die Primary Care Trusts im Sinne der Effizienz aktiv werden.
- Es gibt keine unmittelbare Beziehung zwischen der Finanzierung und den damit initiierten Aktivitäten.
- Entscheidungen der Patienten konnten die Geldströme im System nicht beeinflussen oder lenken.

Im April 2002 hat deshalb die Einführung des neuen Systems payment by results begonnen.

- Die Ressourcenzuweisung an die PCTs wurde nicht verändert.
- Die Bezahlung der medizinischen Leistungserbringer beruht aber auf landesweit gültigen Tarifen, auf tatsächlichen Kosten inklusive Inflationsausgleich und auf Durchschnittsfallpauschalen (Health Resource Groups (HRGs)).

Zahlenmaterial für die HRGs wurde schon seit 1998 gesammelt, publiziert und für Kostenvergleiche genutzt.

Payment by results muss, so Richard Douglas, nicht ab sofort arbeiten. Es wird Schritt für Schritt eingeführt. Vollständig umgesetzt muss das System erst ab dem Jahr 2008 sein. Dann gilt es für fast alle medizinische Leistungen.

Gegenwärtig wird über folgende Problemfelder diskutiert:

- Tarifstruktur: Hierbei geht es um die Frage, ob es Einheitspreise für die HRGs geben soll. Derzeit gibt es unterschiedliche Preise für unterschiedliche Einrichtungen. Dies gilt selbst auf regionaler Ebene.
- Tarifumfang: Gegenwärtig sind nicht alle medizinischen Leistungen erfasst. Die Debatte geht um die Frage, welche Leistungen noch erfasst werden sollen.
- Beschaffungswesen: Es soll ein aktives und effizientes Beschaffungswesen installiert werden. In diesem Bereich gab es bisher nur wenige Veränderungen.
- Finanzwesen der Leistungserbringer: Diese brauchen eine größere Flexibilität als früher, da sie in Zukunft selbstverantwortlich handeln. Es müssen Wege gefunden werden, wie mit einem finanziellen Scheitern umgegangen wird.
- Kosten: Es gibt unterschiedliche Kostenansätze, die vereinheitlicht werden sollen. Es wird die Frage von Best-Practice-Systemen versus Durchschnittskosten diskutiert.
- Übergangshase: Sie darf weder zu kurz noch zu lang sein, sonst kann sich das neue System nicht optimal entwickeln.

Die Einführung von payment by results wurde in Großbritannien anders als in Deutschland nie ernsthaft diskutiert, weil die Diskussion von anderen Gesundheitsthemen überlagert wurde. Derzeit wächst aber die Erkenntnis, dass das System in naher Zukunft tiefgreifende Veränderungen verursachen wird.

Dabei ist jedoch die dahinter stehende Theorie nicht umstritten. Diskutiert wird nicht, ob payment by results durchgesetzt werden soll, sondern welche Folgen dies haben wird. Die Umstellung befindet sich im Augenblick in einem Anfangsstadium, die eigentlichen Veränderungen erlangen erst in den nächsten Jahren ihre praktische Bedeutung. Douglas kennzeichnet das britische System von payment by results als durchaus vergleichbar mit dem deutschen System der Fallpauschalen (DRGs).

2.3 Sir Michael Rawlins: Exportmöglichkeiten des National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Mit der Frage, inwieweit das National Institute for Clinical Excellence (NICE), eine Einrichtung zur Steigerung der Qualitätsstandards in der Krankenversorgung, exportfähig ist, beschäftigt sich in seinem Vortrag der *Vorsitzende von NICE, Sir Michael Rawlins*.

NICE wurde 1999 gegründet und ist integraler Bestandteil des NHS. Das Institut wurde zwar vom britischen Gesundheitsministerium gegründet, hat aber dennoch ein beträchtliches Maß an Autonomie.

NICE wichtigste Aufgabe, so Sir Michael Rawlins, ist es, die Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung zu verbessern. Diese fixierte Aufgabe reagiert auf die Tatsache, dass Ärzte und anderes medizinisches Personal weltweit vor dem Problem stehen, längst nicht in jedem Fall die fortgeschrittensten Methoden bei der Behandlung von Krankheiten anbieten zu können.

Zwei Millionen medizinische Veröffentlichungen pro Jahr sorgen für einen Informations-Overkill. Kein Arzt kann diese Informationsflut bewältigen. Nicht nur das britische medizinische Personal bewegt sich in einem Spannungsfeld aus Qualitäts- und Effizienzanforderungen, aus medizinischen Erfordernissen und begrenzten Ressourcen.

In der Konsequenz kann den Patienten nicht in jedem Fall die optimale medizinische Versorgung angeboten werden. Es gibt inakzeptable Unterschiede und veraltete Behandlungsmethoden in der klinischen Praxis.

NICE reagiert auf diese weltweiten Probleme und arbeitet deshalb schwerpunktmäßig auf vier programmatischen Feldern.

- Technologische Bewertungen
- Klinische Richtlinien
- Eingriffsverfahren
- Vertrauliche Untersuchungen

Rawlins konzentriert sich in seinem Vortrag auf die ersten beiden Felder. Bewertungen durch NICE werden zu Arzneimitteln, medizinischen Geräten, medizinischen Hilfsmitteln, Methoden sowie diagnostischer Verfahren erstellt.

Kriterien für die Bewertung sind die klinische Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Bisher sind insgesamt 68 Bewertungen erarbeitet worden, darunter 46 Bewertungen zu Arzneimitteln. Eindeutig negative Bewertungen wurden selten ausgesprochen, meist plädierte NICE für einen selektiven Einsatz oder nur für eine Verwendung im Rahmen von Tests.

Das Programm „Klinische Richtlinien“ umfasst Richtlinien für einzelne Krankheiten und Lebensumstände wie Schwangerschaft. Auch hier gelten die oben genannten Effizienzkriterien. Bisher wurden 40 Richtlinien erstellt, 20 weitere werden bis 2004 folgen. Die Erarbeitung einer Richtlinie dauert rund zwei Jahre.

Aufgrund seiner besonderen Organisationsstruktur ist NICE eine virtuelle Einrichtung, so Rawlins. Der feste Mitarbeiterstab in London umfasst 60 bis 70 Angestellte. Diese arbeiten mit dem Vorstand zusammen, der aus gewählten, aber unabhängigen Mitgliedern bestehe. Es gibt zwei Beratungsgremien, eines vertritt die verschiedenen Partnerorganisationen, ein anderes bringt die Interessen der Bevölkerung ein. Für die Erarbeitung von Richtlinien greift NICE auf sieben unabhängige Zentren zu, zehn unterstützende Gremien kümmern sich um die Erarbeitung von Bewertungen. Diese Organisationseinheiten sind an Universitäten und Krankenhäusern angesiedelt. Nimmt man alle Beteiligten zusammen, so arbeiten rund 2000 Menschen für NICE.

Bei der Frage, ob sich aus diesen Organisationsstrukturen ein Euro-NICE entwickeln lässt, zeigt sich Michael Rawlins skeptisch. Seine gesundheitspolitischen Argumente:

- Die Gesundheitssysteme sind in der Verantwortung der einzelnen EU-Länder, Voraussetzung für ein Euro-NICE wäre ein verantwortliches EU-Gesundheitsministerium.
- Die Gesundheitsausgaben der einzelnen EU-Länder differieren stark. Darüber hinaus sind die medizinischen Prioritäten in den nationalen Systemen sehr unterschiedlich. Dies beruht unter anderem auf unterschiedlichen Mortalitäten. Zusammenfassend: Die klinische Praxis, beispielsweise bei den Liegezeiten, ist sehr unterschiedlich.
- Bei technischen Fragestellungen ist eine Übertragbarkeit dagegen gegeben. Aktivitäten hinsichtlich klinischer Effizienz, Kosteneffizienz, Bewertungen und Richtlinien wären in allen EU-Ländern auf der Basis von NICE denkbar.
- Fraglich ist es auch, ob es anderen Ländern gelingt, die unabdingbare Vertrauensbasis unter allen Beteiligten zu schaffen. In Großbritannien ist dies im Wesentlichen gelungen, insbesondere beim medizinischen Personal. Dabei waren insbesondere Verbraucherschutzorganisationen ursprünglich misstrauisch gegenüber NICE. Dieses Misstrauen war bei der pharmazeutischen Industrie noch ausgeprägter, weil sie sich vor Arzneimittelbewertungen fürchtete, insbesondere deren Einfluss auf internationaler Ebene. Bedenken muss man auch mögliche kritische Reaktionen der Fachpresse und populärwissenschaftlicher Medien. Deren Reaktionen auf NICE sind in Großbritannien nicht einheitlich gewesen. Volle Unterstützung hat NICE dagegen von Regierung und Parlament erhalten.

Zusammenfassend sagt Michael Rawlins:

- Euro-Nice ist in absehbarer Zukunft nicht realistisch.
- Die Arbeitsweisen und Prinzipien von NICE sind dagegen sehr wohl auf andere EU-Länder übertragbar.
- Die Akzeptanz unter den Beteiligten und in der Öffentlichkeit ist wesentlich. Dies könnte andere Strukturen für ein Qualitätssicherungsinstitut als in Großbritannien erforderlich machen.

3 Kommentare aus deutscher Sicht

3.1 Kommentar von Dr. Ulrich Orlowski

Dr. Ulrich Orlowski, Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), stellte in seinem Beitrag inhaltliche Übereinstimmungen und strukturelle Differenzen im Vergleich zum englischen System heraus.

Die Differenzen ergeben sich aus grundlegenden Unterschieden. Das deutsche System ist beitragsfinanziert und beruht auf Selbstverwaltung, das englische System ist steuerfinanziert und wird zentral durch staatliche Stellen geführt. Gemeinsam ist beiden Systemen das Bestreben, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Auch nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2003 wird es keine staatliche Festlegung von Qualitätskriterien geben. Der Gesetzgeber legt nur Rahmenbedingungen fest. Die Entwicklung von Qualitätskriterien und Richtlinien obliegt dem gemeinsamen Bundesausschuss, der sich aus Vertretern der Organisationen von Ärzteschaft und Krankenkassen zusammensetzt. Er regelt auch die Einpflegung neuer Leistungen und diagnostischer Verfahren ins System, so Ulrich Orlowski.

Das britische NICE ist in staatlicher Trägerschaft, eine Übertragung auf Deutschland ist unter den fortdauernden Bedingungen der Selbstverwaltung deshalb nicht angemessen. Die Aufgabe von NICE, Qualität und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen, übernimmt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Gesundheitspolitiker haben im Jahr 2003 ursprünglich ein Qualitätssicherungsinstitut in staatlicher Trägerschaft vorgesehen. Diese Idee ist gescheitert. Eine allgemeine Akzeptanz hierfür hat es in Deutschland nie gegeben.

Zusammenfassend sagte Ulrich Orlowski, ein Vergleich der Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses mit NICE zeigte deutliche Übereinstimmungen hinsichtlich:

- Nutzenbewertungen von Arzneimitteln
- Abgabe von Empfehlungen für Disease-Management-Programmen
- Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien
- Allgemeine Information der Versicherten.

Unterschiede zeigen sich dagegen hinsichtlich:

- *Trägerschaft der Einrichtungen.*
- *Institutsleitung:* Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet im Einvernehmen mit dem BMGS.

- *Auftragserteilung:* Sie obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, das BMGS kann nur eine Auftragserteilung beantragen. Dieser Antrag kann vom Bundesausschuss zurückgewiesen werden.
- *Finanzierung:* Das Qualitätssicherungsinstitut finanziert sich aus den Beiträgen der Krankenversicherten.
- *Rechtliche Verankerung von Richtlinien:* Sie müssen im Verhältnis zu den Leistungserbringern rechtlich konsistent sein, das BMGS kann Richtlinien beanstanden.

3.2 Kommentar von Dr. Bernhard Gibis

Dr. Bernhard Gibis, Dezernent für Versorgungsqualität und Sicherstellung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, betont in seinem Vortrag die außerordentliche Bedeutung eines Qualitätssicherungsinstituts im deutschen Diskussionsprozess.

Ein solches Institut arbeitet nach dem Top-down Ansatz und hat Vor- und Nachteile. Der Vorteil ist, dass die alleinige Information durch Experten oder einzelne wissenschaftliche Fachgesellschaften umgestellt wird auf die Prinzipien einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Dies entspricht dem gegenwärtigen Zeitgeist.

Ein möglicher Nachteil ist eine zu starke Bürokratisierung der organisatorischen Abläufe. Sie ist nur gerechtfertigt, wenn sich hieraus ein Mehrwert für alle am System Beteiligten ergibt, so Bernhard Gibis.

Ein Institut zur Qualitätssicherung im Rahmen der Selbstverwaltung ist kein Nachteil, auch wenn grundlegende Fragen, die in der Regel gesellschaftlicher Natur sind, von einem solchen Institut nicht gelöst werden können. Verlangt werden muss jedoch, dass das Wirken des Institutes zu einer erhöhten Transparenz und zu nachvollziehbaren Entscheidungen führt.

Ein Unterschied ergibt sich hinsichtlich des rechtlichen Kontextes, denn Deutschland verfügt über eine Sozialgerichtsbarkeit. Sie bietet Klägern ein erstinstanzlich kostenloses Widerspruchsverfahren, um gegen Entscheidungen des Bundesausschusses oder anderer Einrichtungen der Sozialversicherung vorzugehen.

Dies ist ein Qualitätsindikator, der eine Beteiligung betroffener Gruppen sicherstellt. Es stellt sich aber auch die Frage, wie Widerspruchsverfahren in den routinemäßigen Arbeitsablauf integriert werden können. Es muss deshalb darauf geachtet werden, dass das Institut zur Qualitätssicherung in der Versorgungsrealität verankert ist.

Es liegt nun an der Selbstverwaltung, aus diesem Instrument Vorteil und Nutzen zu ziehen. Ein solches Institut darf kein Selbstzweck sein. Wenn seine Bilanz nicht dafür spricht, zur Beschleunigung von Verfahrensabläufen oder zu objektivierten Entscheidungsfindungen beizutragen, soll man sich davon auch wieder trennen dürfen.

3.3 Kommentar von Dr. Bernhard Egger

Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband, macht auf unterschiedliche gesundheitspolitische Kontexte aufmerksam, wenn es um die Etablierung eines Institutes zur Qualitätssicherung geht.

Während die Gründung von NICE und die verstärkten britischen Bemühungen um Qualitätssicherung in einer Phase stark expandierender Gesundheitsausgaben fallen, stehen die deutschen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in zeitlichem Zusammenhang mit verstärkten Bemühungen um finanzielle Einsparungen. Dieser Kontext ist für eine Akzeptanz eines Institutes zur Qualitätssicherung nicht gerade förderlich, so Bernhard Egger.

Mit dem neuen Gemeinsamen Bundesausschuss ist es der Selbstverwaltung möglich, wesentliche Bereiche der Versorgung stärker an Qualität und medizinischer Notwendigkeit zu orientieren. Besonders die Zusammenfassung bisher verstreuter Institutionen ist im Interesse von mehr Transparenz und der Straffung von Arbeitsabläufen sinnvoll.

Das im Kern selbstverwaltungsnahe Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit kann wesentlich zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung beitragen. Die evidenzbasierte Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die Überprüfung bereits etablierter Verfahren können durch die neuen Strukturen erleichtert und beschleunigt werden. Deshalb muss alles daran gesetzt werden, die im Gesetz vorgegebenen Möglichkeiten rasch und pragmatisch umzusetzen, so dass die neuen Institutionen möglichst bald ihre Arbeit aufnehmen kann.

Die Krankenkassen blicken schon seit Jahren neidisch auf das britische NICE bezüglich der Umsetzung einer evidenzbasierten medizinischen Versorgung. Auch wenn die strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland sehr unterschiedlich sind, wird es eine zentrale Aufgabe für die deutsche Selbstverwaltung sein, eine funktionsfähige Institution zur Qualitätssicherung rasch zu schaffen.

Hinsichtlich Qualität und Transparenz bedauern die Krankenkassen es, dass eine Positivliste für Arzneimittel auch bei den Reformen 2003 nicht durchsetzbar war. Dennoch stärken viele Reformelemente im Arzneimittelbereich die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, die Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen zu fördern. Neben den Regelungen zur Wiedereinführung von Festbeträgen für Analogpräparate muss in diesem Zusammenhang die Öffnung des Arzneimittelvertriebs für den qualitätsgesicherten Versandhandel zu erwähnt werden.

Die Probleme im deutschen Gesundheitssystem resultieren nicht zuletzt aus einer sehr beschränkten Handlungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Schritte der Politik in Richtung auf eine Stärkung der Position der Krankenkassen sind dagegen vorsichtig.

Die Gesetzlichen Krankenkassen werden die Möglichkeiten der Gesundheitsreform 2003 für eine verbesserte Versorgung konsequent nutzen, so Eggert. Dass dies auch gegen massive Widerstände von Interessengruppen gelingen kann, hat sich bei der Initiierung von Disease-Management-Programmen gezeigt, als beispielsweise eine evidenzbasierte Arzneimitteltherapie durchgesetzt wurde.

4 Die Diskussion mit dem Auditorium

- Zur Frage, inwieweit deutsches Know-how bei der britischen Gesundheitsreform eine Rolle spielt, wurde von Richard Douglas festgestellt, dass Großbritannien unter anderem bei der Dezentralisierung des Gesundheitswesens Anregungen finden kann. Auch bei dem angestrebten Mix aus profit- und non-profit-Krankenhäusern lohnt ein Blick nach Deutschland. Außerdem können Fragen der Trägerschaft von Krankenhäusern am Beispiel Deutschlands studiert werden. Nicht zuletzt ist ein Blick nach Deutschland auch deshalb interessant, weil hier Anregungen für ein System von Anreizen für Leistungserbringer, Patienten und Pharmabranche zu finden sind.
- Anknüpfend an die Bemerkung von Michael Rawlins, dass die britische Pharmaindustrie einen Gegner von NICE gewesen ist, führte Ulrich Orlowski aus, dass durch die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses deutliche Veränderungen im Pharmabereich zu erwarten sind. Der Bundesausschuss hat in diesem Punkt eine Richtlinienkompetenz, die ihre Wirkung zweifelsohne entfalten wird.
- Zur Frage, wie Innovationen in das britische System der Fallpauschalen eingepflegt werden, sagte Richard Douglas, dass dies in der Tat eine komplizierte Aufgabe ist, insbesondere bei psychotherapeutischen Maßnahmen. Australien hat in diesem Punkt Arbeiten geleistet, die zur Kenntnis genommen werden sollten. Wenn eine Fallpauschale nicht festgelegt werden kann, sollte man an alternative Lösungen denken, beispielsweise an Tagessätze.
- Ein Diskussionspunkt war die unterschiedliche Einflussnahme der Judikative beider Länder auf das Gesundheitswesen. Einig war man sich darin, dass die deutschen Sozialgerichte, die immer wieder mit Einzelfallentscheidungen (Beispiel: Viagra) die Selbstverwaltung korrigieren oder den Gesetzgeber präzisieren, keine Entsprechung in Großbritannien haben. Simon Stevens verweist allerdings darauf, dass britische Gerichte in letzter Zeit immer wieder in die Mechanik des Gesundheitswesens eingegriffen haben. Theoretisch ist es auch möglich, NICE zu verklagen. Auch wenn die Anzahl von Gerichtsentscheidungen in Deutschland deutlich höher ist, haben britische Gerichte schon häufig Recht im Sinne des Patienten gesprochen. Das Phänomen bleibt jedoch bestehen, dass weder Regierung noch Gerichte einklagbare Leistungen exakt fixiert haben. Neu ist die Tendenz im britischen Rechtssystem, innerhalb von Rahmengesetzen für das Gesundheitswesen grundlegende Leistungsanforderungen beziehungsweise Leistungsansprüche in allgemeiner Form festzuschreiben, so Simon Stevens abschließend.

5 Teilnehmerliste

Referenten

Richard Douglas, Direktor des Bereichs Finanzen, Britisches Ministerium für Gesundheit

Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin, AOK-Bundesverband

Dr. Bernhard Gibis, Dezernent für Versorgungsqualität und Sicherstellung, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Dr. Ulrich Orłowski, Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung

Professor Sir Michael Rawlins, Leiter des britischen Instituts für Qualitätssicherung für Gesundheit und Medizin, National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Simon Stevens, Berater des britischen Premierministers Tony Blair für den Bereich Gesundheit

Grußworte

Dr. Ray Cunningham, Stellvertretender Direktor, Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung

Susanne Weber-Mosdorf, Leiterin der Abteilung Europäische und Internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung

Moderation

Prof. Dr. Reinhard Busse, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Rapporteur

Tilman von Rohden, medienbüro Mitte

Dometscher

Tania Barbian

Dr. Marcus-J. Grauer

Sowie

Dr. Christian Belgardt
Dr. M. Benemann, Marburger Bund
Annette Birkholz, Anglo-German Foundation
Dunja-Maria Bischof, Anglo-German Foundation
Karin Brand, WDR-Hörfunk
Antje Braumann, Humboldt-Universität Berlin, Charité
Hartwig Broll, GID
Kate Connolly, Daily Telegraph
Prof. Dr. Hans-Christian Deter, FU Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Farhad Dilmaghani, Bundeskanzleramt
Dr. Markus Drews, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Friedrich Engelmann, Vertretung des Landes Schleswig-Holstein beim Bund
Rüdiger Gatermann, Schering AG
Dr. Hubertus Glaser, Portamed GmbH
Christiane Goedelt, Britische Botschaft
Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen
Dr. Ulrike Götting, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
Helen Hoffmann, Britische Botschaft
Andreas Hoffmann, Süddeutsche Zeitung
Dr. Arnd Hofmeister, Hochschule Magdeburg-Stendal
Dr. Monika Huber, Technische Universität Berlin
Dr. Katharina Janus, Medizinische Hochschule Hannover
Dr. Heribert Kentenich, DRK-Kliniken Berlin Westend
Dr. Stefan Kramer, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
Louise Kubelka, Europakontakt
Prof. Dr. Karl W. Lauterbach, Universität Köln
Arne Looft, BMGS
Albrecht Meier, Tagesspiegel
Philipp Mende, Britische Botschaft
Dea Niebuhr, Universität Essen
Angelika Nikionok-Ehrlich, BMGS Pressestelle
Dr. Britta Oldörp, FU Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Samir Rabbata, Deutsches Ärzteblatt
Martin Schölkopf, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Jochen Scholl, Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)
Prof. Dr. Johannes Schwarze, Universität Bamberg
Dr. Claudia Schweikl-Brenner, Bayerischer Rundfunk/Berlin
Ines Seeger, Presse und Informationsamt der Bundesregierung
Sabine Spitzer, Freie und Hansestadt Hamburg Vertretung beim Bund
Dr. Doris Staab, Charité Berlin
Elaine Trewartha, Britische Botschaft
Dr. Ingrid Völker, WISO-Gruppe
Steffen Waiß, BKK-Bundesverband
Hugh Williamson, Financial Times
Prof. Dr. Angela Zink, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin